

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**Estrés y estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes del Área de
Neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa 2025**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Tejada Rivera, Alejandra Estílita

ORCID: 0009-0007-2185-4143

Núñez Castañeda, María Sofía

ORCID: 0009-0009-2845-549X

para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Asesor:

Mg. Puma Huacac, Roger Freddy

ORCID: 0000-0002-5439-1700

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PSICOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 07 de Septiembre del 2025

Dictamen: 014857-C-EPSIC-2025

Visto el borrador del expediente 014857, presentado por:

2020203272 - TEJADA RIVERA ALEJANDRA ESTÍLITA

2020177232 - NUÑEZ CASTAÑEDA MARIA SOFIA

Titulado:

**ESTRÉS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE PACIENTES DEL ÁREA DE
NEUROLOGÍA DE UN HOSPITAL EN LA CIUDAD DE AREQUIPA 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

**29680041 - LARA QUILLA JAIME ERNESTO
DICTAMINADOR**



**40293944 - CHAVEZ LUQUE YURI FELIX
DICTAMINADOR**



**29722458 - VILLANUEVA KUONG LESLIE EMILIA
DICTAMINADOR**



Estrés y estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes del Área de Neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	3%
	Trabajo del estudiante	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.ucv.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	dspace.unitru.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	upc.aws.openrepository.com	1%
	Fuente de Internet	
7	Submitted to Universidad Ricardo Palma	1%
	Trabajo del estudiante	
8	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	

Dedicatoria

Dedico esta tesis, a mi mamá y a mi tía, por su manera única de cuidar, por su fortaleza, constancia y apoyo incondicional, por acompañarme en este camino sin pedir nada a cambio. Y a Sofía, que además de ser mi compañera de tesis, ha sido una gran amiga durante este trayecto que se llama vida. Gracias por compartir conmigo la alegría, el estrés, las bromas, los silencios y demás.

Este logro también les pertenece. Gracias por estar, por sostener y por creer.

Alejandra Estíllita Tejada Rivera

Dedico este trabajo en primer lugar a mi familia por ser durante toda mi vida y en especial en el transcurso de mi proceso educativo una base sumamente importante, dándome el ejemplo diario del esfuerzo, fortaleza y perseverancia, sobre todo quisiera agradecer a mi abuela, cuya generosidad y cuidado constante fueron el punto de apoyo para que pudiera dedicarme a mi formación. Finalmente dedico este logro a mi compañera de tesis Alejandra, quien no solo es y fue una gran colega comprometida, sino también una amiga invaluable de toda la vida, compartir este trabajo con ella es un gran honor y una gran experiencia tanto académica como humana.

María Sofía Núñez Castañeda

Agradecimientos

En primer lugar, queremos expresar nuestro inmenso agradecimiento al hospital, en especial al equipo de médicos profesionales del área de neurología, quienes nos dieron la confianza para desarrollar competentemente este proyecto, su gran disposición para compartir con nosotras su experiencia y brindarnos orientación durante todo el proceso. Su ayuda fue fundamental para enriquecer nuestra investigación y darle mayor valor tanto profesional como académico.

Asimismo, queremos expresar nuestro reconocimiento al Mag. Yuri Chávez, Mag. Leslie Villanueva, Mag. Jaime Lara y Mag. Roger Puma, quienes decidieron dedicar su tiempo y consejos que nos ayudaron a hacer las correcciones oportunas para poder perfeccionar y fortalecer la estructura y calidad de nuestro trabajo.

Finalmente resaltamos la importancia de nuestra formación académica recibida durante los años de carrera que nos brindó las bases para desenvolvemos en nuestro futuro ámbito profesional, por lo que expresamos gratitud a nuestros docentes, por su orientación y compromiso académico. En especial, agradecemos a quienes creyeron en nuestro trabajo, nos impulsaron a mejorar constantemente y compartieron con nosotras su experiencia con generosidad. A las personas que participaron directa o indirectamente en nuestra investigación, gracias por su disposición, por abrirnos sus historias y confiar en nosotras. Este trabajo tiene sentido gracias a ustedes.

Alejandra Estíllita Tejada Rivera y María Sofía Núñez Castañeda

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes del área de neurología, se desarrolló un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, correlacional y transversal, en una muestra de 120 familiares de pacientes neurológicos. Como pruebas para recolectar los datos se utilizó la Escala de Percepción Global de Estrés y el Inventario Brief COPE 28. Los resultados mostraron correlación positiva significativa entre eustrés y estrategias centradas en el problema ($\rho = .474, p < .001$) y la emoción ($\rho = .271, p = .003$), el distrés tuvo correlación negativa con afrontamiento centrado en el problema ($\rho = -.195, p = .032$) y positiva con la evitación ($\rho = .185, p = .043$). También se encontró que las familiares mujeres utilizaron más la técnica centrada en la emoción ($U = 2.52, \varepsilon^2=0.0931, p = .008$), y existió relación entre edad del familiar y afrontamiento centrado en el problema ($X^2 = 7.21, \varepsilon^2=.0606, p = .027$), la edad del familiar influyó en el estrés ($X^2=9.77, \varepsilon^2=.0821, p=.008$) finalmente hubo relación entre la estrategia Centrada en la emoción y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($X^2=11.1, \varepsilon^2=0.0931, p = .011$). Por lo que se concluye que estos hallazgos destacan la necesidad de implementar programas hospitalarios enfocados en la reducción del estrés y en el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento adaptativas, sobre todo en contextos donde el cuidado del paciente genera una carga emocional significativa.

Palabras clave: estrés, estrategias de afrontamiento, neurología.

Abstract

The present study aimed to determine the relationship between stress and coping strategies in relatives of patients from the neurology department. A quantitative approach with a non-experimental, correlational, and cross-sectional design was applied to a sample of 120 relatives of neurological patients. Data were collected using the Perceived Stress Scale and the Brief COPE-28 Inventory. The results showed a significant positive correlation between eustress and problem-focused ($\rho = .474, p < .001$) and emotion-focused strategies ($\rho = .271, p = .003$). Distress was negatively correlated with problem-focused coping ($\rho = -.195, p = .032$) and positively correlated with avoidance ($\rho = .185, p = .043$). It was also found that female relatives used more emotion-focused strategies ($U = 2.52, \varepsilon^2 = 0.0931, p = .008$). Moreover, family members' age was related to problem-focused coping ($X^2 = 7.21, \varepsilon^2 = .0606, p = .027$) and influenced stress ($X^2 = 9.77, \varepsilon^2 = .0821, p = .008$). Finally, there was a relationship between emotion-focused coping and the time since diagnosis ($X^2=11.1, \varepsilon^2 = 0.0931, p=.011$). These findings highlight the need to implement hospital programs aimed at reducing stress and strengthening adaptive coping strategies, particularly in contexts where patient care imposes a significant emotional burden.

Keywords: stress, coping strategies, neurology.

ÍNDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

Abstract

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO.....	1
INTRODUCCIÓN	1
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	6
1.1. <i>Variable 1: Estrés</i>	6
1.2. <i>Variable 2: Estrategias de afrontamiento</i>	7
2. OBJETIVOS.....	8
2.1. <i>Objetivo General</i>	8
2.2. <i>Objetivos Específicos</i>	8
ANTECEDENTES TEÓRICO-INVESTIGATIVOS	9
3.1. ESTRÉS	9
3.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	13
3.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ESTRÉS	15
HIPÓTESIS.....	17
CAPÍTULO II MÉTODO	18
METODOLOGÍA.....	18
4. INSTRUMENTOS	19
4.1. <i>Escala de Percepción Global de Estrés</i>	19
4.2. <i>Inventario de afrontamiento al estrés - Brief COPE 28</i>	20
5. PARTICIPANTES	21
5.1. <i>Criterios de inclusión</i>	22
5.2. <i>Criterios de exclusión</i>	22
PROCEDIMIENTO	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
ANÁLISIS DE DATOS.....	23
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	25
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES	47
SUGERENCIAS	49
LIMITACIONES	50
REFERENCIAS	51
ANEXOS.....	57

Índice de Tablas

Tabla 1 Datos sociodemográficos de los familiares de pacientes	21
Tabla 2 Niveles de Estrés	25
Tabla 3 Niveles de Estrategias de afrontamiento	26
Tabla 4 Comparación del estrés de los familiares según su sexo	27
Tabla 5 Comparación del estrés de los familiares según el sexo de los pacientes	28
Tabla 6 Comparación del estrés de los familiares según el tiempo desde el diagnóstico de los pacientes	29
Tabla 7 Comparación entre estrés de los familiares y diagnóstico de los pacientes	30
Tabla 8 Comparación entre estrés de los familiares con su edad	31
Tabla 9 Comparación entre estrés de los familiares con la edad de los pacientes	32
Tabla 10 Comparación del estrés en familiares y su nivel de instrucción	33
Tabla 11 Comparación de estrategias de afrontamiento de los familiares según su sexo	34
Tabla 12 Comparación de estrategias de afrontamiento de los familiares según el sexo de los pacientes	35
Tabla 13 Comparación de estrategias de afrontamiento de los familiares según el tiempo desde el diagnóstico de los pacientes	36
Tabla 14 Comparación de estrategias de afrontamiento de los familiares según el diagnóstico de los pacientes	37
Tabla 15 Comparación entre estrategias de afrontamiento de los familiares con su edad	38
Tabla 16 Comparación entre estrategias de afrontamiento de los familiares con la edad de los pacientes	39
Tabla 17 Comparación de estrategias de afrontamiento y Nivel de instrucción de los familiares	40
Tabla 18 Coeficiente de correlación entre las dimensiones del Test COPE y Eustrés	42

Capítulo I Marco teórico

Introducción

Se consideró que el individuo tiene una buena salud mental cuando cuenta con un buen grado de bienestar psicológico, lo cual conlleva a que pueda lidiar con estresores que se presentan en su día a día, esto es sumamente importante para su salud y bienestar, ya que avala al ser humano como un individuo con habilidades tanto independientes como colectivas para poder relacionarse, tomar decisiones y establecerse de tal forma que se desenvuelva de la mejor manera y ayude a crear el entorno en el que se desarrolla; La OMS (2022) nos dijo que la salud mental es definida por una alambicada interacción de factores de estrés y habilidades tanto individuales como sociales y estructurales para hacer frente a los mismos.

Por su parte, Rodríguez (2023) cito a Lazarus y Folkman, quienes se centraron en la vulnerabilidad al estrés. Estos autores argumentaron que la interpretación que una persona hace de sus circunstancias ejerce un papel determinante en cuanto a la activación de sus mecanismos de afrontamiento. Por lo tanto, la vulnerabilidad al estrés se entiende como la predisposición o susceptibilidad que tiene una persona para desarrollar estrés prolongado, lo cual influye directamente en la manera en que reacciona a su entorno y en su capacidad para superar o controlar las adversidades que enfrenta.

Se pueden considerar diferentes causas con respecto a la vulnerabilidad y al estrés estas pueden ser factores biológicos tanto como ambientales. A nivel neurobiológico, Homberg & Jagiellowiczse (2022) mencionaron variaciones genéticas, como las variaciones en las formas del gen encargado de transportar la serotonina (5-HTTLPR), que hace que la persona tenga una

predisposición o sea más susceptible al estrés, ya que esto provoca un cambio en cómo procesa las emociones y su capacidad para sobrellevar situaciones que impliquen una gran carga de estrés, lo que nos lleva a que la persona posea una vulnerabilidad al estrés evidenciada en su poca o mala respuesta emocional o predisposición a trastornos relacionados. En cuanto al nivel ambiental, Halbreich (2021) menciona que los trastornos relacionados al estrés derivan de factores estresantes tanto observados como percibidos, por lo que una persona puede ser vulnerable al estrés cuando no tiene una buena adaptación a su medio, las variables que más influencia tienen son la cultura, el ciclo de la vida en el que se encuentra y el género.

Según Sinisterra (2021), el estrés fue investigado desde el siglo pasado, siendo Hans Selye uno de los primeros en describir sus etapas y considerarlo como la "enfermedad del siglo". Esto ha permitido que surjan diversas teorías sobre los efectos del estrés en el ámbito tanto corporal como emocional.

Mejía y Ramos (2022) mencionaron al estrés como uno de los cuadros más prevalentes que tiene un efecto significativo sobre la salud mental de las personas estando presente en el 44.2% de la población estudiada, además de la depresión con un 26,6%, la ansiedad con un 36.4% y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) con un 5.9%. Señalaron que esta afección, aunque aparentemente nueva, ha ido en aumento, en parte debido a la percepción de las personas sobre los riesgos e incertidumbres derivadas de la pandemia COVID-19. Lo que nos hace notar que está habiendo un crecimiento sustancial en la población que presenta estrés y esto debe ser motivo de alarma sobre todo para profesionales de la salud mental como son los psicólogos.

Palma y López (2021) citaron a Lazarus y Folkman, autores que nuevamente demuestran su amplia visión sobre el estrés, quienes definieron las estrategias de afrontamiento hacia esta

problemática como un esfuerzo cognitivo y conductual que está vigente de forma continua y en un cambio constante que es utilizado para confrontar situaciones específicas que se presentan ya sea de forma interna como de forma externa, que son valorados como excesivos o rebosantes de los recursos de los individuos, esta capacidad es propia del ser humano, siendo de suma significancia para la organización y concepción de solución a las problemáticas que llegan al sujeto y son percibidas por el mismo como una barrera a su crecimiento personal.

Zamudio (2023) cito a Carver y colegas quienes mencionan la existencia de 15 estrategias de afrontamiento, mencionando procesos exactos y específicos; Entre las estrategias mencionadas se tenía: Primero el acudir a la religión, luego se puede utilizar el humor, también la negación y de igual forma el alcohol y las drogas, pero además tenemos la planificación, restricción del afrontamiento, afrontamiento activo, enfocar y liberar emociones, reinterpretación positiva y crecimiento, búsqueda de apoyo social por razones instrumentales, desentendimiento conductual y desentendimiento mental, por último la supresión de actividades competentes. Es preciso mencionar que el uso de las estrategias mencionadas es muy cambiante y la forma en la que uno las aproveche concluye que tan eficaz será para abordar la enfermedad.

Ticona et al. (2010) realizaron una investigación sobre niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Enfermería de una universidad en la ciudad de Arequipa, respecto a los nivel de estrés que encontraron se evidenció que el 29.91% presentaba un nivel severo de estrés y en cuanto a las estrategias de afrontamiento, las más utilizadas orientadas al problema fueron la “planificación” y el “afrontamiento activo”; orientadas a la emoción, la “reinterpretación positiva y crecimiento” y la “negación”; y orientadas a la percepción, el “desentendimiento mental” y “enfocar y liberar emociones”. Así mismo pudieron concluir

mediante una prueba estadística de correlación que sí existe una relación significativa entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento, lo que nos resulta relevante considerando el contexto hospitalario y las variables estudiadas por los investigadores ya que coloca al estrés como una problemática importante en Arequipa y ampliar el conocimiento sobre esta nos brindará un panorama más claro de cómo atenuar el problema.

Entonces el nivel de estrés es una variable clave en las investigaciones, ya que se refiere a la medición de que tanto se están viendo afectadas las personas por esta variable, el potencial para prevenir el desarrollo de estrés crónico además de enfermedades producto de la somatización de esta afección y así mejorar la aptitud para hacer frente a obstáculos que puedan surgir en la vida diaria, entonces es cuando entra a tallar las estrategias de afrontamiento que como ya se mencionó, son empleadas por las personas para poder sobrellevar esta afección y dependiendo de qué tan bien preparados están para afrontar su problemática alcanzarán el éxito de sobrellevar esta misma.

El presente estudio se realizó con el conocimiento de que los familiares de pacientes con afecciones neurológicas experimentan diversos cambios en sus vidas diarias, el estar junto con sus parientes durante su recuperación genera un significativo impacto sobre la dinámica familiar y personal. Al estudiar los cambios dados dentro de este contexto y factores que contribuyen al mantenimiento prolongado de estrés se identificaron factores de riesgo y por ende el nivel de estrés que poseen, asimismo se planteó y propuso estrategias con mayores probabilidades de eficacia para apoyar a las familias.

Soriano et al. (2019) después de estudiar artículos de revisión llegaron a la conclusión de que el estrés al ser diariamente tratado dentro de programas de intervención psicológica mostraba

mejoras significativas, reduciendo de este modo las consecuencias negativas del mismo y fortaleciendo el bienestar personal de los pacientes.

La relevancia de este estudio se debió a la falta de investigaciones anteriores en nuestro contexto y realidad, por lo que fue de importancia debido a que es el inicio para poder incluir diferentes programas hospitalarios donde se intervenga y apoye, de igual forma esto mejoraría la comunicación entre los pacientes, familiares y el personal médico, teniendo repercusión en la calidad de vida tanto de las personas que viven enfermedades neurológicas como de sus cuidadores.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes del área de neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa?

1. Definición Operacional de las Variables

1.1. Variable 1: Estrés

El estrés es definido como un proceso psicofisiológico intrincado que surge cuando la percepción sobre las demandas externas excede los recursos de la persona para afrontarlas, lo cual genera estados de tensión y presión que necesitan nuevos procesos adaptativos con el fin de restaurar el equilibrio homeostático buscado. El proceso antes mencionado podría implicar la valoración cognitiva sobre los desencadenantes de respuestas tanto emocionales como conductuales y fisiológicas, resultando en implicaciones sobre la respuesta del organismo (Guzmán y Reyes, 2018).

El estrés se caracteriza por ser la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga (Selye, 1936), definición complementada por Lazarus y Folkman (1984) quienes lo definen como una relación entre la persona y el ambiente que es valorada como personalmente significativa y que sobrepasa o excede los recursos para el afrontamiento. En el presente estudio, el hecho de que los familiares estén constantemente expuestos a estresores vinculados al cuidado de pacientes neurológicos podría evidenciar sus niveles de estrés y el riesgo de afecciones futuras.

Los Niveles de estrés se midieron por medio de la escala de Percepción Global de Estrés adaptada en Lima, Perú el 2018, consta de 13 ítems donde el estrés negativo posee 6 ítems y el estrés positivo posee 7 ítems, ostenta de cinco opciones de respuesta en escala Likert: Nunca, Casi nunca, De vez en cuando, Frecuentemente y Casi siempre.

1.2. Variable 2: Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento al estrés se definen como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar demandas específicas externas o internas que son valoradas como abrumadoras o que exceden los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1984).

Las estrategias están constituidas por diferentes procesos dirigidos a promover la adaptación para dar como resultado la modulación de los efectos de tangibles o posibles estresores sobre el bienestar físico o mental de la persona, por lo que se busca modificar la problemática mediante regulación de procesos emocionales vinculados (Quispe, 2022). Estas acciones ponen de manifiesto la capacidad de los individuos para enfrentar y sobrellevar situaciones adversas, como en el caso de los familiares de pacientes neurológicos, cuyo contexto demanda el uso constante de estrategias adaptativas.

La variable se midió con el Inventario de afrontamiento al estrés - Brief COPE 28, donde se mencionan tres dimensiones de afrontamiento: Centrado en el problema, centrado en la emoción, y afrontamiento evitativo. El instrumento consta de 28 ítems con una escala de likert de 4 puntos, donde los encuestados califican con "Nunca lo hago", "Hago esto un poco", "Hago bastante esto" y "Siempre lo hago".

2. Objetivos

2.1. *Objetivo General*

Determinar la relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes del área de neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa.

2.2. *Objetivos Específicos*

Describir los niveles de estrés en familiares de pacientes del área de neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa.

Describir los tipos de estrategia de afrontamiento en familiares de pacientes del área de neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa.

Comparar el estrés en los familiares de pacientes del área de neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa, según su sexo, edad, nivel de instrucción y el sexo, edad, tiempo de diagnóstico y tipo de diagnóstico de los pacientes.

Comparar las estrategias de afrontamiento en los familiares de pacientes del área de neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa, según su sexo, edad, nivel de instrucción y según el sexo, edad, tiempo de diagnóstico y tipo de diagnóstico de los pacientes.

Antecedentes Teórico-Investigativos

3.1. Estrés

El estrés ha sido un concepto estudiado en varias disciplinas, en el ámbito de la física es definido como la capacidad obtenida por objetos cuando son resistentes ante presiones, lo cual en el contexto de la psicología y psiquiatría está referido a la adaptación ante circunstancias adversas de la vida, donde se mide el funcionamiento de la persona en momentos donde siente peligro real o potencial que genera cambios tanto psicológicos como conductuales. El estrés fue considerado como un sistema conformado por tres subsistemas interrelacionados: Sistema nervioso autónomo, Sistema Neuroendocrino y Sistema Inmunológico. por lo que afecta directamente en diferentes funciones del sistema simpático: dilatación de pupilas, aumento de sudoración, estimulación de glucogénesis, circulación en diferentes partes del cuerpo, aceleración de ritmo cardiaco, etc. (Dionisio, 2021).

No todas las personas presentan la misma respuesta ante el estrés, varían tanto los síntomas como las estrategias para afrontar eventos adversos, algunas de las características son: Dificultad o imposibilidad para relajarse, problemas de concentración, depresión, ansiedad, irritabilidad, síntomas fisiológicos como dolor corporal o específicamente de cabeza, problemas gástricos, de sueño o alteración del apetito. Al presentarse los síntomas de forma crónica la persona puede estar expuesta a presentar problemas más graves de salud, pudiendo dar lugar a que se afecte la funcionalidad en varios ámbitos de la vida como el educativo, personal o laboral (OMS, 2023).

Lichtenberg (2023) mencionó que Hans Selye es reconocido por ser el primer científico capaz de identificar las características que explican los cambios en el organismo causados por

demandas o estímulos externos del medio, inicialmente Selye observaba y conectaba síntomas referidos a la fatiga, mal humor y pérdida de apetito y los relacionó a la producción de hormonas, las cuales posteriormente relacionó al estrés debido a que el mismo producía las mismas respuestas fisiológicas en el cuerpo.

Pérez (2023) Referenció a Selye como un autor que estudia el Síndrome general de Adaptación donde investiga el estrés, sus características y consecuencias físicas y mentales. Las tres etapas de respuesta al estrés están típicamente englobadas en: a) Etapa de alarma: Primera fase donde el cuerpo se prepara ante la percepción de un estímulo o situación posiblemente amenazantes, al prepararse para la acción se puede optar por huida o agresión. Durante esta etapa ocurren cambios bioquímicos en diferentes sistemas del cuerpo, al requerir energía para lidiar con el factor estresante las glándulas suprarrenales liberan adrenalina y noradrenalina, lo cual ayuda a acelerar los reflejos y aumentar la energía, también se suprime la función digestiva y se acelera el ritmo respiratorio; b) Etapa de resistencia: Durante esta fase el cuerpo se recompone de toda la movilización de energía y los cambios físicos sufridos durante la etapa de alarma, lo cual hace que las reacciones tanto físicas como bioquímicas se reduzcan sin desaparecer por completo, las glándulas suprarrenales generan cortisol en altas cantidades, cuando el estrés es prolongado el cuerpo sigue alerta y no puede volver a su estado normal, por lo que se da paso a la etapa de agotamiento; y c) Etapa de agotamiento: Al llegar a esta etapa se dan alteraciones como el estrés crónico debido a que las reservas de energía pertenecientes al cuerpo se agotan.

Saavedra (2023) cito a Selye en cuanto a la identificación de 2 tipos de estrés, eustrés y distrés, en los cuales influyen diferentes características como la duración del estrés, su magnitud y la causa: a) Eustrés: Denominado estrés positivo debido a sus efectos beneficiosos relacionados

a lidiar con eventos estresantes a corto plazo; y b) Distrés: Denominado como estrés negativo, relacionado con diferentes repercusiones desfavorables en el bienestar físico y mental.

Gómez (2022) en su estudio descriptivo no experimental utilizó el Inventario de estrés de trauma de Davidson y el test de depresión de Beck en 20 padres de familia en Chimbote para analizar la relación entre estrés postraumático y depresión presentes en familiares de pacientes con cáncer, encontrando que la frecuencia y gravedad del estrés postraumático eran altas, incluso más elevadas que las de la depresión que presentaba un nivel moderado, lo cual resalta la necesidad de intervención, sobretodo en técnicas que reduzcan el estrés en los parientes de pacientes que sufren algún tipo de enfermedad oncológica.

Huayna y Ramos (2020) estudiaron en Perú a una población de padres cuyos hijos presentaban enfermedades, centrándose en la relación entre el locus de control que tenían de la situación y sus niveles de estrés percibido, aplicando la escala de Locus de Control de Rotter para estudiar la primera variable y la escala de Estrés Percibido para la segunda, ambas escalas adaptadas al contexto peruano. Terminaron la investigación concluyendo que no existe relación entre el tipo de locus de control presentado por los padres y su nivel de estrés, siendo más que todo factores como la procedencia de los hijos y su diagnóstico, los relacionados significativamente a la percepción del estrés que tienen los padres.

Cirineo et al. (2023) realizaron un estudio sobre el estrés de familiares de pacientes hospitalizados en Cuidados Intensivos y su posible relación con la percepción que tenían sobre el cuidado del área de enfermería. El estudio descriptivo transversal fue realizado en un total de 30 familiares, utilizando como instrumentos el Cuestionario de la escala de valoración del nivel de estrés y el Cuestionario para medir el cuidado de enfermería, concluyendo que las 2 variables

estudiadas se relacionan de manera moderada, relacionando un cuidado regular del área de enfermería con un nivel moderado de estrés.

Calderón et al. (2021) investigaron la relación entre estrés, personalidad y vínculos afectivos en un grupo de 50 personas cuyos familiares estaban siendo afectados por el COVID-19, con el fin de investigar la correlación entre las variables se optó por utilizar la Escala de Estrés Percibido, Inventario de Personalidad NEO y el Cuestionario de Apego Adulto. Posteriormente concluyeron que los familiares que presentaban niveles más altos de estrés tenían apego inseguro y un perfil de personalidad saludable de forma moderada, mientras que por el contrario las personas con apego seguro mostraban menor estrés y personalidad más saludable, por lo que se correlacionó las variables de forma significativa.

Los familiares de pacientes crónicos se encontraron más expuestos al temor y al estrés, especialmente mujeres y personas con bajo conocimiento, mediante un estudio transversal a 104 cuidadores de Bogotá se indagó sobre la relación entre temor, estrés, conocimientos, actitudes y prácticas a cuidadores durante la pandemia COVID - 19, donde se observaron altos niveles de estrés inclusive en personas con conocimientos, actitudes y prácticas altos (Carreño et al., 2022)

La desregulación del cortisol relacionado al estrés y la disfunción cerebrovascular normalmente se vieron como factores separados que afectan a la enfermedad del Alzheimer, sin embargo un estudio realizado a 108 pacientes con problemas de memoria mostró que el estrés crónico y específicamente la desregulación del cortisol se relaciona a marcadores vasculares e inflamatorios que comúnmente se encuentran presentes en fases tempranas del Alzheimer, por lo que se relaciona al estrés con la disfunción cerebrovascular presente en el progreso de la enfermedad y se lo considera como un factor de riesgo en personas proclives a desarrollarla (Daniilidou, 2024)

En cuanto a cuidadores de pacientes con demencia, la labor de estar al pendiente de un paciente con esta sintomatología está configurada como un elemento ligado al origen de estrés crónico, por lo que después de realizar un estudio transversal se constató que tiene una relación estrecha con el surgimiento de trastornos emocionales frecuentes, especialmente con la ansiedad y la depresión relacionadas a un sentimiento de sobrecarga, por lo que el estudio plantea una posibilidad alterna de tratamiento, el Protocolo Unificado Para El Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (León y Rodríguez, 2022).

Mulligan et al., (2022) Mencionaron la efectividad de la Terapia de sesión única, la cual probó ser efectiva tanto en pacientes pediátricos con trastornos neurológicos como en sus familias, los cuales presentaban una carga emocional muy grande debido al contexto vivido, el síntoma principal que se trató con la terapia fue la ansiedad derivada del estrés presentado y relacionado al cuidado crónico, la cual se logró tratar con una efectividad a largo plazo.

3.2. Estrategias de afrontamiento

Izquierdo (2020) cito a Lazarus y Folkman como los primeros autores en referirse a estrategias de afrontamiento en 1986, definiéndolas como recursos para reducir efectos secundarios de un evento estresante, asimismo las dividen en dos grupos: a) Estrategias de afrontamiento orientado a la emoción; y b) Estrategias de afrontamiento orientado al problema.

Izquierdo (2020) refirió que los autores Frydenberg y Lewis (1997) mencionaron principalmente tres estilos de afrontamiento: a) Productivo: referido a acciones que están dirigidas a encontrar una solución al conflicto; b) No productivo: incluye reacciones como sentir culpa, aislarse socialmente o realizar acciones que no contribuyen a resolver el problema; y c)

Orientada a otros: referido a estrategias enfocadas en buscar ayuda o apoyo de otras personas, ya sea social, profesional o espiritual.

Romualdo y Villanueva (2024) realizaron un estudio cualitativo con abordaje fenomenológico, con el fin de analizar a los familiares de pacientes hospitalizados con diagnóstico de COVID-19 en Nuevo Chimbote Perú, realizando entrevistas a 12 participantes, encontrando que el afrontamiento se daba a través de diferentes factores: temor a la muerte, sentimientos de tristeza, insatisfacción hacia personal sanitario, sentimientos de estrés, culpa, fortalecimiento de fe y del vínculo familiar y finalmente vivencia del duelo caracterizada por poco o nulo acompañamiento durante la enfermedad.

Rodriguez et al., (2024) realizaron una revisión bibliográfica documental de 50 artículos tanto cuantitativos como cualitativos para analizar el afrontamiento familiar de pacientes en cuidados críticos, encontrando que el soporte familiar es muy importante para el paciente, sin embargo, aún más afrontamiento por parte de los familiares incluye diferentes alteraciones sociales, emocionales o económicas, lo cual conlleva a la familia a buscar medios para poder adaptarse a sus circunstancias.

Kelada et al., (2020) estudiaron a 205 padres de niños con desórdenes neurológicos en India, con el fin de conocer sus estrategias de afrontamiento y su estado psicológico, la percepción de la enfermedad estaba relacionada con ansiedad y depresión mayormente altas en la población, asociadas al control percibido sobre el control sobre la misma enfermedad y el tratamiento. El apoyo social fue la principal estrategia de afrontamiento para evitar emociones negativas de los padres, en especial la depresión.

3.3. Estrategias de afrontamiento y estrés

Balboa (2020) realizó una revisión bibliográfica acerca de diferentes artículos sobre estrategias de afrontamiento, las cuales son referenciadas en varios artículos como variables que impactan significativamente en problemas comunes que surgen dentro de una familia, más que todo relacionadas a eventos como la crianza, violencia, divorcio, entre otros. Dichas estrategias son manifestadas mediante los vínculos, comunicación entre los miembros y promoción de autoestima. Se pudo concluir que las estrategias de afrontamiento tienen un papel importante y un gran impacto sobre la intermediación de sucesos percibidos como estresantes y el efecto del estrés en cuanto al bienestar y la salud de todo el sistema familiar, siendo que dependiendo del suceso estresante se pueden utilizar diferentes estrategias, las cuales también varían entre los adultos, adolescentes y niños.

Benique et al., (2023) quienes investigaron los niveles de afrontamiento y el grado de estrés de familiares que se encontraban en la unidad de cuidados intensivos, realizaron un estudio correlacional con una muestra de 60 personas, utilizando instrumentos para identificar ansiedad y estrés, confirmaron la existencia de una asociación entre las variables estudiadas, teniendo la mayor parte de la muestra un nivel moderado de afrontamiento y un nivel moderado de estrés.

Siccha (2022) realizó una investigación en Lima, Perú donde analizó los niveles de resiliencia en familiares de pacientes neurológicos que se encontraban hospitalizados, concluyó un nivel de resiliencia alto en un 84% de su población, donde a su vez mencionó a la resiliencia como una de las características personales que regulan un agente estresante y hacen asequible la adaptación de la persona, además menciona diferentes factores que contribuyen a la superación de situaciones estresantes donde un 52% poseía un alto afrontamiento familiar, teniendo como

conclusión que es esencial el fortalecimiento de los lazos familiares para de este modo dotar al paciente de una buena calidad de vida, entonces concluimos que sin un buen apoyo por parte del familiar, el paciente con afecciones neurológicas se vería afectado directamente, entrando a tallar los niveles de estrés que posean que tal y como mencionan en la investigación suelen ser inherentes a ser cuidador de una persona enferma y que podrían ser los causantes de una mala gestión de cuidado hacia su familiar y las posibles estrategias de afrontamiento que emplean también serán o no contraproducentes para este hecho.

Zamudio (2023) analizó el estrés de padres con niños con cáncer y sus métodos para afrontarlo, los participantes se encontraban ubicados en la capital de Perú, donde 110 padres respondieron a los cuestionarios PSI-4.SF que media el estrés y el COPE que evidenciaba las estrategias de afrontamiento, como principal hallazgo encontraron que el uso de las estrategias de desentendimiento conductual y mental se asocian a menores niveles de estrés percibido aunque no son las estrategias más controversiales como lo son el uso de alcohol y sustancias, es relevante el hecho de presenciar una notable diferencia de niveles de estrés con respecto a los padres que no aplican este tipo de estrategias es por eso que se mencionó que no se podía calificar como buena o mala algunas de estas estrategias debido a que estaban evocando un resultado satisfactorio al momento de medir y presenciar que tan afectados por el estrés estaban estos padres, de hecho en la misma investigación; Zamudio menciona que el afrontamiento más adaptativo según muchas investigaciones latinoamericanas es el que está centrado en el planteamiento y ejecución de soluciones, lo que pone en cuestionamiento en que es lo que podría definir estos cambios abruptos de estrategias y como cada contexto define la respuesta única del individuo.

Hipótesis

Existe relación entre estrés y estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes del área de neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa.



Capítulo II Método

Metodología

Esta investigación se enmarcó dentro del paradigma cuantitativo, dado que se enfoca en la medición objetiva de datos y su análisis estadístico. Como señalan Hernández Sampieri et al. (2014), este enfoque consiste en recolectar información numérica de manera estructurada y así poder identificar relaciones entre variables. En esa misma línea, Creswell (2013) menciona que la investigación cuantitativa se basa en el uso de instrumentos estandarizados que garantizan la precisión y la posibilidad de replicar los hallazgos.

El diseño adoptado fue no experimental, de tipo correlacional y comparativo de corte transversal, el enfoque correlacional fue utilizado para analizar la relación entre estrés y estrategias de afrontamiento, mientras que el enfoque comparativo permitió analizar diferencias entre los tipos de estrés de familiares, quienes son cuidadores directos de los pacientes y estrategias según diversas variables sociodemográficas de los mismos familiares (sexo, edad y nivel de instrucción) y variables tanto sociodemográficas como clínicas de los pacientes (sexo, edad, tiempo de diagnóstico y tipo de diagnóstico). De acuerdo con Kerlinger y Lee (2002), los estudios no experimentales se caracterizan por observar las variables en su contexto natural sin manipularlas, lo que permite analizar los fenómenos tal como ocurren en la realidad. Por su parte, Bisquerra (2009) enfatiza que este tipo de diseño es extremadamente útil en disciplinas como la psicología y la educación, porque hace más fácil la identificación de patrones sin alterar las condiciones del entorno.

Asimismo, el estudio se clasificó como correlacional, dado que su propósito principal es analizar la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento. Según Hernández Sampieri et al. (2014), los estudios correlacionales buscan establecer asociaciones entre variables sin pretender determinar causalidad.

4. Instrumentos

4.1. Escala de Percepción Global de Estrés

Guzmán y Reyes (2018) validaron el instrumento EPGE, el cual mide el nivel de estrés percibido, en Perú por medio de una prueba piloto a 332 universitarios, adaptando la versión mexicana y chilena a nuestro contexto, la prueba adaptada consta de 13 ítems, donde 6 ítems pertenecen a la dimensión negativa distrés y 7 ítems a la dimensión positiva eustrés, posee cinco opciones de respuesta para cada pregunta en escala Likert: Nunca, Casi nunca, De vez en cuando, Frecuentemente y Casi siempre. Los autores realizaron modificaciones en cuanto a la redacción de ciertos ítems para fomentar una mejor comprensión en el contexto estudiado, guiándose de pruebas de validez y juicio de expertos, por lo que se logró validar su uso en ámbitos clínicos y referidos al estudio de la salud mental en la población peruana para el estudio del estrés.

Guzmán y Reyes-Bossio (2018) aportaron evidencias de validez de constructo de la Escala de Percepción Global de Estrés, mediante un análisis factorial confirmatorio, entonces el modelo que mejor se ajusta es el bifactorial de 13 ítems, ya que presentó los siguientes índices de ajuste: $\chi^2(64) = 158.03$; $p < .01$; RMSEA = .067; TLI = .940; CFI = .951. En lo que se refiere a la confiabilidad, se evaluó mediante consistencia interna a través de coeficientes alfa de Cronbach, con un valor de .799 para el factor de eustrés y .770 para el factor de distrés.

4.2. Inventario de afrontamiento al estrés - Brief COPE 28

Quispe (2022) El inventario COPE 28, fue desarrollado por Carver en 1997 y adaptado para Perú por Levano en el 2018, la investigadora empleó el test con una duración de entre 15 a 20 minutos en su población de 90 trabajadores de salud, de entre 19 y 61 años, donde el Brief COPE 28, permitió clasificar según las estrategias de afrontamiento en tres dimensiones: Centrado en el problema, centrado en la emoción, y afrontamiento evitativo. El instrumento consta de 28 ítems con una escala de likert de 4 puntos, donde los encuestados calificarán con "Nunca lo hago (0 pts)", "Hago esto un poco (1 pts)", "Hago bastante esto (2 pts)" y "Siempre lo hago (3 pts)". La prueba demuestra ser adecuada y confiable en este contexto hospitalario, con un coeficiente de 0.96, validando su eficacia para su uso en nuestro contexto investigativo.

Según Quispe en su anexo 4, la puntuación total obtenida permite identificar el grado de uso de cada estrategia. Para efectos de interpretación, se utilizaron percentiles como punto de corte, clasificando los resultados en tres niveles:

- Uso alto: percentiles superiores al 75
- Uso moderado: percentiles entre el 25 y el 75
- Uso bajo: percentiles inferiores al 25

Delgado et al. (2023) investigadores peruanos evaluaron las propiedades psicométricas del Brief COPE 28 en una muestra de 530 personas, el análisis factorial confirmatorio indicó que el modelo de estrategias de afrontamiento presentó un ajuste adecuado: $\chi^2/g.l = 1.902$; CFI = 0.96; TLI = 0.95; SRMR = 0.056; RMSEA = 0.069. La consistencia interna, medida mediante el coeficiente alfa ordinal, osciló entre 0.59 y 0.90 para las diferentes estrategias. Estos resultados sugieren que el Brief COPE 28 es un instrumento confiable y válido para evaluar estrategias de afrontamiento en la población peruana.

5. Participantes

Tabla 1

Datos Sociodemográficos

		<i>n=120</i>	
<i>Datos sociodemográficos de los familiares</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Edad	Adulthood temprana	31	25.6
	Adulthood intermedia	69	57.0
	Adulthood tardía	20	16.7
Sexo	Masculino	48	40
	Femenino	72	60
Nivel de estudio	Primaria incompleta	0	00.00
	Primaria completa	0	00.00
	Secundaria incompleta	18	15
	Secundaria completa	4	3.3
	Estudios superiores incompletos	18	15
	Estudios superiores completos	80	66.7
Relación con el paciente	Padre/Madre	23	19.2
	Hijo (a)	36	30
	Cónyuge	29	24.2
	Hermano (a)	10	8.3
	Otro	22	18.3
<i>Datos sociodemográficos de los pacientes</i>			
Edad	Adolescencia tardía	14	11.6
	Adulthood temprana	16	13.2
	Adulthood intermedia	39	32.2
	Adulthood tardía	51	42.5
Sexo	Masculino	50	41.7
	Femenino	70	58.3
Patologías neurológicas	Trastornos Convulsivos	6	5
	Trastornos Cefalálgicos	13	10.8
	Trastornos Neurodegenerativos	14	11.7
	Trastornos Vasculares	25	20.8
	Trastornos Columna y nervios periféricos	17	14.2
	Trastornos Congénitos	2	1.7
	Trastornos Tumorales	13	10.8
	Trastornos Autoinmunes	4	3.3
	Otros	9	7.5
	Sin diagnóstico	17	14.2
Tiempo desde el diagnóstico	Menos de 6 meses	51	42.5
	6 meses a 1 año	14	11.7
	1 - 3 años	6	5
	Más de 3 años	49	40.8

Nota: f: Frecuencia; %: Porcentaje (n=120)

En la Tabla 1 podemos observar la frecuencia y el porcentaje de los datos sociodemográficos de los familiares, respectivamente según cada dato, siendo n el total de participantes, osea 120, además de la frecuencia y el porcentaje de los datos sociodemográficos de los pacientes, respectivamente según cada dato.

La presente investigación tuvo una población total de 120 familiares de pacientes del área de neurología, hombres y mujeres con un rango de edad desde 18 años a más. Para obtener la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual consistió en tomar en cuenta el total de la población para mayor confiabilidad de los resultados.

5.1. Criterios de inclusión

Parientes de pacientes internados en hospitalización del área de neurología

Parientes de pacientes en la modalidad hospitalaria de consultorio del área de neurología

Parientes de pacientes que se presenten en sala de emergencias del área de neurología

Parientes con un rango de edad entre 18 a más años.

Parientes de ambos sexos.

Parientes que firmaron el consentimiento informado

5.2. Criterios de exclusión

Parientes de pacientes que no lleven el servicio de neurología.

Parientes menores de 18 años.

Parientes que no firmen el consentimiento informado

Procedimiento

Con el fin de realizar la investigación, inicialmente se elaboró el consentimiento informado, en el cual se dio la información pertinente al estudio y todas las medidas éticas del mismo, posteriormente se elaboró el formato perteneciente a las pruebas psicológicas utilizadas para evaluar las variables de estrategias de afrontamiento y estrés. Se solicitó la autorización del jefe del área de neurología con el fin de poder obtener el permiso pertinente para acceder tanto a los pacientes como a los parientes de los mismos en las diferentes modalidades hospitalarias; la fase de obtención de datos se llevó a cabo en coordinación con los médicos de neurología, organizando los horarios para llegar a evaluar a la mayor cantidad posible, teniendo en cuenta el acceso a la población a estudiar.

Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló resaltando principalmente los derechos y bienestar de los participantes, por lo que se le dio importancia a la aceptación del consentimiento informado, el cual contó con información clara para evitar confusiones, mencionando tanto los objetivos como los beneficios de la investigación, recalcando la confidencialidad y ausencia de riesgos potenciales por su participación, aclarando que es totalmente voluntario y sin presión. La participación fue anónima y tuvieron la libertad de salirse de la investigación en cualquier momento de la misma.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos de los cuestionarios se tabularon en el programa Microsoft Excel 2016, incluyendo variables independientes y dependientes, posteriormente esta base de datos se importó al programa Jamovi 1.6.23 y a SPSS. Se realizaron análisis descriptivos con el fin de resumir las características de los participantes. Se evaluó la distribución de las variables usando

la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para posteriormente definir pruebas paramétricas o no paramétricas, en cuanto a comparaciones se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y t de student en el caso de dos grupos dependiendo de la normalidad y se utilizaron ANOVA y Kruskal-Wallis para comparar más de dos grupos. Para las correlaciones entre variables cuantitativas se usó rho de Spearman.



Capítulo III. Resultados

Resultados

Tabla 2

Niveles de Estrés

Estrés	Eustrés		Distrés	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alto	33	27.5	53	44.2
Moderado	52	43.3	37	30.8
Bajo	35	29.2	30	25
Total	120	100.00	120	100.00

Nota: *f*: Frecuencia; %: Porcentaje

En la Tabla 2 se observó que un 44.2% de los participantes poseen un nivel alto de distrés y un 27.5% posee un nivel alto de eustrés, seguido por un 43.3% de participantes que poseen un nivel moderado de eustrés y un 30.8% de nivel moderado de distrés, por último, el 29.2% de participantes posee un nivel bajo de eustrés y un 25% posee un nivel bajo de distrés.

Tabla 3

Niveles de Estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	Centrado en el problema		Centrado en la emoción		Centrado en la evitación del problema	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Uso Alto	26	21.7	27	28.3	29	24.2
Uso Moderado	54	45	59	49.2	58	48.3
Uso Bajo	40	33.3	34	28.3	33	27.5
Total	120	100.00	120	100.00	120	100.00

Nota: *f*: Frecuencia; %: Porcentaje

En la Tabla 3 se observó que un 21.7% de los participantes presentan un uso alto de afrontamiento centrado en el problema, mientras que un 28.3% presentan un uso alto de afrontamiento centrado en la emoción y un 24.2% un uso alto de afrontamiento centrado en la evitación del problema. Asimismo, el uso moderado es el más frecuente en las tres dimensiones siendo que el 45% posee un afrontamiento centrado en el problema, 49.2% en afrontamiento centrado en la emoción y 48.3% en afrontamiento centrado en la evitación del problema. Por último, el uso bajo se presenta en un 33.3% de los participantes para el afrontamiento centrado en el problema, 28.3% para el centrado en la emoción, y 27.5% en el centrado en la evitación del problema.

Tabla 4*Comparación del estrés de los familiares según su sexo*

Distrés		n	Rango Promedio	U	p
Sexo de los familiares	Femenino	72	61.34	1668	0.747
	Masculino	48	59.24		

Nota: n= Número; U: U de Mann-Whitney; p: Significancia

Los resultados del análisis comparativo muestran que las mujeres presentan un rango promedio de estrés ligeramente superior (61.34) en comparación con los hombres (59.24), sin embargo, esta diferencia no alcanza significancia estadística ($p=0.747$). Aunque numéricamente las mujeres muestran mayor tendencia al estrés, la ausencia de significancia estadística indica que ambos géneros experimentan niveles similares de distrés ante la situación de cuidado, este hallazgo sugiere que la carga emocional del cuidado de un familiar con trastorno neurológico impacta de manera relativamente equitativa a hombres y mujeres.

Tabla 5

Comparación del estrés de los familiares según el sexo de los pacientes

Distrés		n	Rango Promedio	U	p
Sexo de pacientes	Femenino	70	61.11	1708	0.728
	Masculino	50	59.65		

Nota: n: Número; U: U de Mann-Whitney; p: Significancia

El análisis revela que los familiares de pacientes mujeres presentan un rango promedio de estrés superior (61.11) comparado con los familiares de pacientes hombres (59.65), pero esta diferencia carece de significancia estadística ($p=0.728$), lo que sugieren entonces es que el género del paciente no modula significativamente el impacto emocional en los familiares cuidadores, la ausencia de diferencias significativas podría reflejar que los trastornos neurológicos generan necesidades de cuidado y preocupaciones familiares que trascienden las diferencias de género del paciente.

Tabla 6*Comparación del estrés de los familiares según el tiempo desde el diagnóstico de los pacientes*

Distrés	n	Rango Promedio	H	p
Menos de 6 meses	51	62.95	3.35	0.340
6 meses a 1 año	14	69.50		
1 - 3 años	6	70.58		
Más de 3 años	49	54.14		

Nota: n: Número; H: Kruskal Wallis; p: Significancia

Los resultados muestran variabilidad en los rangos promedio de estrés según el tiempo transcurrido, tenemos que el grupo de 1-3 años presenta el mayor estrés (70.58), seguido por el de 6 meses a 1 año (69.50), mientras que el grupo de más de 3 años muestra el menor estrés (54.14) y el de menos de 6 meses registra valores intermedios (62.95), sin embargo, estas diferencias no alcanzan significancia estadística ($p=0.340$), entonces el patrón observado sugiere una posible curva de adaptación no lineal, donde el estrés podría intensificarse en los períodos intermedios (1-3 años) antes de disminuir en fases más avanzadas pero la ausencia de significancia estadística indica que el tiempo por sí solo no garantiza una reducción automática del estrés familiar.

Tabla 7*Comparación entre estrés de los familiares y diagnóstico de los pacientes*

Variables	n	Rango Promedio	H	p
Trastornos Convulsivos	6	60.67	6.02	0.738
Trastornos Cefalálgicos	13	57.58		
Trastornos Neurodegenerativos	14	65.71		
Trastornos Vasculares	25	58.60		
Trastornos Columna y nervios periféricos	17	55.18		
Trastornos Congénitos	2	47.50		
Trastornos Tumoraes	13	79.31		
Trastornos Autoinmunes	4	60.75		
Otros	9	48.83		
Sin diagnóstico	17	59.76		

Nota: n: Número; H: Kruskal Wallis; p: Significancia

La comparación del tipo de diagnóstico revela que los familiares de pacientes con trastornos tumorales experimentan el mayor rango promedio de estrés (79.31), seguidos por aquellos con trastornos neurodegenerativos (65.71), mientras que los familiares de pacientes con trastornos congénitos presentan el menor estrés (47.50), seguidos por otros diagnósticos (48.83), a pesar de esta variabilidad numérica considerable podemos observar que las diferencias no alcanzan significancia estadística ($p=0.738$), esta ausencia de significancia estadística nos sugiere que, independientemente del diagnóstico específico, todas las familias enfrentan desafíos estresores de igual forma.

Tabla 8

Comparación entre estrés de los familiares con su edad

Distrés		n	Rango Promedio	H	p	ϵ^2
Edad de los familiares	Adulthood temprana	31	72.47	9.77	0.0080	0.0821
	Adulthood intermedia	69	60.66			
	Adulthood tardía	20	41.40			

Nota: n: Número; H: Kruskal Wallis; ϵ^2 : Tamaño de efecto p: Significancia

Los resultados demuestran diferencias estadísticamente significativas ($p=0.008$) según la edad de los familiares, con un tamaño de efecto de 0.0821 moderado, evidenciando un patrón claro de disminución del estrés con el incremento de la edad, los familiares de adulthood temprana presentan el mayor rango promedio de estrés (72.47), seguidos por los de adulthood intermedia (60.66), mientras que los de adulthood tardía muestran el menor estrés (41.40), notamos una progresión descendente que nos sugiere que la madurez podría ser un factor contra el estrés a diferencia de los adultos jóvenes (20 – 39 años) quienes, como se aprecia en la tabla, experimentan mayor estrés.

Tabla 9

Comparación entre estrés de los familiares con la edad de los pacientes

Distrés		n	Rango Promedio	H	p
Edad de los pacientes	Adolescencia tardía	14	69.71	1.62	0.656
	Adulthood temprana	16	63.56		
	Adulthood intermedia	39	56.62		
	Adulthood tardía	51	59.98		

Nota: n: Número; M: Media; DE: Desviación; H: Kruskal Wallis; p: Significancia

El análisis muestra que los familiares de pacientes en adolescencia tardía experimentan el mayor rango promedio de estrés (69.71), seguidos por los de adultez temprana (63.56), adultez tardía (59.98), y adultez intermedia con el menor estrés (56.62), estas diferencias no alcanzan significancia estadística ($p=0.656$) pero tenemos que el mayor estrés asociado a pacientes adolescentes podría reflejar las particulares dificultades que implica el cuidado de jóvenes con trastornos neurológicos, sin embargo la ausencia de significancia estadística sugiere que, aunque existen variaciones numéricas, la edad del paciente no constituye un predictor del estrés del familiar.

Tabla 10

Comparación del estrés en familiares y su nivel de instrucción

Distrés	n	Rango Promedio	H	p
Primaria incompleta	0	0	4.07	0.254
Primaria completa	0	0		
Secundaria incompleta	18	28.50		
Secundaria completa	4	65.06		
Estudios superiores incompletos	18	65.22		
Estudios superiores completos	80	60.01		

Nota: n: Número; M: Media; DE: Desviación; H: Kruskal Wallis; p: Significancia

Los resultados muestran que los familiares con estudios superiores incompletos presentan el mayor rango promedio de estrés (65.22), seguidos muy de cerca por los de secundaria completa (65.06), mientras que los de secundaria incompleta muestran considerablemente menor estrés (28.50) pero estas diferencias no alcanzan significancia estadística ($p=0.254$), entonces los grupos con educación superior incompleta reflejan mayor estrés, paradójicamente el menor estrés es en el grupo de secundaria incompleta pero la ausencia de significancia estadística sugiere que el nivel educativo no determina de manera consistente la capacidad de manejo del estrés.

Tabla 11

Comparación de estrategias de afrontamiento de los familiares según su sexo

Estrategias de afrontamiento		n	Rango Promedio	U	p	ϵ^2
Centrado en el problema	Femenino	72	64.00	1472	0.167	
	Masculino	48	55.17			
Centrado en la emoción	Femenino	72	67.33	1236	0.008	0.0586
	Masculino	48	50.25			
		M	DE	t	p	
Centrado en la evitación del problema	Femenino	13.6	5.94	-0.410	0.683	
	Masculino	14.1	5.63			

Nota: n: Número; t: t de Student; U: U de Mann-Whitney; p: Significancia; ϵ^2 : Tamaño de efecto

Los resultados revelan diferencias estadísticamente significativas únicamente en el afrontamiento centrado en la emoción ($p=0.008$), donde las mujeres superan considerablemente a los hombres (50.25), pero no se observan diferencias significativas en el afrontamiento centrado en el problema ($p=0.167$) ni en la evitación del problema ($p=0.683$), esto nos demuestra que las mujeres tienden significativamente más hacia estrategias que involucran la expresión, procesamiento y regulación emocional pero tenemos la ausencia de diferencias en las otras estrategias que nos sugiere que ambos géneros emplean similarmente enfoques dirigidos a resolver problemas concretos y evitar situaciones estresantes, lo que nos demuestra que los dos géneros en las estrategias orientadas a la acción y evitación del problema se distribuyen más equitativamente entre ellos.

Tabla 12

Comparación de estrategias de afrontamiento de los familiares según el sexo de los pacientes

Estrategias de afrontamiento		n	Rango Promedio	U	p
Centrado en el problema	Femenino	70	63.74	1524	0.224
	Masculino	50	55.97		
Centrado en la emoción	Femenino	70	60.24	1732	0.924
	Masculino	50	60.87		
		M	DE	t	p
Centrado en la evitación del problema	Femenino	8.79	2.28	0.632	0.529
	Masculino	8.28	2.19		

Nota: n: Número; M: Media; DE: Desviación; t: t de Student; U: U de Mann-Whitney; p: Significancia

Los análisis demuestran ausencia de diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones de afrontamiento según el sexo del paciente tenemos que en el afrontamiento centrado en el problema, los familiares de pacientes mujeres muestran rangos ligeramente superiores (63.74, $p=0.224$), mientras que en el afrontamiento emocional los valores son prácticamente idénticos (60.24), (60.87), ($p=0.924$), en lo que respecta a la evitación las medias son muy similares (8.79), (8.28), ($p=0.529$), pero la ausencia de diferencias indica que el género del paciente no modula las estrategias adaptativas empleadas por los familiares, el hallazgo sugiere que las necesidades de cuidado neurológico y las demandas emocionales asociadas trascienden las diferencias de género del paciente.

Tabla 13

Comparación de estrategias de afrontamiento de los familiares según el tiempo desde el diagnóstico de los pacientes

Estrategias de afrontamiento	Tiempo desde el diagnóstico de los pacientes	n	Rango Promedio	H	p	ϵ^2
Centrado en el problema	Menos de 6 meses	51	59.96	1.83	0.608	
	6 meses a 1 año	14	51.75			
	1 - 3 años	6	73.25			
	Más de 3 años	49	62.00			
Centrado en la emoción	Menos de 6 meses	51	65.44	11.1	0.011	0.0931
	6 meses a 1 año	14	65.43			
	1 - 3 años	6	93			
	Más de 3 años	49	49.97			
		M	DE	F	p	
Centrado en la evitación del problema	Menos de 6 meses	12.5	5.94	2.90	0.062	
	6 meses a 1 año	17.1	6.73			
	1 - 3 años	18.2	5.71			
	Más de 3 años	13.7	4.86			

Nota: n: Número; M: Media; DE: Desviación; H: Kruskal Wallis; F: Anova; p: Significancia; ϵ^2 : Tamaño de efecto

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el afrontamiento centrado en la emoción ($p=0.011$), donde los familiares de pacientes con 1-3 años de diagnóstico presentan las puntuaciones más altas (93), contrastando marcadamente con los de más de 3 años que muestran las más bajas (49.97), los grupos de menos de 6 meses (65.44) y 6 meses a 1 año (65.43) presentan valores intermedios similares y no se observaron diferencias significativas en el afrontamiento centrado en el problema ($p=0.608$) ni en la evitación ($p=0.062$), entonces tenemos

que en la estrategia centrada en la emoción se mantiene durante el primer año, alcanza su pico entre 1-3 años, y disminuye significativamente después de los 3 años, esta curva podría reflejar diferentes fases de adaptación en el familiar.

Tabla 14

Comparación de estrategias de afrontamiento de los familiares según el diagnóstico de los pacientes

Diagnóstico de los pacientes	Estrategias de afrontamiento					
	Centrado en el problema		Centrado en la emoción		Centrado en la evitación del problema	
	H	p	H	p	F	p
	5.77	0.763	5.02	0.833	1.74	0.151

Nota: H: Kruskal Wallis; F: Anova; p: Significancia

Los resultados muestran la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las patologías y las tres dimensiones de afrontamiento evaluadas ($p > 0.05$), lo que nos indica que independientemente de si el paciente presenta trastornos convulsivos, cefalálgicos, neurodegenerativos, vasculares, tumorales, autoinmunes u otros, los familiares tienden a desarrollar patrones adaptativos similares lo que implica que, aunque diferentes diagnósticos pueden presentar desafíos únicos en términos de síntomas y pronóstico, las respuestas adaptativas fundamentales de los familiares siguen patrones relativamente iguales.

Tabla 15

Comparación entre estrategias de afrontamiento de los familiares con su edad

Estrategias de afrontamiento	Edad de los familiares	n	Rango Promedio	H	p	ϵ^2
Centrado en el problema	Adulthood temprana	31	48.90	7.21	0.027	0.0606
	Adulthood intermedia	69	61.46			
	Adulthood tardía	20	75.17			
Centrado en la emoción	Adulthood temprana	31	53.08	4.76	0.093	
	Adulthood intermedia	69	59.74			
	Adulthood tardía	20	4.62			
		M	DE	F	p	
Centrado en la evitación del problema	Adulthood temprana	12.9	4.91	2.26	0.115	
	Adulthood intermedia	13.6	6.12			
	Adulthood tardía	16.1	5.59			

Nota: H: Kruskal Wallis; F: Anova; p: Significancia; ϵ^2 : Tamaño de efecto

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el afrontamiento centrado en el problema ($p=0.027$), donde los familiares de adulthood tardía presentan las puntuaciones más altas (75.17), seguidos por los de adulthood intermedia (61.46), mientras que los de adulthood temprana muestran las más bajas (48.90), además de eso no se encontraron diferencias significativas en el afrontamiento emocional ($p=0.093$), ni en la evitación del problema ($p=0.115$), esto nos indica que los adultos mayores han desarrollado más la estrategia centrada en el problema a diferencia de los familiares con edades menores.

Tabla 16

Comparación entre estrategias de afrontamiento de los familiares con la edad de los pacientes

Estrategias de afrontamiento	Edad de los pacientes	n	Rango Promedio	H	p
Centrado en el problema	Adolescencia tardía	14	49.11	3.18	0.365
	Adulthood temprana	16	67.16		
	Adulthood intermedia	39	56.90		
	Adulthood tardía	51	64.29		
Centrado en la emoción	Adolescencia tardía	14	54.84	1.04	0.792
	Adulthood temprana	16	63.50		
	Adulthood intermedia	39	63.92		
	Adulthood tardía	51	58.49		
		M	DE	F	p
Centrado en la evitación del problema	Adolescencia tardía	13.3	6.71	0.313	0.816
	Adulthood temprana	13.1	3.50		
	Adulthood intermedia	14.3	5.74		
	Adulthood tardía	13.8	6.26		

Nota: H: Kruskal Wallis; F: Anova; p: Significancia

La tabla no indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones evaluadas ($p > 0.05$), en el afrontamiento centrado en el problema, los familiares de pacientes en adultez temprana muestran los rangos más altos (67.16), mientras que los de adolescencia tardía presentan los más bajos (49.11), en cuanto al afrontamiento emocional, los valores se mantienen relativamente similares entre grupos y en la evitación, las diferencias son mínimas entre todos los grupos etarios, la ausencia consistente de diferencias indica que la edad

del paciente no constituye un factor modulador en las estrategias adaptativas familiares, lo que sugiere que las demandas de cuidado neurológico generan necesidades adaptativas relativamente iguales y trascienden las diferencias de edad del paciente.

Tabla 17

Comparación de estrategias de afrontamiento y Nivel de instrucción de los familiares

Estrategias de afrontamiento	Nivel de instrucción de los familiares	n	Rango Promedio	H	p
Centrado en el problema	Secundaria incompleta	18	49.11	0.965	0.810
	Secundaria completa	4	67.16		
	Estudios superiores incompletos	18	56.90		
	Estudios superiores completos	80	64.29		
Centrado en la emoción	Secundaria incompleta	18	54.84	3.16	0.792
	Secundaria completa	4	63.50		
	Estudios superiores incompletos	18	63.92		
	Estudios superiores completos	80	58.49		
		M	DE	F	p
Centrado en la evitación del problema	Secundaria incompleta	15.61	7	2.777	0.086
	Secundaria completa	19.25	6.50		
	Estudios superiores incompletos	15.56	4.98		
	Estudios superiores completos	12.75	5.39		

Nota: n: Número; M: Media; DE: Desviación; H: Kruskal Wallis; F: Anova; p: Significancia

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones de afrontamiento según el nivel educativo ($p > 0.05$), tenemos que en el afrontamiento

centrado en el problema, los familiares con estudios superiores completos muestran los rangos más altos (64.29), mientras que los de secundaria incompleta presentan los más bajos (49.11), en lo que respecta a la evitación del problema, los familiares con secundaria completa exhiben las medias más altas (19.25), contrastando con los de estudios superiores completos que muestran las más bajas (12.75), pero la ausencia de significancia estadística indica que el nivel de instrucción formal no determina de manera consistente las estrategias adaptativas empleadas.



Tabla 18

Coefficiente de correlación entre las dimensiones del Test COPE y Estrés

	1	2	3	4	5
1 F1_Distrés	–				
2 F2_Eustrés	-.415**	–			
3 F1_Centrada en el problema	-.195**	.474**	–		
4 F2_Centrada en la emoción	.147	.271**	.428**	–	
5 F3_Centrada en la Evitación del Problema	.185**	-.052	.071	.236**	–

Nota: **: la correlación es significativa.

Como se puede apreciar en la Tabla 18, se presentaron los coeficientes de correlación entre las dimensiones del Test COPE, Distrés y Eustrés, los resultados nos indicaron que en la dimensión Centrada en el problema, se encontró una correlación moderada positiva con el Eustrés y con Distrés se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa, lo que sugiere que a mayor uso de esta estrategia se reduce el Distrés y aumenta el Eustrés. En la dimensión Centrada en la emoción, también se encontró una correlación significativa con el Eustrés, lo que sugiere que a mayor uso de esta estrategia mayor Eustrés percibido, sin embargo, no hubo correlación significativa con Distrés. Por último, en la dimensión Centrada en la evitación del problema se mostró una correlación positiva con el Distrés, lo cual sugiere que un mayor uso de estrategias evitativas se asocia con un nivel ligeramente mayor de Distrés.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar si existía relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes del área de neurología de un hospital en la ciudad de Arequipa. A partir de los análisis realizados, se observó que efectivamente existió una relación significativa entre ambas variables. Esto permitió confirmar la hipótesis de investigación, evidenciando que el estrés está asociado con los tipos de estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares. En especial, se identificó una tendencia hacia el uso de estrategias centradas en la emoción en aquellos participantes con niveles más altos de estrés y los hallazgos obtenidos permiten comprender mejor las dinámicas emocionales de estos cuidadores informales, quienes, ante la enfermedad de un ser querido, se enfrentan a múltiples desafíos que ponen a prueba sus recursos personales, sociales y emocionales. Uno de los principales resultados fue que el uso de estrategias centradas en el problema mostró una correlación positiva significativa con el eustrés ($\rho = 0.474, p < .005$) y una correlación negativa con el distrés ($\rho = -0.195, p < .005$), lo que indica que estas estrategias permiten afrontar de forma más adaptativa las exigencias del cuidado, la evidencia coincide con los resultados encontrados por Ticona et al. (2010), quienes señalaron que el afrontamiento activo y la planificación fueron herramientas en estudiantes de enfermería, podrían estar asociadas a niveles más manejables de estrés, aunque el contexto es distinto, en ambos casos se trata de poblaciones vinculadas al entorno hospitalario y sometidas a situaciones de presión constante, lo que resalta la eficacia de estas estrategias orientadas a la acción. Asimismo, se encontró una correlación positiva entre el eustrés y el uso de estrategias centradas en la emoción ($\rho = 0.271, p < .005$), lo que sugiere que la regulación emocional también cumple un papel importante para lograr una adaptación funcional, estos datos son coherentes con lo planteado por Siccha (2022), quien

indica que la resiliencia familiar y un afrontamiento adecuado sirven para una buena calidad de vida del paciente y su entorno, pero este tipo de afrontamiento no mostró una relación significativa con el distrés, lo que puede explicarse por la variedad de estrategias agrupadas dentro de esta dimensión, algunas más adaptativas que otras, lo que contrasta con una correlación positiva entre las estrategias de evitación y el distrés ($\rho = 0.185$, $p < .005$) y demuestra que quienes emplean con mayor frecuencia mecanismos evitativos presentan también un mayor malestar emocional, este hallazgo se diferencia con lo reportado por Zamudio (2023), quien encontró que algunas estrategias como el desentendimiento mental parecían reducir el estrés en ciertos casos, pero que otras, como la negación o el consumo de sustancias, podían intensificar el impacto negativo del estresor. En el presente estudio, si bien las estrategias evitativas no son predominantes, su asociación con el distrés alerta sobre la necesidad de intervenir cuando estas son utilizadas de manera crónica o en contextos de elevada vulnerabilidad emocional.

En cuanto a los niveles generales de estrés, se observó que el 44.2% de los participantes presenta niveles altos de distrés, frente a un 27.5% con niveles altos de eustrés. Este hallazgo refleja que una gran proporción de los familiares experimenta un tipo de estrés disfuncional que puede estar interfiriendo en su bienestar psicológico. Mulligan et al. (2022) destacan cómo los cuidadores de pacientes con trastornos neurológicos suelen cargar con una fuerte presión emocional que no solo afecta su calidad de vida, sino que también puede incidir negativamente en la atención que brindan. Además, León y Rodríguez (2022) señalaron que el estrés crónico en cuidadores de personas con demencia tiende a estar vinculado con sintomatología ansiosa y depresiva, lo que refuerza la idea de que el malestar emocional sostenido requiere ser atendido desde una perspectiva preventiva y terapéutica.

Respecto a las variables sociodemográficas, se encontró que la edad de los familiares guarda una relación significativa con el distrés ($\chi^2= 9.77$, $p < .008$), indicando que, a mayor edad, menor es el nivel de estrés negativo. Este resultado coincide con lo hallado por Siccha (2022), quien no reportó altos niveles de resiliencia en familiares mayores, sin embargo la presente investigación sugiere que la experiencia vital y el desarrollo de recursos personales influyen positivamente en la capacidad de afrontar el estrés, también se encontró una relación positiva entre la edad y el uso de estrategias centradas en el problema ($\chi^2 = 7.21$, $p = .027$), lo que refuerza la idea de que las personas mayores tienden a usar recursos más funcionales ante situaciones difíciles, además, se evidenció una diferencia significativa en el uso de estrategias centradas en la emoción según el sexo de los familiares ($U= 1236$, $p = .008$), siendo las mujeres quienes utilizan más este tipo de afrontamiento, lo que concuerda con lo planteado por Carreño et al. (2022), quienes identificaron que las mujeres cuidadoras se encontraban más expuestas al temor y al estrés, lo que podría indicar mayor expresividad emocional y mayor búsqueda de soporte afectivo, el patrón parece mantenerse en el contexto estudiado, donde las mujeres no solo asumen mayor carga emocional, sino que tienden a expresar y manejar sus emociones de forma más abierta, otro hallazgo importante fue la relación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el uso de estrategias centradas en la emoción ($\chi^2 = 11.1$, $p = .0011$), siendo más empleadas por aquellos familiares cuyo ser querido fue diagnosticado de 1 a 3 años, lo que puede interpretarse como que no solo la etapa inicial está marcada por una fuerte carga emocional y la necesidad de contención aunque Romualdo y Villanueva (2024), en un estudio cualitativo, identificaron que los primeros momentos del diagnóstico están acompañados por temor, tristeza y una fuerte vivencia emocional; esto también nos hace pensar que los familiares podrían buscar estrategias emocionales para sostenerse frente al impacto inicial de la enfermedad, en nuestra

investigación se encontró una relación positiva de las estrategias centrada en la emoción con el eustrés lo que nos hace creer que esta estrategia es efectiva sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad, sin embargo Calderón et al. (2021) no examinaron esta variable directamente, pero sí señalaron que el tipo de apego y el perfil de personalidad influyen en la percepción del estrés, lo que nos lleva a pensar que múltiples factores personales podrían modular la efectividad del afrontamiento más allá de cualquier factor en específico.

En general, los resultados se alinean parcialmente con lo encontrado por Benique et al. (2023), quienes en un estudio con familiares de pacientes en cuidados intensivos hallaron una relación significativa entre los niveles de estrés y el afrontamiento, a diferencia de la presente investigación, que se llevó a cabo en el área de neurología, Benique et al. contaron con una muestra más pequeña (60 participantes), pero con un entorno clínico más crítico, aún así, las similitudes en los hallazgos subrayan la importancia de seguir profundizando en el rol del cuidador y su experiencia emocional frente a enfermedades crónicas o graves. Finalmente, como bien concluyó Balboa (2020), los acontecimientos estresantes alteran el equilibrio familiar y ponen en evidencia la necesidad de contar con estrategias de afrontamiento efectivas. A partir de los hallazgos de esta investigación, se hace evidente la importancia de diseñar e implementar programas hospitalarios que no solo se enfoquen en la atención del paciente, sino que también contemplen el apoyo psicológico a sus familiares, sabiendo que el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento podrían no solo mejorar la salud mental de los cuidadores, sino también influir positivamente en la evolución y bienestar de los pacientes neurológicos, contribuyendo así a una atención más integral y humanizada.

CONCLUSIONES

Primera. En este estudio se confirmó la hipótesis de investigación, encontrándose que el Eustrés se relacionó con el uso de estrategias centradas en el problema y la emoción, mientras que el Distrés mostró una correlación negativa con estrategias centradas en el problema y positiva con la evitación del problema. Los resultados muestran que cuando los familiares emplean estrategias dirigidas a resolver activamente los problemas o a regular y expresar sus emociones, experimentan niveles más altos de Eustrés, favoreciendo su adaptación ante las circunstancias. Por el contrario, el uso de estrategias centradas en la evitación se relacionó a mayor Distrés, sugiriendo que eludir la realidad o los problemas puede intensificar el malestar emocional. Los resultados resaltan la importancia de promover estrategias de afrontamiento adaptativas en los familiares de pacientes neurológicos, ya que no solo el impacto negativo del estrés es reducido, sino que pueden transformar la experiencia de cuidado en una oportunidad de fortalecimiento personal y familiar.

Segunda. Se describieron los niveles de estrés de los familiares de pacientes del área de neurología, se encontró que la mayor parte de los familiares presenta niveles altos de Distrés o estrés negativo. En cuanto al estrés positivo o Eustrés los participantes presentaron en su mayoría niveles moderados.

Tercera. Se describieron las estrategias de afrontamiento usadas por los familiares de pacientes del área de neurología, las cuales son estrategias centradas en el problema, emoción y evitación del problema, los resultados sugieren que las tres tienen mayor frecuencia de uso en el nivel moderado.

Cuarta. Se analizó la relación entre los niveles de Distrés y diferentes datos sociodemográficos, encontrando principalmente que la edad del familiar constituye un factor

diferenciador significativo en la experiencia del estrés familiar, donde los familiares más jóvenes presentan mayores niveles de distrés comparado con los de mayor edad.

Quinta. Se analizó la relación entre estrategias de afrontamiento y diferentes datos sociodemográficos, se encontró que las mujeres suelen utilizar más estrategias centradas en la emoción para afrontar el estrés, al igual que los familiares que recibieron el diagnóstico de 1 a 3 años quienes también usan más la estrategia centrada en la emoción y a mayor edad más uso de estrategias centradas en el problema.



SUGERENCIAS

Primera. Se sugiere que el hospital implemente programas psicoeducativos para los familiares de pacientes con enfermedades neurológicas, orientados a fortalecer estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Segunda. Se recomienda ofrecer espacios de orientación emocional y contención psicológica, que permitan disminuir los niveles de estrés y mejorar el bienestar general de los cuidadores.

Tercera. Se recomienda realizar estudios similares en diferentes áreas hospitalarias, a fin de enriquecer la comprensión del estrés y las estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes, para así contribuir al diseño de intervenciones psicológicas y/o programas de apoyo efectivos.

LIMITACIONES

Primera. Al haberse empleado un diseño transversal, no fue posible observar los cambios en el estrés o las estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo, lo que sería un dato muy interesante considerando el factor de progreso o no, de las enfermedades de los familiares en cuestión.

Segunda. La aplicación de instrumentos de autoinforme pudo verse influenciada por percepciones personales o el contexto hospitalario, lo cual es una consideración habitual en estudios con personas en situaciones sensibles.

Tercera. El estudio utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo cual limitó el alcance de generalización de los resultados, característica común en investigaciones exploratorias de campo.

REFERENCIAS

- Balboa, M. (2020). Estrategias de afrontamiento y su rol intermediario frente al estrés familiar. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 5 (202).
<https://doi.org/10.32351/rca.v5.202>
- Benique, J., Sarmiento, E., y Achahuanco, N. (2023). *Nivel de afrontamiento y grado de estrés de los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital Público Nivel II Moquegua, 2023* (Tesis de segunda especialidad). Universidad Nacional del Callao.
<https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8725>.
- Bisquerra, R. (2009). Metodología de la investigación educativa. *Editorial La Muralla*.
https://www.academia.edu/38170554/METODOLOG%C3%8DA_DE_LA_INVESTIGACI%C3%93N_EDUCATIVA_RAFAEL_BISQUERRA_pdf.
- Calderón, A., Mateu, J., y Lacomba, L. (2021). Estrés, vinculaciones afectivas y personalidad: un estudio en familiares de personas afectadas por COVID-19. *Revista Clínica Contemporáneo*, 12, e14, 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2021a12>.
- Carreño, S., Chaparro, L., y Pardo, Y. (2022). Temor, estrés, conocimientos, actitudes y prácticas ante la COVID-19 en cuidadores familiares de pacientes crónicos. *Hacia La Promoción de La Salud*, 27(2), 118–129. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.9>.
- Cirineo, E., Lázaro, J., y Yupanqui, K. (2023). *Percepción del cuidado de enfermería y signos de estrés en familiares de pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Domingo Olavegoya, Jauja 2023*. (Tesis de segunda especialidad). Universidad Nacional del Callao.
<https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8052>.
- Creswell, J. (2013). *Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4ta ed.). Sage

publications.

https://books.google.com.pe/books?id=4uB76IC_pOQC&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Daniilidou, M., Holleman, J., Hagman, G., Kåreholt, I., Aspö, M., Brinkmalm, A., Zetterberg, H., Blennow, K., Solomon, A., Kivipelto, M., Sindi, S., & Matton, A. (2024). Neuroinflammation, cerebrovascular dysfunction and diurnal cortisol biomarkers in a memory clinic cohort: Findings from the Co-STAR study. *Translational Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-024-03072-x>.

Dionisio, L. (2021) *Psiquiatría para médicos*. Tinta libre ediciones.

Gomez, Y. (2022) *Estrés postraumático y depresión en familiares de pacientes diagnosticados con cáncer de un hospital de Lima, Perú, 2020*. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/26459>.

Huayna, A., y Ramos, C. (2020). *Locus de control y estrés percibido en padres de niños con enfermedades crónicas*. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/653027>.

Halbreich, U. (2021). Stress-related physical and mental disorders: A new paradigm. *BJPsych Advances*, 27(3), 145-152. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.1>.

Homberg, J. R., & Jagiellowicz, J. (2022). A neural model of vulnerability and resilience to stress related disorders linked to differential susceptibility. *Molecular Psychiatry*, 27(3), 514–524. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01047-8>.

Hernández S., Fernández C., y Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación (6ta ed.)*.

Editorial McGraw-Hill. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista- Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

Quispe (2023) *Estrategias de afrontamiento al estrés y satisfacción laboral en trabajadores del establecimiento de salud José Domingo Choquehuanca, Azángaro 2022*. (Tesis para licenciatura). Universidad Autónoma de Ica.

Izquierdo, M. (2020). *Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica*. (Tesis de licenciatura). Universidad Señor de Sipán. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6889>.

Kelada, L., Wakefield, C., Muppavaram, N., Lingappa, L., & Chittem, M. (2020). Psychological outcomes, coping and illness perceptions among parents of children with neurological disorders. *Psychology And Health*, 36(12), 1480-1496. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1859113>

Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ta ed.). McGraw-Hill. <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>

León, I., y Rodríguez, Á. (2022). Aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en cuidadores familiares de enfermos con demencia. *Dialnet*, 19, (45-62). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8894062>

Lichtenberger, F. (2023). *The Human Brain/Body Input/Output*. Allergic to Life. https://ezproxy.ucsm.edu.pe:2089/10.1007/978-3-031-46026-5_10

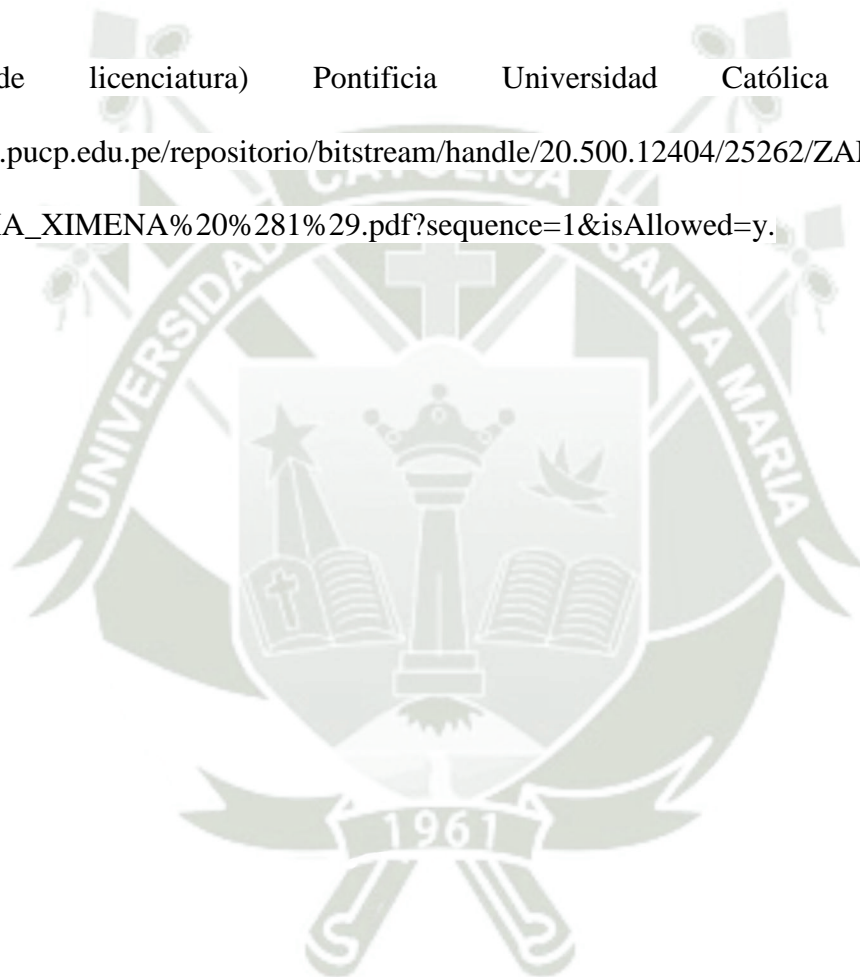
Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

- Mejía, L., & Ramos, F. (2022). *Prevalencia de trastornos mentales en la población general: Un enfoque en estrés, depresión, ansiedad y TEPT*. Editorial Científica.
- Mulligan, J., Olivieri, H., Young, K., Lin, J., & Anthony, S. (2022). Single session therapy in pediatric healthcare: the value of adopting a strengths-based approach for families living with neurological disorders. *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 1 (16).
<https://doi.org/10.1186/s13034-022-00495-6>
- Pérez, J. (2023). *Estrés, salud ocupacional y psicología. Estrés laboral. Fundamentos teóricos, medición, investigación e intervención*. UNAM.
<https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=d7nSEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=Estr%C3%A9s,+salud+ocupacional+y+psicolog%C3%ADa.+Estr%C3%A9s+laboral.+Fundamentos+te%C3%B3ricos,+medici%C3%B3n,+investigaci%C3%B3n+e+intervenci%C3%B3n.&ots=Gpm-9zafHP&sig=KAUSqcTA93t1zfpGv0F6gFzEOYg>
- Palma, C., y López, N. (2021). *Estrategias de afrontamiento y estrés en cuidadores formales de adultos mayores de Pereira*. (Tesis de licenciatura). Universidad católica de Pereira.
<https://repositorio.ucp.edu.co/server/api/core/bitstreams/b0785f70-2f5d-4595-9750-1d6604faf8ca/content>.
- Rodriguez, D. (2023). *Vulnerabilidad al estrés por aislamiento social obligatorio durante la pandemia COVID-19 en los miembros de una Iglesia cristiana, Lima. 2022*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
<https://core.ac.uk/download/574532434.pdf>.
- Romualdo, G. y Villanueva, A. (2024). *Develando las vivencias de Ser familiar de paciente hospitalizado con Covid-19, 2023* (Tesi de licenciatura) Universidad Nacional del Santa
<https://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/4640>

- Rodriguez, A., Gonzales, R., y Ceballos, S. (2024). Determinación del afrontamiento familiar de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados críticos. *Revista información científica*, 103(1 Sup), (4538). <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4538>
- Saavedra, C. (2023). Eustrés y Distrés: Revisión Sistemática de la Literatura. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(2), (1-17). <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP>
- Sinisterra, M. (2021). *El estrés como enfermedad del siglo: Perspectivas desde la teoría de Hans Selye*. Ediciones PsicoMed.
- Siccha, T. (2022). *Resiliencia y Factores Sociodemográficos en el Familiar del Paciente con Discapacidad Neurológica Hospitalizado en el Instituto de Ciencias Neurológicas, Lima 2021*. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana los Andes. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/6315>.
- Soriano, J., Pérez, M., Molero, M., Tortosa, B, y González, A. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *European Journal of Education and Psychology*, 12(2), (191-206). <https://www.redalyc.org/journal/1293/129365934007/html/>.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32. <https://www.nature.com/articles/138032a0>

Ticona, S., Paucar, G., & Llerena, G. (2010). *Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Enfermería*. (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional de San Agustín. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200007.

Zamudio, A. (2023) *Estrés parental y estrategias de afrontamiento de padres de niños con cáncer*. (Tesis de licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/25262/ZAMUDIO_DIAZ_ARANTXA_XIMENA%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Las vivencias que nos ocurren tienen efectos tanto beneficiosos como perjudiciales en nuestras vidas, un familiar que no se encuentra con una buena salud es una de las vicisitudes más complicadas por las que una persona puede pasar y por ende exponerse a factores que contribuyen a afecciones como el estrés, entre otros.

Esta investigación tiene como fin hallar los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento de personas que poseen un familiar con una afección neurológica, para poder participar debe cumplir con los siguientes criterios: Ser mayor de 18 años y tener un familiar con una afección neurológica. Su participación es voluntaria y puede elegir no responder alguna pregunta si así lo prefiere, además los datos brindados serán confidenciales y anónimos. Implica resolver la ficha de datos, la Escala de Percepción Global de Estrés y el Inventario de respuestas de afrontamiento al estrés, esto le tomará entre 10 y 15 minutos como máximo, la información recopilada no será usada más que para fines de la presente investigación.

En caso de presentar cualquier duda puede comunicarse vía correo electrónico o al número a continuación:

- alejandra.mallea@ucsm.edu.pe - maria.nunez@ucsm.edu.pe Número: 948158582

Si se encuentra de acuerdo con todo lo mencionado con anterioridad marque la respuesta positiva:

Si acepto participar

No acepto participar

Datos Personales	Datos sobre el Paciente
Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Nivel de estudio: <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Estudios superiores incompletos <input type="checkbox"/> Estudios superiores completos Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano(a) Otro: _____	Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Patología neurológica del paciente (diagnóstico): _____ Tiempo desde el diagnóstico: <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses - 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años Servicio hospitalario que frecuenta: <input type="checkbox"/> Consultorio externo <input type="checkbox"/> Emergencias <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Terapia de rehabilitación

Anexo 2

Instrumento 1

Escala de Percepción Global de Estrés

Marca con una "X" en el casillero aquella opción que exprese mejor tu situación actual, en el último mes. Para cada pregunta coloca solo una opción					
	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Frecuentemente	Casi siempre
1. En el último mes ¿Cuán seguido has estado molesto por que algo pasó de forma inesperada?					
2. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido incapaz de controlar hechos importantes en tu vida?					
3. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido continuamente tenso?					
4. En el último mes ¿Cuán seguido te sentiste seguro de tus habilidades para manejar tus problemas personales?					
5. En el último mes ¿Cuán seguido has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?					
6. En el último mes ¿Cuán seguido confiaste en tu capacidad para manejar tus problemas personales?					
7. En el último mes ¿Cuán seguido sentiste que las cosas te estaban resultando como tú querías?					
8. En el último mes ¿Cuán seguido te diste cuenta que no podías hacer todas las cosas que debías hacer?					
9. En el último mes ¿Cuán seguido has podido controlar las dificultades de tu vida?					
10. En el último mes ¿Cuán seguido has sentido que tienes el control de todo?					
11. En el último mes ¿Cuán seguido te has sentido molesto por situaciones que estaban fuera de tu control?					
12. En el último mes ¿Cuán seguido pudiste controlar la manera en que utilizaste el tiempo?					
13. En el último mes ¿Cuán seguido sentiste que los problemas se te habian acumulado?					

Instrumento 2

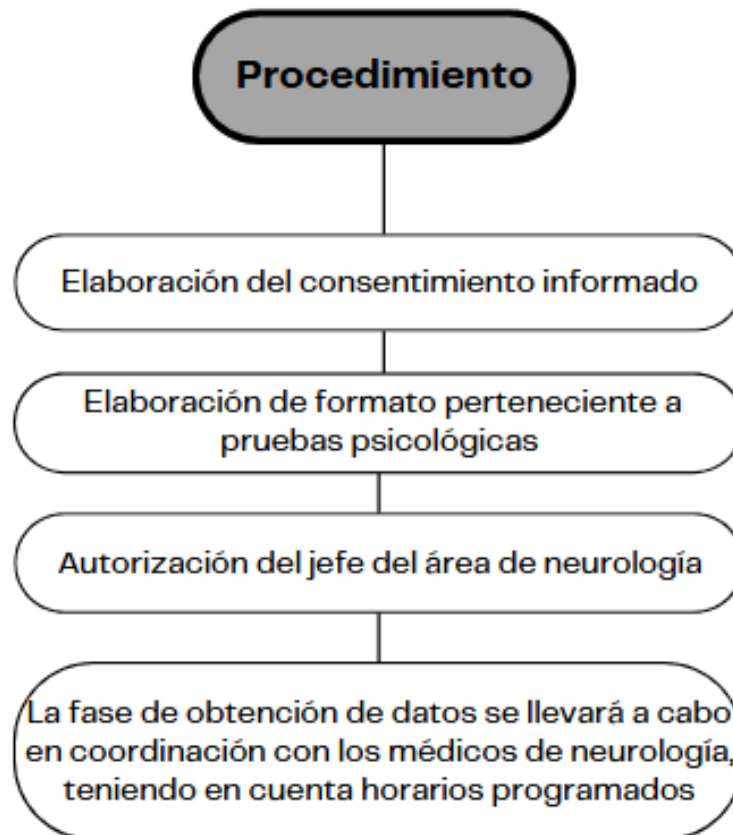
INVENTARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS - Brief COPE 28

Marque con una x, pensando en qué harías para resolver un problema, recuerda que no hay respuestas malas o buenas, responde con sinceridad.

	Nunca lo hago	Hago esto un poco	Hago bastante esto	Siempre lo hago
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. Recorro 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 el problema.				
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 los problemas.				
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento ver con otros ojos los problemas, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo alcohol u otras drogas para sentirme 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 los problemas.				
22. Hago algo para pensar menos en los problemas, tal como ir al cine o ver la televisión.				
23. Expreso mis sentimientos negativos.				
24. Consumo alcohol u otras drogas que me ayudan 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 aconsejen.				

Anexo 3

Diagrama de Flujo del Procedimiento



Anexo 4

Prueba de normalidad

Pruebas de normalidad			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Distrés	.082	120	.045
Eustrés	.104	120	.003
Estrategia centrada en el problema	.117	120	.000
Estrategia centrada en la emoción	.082	120	.047
Estrategia centrada en la evitación del problema	.069	120	.200

Nota: gl: Grados de libertad; Sig: Significancia

La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov muestra que las variables presentan distribución no normal a excepción de la Estrategia centrada en la evitación del problema, por lo que se cuenta con el coeficiente de correlación Rho de Spearman.