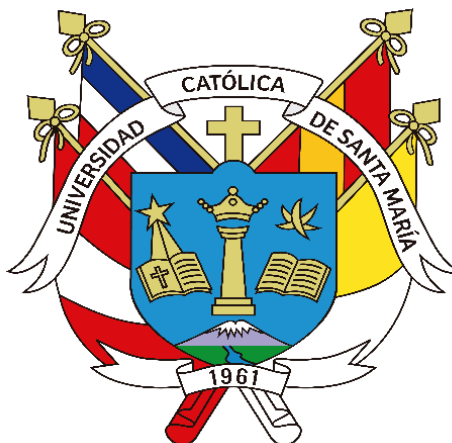


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



Influencia del nivel de estrés percibido en el miedo a la muerte de pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

Tesis presentada por las Bachilleres:

Fuentes Alarcón, Valeria del Rocío

ORCID: 0009-0000-0453-9298

Miranda Condorena, Yamileth Yomira

ORCID: 0009-0001-3282-304X

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesor:

Mg. Huerta Wilson, Marcia Christian

ORCID: 0000-0002-6491-0949

Arequipa – Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 12 de Junio del 2024

Dictamen: 009700-C-FENFER-2024

Visto el borrador del expediente 009700, presentado por:

2017200092 - FUENTES ALARCON VALERIA DEL ROCIO

2017246612 - MIRANDA CONDORENA YAMILETH YOMIRA

Titulado:

**INFLUENCIA DEL NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO EN EL MIEDO A LA MUERTE DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA,
2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**29229000 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**



**29298306 - DIAZ CESPEDES DE BELLIDO SUSANA VICTORIA
DICTAMINADOR**



**46436599 - REYES NEYRA GIOVANNA ELIZABETH
DICTAMINADOR**



Influencia del nivel de estrés percibido en el miedo a la muerte de pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet | 2% |
| 2 | repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 3 | accesoabierto.uh.cu Fuente de Internet | 1% |
| 4 | Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante | 1% |
| 5 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 1% |

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

- A Mis padres quienes han inculcado en mí el amor a Dios, el trabajo honesto y darme un ejemplo de familia luchadora, los amo hoy y para siempre.
- A Mi abuela Rosita que sin tu apoyo esto no sería posible y mi abuelo Panchito que fue la inspiración de esta investigación por ver la lucha constante que tenías día a día y aunque no lo logramos y nos llevaste la delantera, sé que estarías orgulloso de mí como te lo prometí.
- A Los pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa quienes brindaron su confianza y apoyo en el transcurso de este estudio.

Fuentes Alarcón Valeria del Rocío

- A: Todos los pacientes del servicio de oncología del hospital Goyeneche por su apoyo aportando respuestas sinceras.
- A: Todo el personal que labora en el servicio de oncología, por habernos abierto sus puertas y ayudándonos con su conocimiento.

Miranda Condorena, Yamileth Yomira

AGRADECIMIENTO

- A: Dios por darme la vida y guiar mis pasos día a día, por nunca permitir que flaquee y darme la fuerza para salir adelante.
- A: Mis amados padres Helbert y Rocío quienes con su trabajo y amor incondicional nunca soltaron mi mano hasta llegar a la meta.
- A: Mis queridas hermanas Gabriela y Loussiana por ser mi soporte todos estos años para nunca rendirme y luchar por mis objetivos.
- A: Mis abuelitos Pancho y Rosita por su apoyo y constante preocupación en que sea una gran profesional.
- A: Mi compañero Gabriel por motivarme a seguir adelante con tu apoyo en los momentos más difíciles y darme la seguridad de que lo lograría.
- A: Mis docentes de la Universidad Católica de Santa María en especial a la Facultad de Enfermería quienes inculcaron en mí conocimiento y valores que constituyen la base de mi vida profesional.

Fuentes Alarcón, Valeria del Rocío

- A: Dios por su gran amor y fe que nos acompañó en el proceso.
- A: Mis amados padres Percy y Lilia por su confianza y responsabilidad por proveernos y hacer realidad nuestras metas.
- A: La UCSM nuestra alma mater cual único propósito es nuestro crecimiento académico.
- A: Los pacientes encuestados quienes abrieron sus corazones con nosotras.
- A: La jefa del Departamento de Oncología Licenciada Deysi Dolores Muñoz Barriga por permitirnos el acceso de recolección de datos.
- A: Mi compañero Roberto por apoyarme siempre en este largo proceso.
- A: Mi hermana Yandery y sobrinos (Kaled y Kylie) por su confianza en mis capacidades ha sido una fuente de motivación y un recordatorio constante de mi valor.

Miranda Condorena, Yamileth Yomira

RESUMEN

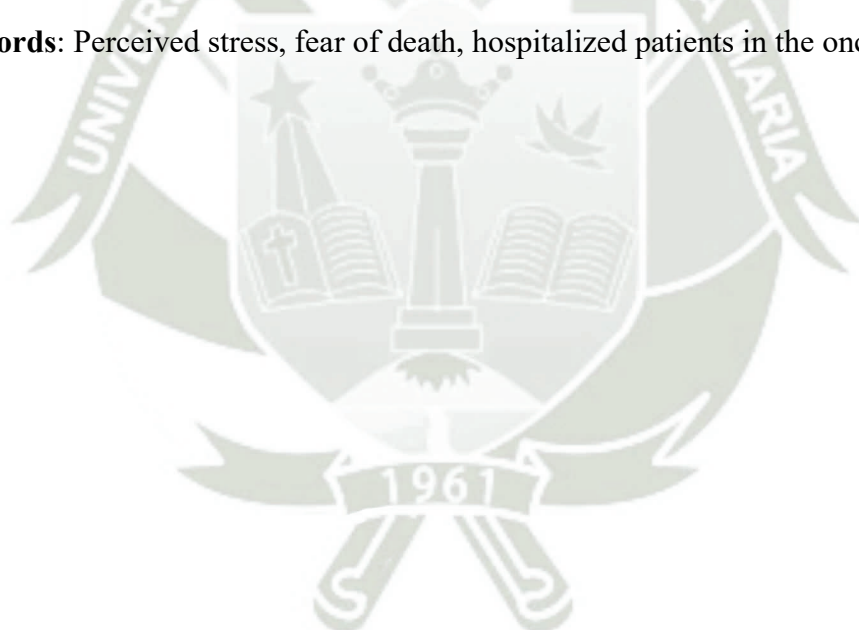
El estudio realizado exploró cómo el nivel de estrés percibido afecta el temor a la muerte en pacientes oncológicos internados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, durante el 2024. La muestra consistió en 80 pacientes oncológicos. Adoptando un enfoque metodológico transversal, se implementó un cuestionario que incluyó la Escala de Estrés Percibido de 14 ítems y el instrumento de miedo a la muerte de Collett Lester de 28 ítems. Los hallazgos revelaron que el 48.8% de los pacientes experimentó un nivel bajo de estrés, el 43.8% manifestó un nivel medio, mientras que un 3.8% no reportó estrés y un 3.8% presentó un nivel alto de estrés. En cuanto al miedo a la muerte, el 62.5% de los pacientes mostró un nivel moderado, y un 37.5% evidenció un nivel alto. No se identificaron pacientes con un nivel bajo de miedo a la muerte. Los resultados indican una correlación positiva y moderada entre el nivel de estrés percibido y el miedo a la muerte, con una correlación de Pearson de 0.423 y una significancia bilateral de 0.000, demostrando una influencia estadísticamente significativa del estrés percibido sobre el miedo a la muerte en esta población.

Palabras clave: Estrés percibido, miedo a la muerte, pacientes hospitalizados en el servicio de oncología.

ABSTRACT

The study carried out explored how the level of perceived stress affects the fear of death in cancer patients admitted to the oncology service of the Goyeneche Hospital, Arequipa, during 2024. The sample consisted of 80 cancer patients. Adopting a cross-sectional methodological approach, a questionnaire was implemented that included the 14-item Perceived Stress Scale and the 28-item Collett Lester fear of death instrument. The findings revealed that 48.8% of patients experienced a low level of stress, 43.8% reported a medium level, while 3.8% reported no stress and 3.8% reported a high level of stress. Regarding fear of death, 62.5% of the patients showed a moderate level, and 37.5% showed a high level. No patients with a low level of fear of death were identified. The results indicate a positive and moderate correlation between the level of perceived stress and fear of death, with a Pearson correlation of 0.423 and a bilateral significance of 0.000, demonstrating a statistically significant influence of perceived stress on fear of death in this population.

Key words: Perceived stress, fear of death, hospitalized patients in the oncology service.



ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| INTRODUCCION..... | 1 |
| CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... | 3 |
| 1. Problema de Investigación | 4 |
| 1.1. Enunciado del Problema..... | 4 |
| 1.2. Descripción del Problema..... | 4 |
| 1.2.1. Operacionalización de Variables..... | 4 |
| 1.2.2. Interrogantes Básicas..... | 6 |
| 1.2.3. Tipo de problema..... | 6 |
| 1.3. Justificación..... | 6 |
| 2. Objetivos | 8 |
| 3. Marco Teórico..... | 9 |
| 3.1. Estrés | 9 |
| 3.1.1. Conceptos | 9 |
| 3.1.2. Tipos de estrés | 9 |
| 3.1.3. Mecanismos fisiopatológicos y neuroendocrinos del estrés..... | 11 |
| 3.1.4. Teorías del estrés | 11 |
| 3.1.5. Fisiología del estrés | 13 |
| 3.1.6. Manifestaciones del estrés..... | 15 |
| 3.1.7. Efectos del estrés en la salud..... | 17 |
| 3.1.8. Manejo del estrés..... | 18 |
| 3.2. Enfermedades Oncológicas | 21 |
| 3.2.1. Conceptos | 21 |
| 3.2.2. Fisiopatología del cáncer..... | 21 |

| | | |
|--------|---|----|
| 3.2.3. | Clasificación..... | 23 |
| 3.2.4. | Tratamiento medico..... | 24 |
| 3.2.5. | Cuidados de Enfermería..... | 28 |
| 3.2.6. | Adaptación y afrontamiento a las enfermedades oncológicas..... | 29 |
| 3.3. | Miedo a la Muerte..... | 30 |
| 3.3.1. | Conceptos básicos..... | 30 |
| 3.3.2. | Modelos teóricos explicativos del miedo a la muerte..... | 30 |
| 3.3.3. | Mecanismos de afrontamiento del miedo a la muerte..... | 30 |
| 3.3.4. | El miedo a la muerte desde la perspectiva espiritual..... | 30 |
| 3.3.5. | El miedo a la muerte desde la perspectiva psicológica..... | 31 |
| 3.4. | Rol de enfermería en el miedo a la muerte en los pacientes oncológicos..... | 31 |
| 3.4.1. | Cuidados psicoemocionales de los pacientes oncológicos..... | 31 |
| 3.5. | Teoría de enfermería aplicada al estudio..... | 32 |
| 3.6. | Datos Sociodemográficos..... | 33 |
| 3.6.1. | Edad:..... | 33 |
| 3.6.2. | Sexo:..... | 34 |
| 3.6.3. | Grado de Instrucción:..... | 34 |
| 3.6.4. | Estado Civil:..... | 34 |
| 3.6.5. | Ocupación:..... | 35 |
| 3.6.6. | Tipo de Cáncer:..... | 35 |
| 3.6.7. | Estadio del Cáncer:..... | 35 |
| 3.6.8. | Tiempo de Enfermedad:..... | 36 |
| 3.6.9. | Tratamiento:..... | 36 |
| 4. | Antecedentes Investigativos..... | 37 |
| 4.1. | Internacionales..... | 37 |
| 4.2. | Nacionales..... | 37 |

| | |
|--|----|
| 4.3. Locales..... | 38 |
| HIPÓTESIS | 39 |
| CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL..... | 40 |
| 1. Técnica | 41 |
| 2. Instrumentos..... | 41 |
| 2.1. Escala de Estrés Percibido (EEP – 14)..... | 41 |
| 2.2. Escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL)..... | 42 |
| 3. Campo de Verificación | 43 |
| 3.1. Ubicación espacial..... | 43 |
| 3.2. Ubicación temporal..... | 43 |
| 3.3. Universo y muestra..... | 43 |
| 3.3.1. Universo | 43 |
| 3.3.2. Muestra..... | 43 |
| 4. Estrategia de Recolección de Datos | 44 |
| 4.1. Organización..... | 44 |
| 4.2. Análisis de datos..... | 45 |
| 4.3. Recursos..... | 46 |
| 4.3.1. Humanos..... | 46 |
| 4.3.2. Las investigadoras | 46 |
| 4.3.3. Institucionales:..... | 46 |
| 4.3.4. Materiales | 46 |
| 4.3.5. Financieros | 46 |
| CAPÍTULO III RESULTADOS | 47 |
| CONCLUSIONES..... | 77 |
| RECOMENDACIONES | 78 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 79 |

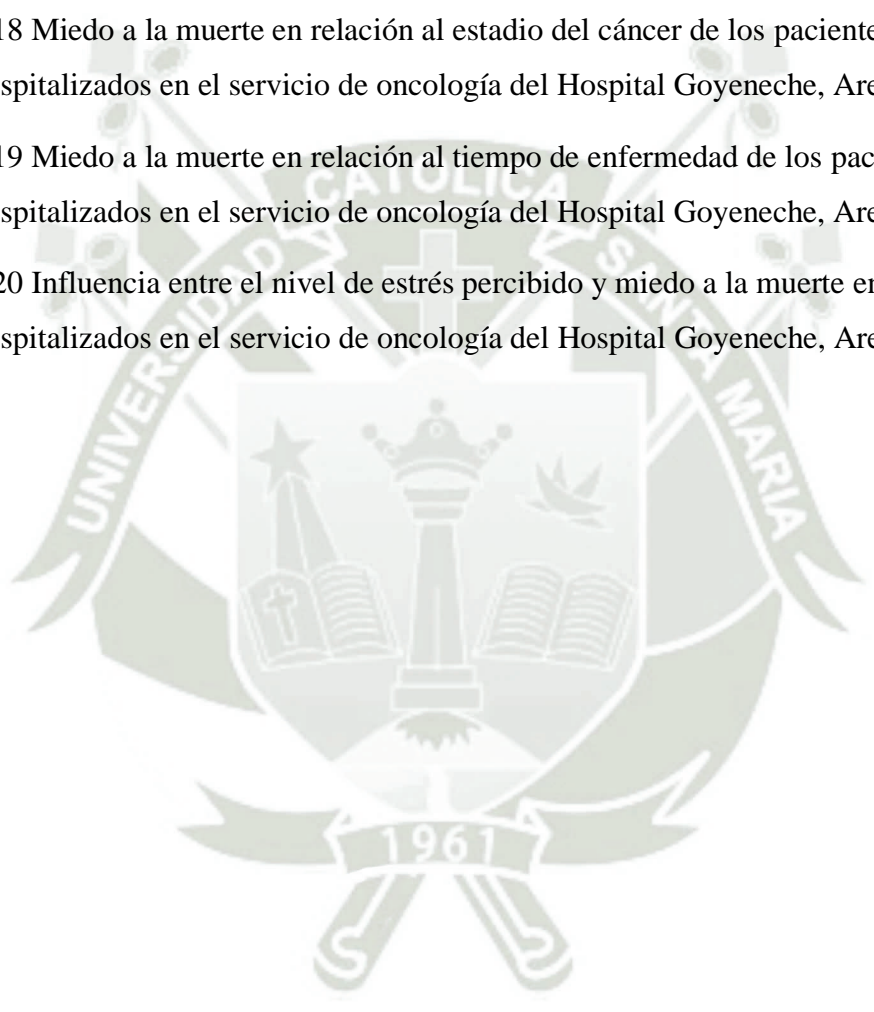
| | |
|---|----|
| ANEXOS | 88 |
| ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO | 89 |
| ANEXO 2 ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (EEP – 14) (ELABORADA POR COHEN, KAMARAK Y MERMELSTEIN) | 90 |
| ANEXO 3 ESCALA MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT-LESTER (EMMCL) | 91 |
| ANEXO 4 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | 92 |
| ANEXO 5 MATRIZ DE DATOS | 93 |
| ANEXO 6 AUTORIZACION PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO | 95 |
| ANEXO 7 DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA | 96 |



INDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Sexo de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 48 |
| Tabla 2 Edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 49 |
| Tabla 3 Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 50 |
| Tabla 4 Estado civil de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 51 |
| Tabla 5 Ocupación de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 52 |
| Tabla 6 Tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 53 |
| Tabla 7 Estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 54 |
| Tabla 8 Tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 55 |
| Tabla 9 Tratamiento que recibieron los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 56 |
| Tabla 10 Nivel de estrés percibido de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 57 |
| Tabla 11 Nivel de estrés percibido en relación a la edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 58 |
| Tabla 12 Nivel de estrés percibido en relación al tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 60 |
| Tabla 13 Nivel de estrés percibido en relación al estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 62 |
| Tabla 14 Nivel de estrés percibido en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 64 |

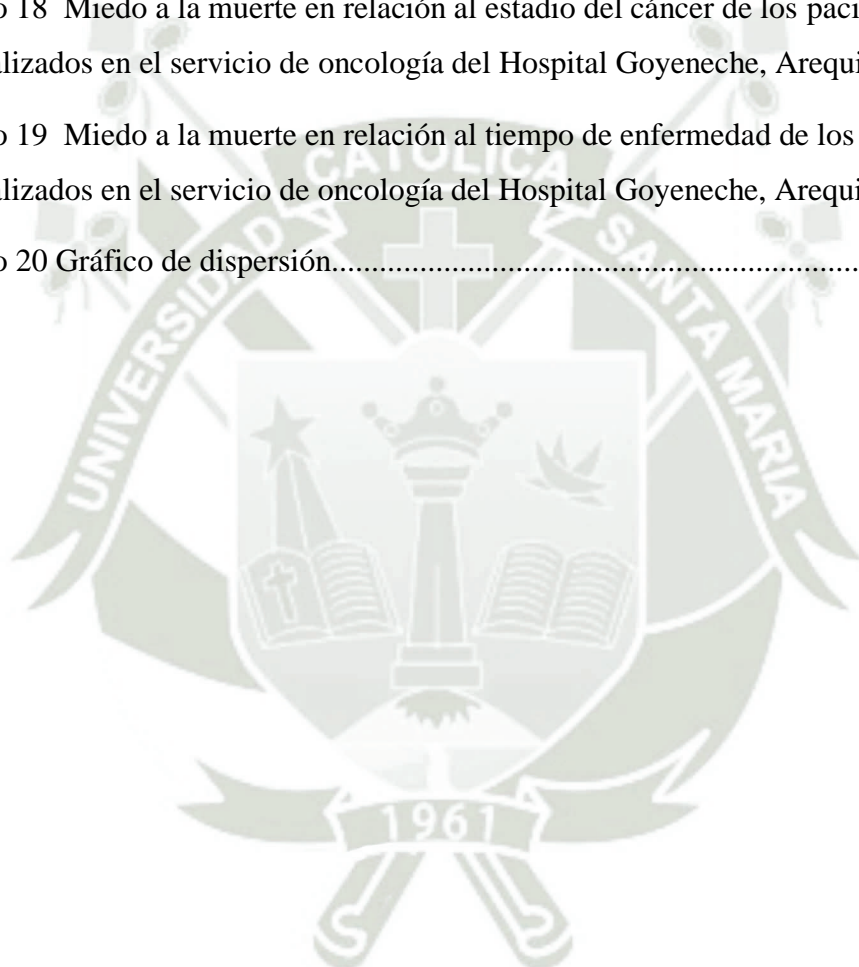
| | |
|---|----|
| Tabla 15 Miedo a la muerte en los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 66 |
| Tabla 16 Miedo a la muerte en relación a la edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 67 |
| Tabla 17 Miedo a la muerte en relación al tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 69 |
| Tabla 18 Miedo a la muerte en relación al estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 71 |
| Tabla 19 Miedo a la muerte en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 73 |
| Tabla 20 Influencia entre el nivel de estrés percibido y miedo a la muerte en los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 75 |



ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 Sexo de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 48 |
| Gráfico 2 Edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 49 |
| Gráfico 3 Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 50 |
| Gráfico 4 Estado civil de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 51 |
| Gráfico 5 Ocupación de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 52 |
| Gráfico 6 Tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 53 |
| Gráfico 7 Estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 54 |
| Gráfico 8 Tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 55 |
| Gráfico 9 Tratamiento que recibieron los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 56 |
| Gráfico 10 Nivel de estrés percibido de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 57 |
| Gráfico 11 Nivel de estrés percibido en relación a la edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 59 |
| Gráfico 12 Nivel de estrés percibido en relación al tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 61 |
| Gráfico 13 Nivel de estrés percibido en relación al estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 63 |
| Gráfico 14 Nivel de estrés percibido en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. | 65 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 15 Miedo a la muerte en los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 66 |
| Gráfico 16 Miedo a la muerte en relación a la edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 68 |
| Gráfico 17 Miedo a la muerte en relación al tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 70 |
| Gráfico 18 Miedo a la muerte en relación al estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 72 |
| Gráfico 19 Miedo a la muerte en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024..... | 74 |
| Gráfico 20 Gráfico de dispersión..... | 76 |



INTRODUCCION

El cáncer, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, continúa siendo un desafío significativo para la comunidad médica y la sociedad en general. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 se registraron 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Estas cifras alarmantes subrayan la necesidad urgente de estrategias de tratamiento más efectivas y enfoques de atención al paciente más comprensivos (1).

A nivel internacional, diversos estudios han demostrado que los pacientes en tratamiento para el cáncer, ya sea mediante cirugía, quimioterapia o radioterapia, suelen presentar niveles elevados de cortisol, una hormona estrechamente relacionada con el estrés. Este aumento en los niveles de cortisol puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, afectando tanto su bienestar físico como emocional. Además, se ha observado que el estrés crónico puede llevar a una serie de problemas de salud, aunque la relación exacta entre el estrés y el desarrollo del cáncer sigue siendo un área de investigación activa (2).

En el contexto nacional Altamirano en Trujillo, identificó que a mayor sea el temor o miedo a morir, es menor el resentimiento, el odio, o el rencor que sienten los pacientes oncológicos en relación a si mismo o a su entorno (3), estos hallazgos son importantes para identificar si en nuestro contexto regional se aprecia el mismo comportamiento.

En el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche en Arequipa, se ha observado que los pacientes oncológicos hospitalizados sometidos a tratamiento experimentan niveles de estrés. Estos hallazgos son consistentes con la literatura científica, que ha documentado ampliamente la prevalencia de estos problemas psicológicos en pacientes con cáncer. Sin embargo, a pesar de la importancia de estos problemas, aún no se ha explorado en profundidad la influencia entre el nivel de estrés y el miedo a la muerte en estos pacientes (4).

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo principal explorar la influencia del nivel de estrés percibido en el miedo a la muerte de pacientes oncológicos hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024. Este estudio se propone llenar este vacío en la literatura científica, proporcionando información valiosa que podría ayudar a mejorar la atención y el apoyo psicológico proporcionado a estos pacientes. Al entender mejor cómo el estrés y el miedo a la muerte afectan a los pacientes oncológicos,

los profesionales de la salud podrán desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes. Se espera que los hallazgos de este estudio contribuyan significativamente a la literatura científica y tengan un impacto positivo en la práctica clínica (5).

Este estudio titulado 'Influencia del nivel de estrés percibido en el miedo a la muerte de pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024', tiene como objetivo identificar el nivel de estrés presentado y percibido por los pacientes oncológicos, evaluar su miedo a la muerte y determinar la relación entre ambos factores en el Hospital Goyeneche de Arequipa. La investigación se justifica dado el aumento de casos de cáncer y su impacto en la población, reflejando la relevancia de abordar las respuestas emocionales frente a esta enfermedad. La metodología empleada es transversal, utilizando como técnicas el cuestionario, la escala de estrés percibido de 14 ítems y el instrumento miedo a la muerte de Collett Lester de 28 ítems, aplicados a 80 pacientes oncológicos. Los investigadores a cargo son Miranda Condorena Yamileth Yomira y Fuentes Alarcón Valeria del Rocío. El estudio tiene lugar en el Hospital Goyeneche, ubicado en la Avenida Goyeneche s/n, Arequipa, durante el periodo de enero a marzo del año 2024 (4).



1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del Problema

Influencia del nivel de estrés percibido en el miedo a la muerte de pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología. del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

1.2. Descripción del Problema

- **CAMPO** : Enfermería
- **AREA** : Área de Ciencias de la Salud
- **LINEA** : Salud Mental.

1.2.1. Operacionalización de Variables

| VARIABLES | INDICADORES | SUBINDICADORES |
|--|----------------------|--|
| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | Edad | <ul style="list-style-type: none"> • 18 – 29 • 30 – 59 • 60 a más |
| | Sexo | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino |
| | Grado de instrucción | <ul style="list-style-type: none"> • Sin educación formal • Primaria • Secundaria • Superior técnica completa • Superior técnica incompleta • Superior universitaria completa • Superior universitaria incompleta |
| | Estado civil | <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Conviviente • Viudo • Divorciado |
| | Ocupación | <ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Independiente • Comerciante • Obrero • Desocupado • Estudiante • Ama de casa |

| | | |
|--|---|--|
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS | Tipo de cáncer | <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama • Cáncer de próstata • Cáncer de pulmón • Cáncer gástrico • Cáncer de páncreas • Cáncer colorrectal • Leucemias, linfomas |
| | Estadio | <ul style="list-style-type: none"> • I • II • III • IV |
| | Tiempo de enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • De 1 a 3 años • De 3 a 5 años • Mas de 5 años |
| | Tipo de Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía • Quimioterapia • Radioterapia • Terapia hormonal • Terapia biológica |
| NIVEL DE ESTRÉS (Independiente) | Representa autoeficacia o control de las situaciones amenazantes. | <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de estrés o normal • Bajo • Medio • Alto |
| | Representa la percepción de desamparo o pérdida de control y sus consecuencias. | |
| MIEDO A LA MUERTE (Dependiente) | Muerte prematura Perdidas al morir | <ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Moderado • Alto |
| | Degeneración física y mental Incertidumbre de la muerte | |
| | Perdida de seres queridos Soledad | |
| | Sufrimiento de otros Observar otras muertes | |

1.2.2. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el nivel de estrés percibido en los pacientes hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Goyeneche?
- ¿Cuál es el nivel de miedo a la muerte en los pacientes hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Goyeneche?
- ¿Cómo influye el nivel de estrés percibido en el nivel del miedo a la muerte de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche?

1.2.3. Tipo de problema

- Tipo: De Campo
- Nivel: Relacional de corte transversal.

1.3. Justificación

Un estudio demostró que había más de 18 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo, siendo el cáncer de pulmón el más prevalente (2,1 millones), seguido del cáncer de mama (2,1 millones), colon y recto (1,8 millones) y próstata (1,3 millones) (6).

En el Perú, según datos estadísticos del Registro de Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, las enfermedades oncológicas en conjunto, han tenido un importante incremento en las últimas dos décadas principalmente; asimismo durante el 2020, se presentaron 69,849 casos nuevos de diagnóstico de cáncer. Los cánceres con mayores incrementos en la incidencia en varones son el cáncer de próstata (26,6%), el cáncer de estómago (10,2%) y el cáncer de colon (6,9%), mientras que, en las mujeres son el cáncer de mama (18,5%), cáncer de cuello uterino (11,5%) y el cáncer de colon (6,4%). En relación con las tasas de mortalidad asociadas a distintos tipos de cáncer en el país, los datos revelan que el cáncer de estómago encabeza la lista con 4,979 defunciones anuales. Le sigue el cáncer de pulmón, que registra 2,595 muertes cada año. En tercer lugar, se encuentra el cáncer de próstata, con 2,433 fallecimientos anuales (4).

La relevancia científica del estudio, se basa en que, a nivel mundial, nacional y local existe un incremento significativo en la incidencia de varios tipos de cáncer, muchos

de los cuales constituyen las primeras causas de mortalidad por este diagnóstico y suponen un alto riesgo de muerte, otros en cambio, suelen ser menos mortales, pero su diagnóstico también se asocia a altos niveles de estrés percibido y miedo a la muerte por el impacto psicoemocional del diagnóstico, y consecuentemente afectan la calidad de vida de los pacientes, a pesar de ello, estos problemas no se han abordado de forma muy detallada, y debido a ello, existen pocos estudios actuales sobre el tema, por lo que el presente estudio constituirá un aporte bibliográfico que permitirá mejorar los conocimientos y además puede servir de antecedente investigativo para el desarrollo de futuras investigaciones (6).

La relevancia social del estudio se basa en que los tipos de cáncer, que afectan de forma más frecuente a la población arequipeña, como son el cáncer de próstata, gástrico, páncreas, pulmón, colorrectal, de mama, entre otros, estos presentan altas tasas de morbi mortalidad y los pacientes por lo general son informados acerca de su pronóstico, hecho que les genera mucho estrés y miedo a la muerte. Por lo tanto, por medio del presente estudio, se resalta el importante rol que cumplen los profesionales enfermeros en la atención de los pacientes oncológicos para realizar la identificación del nivel de estrés percibido, de su nivel de miedo a la muerte para que, en base a ello, se pueda ayudar a los pacientes a impulsar su comportamiento enfocados en un proceso de renovación personal y espiritual que pueda servir como mecanismo de afrontamiento. Por tanto, es importante que los profesionales de la salud deban crear un ambiente para apoyar a los pacientes brindándoles cuidado espiritual mediante una presencia compasiva, escucha activa de miedos, deseos y sueños, brindando cuidado holístico en los diferentes ámbitos de su vida (4).

El trabajo es de actualidad, porque según datos estadísticos del Registro de Cáncer, a nivel nacional, estas enfermedades están presentándose de forma más frecuente y a edades más tempranas en la población, con el consecuente incremento de la demanda de atención en los hospitales y la mayor prevalencia de pacientes que requieren del abordaje y manejo multidisciplinario que contribuyan de forma eficiente a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los sobrevivientes al cáncer (6).

El estudio propuesto es académicamente relevante pues puede contribuir al enriquecimiento del cuerpo de conocimientos en oncología y psicooncología. Permitirá una mejor comprensión de cómo el estrés y el miedo a la muerte impactan

en pacientes con cáncer, lo que es fundamental para el desarrollo de estrategias terapéuticas más efectivas. Además, los hallazgos podrían ser utilizados en programas de formación universitaria y posgrado, preparando a los futuros profesionales de la salud para abordar estas dimensiones psicoemocionales en el cuidado de pacientes oncológicos (4).

La Relevancia Cultural, radica , en el presente estudio es esencial para entender cómo los aspectos culturales influyen en la percepción y manejo del estrés y el miedo a la muerte en pacientes con cáncer. La relación entre cultura, enfermedad y manejo emocional es un campo poco explorado y de gran importancia, pues permite adaptar los cuidados de salud a las necesidades específicas e individuales; Además, este estudio puede ayudar a desestigmatizar el cáncer y los trastornos emocionales asociados a él, promoviendo una mayor empatía y apoyo para los afectados. La viabilidad del estudio está asegurada debido a la disponibilidad de los recursos humanos, materiales y financieros requeridos para su implementación. El desarrollo del presente estudio está motivado por el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería (6).

2. Objetivos

- Identificar el nivel de estrés presentado y percibido de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche.
- Evaluar el nivel de miedo a la muerte de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche.
- Determinar la influencia del nivel de estrés percibido en el miedo a la muerte de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche.

3. Marco Teórico

3.1. Estrés

3.1.1. Conceptos

Según la Real Academia Española (RAE) es tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves (7).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción”. Esta definición refleja el estrés como un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia, que se activa ante cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente en nuestras vidas (8).

3.1.2. Tipos de estrés

Siendo una respuesta fisiológica y psicológica a los estímulos o demandas percibidas como amenazantes o desafiantes, los tipos de estrés se puede dividir en varias categorías, basadas en su duración, origen y efectos en el individuo (9).

3.1.2.1. Estrés Agudo

Es la forma más común y es el resultado de las demandas y presiones del pasado reciente y anticipadas del futuro cercano. Es una respuesta inmediata y de corta duración ante un evento percibido como desafiante o amenazante. Este tipo es a menudo considerado estimulante y manejable en pequeñas dosis, pero demasiado estrés agudo puede ser perjudicial para la salud (9).

3.1.2.2. Estrés Crónico

Este tipo se experimenta de manera continua o repetitiva por un período prolongado, puede derivarse de situaciones no resueltas o conflictos que no se gestionan adecuadamente; puede llevar a problemas de salud graves, como enfermedades cardiovasculares, problemas de salud mental, y una disminución en la función inmunológica (10).

3.1.2.3. Estrés Episódico Agudo

Se produce cuando una persona sufre frecuentes episodios de estrés agudo, debido a una serie de crisis o a un temperamento individual. Las personas que sufren estrés episódico agudo pueden estar siempre en estado de preocupación o ansiedad (11).

3.1.2.4. Estrés por Anticipación

Es el estrés que se experimenta al preocuparse por eventos futuros. Puede ser positivo cuando motiva a la persona a actuar para evitar un resultado negativo, pero también puede ser perjudicial si la preocupación es excesiva y paralizante (12).

3.1.2.5. Estrés Laboral

Es un tipo de estrés relacionado con el trabajo y puede ser causado por una variedad de factores, incluyendo la sobrecarga, presión de los plazos, relaciones interpersonales y/o la inseguridad laboral (13).

3.1.2.6. Estrés Ambiental

Se refiere a la respuesta al entorno físico, como el ruido, contaminación y el clima extremo. Este tipo de estrés puede afectar a las personas que viven en condiciones de vida difíciles o en áreas con problemas ambientales significativos (14).

3.1.2.7. Estrés Psicosocial

Está relacionado con la percepción de una persona sobre su relación con el entorno social y cómo esa percepción afecta su bienestar. Factores como : pobreza, problemas familiares y conflictos interpersonales contribuyen comúnmente a este tipo de estrés (15).

3.1.2.8. Estrés Traumático

Este tipo puede ocurrir después de experimentar o presenciar eventos extremadamente traumáticos, puede llevar a trastornos como el trastorno de estrés posttraumático (TEPT), donde la persona sigue reviviendo el trauma a través de recuerdos y pesadillas (16).

3.1.3. Mecanismos fisiopatológicos y neuroendocrinos del estrés

Implican una serie de respuestas corporales y cerebrales coordinadas que preparan al organismo para afrontar los desafíos percibidos. Estos mecanismos son complejos y altamente integrados, involucrando distintos sistemas del cuerpo (17).

3.1.4. Teorías del estrés

Las teorías han evolucionado a lo largo del tiempo, proporcionando diversos modelos y enfoques para entender cómo los individuos experimentan y manejan el estrés (17).

3.1.4.1. Teoría del Estrés de Selye (Modelo General de Adaptación)

Hans Selye fue uno de los pioneros en la investigación del estrés. Propuso la Teoría del Síndrome de Adaptación General (SAG), que describe tres etapas de respuesta al estrés (17).

- Fase de Alarma: Reacción inicial del cuerpo al estrés, donde se activa la respuesta de lucha o huida.
- Fase de Resistencia: Si el estresor persiste, el cuerpo entra en una fase de resistencia donde trata de adaptarse al estresor.
- Fase de Agotamiento: Si el estrés continúa por un período prolongado, los recursos del cuerpo se agotan, llevando a la disminución de la función y posiblemente a enfermedades (18).

3.1.4.2. Teoría del Estrés Psicológico de Lazarus

Richard Lazarus puso énfasis en la interpretación cognitiva del estrés. Su modelo se basa en la transacción entre el individuo y el ambiente y propone dos procesos de valoración (19).

3.1.4.2.1. Valoración Primaria

Se evalúa si un evento es irrelevante, benéfico o estresante (19).

3.1.4.2.2. Valoración Secundaria

Se evalúa la capacidad de afrontar el evento estresante evaluando los recursos disponibles y las opciones de afrontamiento (19).

3.1.4.3. Teoría del Desgaste por Recursos (Conservation of Resources Theory - COR)

Stevan Hobfoll enfoca el estrés en términos de la pérdida, amenaza de pérdida, o falta de ganancia de recursos valiosos para el individuo. Los recursos pueden ser objetos, condiciones personales, energías o relaciones sociales (20).

3.1.4.4. Teoría de la Carga Alostática

Bruce McEwen introdujo el concepto de Carga Alostática, que se refiere a la capacidad del cuerpo para lograr la estabilidad a través del cambio. La carga alostática se refiere al costo para el cuerpo de adaptarse crónicamente al estrés, llevando a un desgaste del cuerpo y del cerebro (21).

3.1.4.5. Modelo de Estrés de Demandas o de estrés ocupacional

Se enfoca específicamente en la carga ocupacional. Sostiene que el estrés se produce por un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos para afrontar esas demandas. La tensión laboral se genera cuando las demandas son altas y los recursos son bajos (22).

3.1.4.6. Modelo Diátesis-Estrés

Examina cómo la predisposición genética o psicológica (diátesis) interactúa con el estrés ambiental para aumentar el riesgo de enfermedades o trastornos psicológicos (23).

3.1.4.7. Modelo de Estrés e-Coping

Se enfoca en la relación dinámica entre el estrés, el afrontamiento y el contexto ecológico del individuo. El modelo propone que el afrontamiento es un proceso mediador clave entre la experiencia de estrés y los resultados de salud (23).

Cada una de estas teorías ofrece una perspectiva única sobre el estrés, desde su conceptualización hasta los mecanismos de afrontamiento y las consecuencias sobre la salud. Las teorías no son excluyentes entre sí y, a menudo, proporcionan un marco integral cuando se combinan para entender la experiencia del estrés en un contexto particular (24).

3.1.5. Fisiología del estrés

El estrés se manifiesta como una respuesta natural del organismo ante situaciones que implican peligro, tensión elevada o presión intensa. Esta reacción se inicia cuando ciertos estímulos alcanzan el cerebro, afectando particularmente al hipotálamo y a la hipófisis. Estas estructuras cerebrales se comunican a través de neurotransmisores de corto alcance (25).

En contextos de estrés, se libera el factor liberador de corticotropina, que estimula a la hipófisis para que active la secreción de la hormona adrenocorticotrópica. Esta hormona funciona como un mensajero de largo alcance, dirigiéndose hacia los riñones y, más específicamente, a las glándulas suprarrenales ubicadas sobre estos órganos. Al recibir esta señal, las glándulas se activan y comienzan a secretar cortisol (26).

Adicionalmente, el hipotálamo secreta dopamina, que interactúa con el cortisol para producir adrenalina. Esta sustancia también es generada por las glándulas suprarrenales y es responsable de provocar un aumento en la frecuencia cardíaca, acelerar la respiración, dilatar las pupilas, inhibir la micción, detener la digestión y elevar el metabolismo hepático, todas respuestas típicas del cuerpo ante una situación de riesgo (27).

El problema se presenta cuando el estrés se mantiene en el tiempo, llevando al agotamiento de la dopamina. Esto puede causar depresión y trastornos del sueño. Además, la acumulación de cortisol interfiere en la regeneración celular, lo que resulta en inmunodeficiencias y una mayor susceptibilidad a infecciones. También se incrementa la irritabilidad, aparecen dolores de cabeza y problemas digestivos, debido a la falta de renovación de las mucosas. Estas consecuencias son indicativas de lo que se conoce como estrés crónico. El estrés, una respuesta natural del organismo ante situaciones de peligro, tensión elevada o presión intensa, afecta diversos sistemas del cuerpo humano con consecuencias significativas (28).

3.1.5.1. Sistema Nervioso Central

El estrés crónico puede agotar la dopamina, llevando a depresión y trastornos del sueño. Además, el aumento prolongado de cortisol puede afectar la función cerebral, alterando la memoria y la concentración (26).

3.1.5.2. Sistema Endocrino

En respuesta al estrés, el hipotálamo libera el factor liberador de corticotropina, que estimula a la hipófisis para que secrete la hormona adrenocorticotrópica. Esta hormona viaja a las glándulas suprarrenales, provocando la liberación de cortisol. Niveles elevados y prolongados de cortisol pueden desequilibrar el metabolismo y aumentar el riesgo de condiciones como la diabetes (26).

3.1.5.3. Sistema Cardiovascular:

La adrenalina generada aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial. El estrés crónico puede llevar a una sobrecarga del sistema cardiovascular, incrementando el riesgo de hipertensión, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (26).

3.1.5.4. Sistema Respiratorio:

El estrés agudo puede intensificar la respiración, lo que en personas con problemas respiratorios como asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), puede empeorar sus síntomas (26).

3.1.5.5. Sistema Digestivo:

El estrés afecta la digestión y puede causar problemas como gastritis, úlceras estomacales y síndrome del intestino irritable. La alteración de la función digestiva se debe en parte a la inhibición de la renovación de las mucosas bajo estrés crónico (27).

3.1.5.6. Sistema Inmunológico:

La acumulación de cortisol interfiere con la regeneración celular, debilitando el sistema inmunológico y haciéndolo más susceptible a infecciones (29).

3.1.5.7. Sistema Musculoesquelético:

Bajo estrés, los músculos tienden a tensarse como parte de la respuesta de lucha o huida, lo que puede llevar a dolores musculares y cefaleas tensionales (28).

3.1.5.8. Sistema Reproductivo:

En hombres, el estrés prolongado puede afectar la producción de testosterona y potencialmente causar disfunción eréctil. En mujeres, puede influir en los patrones menstruales y exacerbar los síntomas del síndrome premenstrual y la menopausia (30).

3.1.6. Manifestaciones del estrés

Son muy variadas, afectando a diferentes sistemas del cuerpo y alterando la salud física, mental y emocional. Las reacciones al estrés son personales y difieren significativamente de una persona a otra. Las siguientes son manifestaciones más comunes (31).

3.1.6.1. Manifestaciones Físicas

- **Fatiga:** Sensación generalizada de cansancio y falta de energía.
- **Cefalea:** Tensionales o migrañas.
- **Tensión mialgias y dolores:** Especialmente en el cuello, hombros y espalda.
- **Problemas digestivos:** Como gastritis, úlceras, síndrome de intestino irritable o alteraciones en el apetito.
- **Alteraciones del sueño:** Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido o insomnio.
- **Cambio en el peso corporal:** Pérdida o aumento de peso inesperado.
- **Respuestas dermatológicas:** Brotes de acné, eczema o psoriasis.
- **Problemas sexuales:** Disminución del deseo sexual, disfunción eréctil o irregularidades menstruales.
- **Síntomas cardiovasculares:** Aumento de la presión arterial, palpitaciones o sensación de opresión en el pecho (31).

3.1.6.2. Manifestaciones Psicológicas

- Sentimientos de nerviosismo o tensión.
- Fluctuaciones en el estado emocional.
- Sentimientos de tristeza, vacío o desesperanza.
- Problemas para enfocarse o recordar.
- Incapacidad para manejar las tareas o problemas cotidianos.
- Sentirse menos capaz o valioso (32).

3.1.6.3. Manifestaciones Conductuales

- Aislamiento social
- Consumo de sustancias tóxicas
- Cambios en el comportamiento alimentario
- Evitación de responsabilidades
- Explosiones de ira (33).

3.1.6.4. Manifestaciones Cognitivas

- Tendencia a imaginar el peor escenario posible.
- Rumiar sobre problemas o preocupaciones sin encontrar soluciones.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Incapacidad para liberarse de ciertos pensamientos (33).

3.1.6.5. Manifestaciones Emocionales

- Sentimientos de impotencia
- Desmotivación
- Llanto fácil (33).

3.1.7. Efectos del estrés en la salud

El estrés puede tener un impacto significativo en la salud tanto a corto como a largo plazo. A continuación, se detallan algunos de los efectos que el estrés puede tener sobre diferentes aspectos de la salud (33).

3.1.7.1. Efectos a Corto Plazo

3.1.7.1.1. Reacciones Psicofisiológicas

Aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, respiración rápida, y liberación de glucosa en el torrente sanguíneo (33).

3.1.7.1.2. Alteraciones Digestivas

Problemas como gastritis, reflujo gastroesofágico o síndrome de intestino irritable pueden exacerbarse (33).

3.1.7.1.3. Respuesta Inmunológica

A pesar de que una respuesta inmediata al estrés puede potenciar el sistema inmunológico, el estrés prolongado puede disminuir la inmunidad, haciéndolo más susceptible a infecciones (33).

3.1.7.1.4. Tensión Muscular

Puede causar dolores de cabeza tensionales, migrañas y otros dolores musculoesqueléticos (34).

3.1.7.2. Efectos a Largo Plazo

3.1.7.2.1. Enfermedades Cardiovasculares

El estrés crónico está asociado con un aumento del riesgo de hipertensión arterial, infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares (34).

3.1.7.2.2. Obesidad y Metabolismo

El estrés puede afectar el metabolismo y fomentar comportamientos que llevan a la obesidad, como la alimentación emocional (34).

3.1.7.2.3. Diabetes

El estrés puede influir en el manejo de la glucosa y aumentar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (34).

3.1.7.2.4. Problemas de Salud Mental

Puede contribuir al desarrollo de trastornos como la ansiedad, la depresión y trastornos de la conducta alimentaria (34).

3.1.7.2.5. Sistema Inmunológico Comprometido

La capacidad del cuerpo para luchar contra enfermedades a largo plazo se ve comprometida, pudiendo conducir a una recuperación más lenta de enfermedades y condiciones (34).

3.1.7.2.6. Problemas Reproductivos

Puede causar irregularidades menstruales, disminución del deseo sexual y problemas de fertilidad (34).

3.1.7.2.7. Deterioro Cognitivo

El estrés crónico puede afectar la memoria y la capacidad de aprendizaje, y se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas (34).

3.1.7.2.8. Problemas Dermatológicos

Exacerbación de condiciones como psoriasis, eczema o acné (34).

3.1.7.3. Implicaciones para la Salud Integral

El estrés también tiene efectos en la conducta de las personas, lo que puede llevar a hábitos no saludables como el consumo excesivo de alcohol, tabaco, uso indebido de sustancias, y el descuido de la actividad física y una dieta equilibrada. Además, puede afectar la calidad de las relaciones sociales y el desempeño laboral o académico (35).

3.1.8. Manejo del estrés

3.1.8.1. Técnicas de Relajación

- Respiración Profunda
- Meditación y Mindfulness
- Relajación Muscular Progresiva (36).

3.1.8.2. Actividad Física

- Ejercicio Regular: Actividades como caminar, correr, nadar o andar en bicicleta promueven la liberación de endorfinas que mejoran el estado de ánimo.
- Yoga y Tai Chi: Disciplinas orientales (37).

3.1.8.3. Gestión del Tiempo:

- Planificación: Organizar las tareas y compromisos puede reducir la sensación de estar abrumado.
- Establecer Prioridades: Diferenciar entre tareas urgentes y menos urgentes para manejar mejor la carga de trabajo (38).

3.1.8.4. Apoyo Social:

- Relaciones Interpersonales: Mantener un círculo social de apoyo puede proporcionar un espacio para compartir preocupaciones y obtener consejos.
- Actividades Grupales: Participar en actividades comunitarias o de grupo puede disminuir la sensación de aislamiento (38).

3.1.8.5. Alimentación Saludable

- Dieta Equilibrada: Una nutrición adecuada puede mejorar la respuesta del cuerpo al estrés.
- Evitar el Exceso de Cafeína y Azúcar: Estos pueden aumentar los niveles de ansiedad y nerviosismo (38).

3.1.8.6. Sueño Adecuado

- Higiene del Sueño: Mantener horarios regulares, asegurar un ambiente tranquilo y oscuro y evitar pantallas antes de dormir (39).

3.1.8.7. Técnicas Cognitivas

- Reestructuración Cognitiva: Cambiar los patrones de pensamiento negativos por otros más positivos o realistas.
- Solución de Problemas: Enfocarse en buscar soluciones concretas a los problemas en lugar de preocuparse por ellos (39).

3.1.8.8. Pasatiempos y Ocio

- Actividades Placenteras: Dedicar tiempo a hobbies o intereses personales puede ser un excelente desestresante (39).

3.1.8.9. Terapias Profesionales:

- Consejería o Psicoterapia: Ayuda profesional para desarrollar estrategias de afrontamiento y hablar sobre las emociones y problemas.
- Técnicas de Manejo del Estrés: Programas de manejo del estrés basados en técnicas como el biofeedback o la terapia cognitivo-conductual (TCC) (39).

3.1.8.10. Toma de Conciencia de Uno Mismo

- Autoreflexión: Dedicar tiempo a comprender las fuentes de estrés personal y cómo afectan a la vida diaria.
- Diarios de Estrés: Llevar un registro de las situaciones que provocan estrés y cómo se reacciona ante ellas (39).

3.2. Enfermedades Oncológicas

3.2.1. Conceptos

La Real Academia Española define el cáncer como una enfermedad caracterizada por la transformación anormal e incontrolada de las células. También se refiere al término como un tumor de esta enfermedad y, en un sentido más amplio, a la proliferación de tejidos anormales (40).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer como un conjunto de enfermedades que pueden originarse en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo, caracterizándose por el crecimiento descontrolado de células anormales. Estas células pueden sobrepasar sus límites habituales, invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso denominado metástasis. El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, y su incidencia aumenta con la edad debido a la acumulación de factores de riesgo y a la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular (41).

3.2.2. Fisiopatología del cáncer

Es compleja y abarca múltiples procesos a nivel celular y molecular que llevan al desarrollo y progresión de la enfermedad. A continuación, se detallan algunos aspectos clave (41).

3.2.2.1. Alteraciones Genéticas

El cáncer comienza con cambios en un solo gen o en varios genes de una célula. Estos cambios genéticos pueden ser hereditarios o adquiridos debido a factores ambientales, como la exposición a carcinógenos (41).

3.2.2.2. Iniciación de la Carcinogénesis

Las células normales se transforman en células precancerosas debido a mutaciones en su ADN. Estas mutaciones pueden afectar a los oncogenes (genes que promueven el crecimiento celular) y a los genes supresores de tumores (que inhiben el crecimiento celular) (41).

3.2.2.3. Promoción y Progresión

Las células precancerosas se multiplican y acumulan más mutaciones, lo que conduce a un mayor crecimiento y división anormal. En esta etapa, la célula puede adquirir características que le permiten invadir tejidos cercanos (41).

3.2.2.4. Invasión y Metástasis

Las células cancerosas tienen la capacidad de invadir tejidos adyacentes y diseminarse a otras partes del cuerpo a través del sistema linfático o sanguíneo. La metástasis es responsable de la mayoría de las muertes por cáncer (41).

3.2.2.5. Evasión del Sistema Inmune

Las células cancerosas desarrollan mecanismos para evadir la detección y destrucción por parte del sistema inmunitario (41).

3.2.2.6. Angiogénesis

Las células tumorales pueden estimular la formación de nuevos vasos sanguíneos para asegurar un suministro constante de nutrientes y oxígeno, facilitando su crecimiento y expansión (41).

3.2.2.7. Alteraciones Metabólicas

El cáncer afecta el metabolismo normal de las células, llevando a un aumento en la demanda de energía y cambios en la manera en que las células utilizan nutrientes (41).

3.2.2.8. Resistencia a la Muerte Celular

Las células cancerosas a menudo adquieren resistencia a los mecanismos naturales de muerte celular, como la apoptosis, permitiendo su supervivencia y proliferación (41).

3.2.2.9. Heterogeneidad del Tumor

Los tumores son heterogéneos, lo que significa que pueden estar compuestos por diferentes tipos de células cancerosas, cada una con diferentes mutaciones y características. Esto puede hacer que el tratamiento sea más complicado (41).

3.2.3. Clasificación

Los tipos de cáncer comunes incluyen el cáncer de colorrectal, cáncer de endometrio, cáncer de hígado, leucemia, linfoma no Hodgkin, melanoma, cáncer de páncreas, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, cáncer de riñón, cáncer de mama (seno), cáncer de tiroides y cáncer de vejiga (41).

Cuadro 1

Número estimado de casos nuevos y muertes en Estados Unidos

| Tipo de cáncer | Porcentaje de casos nuevos | Porcentaje de muertes |
|--|----------------------------|-----------------------|
| Colon y recto (combinados) | 9.58% | 12.04% |
| Endometrio | 4.14% | 2.98% |
| Hígado y conducto biliar | 2.58% | 6.73% |
| Leucemia (todos los tipos) | 3.73% | 5.43% |
| Linfoma no Hodgkin | 5.04% | 4.62% |
| Mama (mujeres – hombres) | 18.81% | 10.01% |
| Melanoma | 6.11% | 1.83% |
| Páncreas | 4.01% | 11.58% |
| Próstata | 18.05% | 7.95% |
| Pulmón (incluidos bronquios) | 14.92% | 29.10% |
| Riñón (células renales y de la pelvis renal) | 5.12% | 3.41% |
| Tiroides | 2.74% | 0.49% |
| Vejiga | 5.15% | 3.83% |

Nota: Siegel, et al, (42).

El cuadro muestra el número estimado de casos nuevos y muertes en Estados Unidos por cada tipo común de cáncer en 2023. Según el Cancer Journal For Clinicians (42).

3.2.4. Tratamiento medico

3.2.4.1. Quimioterapia

La quimioterapia, una de las modalidades de tratamiento más importantes en la oncología, es un método terapéutico que utiliza agentes químicos para destruir o inhibir el crecimiento de células cancerígenas (43).

3.2.4.1.1. Mecanismos de Acción

3.2.4.1.1.1. Agentes Alquilantes

Efectos a Nivel Molecular: Forman enlaces covalentes con el ADN, lo que resulta en daño celular y muerte de las células cancerosas (42).

3.2.4.1.1.2. Antimetabolitos

Simulación de Metabolitos: Actúan como análogos de los componentes normales del ADN o ARN, interfiriendo en su síntesis y función (42).

3.2.4.1.1.3. Inhibidores de Topoisomerasas

Implicaciones en la Replicación del ADN: Bloquean las enzimas que ayudan en la estructura del ADN durante el ciclo celular, lo que conduce a la rotura del ADN y la muerte celular (42).

3.2.4.1.1.4. Antibióticos Antitumorales y Agentes de Origen Natural

Origen y Acción: Estos medicamentos, a menudo derivados de hongos o bacterias, interrumpen procesos celulares clave, incluyendo la síntesis de ADN (42).

3.2.4.1.1.5. Agentes Mitoóticos

Intervención en la División Celular: Estos fármacos detienen la mitosis impidiendo la formación del huso mitótico necesario para la división celular (42).

3.2.4.1.2. Efectos Secundarios y Manejo

3.2.4.1.2.1. Efectos a Corto Plazo

Gestión Clínica: Se emplean fármacos antieméticos, protectores de la mucosa y tratamientos para la alopecia para manejar estos efectos (44).

3.2.4.1.2.2. Efectos a Largo Plazo

Vigilancia y Prevención: Se realizan evaluaciones regulares para detectar y tratar a tiempo efectos como cardiotoxicidad o nefrotoxicidad (44).

3.2.4.2. Radioterapia

La radioterapia es una modalidad de tratamiento médico que utiliza radiación ionizante para tratar el cáncer. Su objetivo es destruir o dañar las células cancerosas, impidiendo su crecimiento y división (44).

3.2.4.2.1. Tipos de Radioterapia

3.2.4.2.1.1. Radioterapia Externa

Tecnologías Avanzadas: La IMRT, por ejemplo, permite ajustar la intensidad de cada haz de radiación, y la IGRT mejora la precisión al incorporar imágenes en tiempo real (45).

3.2.4.2.1.2. Radioterapia Interna (Braquiterapia)

Aplicación Específica: Involucra la colocación de fuentes radiactivas directamente en o cerca del tumor, lo que permite entregar dosis más altas de radiación al tumor mientras se reduce la exposición a los tejidos circundantes (45).

3.2.4.2.1.3. Radioterapia Sistémica

Uso de Radiofármacos: Estos medicamentos radiactivos se administran por vía oral o intravenosa y se dirigen específicamente a células cancerosas en todo el cuerpo (45).

3.2.4.2.2. Efectos Secundarios y Manejo

3.2.4.2.2.1. Efectos Inmediatos y a Largo Plazo

Gestión Clínica: Los efectos varían dependiendo del área tratada e incluyen fatiga, irritación de la piel, y posibles complicaciones a largo plazo como fibrosis o cambios en la función de órganos (45).

3.2.4.2.2.2. Manejo de los Efectos Secundarios

Enfoques Multidisciplinarios: Incluye cuidados de la piel, manejo del dolor, y apoyo nutricional y psicológico, especialmente en casos de tratamientos prolongados o de alta intensidad (45).

3.2.4.3. Quimiorradioterapia

La quimiorradioterapia, también conocida como terapia concurrente o terapia combinada, es un enfoque de tratamiento en oncología que integra la quimioterapia y la radioterapia en un mismo plan terapéutico. Este enfoque se basa en la sinergia entre ambos tratamientos para mejorar la eficacia en la erradicación del cáncer (45).

Es especialmente efectiva en ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de cabeza y cuello, pulmón, y recto, donde ha demostrado mejorar las tasas de supervivencia y reducir el riesgo de recurrencia (45).

3.2.4.3.1. Efectos Secundarios

Incremento del Riesgo: La combinación de quimioterapia y radioterapia puede aumentar el riesgo y la severidad de los efectos secundarios, como la fatiga, náuseas, y mayor susceptibilidad a infecciones (43).

3.2.4.4. Inmunoterapia

La inmunoterapia es una modalidad de tratamiento en el campo de la oncología que se centra en utilizar y potenciar el sistema inmunológico del paciente para combatir el cáncer. (45).

Ha demostrado ser eficaz en varios tipos de cáncer, incluyendo melanoma, cáncer de pulmón, renal, de vejiga, y ciertos tipos de linfoma (46).

3.2.4.4.1.1. Mecanismos de Acción

Estimulación del Sistema Inmunológico: La inmunoterapia puede trabajar potenciando la respuesta inmunológica general o dirigiéndose a aspectos específicos del sistema inmunológico para mejorar su capacidad de luchar contra el cáncer (46).

3.2.4.4.2. Tipos de Inmunoterapia

3.2.4.4.2.1. Agentes Inmunomoduladores

Ejemplos y Funciones: Incluyen citocinas como los interferones y las interleucinas, que modulan la respuesta inmunológica (46).

3.2.4.4.2.2. Anticuerpos Monoclonales

Diseño y Aplicación: Son proteínas creadas en laboratorio que pueden dirigirse específicamente a ciertas partes de las células cancerosas (46).

3.2.4.4.2.3. Terapias de Puntos de Control Inmunológico

Inhibidores de Puntos de Control: Estos fármacos desactivan los mecanismos que permiten a las células cancerosas evadir el ataque del sistema inmunológico (46).

3.2.4.4.2.4. Vacunas contra el Cáncer

Principio de Funcionamiento: Aunque diferentes a las vacunas preventivas, estas vacunas terapéuticas buscan estimular la respuesta inmunológica contra células cancerosas específicas (46).

3.2.4.4.2.5. Terapia Celular Adoptiva

Técnicas Avanzadas: Incluye la transferencia de células T modificadas genéticamente, como las células T CAR (receptor de antígeno quimérico) (46).

3.2.4.4.3. Efectos Secundarios

Reacciones Inmunológicas: Pueden incluir inflamación, reacciones alérgicas y, en algunos casos, efectos autoinmunes, donde el sistema inmunológico ataca a tejidos sanos (46).

3.2.4.4.3.1. Impacto en la Supervivencia

Mejora en la Expectativa de Vida: En muchos casos, la inmunoterapia ha mostrado mejorar significativamente la supervivencia de los pacientes, especialmente en cánceres que previamente tenían pocas opciones de tratamiento efectivo (46).

3.2.5. Cuidados de Enfermería

Los cuidados de enfermería en pacientes con cáncer son fundamentales para proporcionar un apoyo integral durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación. Aquí se destacan algunas de las mejores prácticas y funciones clave de la enfermería oncológica (47).

3.2.5.1. Apoyo Emocional

Es vital proporcionar apoyo emocional a los pacientes y a sus familias, ayudando a manejar el impacto emocional del diagnóstico y tratamiento del cáncer (47).

3.2.5.2. Coordinación y Supervisión del Cuidado

Las enfermeras deben coordinar y supervisar el cuidado del paciente, incluyendo la administración de medicamentos y tratamientos, y la gestión de síntomas y efectos secundarios (47).

3.2.5.3. Educación al Paciente y Familia

Informar sobre la enfermedad, el tratamiento y las opciones de cuidado es crucial para que los pacientes y sus familias puedan tomar decisiones informadas y participar activamente en su cuidado (47).

3.2.5.4. Manejo de Efectos Secundarios

Es esencial monitorear y manejar los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos, como la fatiga, las náuseas, la pérdida de cabello, y otros síntomas (47).

3.2.5.5. Manejo del Dolor

Evaluar y tratar el dolor de manera efectiva es una parte importante del cuidado oncológico, utilizando estrategias farmacológicas y no farmacológicas (47).

3.2.5.6. Identificación y Resolución de Problemas de Salud

Trabajar en conjunto con el equipo médico para desarrollar planes de tratamiento y cuidado individualizados, basándose en la evaluación continua del estado de salud del paciente (47).

3.2.5.7. Últimos Avances en Enfermería Oncológica

Mantenerse actualizado sobre los últimos tratamientos, como la inmunoterapia, la terapia génica y los enfoques de tratamiento personalizado, es esencial para brindar una atención óptima (47).

3.2.5.8. Tratamiento de Quimioterapia

La enfermería juega un papel importante en la administración de la quimioterapia, incluyendo la evaluación y el monitoreo del paciente, la administración de medicamentos, y la coordinación de la atención con otros profesionales (47).

3.2.5.9. Apoyo Psicológico y Emocional

Ofrecer apoyo en estas áreas, ya sea directamente o mediante la referencia a servicios de apoyo especializados, es fundamental para el bienestar integral del paciente. La enfermería oncológica requiere una combinación de habilidades técnicas, conocimiento médico y, sobre todo, una gran capacidad de empatía y comunicación efectiva para proporcionar un cuidado integral y personalizado a los pacientes con cáncer (47).

3.2.6. Adaptación y afrontamiento a las enfermedades oncológicas

3.2.6.1. Apoyo Psicológico y Emocional:

- Asesoramiento individualizado y terapia de apoyo.
- Grupos de apoyo para compartir experiencias con otros pacientes.
- Intervenciones para el manejo del estrés como la meditación y la atención plena (mindfulness) (48).

3.2.6.2. Educación sobre la Enfermedad:

- Proveer información detallada y comprensible sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Clases de educación sobre el manejo de los síntomas y efectos secundarios (49).

3.3. Miedo a la Muerte

3.3.1. Conceptos básicos

El miedo a la muerte es una respuesta emocional intensa ante la anticipación del final de la vida. Este fenómeno puede ser experimentado por individuos de todas las edades y condiciones, pero adquiere una relevancia particular en pacientes oncológicos debido a la confrontación directa con la posibilidad de una muerte prematura. El miedo a la muerte se manifiesta a través de una variedad de pensamientos, emociones y comportamientos que pueden influir significativamente en la calidad de vida del paciente (50).

3.3.2. Modelos teóricos explicativos del miedo a la muerte

Existen diversos modelos teóricos que buscan explicar el miedo a la muerte. Uno de los más conocidos es el modelo de Terror Management Theory (TMT), que sugiere que el miedo a la muerte surge de un deseo de autoconservación y se maneja a través de la adhesión a creencias culturales que proporcionan sentido, orden y durabilidad. Otro modelo relevante es el existencial, que considera el miedo a la muerte como una preocupación fundamental que impulsa a la persona a buscar significado y valor en su vida (51).

3.3.3. Mecanismos de afrontamiento del miedo a la muerte

Los mecanismos de afrontamiento son estrategias psicológicas que los individuos utilizan para manejar el estrés y las emociones negativas asociadas con el miedo a la muerte. Estos mecanismos pueden ser de naturaleza cognitiva, como la negación y la racionalización, o de naturaleza conductual, como la búsqueda de apoyo social y el desarrollo de rituales. La elección de los mecanismos de afrontamiento puede estar influenciada por factores personales, culturales y contextuales (52).

3.3.4. El miedo a la muerte desde la perspectiva espiritual

Desde la perspectiva espiritual, el miedo a la muerte puede ser abordado a través de la búsqueda de un sentido trascendental de la existencia y la conexión con una realidad superior o divina (53). Muchas tradiciones espirituales ofrecen narrativas sobre la muerte y la posibilidad de una existencia más allá de la vida terrenal, lo que puede proporcionar consuelo y reducir el miedo a la muerte. La

espiritualidad puede ofrecer un marco para la aceptación y la paz interior frente a la mortalidad (54).

3.3.5. El miedo a la muerte desde la perspectiva psicológica

La perspectiva psicológica del miedo a la muerte se enfoca en los procesos mentales y emocionales que subyacen a este temor. Se considera que el miedo a la muerte puede estar relacionado con la ansiedad ante lo desconocido, la pérdida de control, la separación de seres queridos y la interrupción de proyectos de vida y deseos personales. Las intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, pueden ser efectivas para ayudar a los pacientes a manejar sus temores y mejorar su bienestar emocional (55).

3.4. Rol de enfermería en el miedo a la muerte en los pacientes oncológicos

El personal de enfermería juega un papel crucial en el manejo del miedo a la muerte en pacientes oncológicos. Su cercanía constante con el paciente les coloca en una posición única para ofrecer apoyo, cuidado y comprensión (56).

3.4.1. Cuidados psicoemocionales de los pacientes oncológicos

3.4.1.1. Valoración

La valoración psicoemocional es el primer paso crítico en el cuidado de enfermería. Esto implica evaluar el estado emocional y psicológico del paciente, identificando signos de ansiedad, depresión o miedo a la muerte. La enfermera debe utilizar herramientas de valoración estandarizadas y su juicio clínico para detectar necesidades específicas y planificar intervenciones adecuadas (56).

3.4.1.2. Necesidades de escucha y apoyo de los pacientes oncológicos

Los pacientes oncológicos a menudo necesitan expresar sus temores, preocupaciones y emociones. La enfermera debe ofrecer una escucha activa y empática, creando un espacio seguro donde el paciente se sienta comprendido y apoyado. Este apoyo puede aliviar la sensación de aislamiento y ayudar al paciente a procesar sus emociones (57).

3.4.1.3. Consejería espiritual

La consejería espiritual es un aspecto importante de los cuidados de enfermería, especialmente cuando se trata del miedo a la muerte. La enfermera puede facilitar el acceso a servicios de capellanía o consejería espiritual según las preferencias y creencias del paciente. Además, puede proporcionar un soporte espiritual básico, respetando siempre la diversidad de creencias y prácticas espirituales de cada individuo (58).

El rol de la enfermería en este contexto es esencial para asegurar que los pacientes oncológicos reciban una atención integral que aborde no solo sus necesidades físicas sino también psicoemocionales y espirituales. La habilidad para ofrecer este tipo de cuidado requiere de una formación especializada, sensibilidad, y una comunicación efectiva por parte del personal de enfermería (59).

3.5. Teoría de enfermería aplicada al estudio

Para abordar el tema de la influencia del nivel de estrés percibido en el miedo a la muerte de pacientes oncológicos, es posible aplicar una teoría de enfermería que permita estructurar la atención y comprender mejor las interacciones entre el paciente, su enfermedad y el entorno. Una teoría de enfermería que podría ser aplicable en este contexto es la Teoría de Adaptación de Sister Callista Roy.

La Teoría de Adaptación de Roy se centra en la capacidad del individuo para adaptarse a cambios en el entorno, la salud y la enfermedad. Según Roy, la enfermería es una ciencia cuyo objetivo principal es mejorar la adaptación del paciente en cuatro áreas interrelacionadas: fisiológica, autoconcepto, función de rol y dependencia/independencia.

Aplicación de la Teoría de Adaptación al estudio:

1. Área Fisiológica: La enfermería debe valorar cómo el estrés percibido afecta las respuestas fisiológicas del paciente oncológico y cómo estas respuestas pueden influir en su miedo a la muerte. La gestión del dolor, la fatiga y otros síntomas físicos es fundamental para mejorar la adaptación fisiológica (60).
2. Área del Autoconcepto: El miedo a la muerte puede impactar significativamente en cómo el paciente se ve a sí mismo. La enfermería puede intervenir para ayudar

al paciente a mantener una imagen positiva de sí mismo, a pesar de los cambios que la enfermedad y el tratamiento puedan provocar en su vida.

3. **Función de Rol:** La enfermedad oncológica puede alterar los roles que el paciente desempeña en su familia y sociedad. La enfermería puede apoyar al paciente en la adaptación a estos cambios de rol y ayudar a minimizar el estrés que estos cambios pueden generar.
4. **Dependencia/Independencia:** El nivel de autonomía del paciente puede verse afectado por el miedo a la muerte y el estrés percibido. La enfermería trabaja para fomentar la independencia del paciente, respetando al mismo tiempo los momentos en los que se requiere dependencia y apoyo (61).

La implementación de esta teoría en el estudio permitirá desarrollar intervenciones de enfermería específicas que promuevan la adaptación del paciente en estas cuatro áreas, con el objetivo de reducir el miedo a la muerte y mejorar la calidad de vida del paciente oncológico. Además, proporciona un marco para evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería y para realizar investigaciones enfocadas en la mejora continua de la atención oncológica (62).

3.6. Datos Sociodemográficos

Los datos sociodemográficos son fundamentales para entender las características de la población estudiada y su influencia en los resultados de salud. En este estudio, se analizaron varias variables sociodemográficas, incluyendo edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tipo de cáncer, estadio del cáncer, tiempo de enfermedad y tratamiento recibido. Cada una de estas variables puede afectar de manera significativa cómo los pacientes perciben el estrés y el miedo a la muerte (63).

3.6.1. Edad:

La edad es una medida del tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento y es un factor crucial en la incidencia y el pronóstico del cáncer. Se clasificó a los pacientes en tres grupos etarios: 18-29 años, 30-59 años y 60 años o más. Las personas jóvenes (18-29 años) pueden experimentar un impacto psicológico diferente al enfrentarse a un diagnóstico de cáncer, debido a la percepción de una vida interrumpida prematuramente. En contraste, los pacientes mayores (60 años o más) pueden tener una mayor aceptación de la

mortalidad, pero también enfrentan mayores comorbilidades que pueden aumentar su percepción de estrés y miedo a la muerte. Además, la adaptación y los mecanismos de afrontamiento pueden variar significativamente entre los distintos grupos de edad, influyendo en cómo manejan el diagnóstico y tratamiento del cáncer (63).

3.6.2. Sexo:

El sexo, definido como la condición biológica de ser hombre o mujer, también juega un papel significativo en la percepción del estrés y el miedo a la muerte. Se incluyeron tanto pacientes masculinos como femeninos en el estudio. Diversas investigaciones han demostrado que las mujeres tienden a reportar niveles más altos de estrés y ansiedad que los hombres. Esto puede estar relacionado con factores biológicos, como las fluctuaciones hormonales, y con factores sociales, como los roles de género y las expectativas culturales. Las mujeres pueden sentirse más cómodas expresando sus emociones y buscando apoyo, lo que puede influir en sus niveles reportados de estrés y miedo a la muerte (3).

3.6.3. Grado de Instrucción:

El grado de instrucción se refiere al nivel educativo alcanzado por una persona. Los niveles considerados en este estudio fueron: Sin educación formal, primaria, secundaria, superior técnica completa, superior técnica incompleta, superior universitaria completa y superior universitaria incompleta. Un mayor nivel de educación se asocia con una mejor comprensión de la enfermedad y sus tratamientos, lo que puede influir positivamente en la percepción del estrés y el miedo a la muerte. Las personas con mayor educación también tienden a tener mejor acceso a recursos de información y apoyo, lo que puede ayudarles a manejar mejor su situación de salud (3).

3.6.4. Estado Civil:

El estado civil se refiere a la situación conyugal de una persona y en este estudio se clasificó como soltero, casado, conviviente, viudo o divorciado. El estado civil puede influir en el soporte emocional y social que recibe el paciente. Aquellos que tienen una red de apoyo sólida, como los casados o convivientes, pueden experimentar menos estrés y miedo a la muerte comparado con los

solteros, viudos o divorciados. El apoyo emocional y práctico proporcionado por una pareja o conviviente puede ser un factor protector importante, ayudando a los pacientes a manejar mejor los desafíos emocionales y físicos del cáncer (3).

3.6.5. Ocupación:

La ocupación se refiere al trabajo o actividad principal que realiza una persona y es un indicador del nivel socioeconómico. En este estudio se consideraron diversas ocupaciones, incluyendo empleado, independiente, comerciante, obrero, desocupado, estudiante y ama de casa. La ocupación puede influir en el acceso a servicios de salud y apoyo. Las personas desempleadas o con ocupaciones inestables pueden experimentar mayor estrés debido a la incertidumbre económica y la falta de recursos. Además, las personas con empleos físicamente demandantes pueden tener dificultades adicionales para manejar el tratamiento del cáncer y sus efectos secundarios, lo que aumenta su percepción de estrés y miedo a la muerte (3).

3.6.6. Tipo de Cáncer:

El tipo de cáncer se refiere a la localización y naturaleza del tumor maligno. En este estudio se consideraron varios tipos de cáncer, como cáncer de mama, próstata, pulmón, gástrico, páncreas, colorrectal, leucemias y linfomas. Cada tipo de cáncer tiene diferentes pronósticos y tratamientos, lo que puede afectar la percepción del estrés y el miedo a la muerte. Por ejemplo, los cánceres con tasas de supervivencia más bajas, como el cáncer de páncreas, pueden generar mayor miedo a la muerte. La naturaleza del tratamiento y la agresividad del cáncer también influyen en cómo los pacientes perciben su enfermedad y su pronóstico, afectando sus niveles de estrés (6).

3.6.7. Estadio del Cáncer:

El estadio del cáncer se refiere a la extensión y gravedad del cáncer en el cuerpo, clasificado en etapas I, II, III y IV. Los pacientes con cáncer en estadios avanzados (III y IV) generalmente experimentan mayor estrés y miedo a la muerte debido a la gravedad de su condición y las menores probabilidades de supervivencia. Los pacientes en estadios tempranos (I y II) pueden tener una percepción más positiva de su situación, aunque todavía enfrentan desafíos emocionales significativos (6).

3.6.8. Tiempo de Enfermedad:

El tiempo de enfermedad se refiere al período desde que el paciente fue diagnosticado con cáncer. En este estudio se clasificó en menos de 1 año, de 1 a 3 años, de 3 a 5 años y más de 5 años. El tiempo desde el diagnóstico puede influir en la adaptación psicológica del paciente. Los pacientes que han vivido con la enfermedad por más tiempo pueden haber desarrollado mejores mecanismos de afrontamiento comparados con aquellos recientemente diagnosticados. Sin embargo, la prolongación de la enfermedad también puede llevar a un desgaste emocional y físico acumulativo, aumentando el estrés y el miedo a la muerte a lo largo del tiempo (6).

3.6.9. Tratamiento:

El tratamiento se refiere a las diversas intervenciones médicas que reciben los pacientes para tratar el cáncer. En este estudio se consideraron tratamientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal y terapia biológica. Los tratamientos recibidos tienen diferentes efectos secundarios y niveles de invasividad, lo que puede influir en los niveles de estrés y miedo a la muerte. Los tratamientos más agresivos, como la quimioterapia y la radioterapia, pueden causar más ansiedad y miedo debido a sus efectos secundarios y la percepción de gravedad del tratamiento. La respuesta del paciente al tratamiento también puede influir en su percepción de la enfermedad y su pronóstico (6).

4. Antecedentes Investigativos

4.1. Internacionales

Sartor S, Mercedes N y Torrealba M. Brasil, 2022, Significados de la muerte para adultos con cáncer asistidos en un Hospital Oncológico de Brasil, concluyen que el significado de la muerte pasa de un proceso pasajero, de un cambio de vida, que causa miedo e inseguridad. La persona tiene en Dios el apoyo para afrontar la enfermedad y su agravamiento, además, la rutina del hospital le acerca a su experiencia existencial (64).

Von, et al. Alemania, 2022, “Expectativas, miedos y comunicación al final de la vida entre pacientes paliativos con cáncer y cuidadores: un estudio transversal”, concluyen que, los pacientes paliativos y sus cuidadores esperan un alivio personal sustancial cuando hablan abiertamente sobre cuestiones del final de la vida, pero también esperan que esa comunicación no agobie a la otra persona. Los profesionales necesitan iniciar repetidamente la comunicación sobre el final de la vida (65).

Ramos, et al. México, 2020, Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento, concluyen que es importante reevaluar las estrategias centradas en el problema, analizar implicaciones, es preciso desarrollar intervenciones que incluyan actividades de enfermería en la quimioterapia y radioterapia, de manera que se puedan realizar estrategias de afrontamiento efectivas, los pacientes requieren de un abordaje integral y holístico (66).

4.2. Nacionales

Altamirano R. Trujillo, 2021, Ansiedad ante la muerte y resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo concluyen que existe una relación negativa (-,584) de efecto mediano, entre la ansiedad ante la muerte y el resentimiento. En las dimensiones miedo a la agonía o enfermedad, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte existe una relación negativa de mediana intensidad, a excepción de la dimensión miedo a que la vida llegue a su fin que sí presenta efecto grande. A mayor sea el temor o miedo a morir, es menor el resentimiento, el odio, o el rencor que sienten los pacientes oncológicos en relación a si mismo o a su entorno (3).

4.3. Locales

Parra K, Arequipa, 2020, Afrontamiento-adaptación y sufrimiento del familiar de paciente con enfermedad oncológica, servicio de Onco-hematología, H.N.C.A.S.E. - Essalud, Arequipa 2019. El 76.1% de los familiares de pacientes con enfermedad oncológica en el servicio de onco-hematología, H.N.C.A.S.E. presentan nivel de sufrimiento normal, seguido del 17.1% de familiares con sufrimiento mínimo y solo el 6.8% presentan sufrimiento máximo. El sufrimiento del familiar y el afrontamiento y adaptación presenta relación estadística significativa ($P < 0.05$) (67).

Concha V. Vizcarra M, Arequipa, 2022, Percepción de la calidad del cuidado enfermero en pacientes oncológicos hospitalizados del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Arequipa, 2022. Los resultados determinan que la percepción de la calidad del cuidado enfermero en pacientes oncológicos hospitalizados del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur – Arequipa es de nivel bueno 68.7%, seguido de la percepción regular 26.5% y una mala percepción 4.8%. Por último, en relación con las dimensiones los resultados muestran que la percepción de la calidad del cuidado enfermero, la más eficiente es la Técnico Científico con 77.1% (68).

HIPÓTESIS

Dado que, las enfermedades oncológicas representan un cambio drástico en la vida de las personas, tanto a nivel físico, nivel psicológico e impactan en la salud mental de estos pacientes;

Es probable que, el estrés emocional percibido esté asociado al miedo a la muerte en pacientes oncológicos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica

Para las dos variables se utilizó: como técnica el cuestionario.

2. Instrumentos

Para las dos variables se utilizó: como instrumento cédula de preguntas.

2.1. Escala de Estrés Percibido (EEP – 14)

Este instrumento fue desarrollado por Cohen, Kamarak y Mermelstein en el año 1983 y validado en Perú por Guzmán Yacaman y Reyes-Bossio en el año 2018. La prueba consta de 14 ítems con 5 alternativas de respuesta de 0 a 4 puntos, cuyo objetivo es evaluar el grado en que las situaciones de la vida diaria de la persona son consideradas como estresantes. Del total de ítems, 7 corresponden al control del estrés y 7 a la expresión del estrés. La puntuación global se obtiene invirtiendo el puntaje de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y se suman los 14 ítems mide la percepción de estrés en situaciones de la vida cotidiana (69).

El instrumento está creado bajo el formato de Likert con cinco opciones de respuestas: Nunca (puntaje 0), Casi nunca (puntaje 1), De vez en cuando (puntaje 2), A menudo (puntaje 3) y Muy a menudo (puntaje 4); sin embargo, en los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 que corresponden a la dimensión: control de estrés, la puntuación se invierte, a diferencia de los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 que corresponden a la dimensión: expresión estrés, su puntuación es ausencia de estrés. La calificación considerada para evaluar el estrés es la siguiente (70).

Cuadro 2

Calificación Escala de Estrés Percibido (EEP – 14)

| | |
|--------------------|----------------|
| Ausencia de estrés | 0 - 18 puntos |
| Bajo | 19 – 28 puntos |
| Medio | 29 – 38 puntos |
| Alto | 39 – 56 puntos |

Nota: Guzmán & Reyes, (69).

Esta escala ha sido validada en el Perú en varios estudios, siendo el más actual el estudio de Guzmán Yacaman y Reyes-Bossio, mediante consistencia interna obteniendo una confiabilidad según coeficiente Alfa de Cronbach de 0,79 (69).

2.2. Escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL)

Este instrumento fue elaborada Collett Lester en el año 1969 que constaba de 36 ítems con número diferente de ítems en cada sub-escala. Posteriormente en el año 1994, se desarrolló una versión revisada que incluyó igual número de ítems en cada subescala (32 ítems). En el 2003 se eliminaron los ítems de cada sub-escala que no aportaban a la significancia del alfa de Cronbach, quedando una versión final de 28 ítems (71).

La escala fue validada al español por Espinoza, et al, en el año 2011, la misma que está conformada por 4 subescalas que proporcionan información multidimensional sobre el “Miedo a la Muerte propia”, el “Miedo al Proceso de Morir propio”, “Miedo a la Muerte de otros” y el “Miedo al Proceso de Morir de otros”. Contiene un total de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas son de tipo Likert de 1(nada) a 5 (mucho). Se obtiene un puntaje total y por cada subdimensión promediando las respuestas respectivamente. Las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir. Las categorías del nivel de miedo a la muerte son (72).

Cuadro 3

Calificación de la escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL)

| | |
|----------|-----------------|
| Bajo | 28 – 65 puntos |
| Moderado | 66 – 102 puntos |
| Alto | 103 -140 puntos |

Nota: Venegas, et al, (72).

La confiabilidad interna total de la escala (EMMCL) fue de 0,91, lo cual indica que 91% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas representan diferencias verdaderas entre las personas y 9% reflejan fluctuaciones al azar. Así mismo, para cada una de las sub-escalas, las medidas de coeficiente alfa de Cronbach, obtenidas permiten aseverar que los ítems o elementos son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada. Al término del instrumento se solicitará la información acerca de los datos sociodemográficos y de las variables intervinientes (71).

3. Campo de Verificación

3.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el Hospital Goyeneche, el que está ubicado en la Avenida Goyeneche s/n, en el distrito, provincia y departamento de Arequipa (67).

3.2. Ubicación temporal

Es un estudio coyuntural en el año 2024.

3.3. Universo y muestra

3.3.1. Universo

Está conformado por los pacientes oncológicos que son hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, los cuales suman 100 pacientes por mes.

3.3.2. Muestra

Según la fórmula para definir la muestra se observa lo siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(100)}{(100 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n = 80$$

Dónde:

N: tamaño de la población = 100 pacientes oncológicos

Z: nivel de confianza al 95% = 1.96

p: proporción esperada del evento = 0.5

q: (1-p) = 0.5

E: error de estimación muestral al 5% = 0.05

n: tamaño de muestra = 80 pacientes oncológicos

Los pacientes oncológicos serán escogidos a través del software de aleatoriedad de forma probabilística.

3.3.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años y de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, cáncer gástrico, cáncer de páncreas, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer colorrectal, leucemias y linfomas.
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado.
- Pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche.

3.3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no hablen español.
- Pacientes que se encuentren en estadio terminal o que se encuentren recibiendo tratamiento paliativo de la enfermedad.
- Pacientes que no puedan resolver los instrumentos por limitaciones físicas, sensoriales o mentales.

4. Estrategia de Recolección de Datos

4.1. Organización

El proyecto fue presentado a la Facultad de Enfermería para su revisión y posterior calificación y aprobación por el Jurado Dictaminador. Una vez que el proyecto fue aprobado, se solicitó la autorización a la Dirección del Hospital Goyeneche para que nos autorizaran la realización del estudio. También se solicitó a la jefatura médica y de enfermería del Servicio de Oncología, la disponibilidad de horarios en los que las investigadoras podrían acudir a realizar la recolección de datos. Las investigadoras acudieron diariamente al hospital en el horario establecido y procedieron a identificar a los pacientes que se encontraban hospitalizados en el servicio. A todos los pacientes se les explicó acerca de la investigación y una vez que se identificaron a aquellos que cumplían los criterios de inclusión, se les solicitó la aceptación de su participación mediante la firma del consentimiento informado. Posteriormente, se les hizo entrega de los formularios y, debido a la extensión de los mismos, las investigadoras se

encontraron junto a los pacientes que requerían ayuda para la resolución de los instrumentos de manera que estos fueran debidamente resueltos (67).

4.2. Análisis de datos

Una vez concluida la etapa de recolección de datos, se realizó una base de datos en el Programa Excel. Se realizó el análisis estadístico de los resultados con el programa SPSS. Se realizó tablas descriptivas de los datos obtenidos, teniendo en cuenta la frecuencia y el porcentaje. Para poder analizar las variables cuantitativas se aplicó la Prueba de correlación de Pearson, considerando significativos los valores de probabilidad $< 0,05$. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos. El grado de correlación se evaluó a través de la siguiente escala (73).

Grado de correlación de Pearson

| Valor | Significado |
|---------------|--|
| -1 | Correlación negativa grande y perfecta |
| -0,9 a -0,99 | Correlación negativa muy alta |
| -0,7 a -0,89 | Correlación negativa alta |
| -0,4 a -0,69 | Correlación negativa moderada |
| -0,2 a -0,39 | Correlación negativa baja |
| -0,01 a -0,19 | Correlación negativa muy baja |
| 0 | Correlación nula |
| 0,01 a 0,19 | Correlación positiva muy baja |
| 0,2 a 0,39 | Correlación positiva baja |
| 0,4 a 0,69 | Correlación positiva moderada |
| 0,7 a 0,89 | Correlación positiva alta |
| 0,9 a 0,99 | Correlación positiva muy alta |
| 1 | Correlación positiva grande y perfecta |

Nota: Fernández, et al, (73).

4.3. Recursos

4.3.1. Humanos

4.3.2. Las investigadoras

- Srta. Miranda Condorena Yamileth Yomira
- Srta. Fuentes Alarcón Valeria del Rocío.
- Asesora: Mg. Huerta Wilson, Marcia Christian

4.3.3. Institucionales:

- Universidad Católica de Santa María: Facultad de Enfermería.
- Hospital Goyeneche.

4.3.4. Materiales

Instrumentos, insumos de computadora, material de escritorio, paquete estadístico, computadora (73).

4.3.5. Financieros

La investigación fue solventada con recursos propios.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1**Sexo de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital
Goyeneche, Arequipa, 2024.**

| Sexo | F | % |
|--------------|-----------|--------------|
| Masculino | 21 | 26.3 |
| Femenino | 59 | 73.8 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 1, se presenta la distribución por sexo de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, en el año 2024. Se observa que la mayoría de los pacientes, con un 73.8%, son del sexo femenino, sumando un total de 59 pacientes. Por otro lado, los pacientes masculinos representan el 26.3% del total, con 21 pacientes.

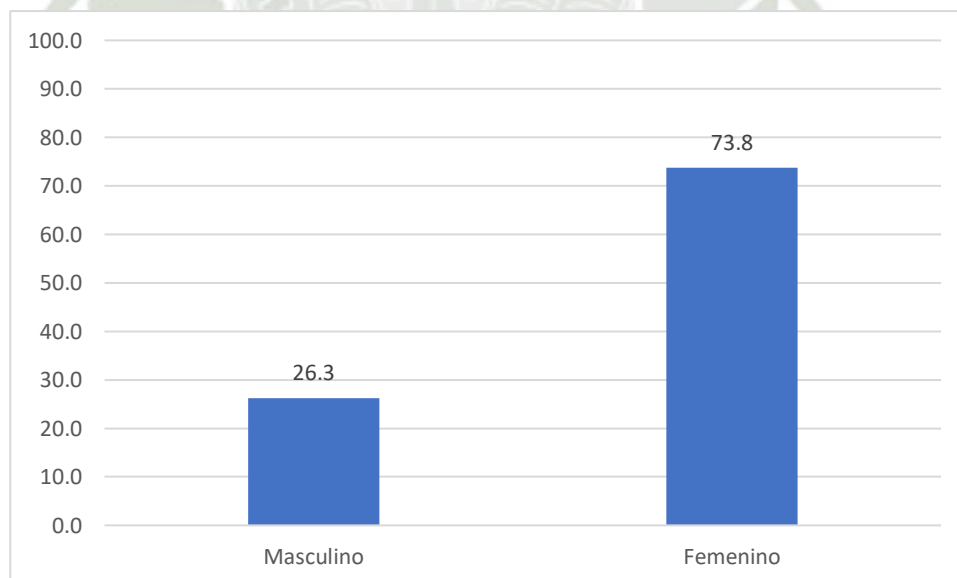
Gráfico 1**Sexo de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital
Goyeneche, Arequipa, 2024.**

Tabla 2

Edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Edad | F | % |
|---------------|-----------|--------------|
| 18 - 20 años | 2 | 2.5 |
| 21- 30 años | 9 | 11.3 |
| 31 - 40 años | 9 | 11.3 |
| 41 - 50 años | 26 | 32.5 |
| 51 años a más | 34 | 42.5 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 2, se muestra la distribución por edades de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, en el año 2024. Destaca que el grupo de mayor presencia es el de pacientes de 51 años a más, representando el 42.5% del total, con 34 pacientes. Le sigue el grupo de 41 a 50 años, con un 32.5% y 26 pacientes. Los grupos de 21 a 30 años y de 31 a 40 años tienen la misma proporción, cada uno con el 11.3% del total, sumando 9 pacientes en cada grupo. El grupo menos representado es el de 18 a 20 años, con solo 2 pacientes, lo que corresponde al 2.5% de la población hospitalizada.

Gráfico 2

Edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

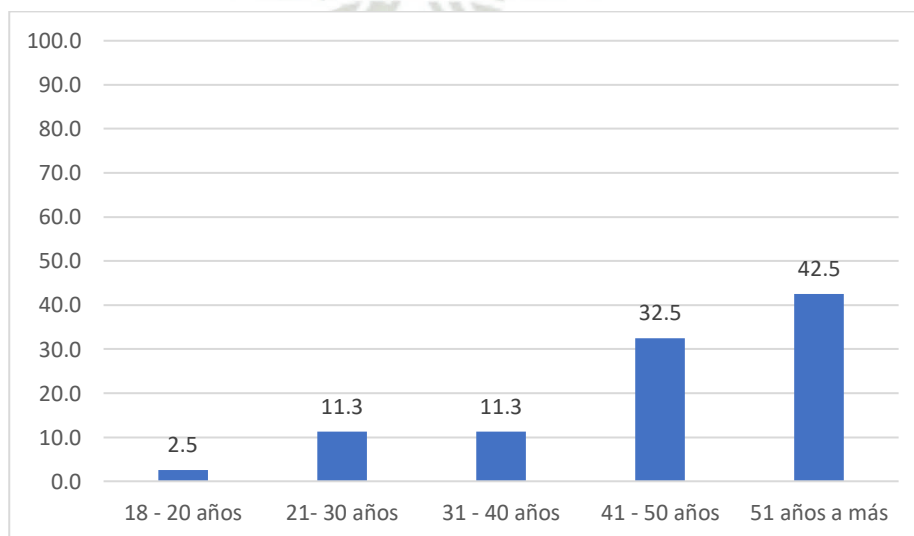


Tabla 3

Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Grado de instrucción | F | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Sin educación formal | 12 | 15.0 |
| Primaria | 12 | 15.0 |
| Secundaria | 31 | 38.8 |
| Superior técnica | 10 | 12.5 |
| Superior universitaria | 15 | 18.8 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 3, se presenta el Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024. Se observa que el grupo con mayor porcentaje es el de pacientes con Grado de instrucción secundaria, representando el 38.8% del total, con 31 pacientes. Le sigue el grupo de pacientes con educación superior universitaria, que constituye el 18.8%, sumando 15 pacientes. Los pacientes con Grado de instrucción de primaria y los que no tuvieron una educación formal comparten el mismo porcentaje, un 15.0% cada uno, lo que corresponde a 12 pacientes en cada categoría. El grupo con el menor porcentaje es el de nivel superior técnico, con un 12.5% y 10 pacientes. En total, se cuenta con 80 pacientes hospitalizados que han sido clasificados según su Grado de instrucción en este servicio oncológico.

Gráfico 3

Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

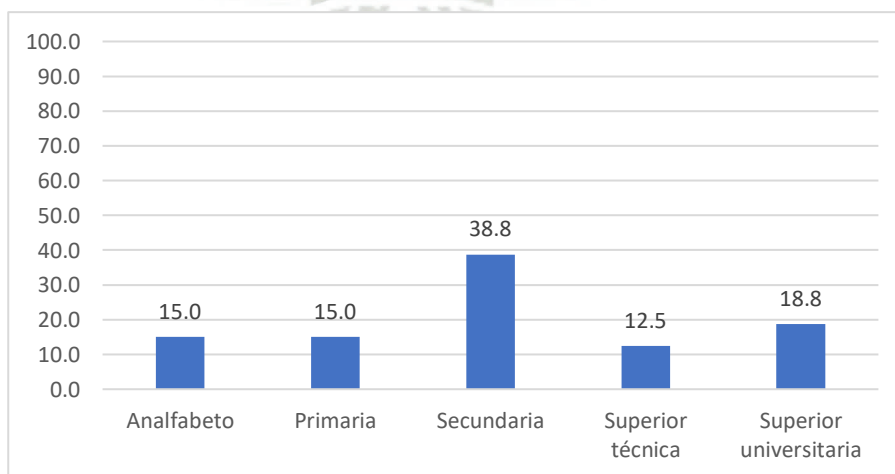


Tabla 4

Estado civil de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Estado civil | F | % |
|--------------|-----------|--------------|
| Soltero | 33 | 41.3 |
| Casado | 24 | 30.0 |
| Conviviente | 12 | 15.0 |
| Viudo | 8 | 10.0 |
| Divorciado | 3 | 3.8 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 4, se detalla el estado civil de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, en el año 2024. La categoría con mayor representación es la de pacientes solteros, que constituye el 41.3% del total, sumando 33 pacientes. Le sigue el grupo de pacientes casados, con un 30.0% y 24 pacientes. Los pacientes en situación de convivencia representan el 15.0% con 12 pacientes. La categoría de viudos tiene una representación del 10.0%, equivalente a 8 pacientes. Finalmente, los pacientes divorciados representan el menor porcentaje, con un 3.8% y un total de 3 pacientes.

Gráfico 4

Estado civil de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

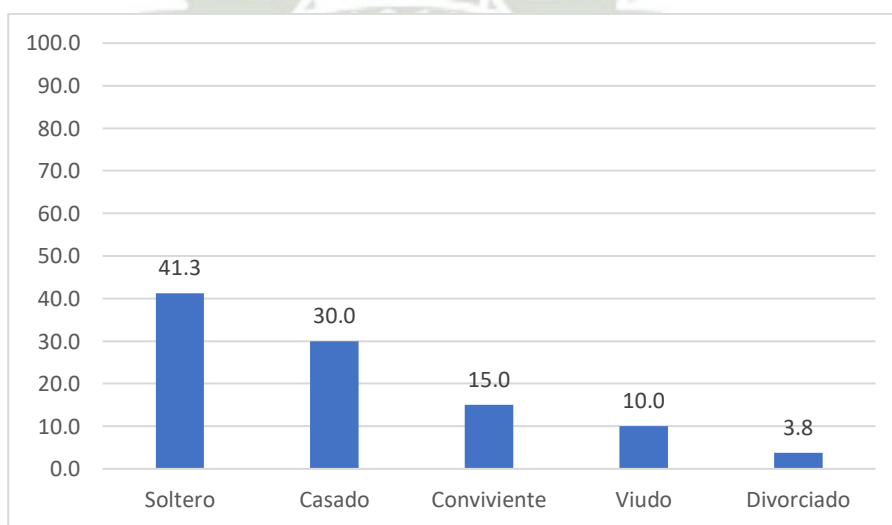


Tabla 5
Ocupación de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Ocupación | F | % |
|---------------|-----------|--------------|
| Empleado | 15 | 18.8 |
| Independiente | 29 | 36.3 |
| Obrero | 2 | 2.5 |
| Desocupado | 11 | 13.8 |
| Estudiante | 3 | 3.8 |
| Ama de casa | 20 | 25.0 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 5, se expone la ocupación de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024. La categoría con el mayor porcentaje es la de pacientes que trabajan por cuenta propia, identificados como independientes, que representa el 36.3% del total, con 29 pacientes. Le sigue el grupo de amas de casa, con un 25.0% y 20 pacientes. Los empleados constituyen el 18.8%, sumando 15 pacientes. El grupo de desocupados tiene una representación del 13.8%, con 11 pacientes. Los estudiantes y obreros tienen los porcentajes más bajos, con un 3.8% (3 pacientes) y un 2.5% (2 pacientes), respectivamente.

Gráfico 5
Ocupación de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

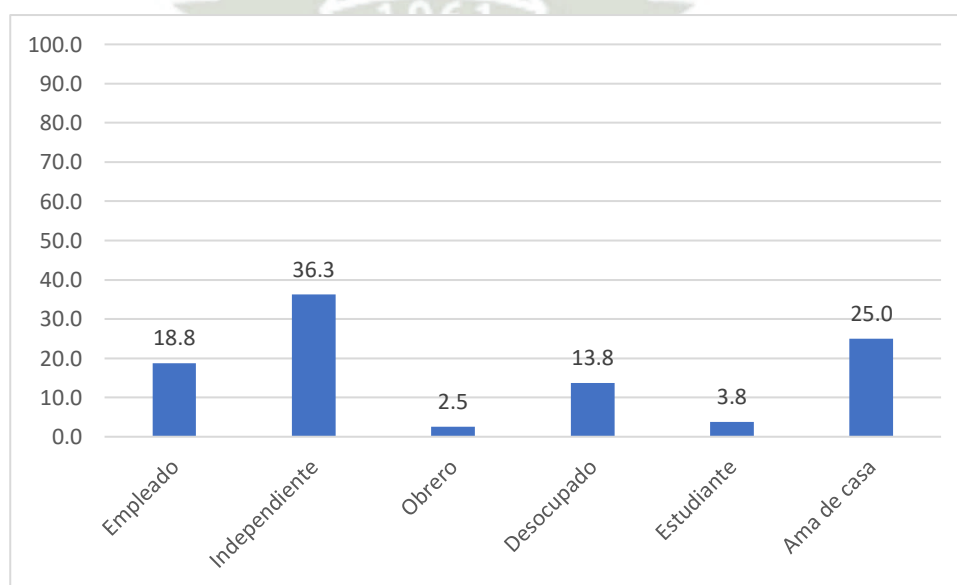


Tabla 6

Tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Tipo de cáncer | F | % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Cáncer de mama | 17 | 21.3 |
| Cáncer de pulmón | 6 | 7.5 |
| Cáncer gástrico | 6 | 7.5 |
| Cáncer de páncreas | 15 | 18.8 |
| Cáncer colorrectal | 15 | 18.8 |
| Leucemia, linfoma | 16 | 20.0 |
| Cáncer a la próstata | 5 | 6.3 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 6, se clasifican los tipos de cáncer de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, en el año 2024. La leucemia y los linfomas representan el mayor porcentaje, con un 20.0% del total, lo que equivale a 16 pacientes. Siguiendo en orden de prevalencia, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar con un 21.3%, sumando 17 pacientes. Los cánceres de páncreas y colorrectal tienen cada uno un 18.8% de los casos, con 15 pacientes respectivamente. En cuanto a los cánceres de pulmón y gástrico, ambos presentan un 7.5% cada uno, con 6 pacientes en cada categoría. Finalmente, el cáncer de próstata muestra el menor porcentaje, con un 6.3%, equivalente a 5 pacientes.

Gráfico 6

Tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

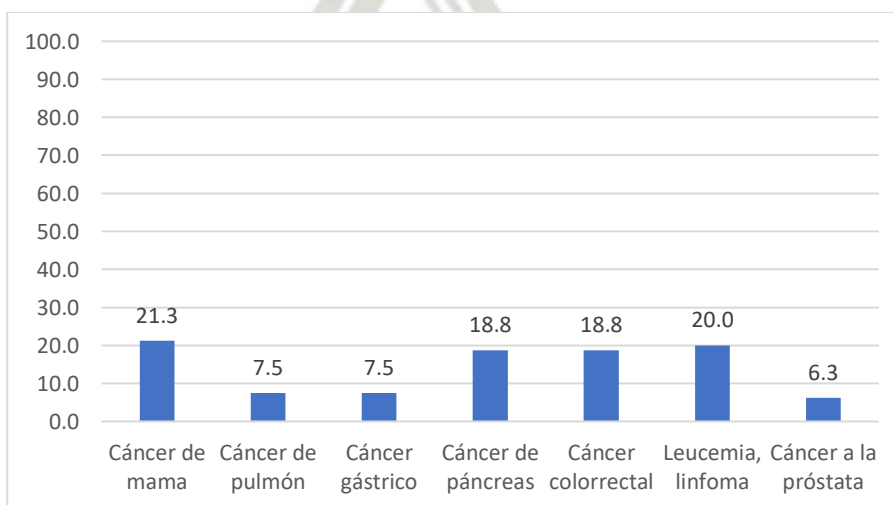


Tabla 7

Estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Estadio del cáncer | F | % |
|--------------------|-----------|--------------|
| I | 12 | 15.0 |
| II | 16 | 20.0 |
| III | 35 | 43.8 |
| IV | 17 | 21.3 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 7, se detalla el estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024. El estadio III es el más prevalente entre los pacientes, representando el 43.8% del total, lo que se traduce en 35 pacientes. Le sigue el estadio IV, con un 21.3% y 17 pacientes. El estadio II cuenta con el 20.0% de los pacientes, sumando 16 individuos. Finalmente, el estadio I, que es el menos avanzado, presenta un 15.0% con 12 pacientes. Esto indica una alta proporción de pacientes en estadios avanzados de la enfermedad, destacando la importancia de la detección temprana y el tratamiento oportuno.

Gráfico 7

Estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

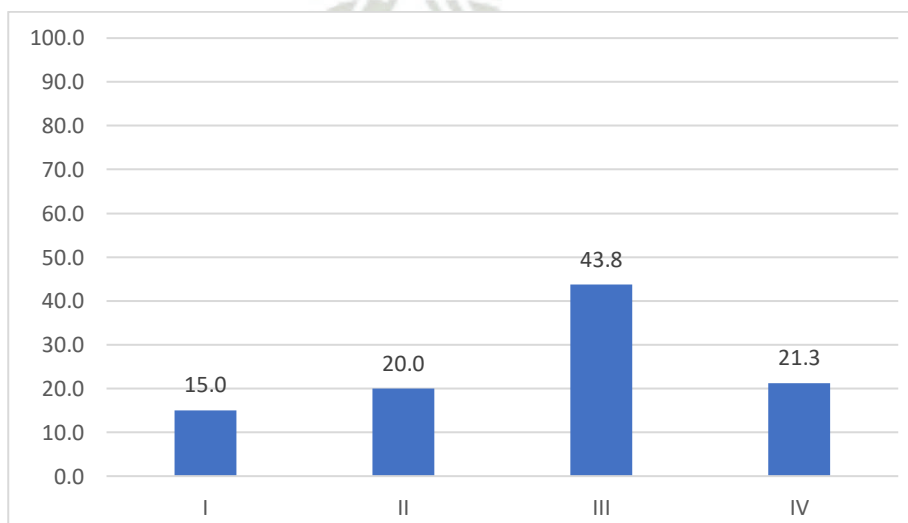


Tabla 8

Tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Tiempo de enfermedad | F | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| De 1 a 3 meses | 18 | 22.5 |
| De 4 a 6 meses | 23 | 28.8 |
| De 7 a 9 meses | 6 | 7.5 |
| De 10 a 12 meses | 18 | 22.5 |
| De 12 meses a más | 15 | 18.8 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 8, se muestra el tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, en el año 2024. El grupo con el mayor porcentaje, correspondiente al 28.8%, incluye a pacientes que han estado enfermos de 4 a 6 meses, sumando 23 pacientes. Los grupos de pacientes con una enfermedad de 1 a 3 meses y de 10 a 12 meses presentan ambos un 22.5%, con 18 pacientes en cada categoría. Los pacientes que han estado enfermos por más de 12 meses representan el 18.8%, lo que equivale a 15 pacientes. Finalmente, el grupo con el tiempo de enfermedad de 7 a 9 meses tiene el menor porcentaje, con un 7.5% y un total de 6 pacientes.

Gráfico 8

Tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

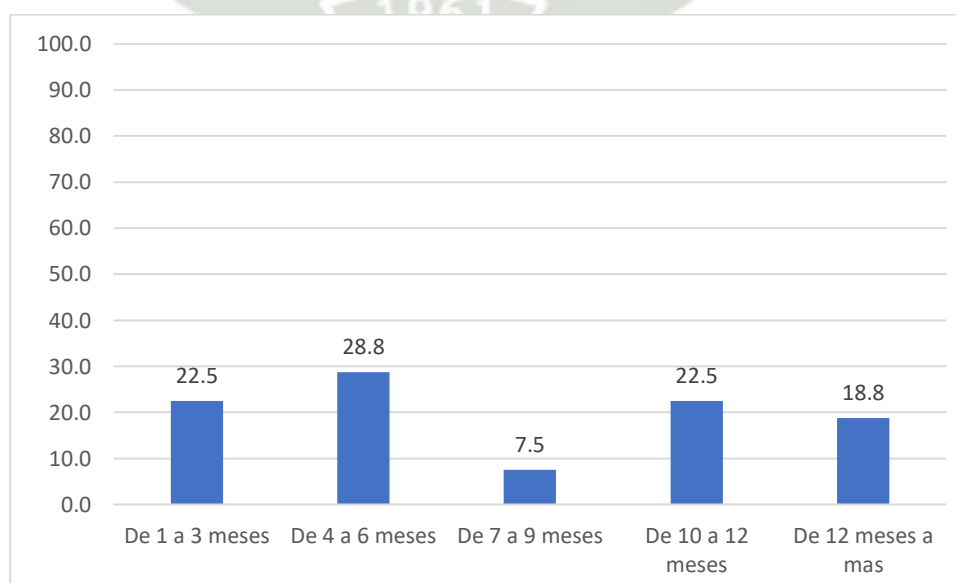


Tabla 9

Tratamiento que recibieron los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Tratamiento | F | % |
|------------------|-----------|--------------|
| Cirugía | 9 | 11.3 |
| Quimioterapia | 69 | 86.3 |
| Terapia hormonal | 2 | 2.5 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 9, se expone el tratamiento de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024. La quimioterapia es el tratamiento predominante, siendo aplicado al 86.3% de los pacientes, lo que representa a 69 individuos. En contraste, la cirugía ha sido el tratamiento para el 11.3% de los pacientes, sumando un total de 9 personas. La terapia hormonal ha sido la opción menos frecuente, aplicada solamente al 2.5% de los pacientes, equivalente a 2 individuos.

Gráfico 9

Tratamiento que recibieron los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

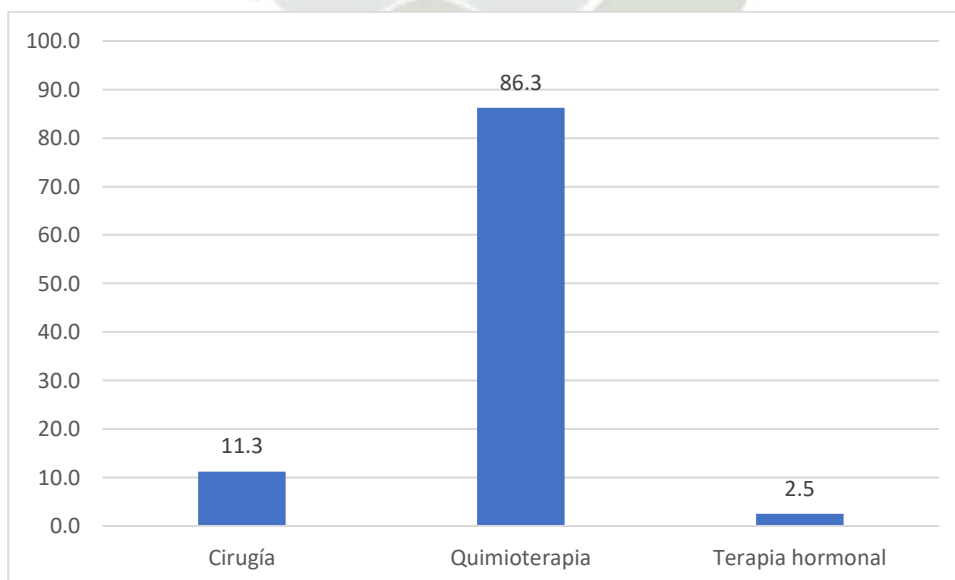


Tabla 10

Nivel de estrés percibido de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Nivel de estrés percibido | F | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Ausencia de estrés o Normal | 3 | 3,8 |
| Bajo | 39 | 48,8 |
| Medio | 35 | 43,8 |
| Alto | 3 | 3,8 |
| Total | 80 | 100,0 |

En el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche en Arequipa, en 2024, el 3,8% de los pacientes hospitalizados no perciben estrés, el 48,8% reporta niveles bajos de estrés, el 43,8% experimenta estrés medio y el 3,8% percibe altos niveles de estrés. Esto indica que casi todos los pacientes experimentan algún nivel de estrés, principalmente en niveles bajos a medios, sugiriendo la necesidad de implementar programas de apoyo psicológico y técnicas de manejo del estrés en el tratamiento integral. La pequeña fracción que no percibe estrés podría tener mecanismos de afrontamiento efectivos, mientras que aquellos con altos niveles de estrés requieren intervenciones más intensivas y personalizadas para mejorar su bienestar general.

Gráfico 10

Nivel de estrés percibido de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

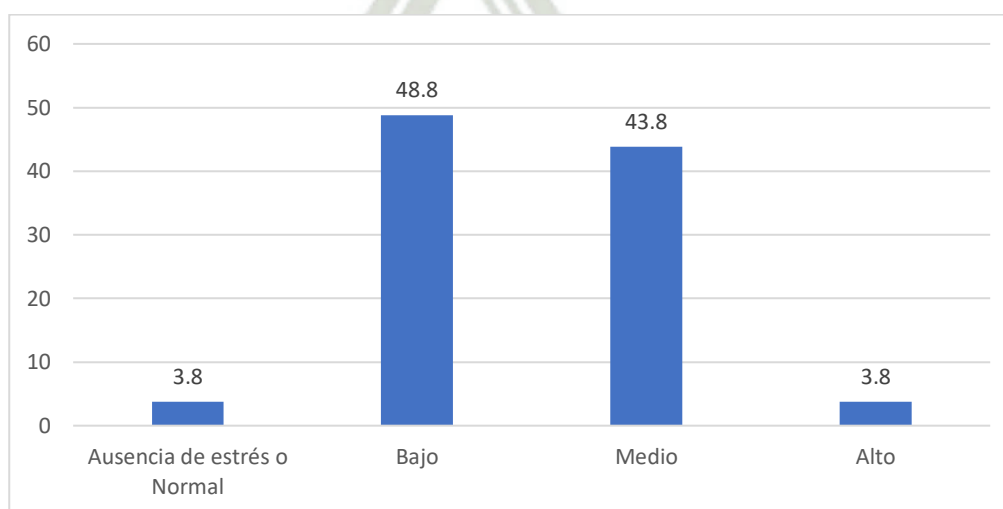


Tabla 11

Nivel de estrés percibido en relación a la edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| | Estrés | | | | | | | | Total | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|-------------|-----------|---------------|
| | Ausencia de estrés o normal | | Bajo | | Medio | | Alto | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 18 - 20 años | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 2 | 2.5% | 0 | 0.0% | 2 | 2.5% |
| 21- 30 años | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% | 0 | 0.0% | 3 | 3.8% | 9 | 11.3% |
| Edad 31 - 40 años | 1 | 1.3% | 2 | 2.5% | 6 | 7.5% | 0 | 0.0% | 9 | 11.3% |
| 41 - 50 años | 2 | 2.5% | 14 | 17.5% | 10 | 12.5% | 0 | 0.0% | 26 | 32.5% |
| 51 años a más | 0 | 0.0% | 17 | 21.3% | 17 | 21.3% | 0 | 0.0% | 34 | 42.5% |
| Total | 3 | 3.8% | 39 | 48.8% | 35 | 43.8% | 3 | 3.8% | 80 | 100.0% |

En la tabla número 11 se presenta el nivel de estrés percibido en relación a la edad de los pacientes. Observamos que el grupo de edad de 51 años a más tiene el porcentaje más alto de estrés bajo y medio, con 21.3% cada uno, sumando un total de 42.5%. Le sigue el grupo de 41 a 50 años con un 17.5% de estrés bajo y un 12.5% de estrés medio, totalizando un 32.5%. Luego, el grupo de 31 a 40 años muestra un 7.5% de estrés medio y un 2.5% de estrés bajo, sumando un 11.3%. El grupo de 21 a 30 años tiene un 7.5% de estrés bajo y un 3.8% de estrés alto, también totalizando un 11.3%. Finalmente, el grupo de 18 a 20 años presenta un 2.5% de estrés medio. En general, el 48.8% de los pacientes presentan un nivel de estrés bajo, seguido por un 43.8% con estrés medio, un 3.8% con ausencia de estrés o estrés normal y un 3.8% con estrés alto.

Gráfico 11

Nivel de estrés percibido en relación a la edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

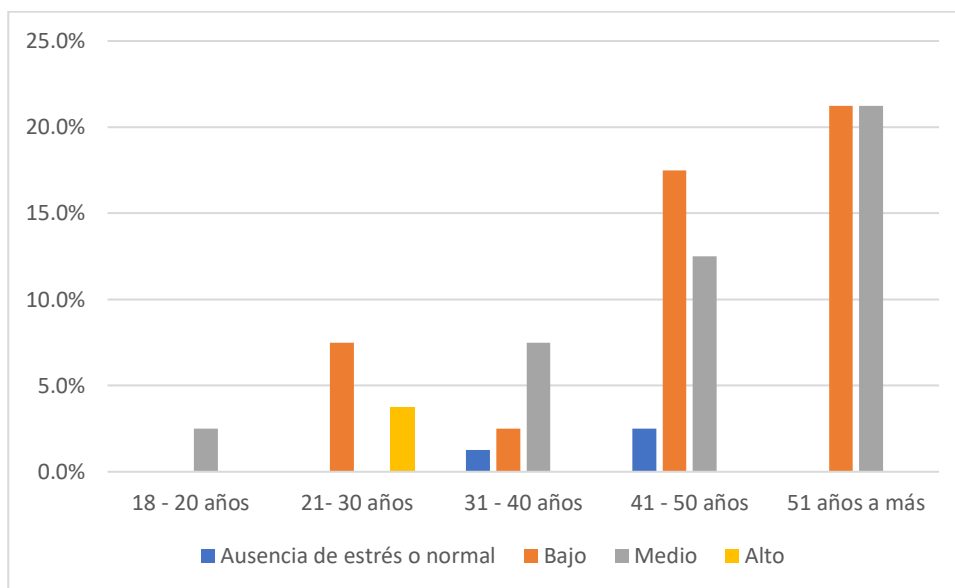


Tabla 12

Nivel de estrés percibido en relación al tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Tipo de cáncer | Estrés | | | | | | | | Total | |
|----------------------|-----------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|-------------|-----------|---------------|
| | Ausencia de estrés o normal | | Bajo | | Medio | | Alto | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Cáncer de mama | 2 | 2.5% | 14 | 17.5% | 1 | 1.3% | 0 | 0.0% | 17 | 21.3% |
| Cáncer de pulmón | 1 | 1.3% | 2 | 2.5% | 3 | 3.8% | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% |
| Cáncer gástrico | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% |
| Cáncer de páncreas | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% | 9 | 11.3% | 0 | 0.0% | 15 | 18.8% |
| Cáncer colorrectal | 0 | 0.0% | 9 | 11.3% | 3 | 3.8% | 3 | 3.8% | 15 | 18.8% |
| Leucemia, linfoma | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% | 10 | 12.5% | 0 | 0.0% | 16 | 20.0% |
| Cáncer a la próstata | 0 | 0.0% | 2 | 2.5% | 3 | 3.8% | 0 | 0.0% | 5 | 6.3% |
| Total | 3 | 3.8% | 39 | 48.8% | 35 | 43.8% | 3 | 3.8% | 80 | 100.0% |

En la tabla número 12 se presenta el nivel de estrés percibido en relación al tipo de cáncer de los pacientes. Observamos que los pacientes con cáncer de mama tienen el mayor porcentaje de estrés bajo con un 17.5%, seguido por aquellos con leucemia o linfoma con un 12.5% de estrés medio. Los pacientes con cáncer de páncreas y cáncer colorrectal muestran un porcentaje igual del 11.3% en estrés bajo y medio respectivamente. Los pacientes con cáncer gástrico tienen un 7.5% de estrés medio, al igual que los pacientes con cáncer de pulmón, aunque estos últimos presentan un 3.8% de estrés medio. Los pacientes con cáncer a la próstata muestran un 3.8% de estrés medio y un 2.5% de estrés bajo. En general, el 48.8% de los pacientes presentan un nivel de estrés bajo, seguido por un 43.8% con estrés medio, un 3.8% con ausencia de estrés o estrés normal y un 3.8% con estrés alto.

Gráfico 12

Nivel de estrés percibido en relación al tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

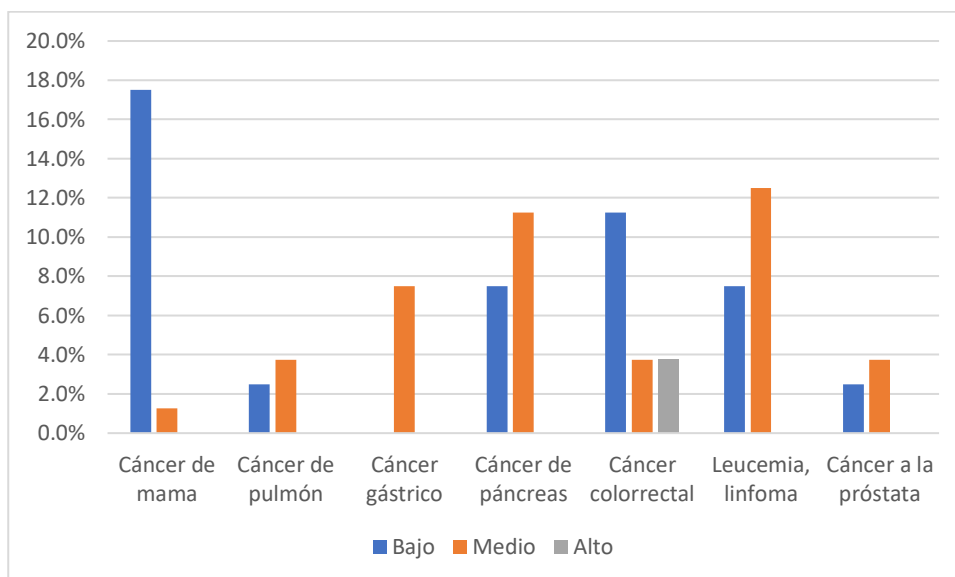


Tabla 13

Nivel de estrés percibido en relación al estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| | Estrés | | | | | | | | Total | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|-------------|-----------|---------------|-------|
| | Ausencia de estrés o normal | | Bajo | | Medio | | Alto | | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | |
| Estadio del cáncer | I | 2 | 2.5% | 4 | 5.0% | 3 | 3.8% | 3 | 3.8% | 12 | 15.0% |
| | II | 0 | 0.0% | 8 | 10.0% | 8 | 10.0% | 0 | 0.0% | 16 | 20.0% |
| | III | 0 | 0.0% | 22 | 27.5% | 13 | 16.3% | 0 | 0.0% | 35 | 43.8% |
| | IV | 1 | 1.3% | 5 | 6.3% | 11 | 13.8% | 0 | 0.0% | 17 | 21.3% |
| Total | 3 | 3.8% | 39 | 48.8% | 35 | 43.8% | 3 | 3.8% | 80 | 100.0% | |

En la tabla número 13 se presenta el nivel de estrés percibido en relación al estadio del cáncer de los pacientes. Observamos que los pacientes en el estadio III tienen el mayor porcentaje de estrés bajo con un 27.5%, seguido por un 16.3% con estrés medio, totalizando un 43.8%. Los pacientes en el estadio IV muestran un 13.8% de estrés medio y un 6.3% de estrés bajo, sumando un 21.3%. Los pacientes en el estadio II presentan un 10.0% de estrés bajo y un 10.0% de estrés medio, totalizando un 20.0%. Finalmente, los pacientes en el estadio I tienen un 5.0% de estrés bajo, un 3.8% de estrés medio y un 3.8% de estrés alto, sumando un 15.0%. En general, el 48.8% de los pacientes presentan un nivel de estrés bajo, seguido por un 43.8% con estrés medio, un 3.8% con ausencia de estrés o estrés normal y un 3.8% con estrés alto.

Gráfico 13

Nivel de estrés percibido en relación al estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

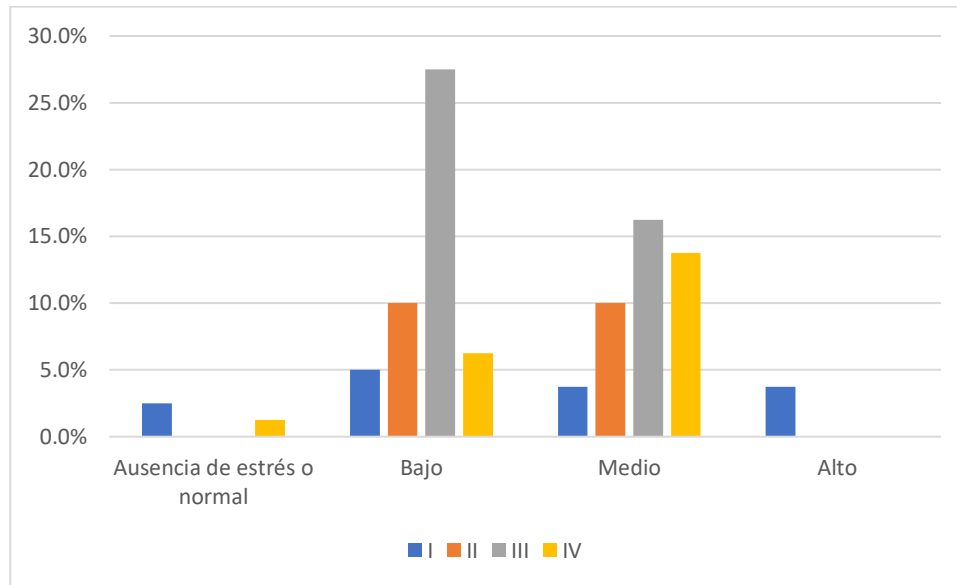


Tabla 14

Nivel de estrés percibido en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| | Estrés | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|----------|-------------|-----------|---------------|--|
| | Ausencia de estrés o normal | | Bajo | | Medio | | Alto | | Total | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | |
| Tiempo de enfermedad | | | | | | | | | | | |
| De 1 a 3 meses | 0 | 0.0% | 10 | 12.5% | 8 | 10.0% | 0 | 0.0% | 18 | 22.5% | |
| De 4 a 6 meses | 2 | 2.5% | 8 | 10.0% | 10 | 12.5% | 3 | 3.8% | 23 | 28.8% | |
| De 7 a 9 meses | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% | |
| De 10 a 12 meses | 0 | 0.0% | 10 | 12.5% | 8 | 10.0% | 0 | 0.0% | 18 | 22.5% | |
| De 12 meses a mas | 1 | 1.3% | 11 | 13.8% | 3 | 3.8% | 0 | 0.0% | 15 | 18.8% | |
| Total | 3 | 3.8% | 39 | 48.8% | 35 | 43.8% | 3 | 3.8% | 80 | 100.0% | |

En la tabla número 14 se presenta el nivel de estrés percibido en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes. Observamos que los pacientes con enfermedad de 4 a 6 meses tienen el mayor porcentaje de estrés, con un 10.0% de estrés bajo, un 12.5% de estrés medio y un 3.8% de estrés alto, sumando un total de 28.8%. Le siguen los pacientes con enfermedad de 1 a 3 meses y de 10 a 12 meses, ambos grupos con un 12.5% de estrés bajo y un 10.0% de estrés medio, sumando un 22.5% cada uno. Los pacientes con enfermedad de más de 12 meses muestran un 13.8% de estrés bajo y un 3.8% de estrés medio, sumando un 18.8%. Finalmente, los pacientes con enfermedad de 7 a 9 meses presentan un 7.5% de estrés medio. En general, el 48.8% de los pacientes presentan un nivel de estrés bajo, seguido por un 43.8% con estrés medio, un 3.8% con ausencia de estrés o estrés normal y un 3.8% con estrés alto.

Gráfico 14

Nivel de estrés percibido en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

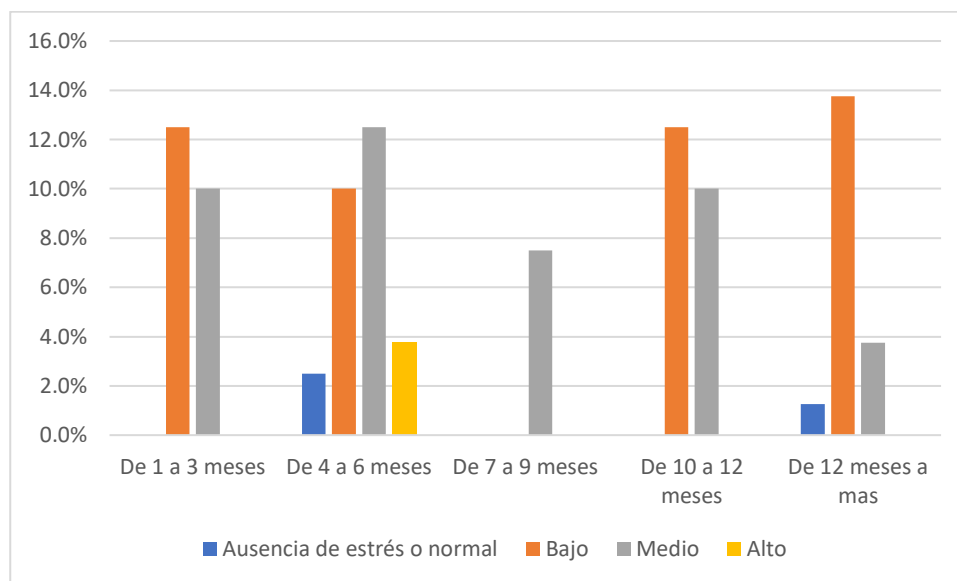


Tabla 15

Miedo a la muerte en los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Miedo a la muerte | F | % |
|-------------------|-----------|--------------|
| Bajo | 0 | 0.0 |
| Moderado | 50 | 62.5 |
| Alto | 30 | 37.5 |
| Total | 80 | 100.0 |

En la tabla número 15, se muestra el miedo a la muerte de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024. Se observa que un 62.5% de los pacientes, equivalente a 50 individuos, experimentan un miedo moderado a la muerte. Además, un 37.5% de los pacientes, que corresponde a 30 individuos, reportan un alto nivel de miedo a la muerte. Es notable que no se reportan pacientes con un nivel bajo de miedo a la muerte.

Gráfico 15

Miedo a la muerte en los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

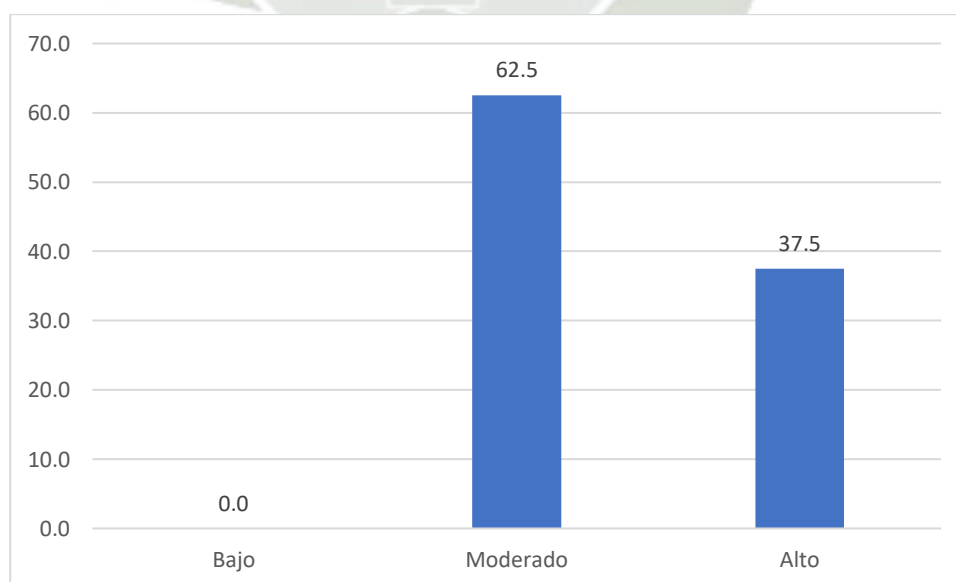


Tabla 16

Miedo a la muerte en relación a la edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| | Miedo a la muerte | | | | | | Total | |
|--------------------------|-------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
| | Bajo | | Moderado | | Alto | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | | |
| Edad 18 - 20 años | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 2 | 2.5% | 2 | 2.5% |
| 21- 30 años | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 9 | 11.3% | 9 | 11.3% |
| 31 - 40 años | 0 | 0.0% | 6 | 7.5% | 3 | 3.8% | 9 | 11.3% |
| 41 - 50 años | 0 | 0.0% | 14 | 17.5% | 12 | 15.0% | 26 | 32.5% |
| 51 años a más | 0 | 0.0% | 30 | 37.5% | 4 | 5.0% | 34 | 42.5% |
| Total | 0 | 0.0% | 50 | 62.5% | 30 | 37.5% | 80 | 100.0% |

En la tabla número 16 se presenta el miedo a la muerte en relación a la edad de los pacientes. Observamos que el grupo de edad de 51 años a más tiene el mayor porcentaje de miedo a la muerte moderado con un 37.5%, seguido por un 5.0% con miedo alto, sumando un total de 42.5%. Le sigue el grupo de 41 a 50 años con un 17.5% de miedo moderado y un 15.0% de miedo alto, totalizando un 32.5%. Los pacientes de 31 a 40 años presentan un 7.5% de miedo moderado y un 3.8% de miedo alto, sumando un 11.3%. El grupo de 21 a 30 años tiene un 11.3% de miedo alto. Finalmente, el grupo de 18 a 20 años muestra un 2.5% de miedo alto. En general, el 62.5% de los pacientes experimentan miedo a la muerte moderado, seguido por un 37.5% con miedo alto.

Gráfico 16

Miedo a la muerte en relación a la edad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

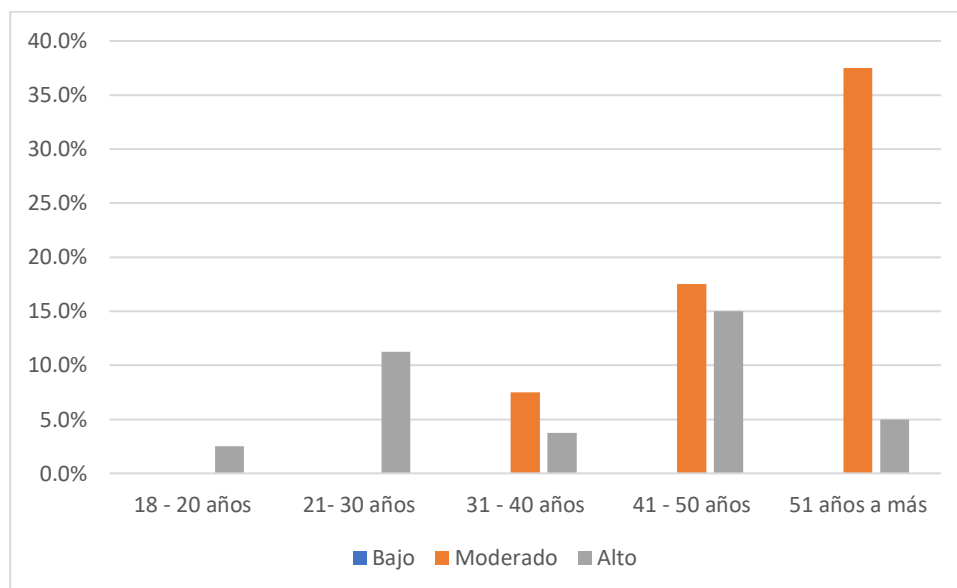


Tabla 17

Miedo a la muerte en relación al tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| | Miedo a la muerte | | | | | | Total | |
|-----------------------------|-------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
| | Bajo | | Moderado | | Alto | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | | |
| Cáncer de mama | 0 | 0.0% | 16 | 20.0% | 1 | 1.3% | 17 | 21.3% |
| Cáncer de pulmón | 0 | 0.0% | 1 | 1.3% | 5 | 6.3% | 6 | 7.5% |
| Cáncer gástrico | 0 | 0.0% | 4 | 5.0% | 2 | 2.5% | 6 | 7.5% |
| Cáncer de páncreas | 0 | 0.0% | 3 | 3.8% | 12 | 15.0% | 15 | 18.8% |
| Cáncer colorrectal | 0 | 0.0% | 12 | 15.0% | 3 | 3.8% | 15 | 18.8% |
| Leucemia, linfoma | 0 | 0.0% | 11 | 13.8% | 5 | 6.3% | 16 | 20.0% |
| Cáncer a la próstata | 0 | 0.0% | 3 | 3.8% | 2 | 2.5% | 5 | 6.3% |
| Total | 0 | 0.0% | 50 | 62.5% | 30 | 37.5% | 80 | 100.0% |

En la tabla número 17 se presenta el miedo a la muerte en relación al tipo de cáncer de los pacientes. Observamos que los pacientes con cáncer de mama tienen el mayor porcentaje de miedo moderado con un 20.0% y un 1.3% de miedo alto, sumando un total de 21.3%. Los pacientes con leucemia o linfoma muestran un 13.8% de miedo moderado y un 6.3% de miedo alto, totalizando un 20.0%. Aquellos con cáncer de páncreas presentan un 3.8% de miedo moderado y un 15.0% de miedo alto, sumando un 18.8%, al igual que los pacientes con cáncer colorrectal que tienen un 15.0% de miedo moderado y un 3.8% de miedo alto. Los pacientes con cáncer de pulmón y cáncer gástrico presentan ambos un 7.5% de miedo a la muerte, con los de cáncer de pulmón mostrando un 1.3% de miedo moderado y un 6.3% de miedo alto, y los de cáncer gástrico un 5.0% de miedo moderado y un 2.5% de miedo alto. Finalmente, los pacientes con cáncer a la próstata tienen un 3.8% de miedo moderado y un 2.5% de miedo alto, sumando un 6.3%. En general, el 62.5% de los pacientes experimentan miedo a la muerte moderado, seguido por un 37.5% con miedo alto.

Gráfico 17

Miedo a la muerte en relación al tipo de cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

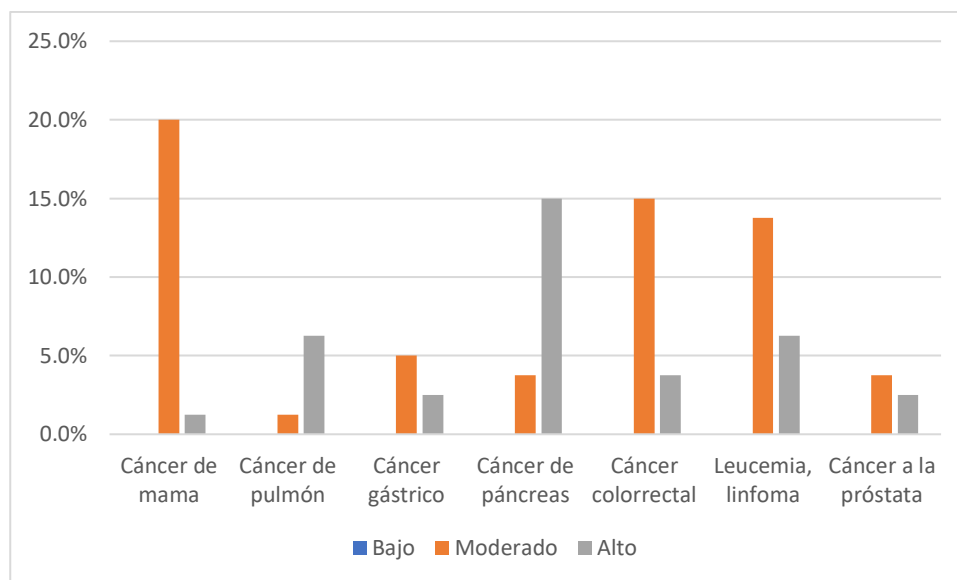


Tabla 18

Miedo a la muerte en relación al estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| | | Miedo a la muerte | | | | | | Total | |
|--------------------------|-----|-------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
| | | Bajo | | Moderado | | Alto | | F | % |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Estadio del cáncer | I | 0 | 0.0% | 7 | 8.8% | 5 | 6.3% | 12 | 15.0% |
| | II | 0 | 0.0% | 9 | 11.3% | 7 | 8.8% | 16 | 20.0% |
| | III | 0 | 0.0% | 25 | 31.3% | 10 | 12.5% | 35 | 43.8% |
| | IV | 0 | 0.0% | 9 | 11.3% | 8 | 10.0% | 17 | 21.3% |
| Total | | 0 | 0.0% | 50 | 62.5% | 30 | 37.5% | 80 | 100.0% |

En la tabla número 18 se presenta el miedo a la muerte en relación al estadio del cáncer de los pacientes. Observamos que los pacientes en el estadio III tienen el mayor porcentaje de miedo moderado con un 31.3%, seguido por un 12.5% con miedo alto, totalizando un 43.8%. Los pacientes en el estadio IV muestran un 11.3% de miedo moderado y un 10.0% de miedo alto, sumando un 21.3%. Los pacientes en el estadio II presentan un 11.3% de miedo moderado y un 8.8% de miedo alto, totalizando un 20.0%. Finalmente, los pacientes en el estadio I tienen un 8.8% de miedo moderado y un 6.3% de miedo alto, sumando un 15.0%. En general, el 62.5% de los pacientes experimentan miedo a la muerte moderado, seguido por un 37.5% con miedo alto.

Gráfico 18

Miedo a la muerte en relación al estadio del cáncer de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

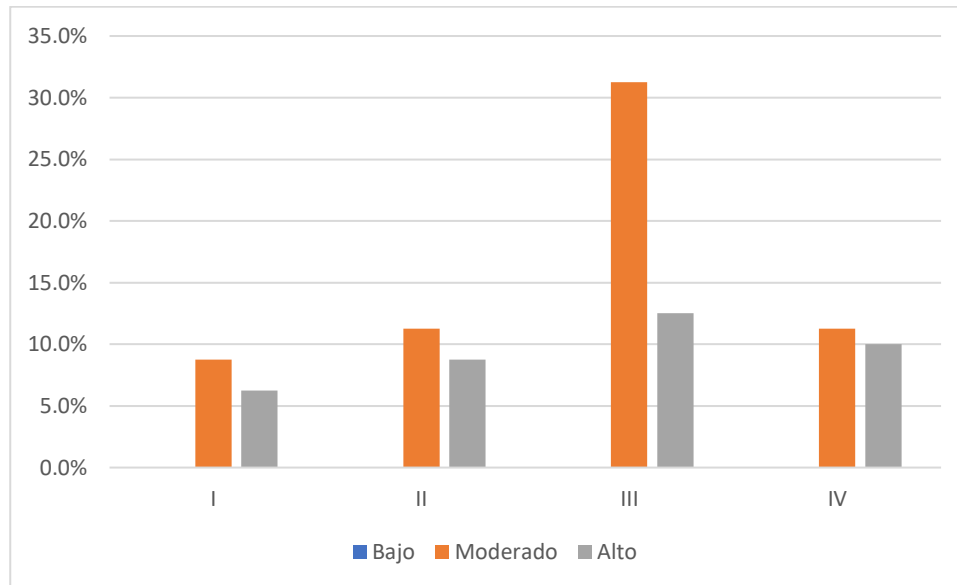


Tabla 19

Miedo a la muerte en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| | Miedo a la muerte | | | | | | Total | |
|--------------------------|-------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
| | Bajo | | Moderado | | Alto | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | | |
| De 1 a 3 meses | 0 | 0.0% | 7 | 8.8% | 11 | 13.8% | 18 | 22.5% |
| De 4 a 6 meses | 0 | 0.0% | 12 | 15.0% | 11 | 13.8% | 23 | 28.8% |
| De 7 a 9 meses | 0 | 0.0% | 3 | 3.8% | 3 | 3.8% | 6 | 7.5% |
| De 10 a 12 meses | 0 | 0.0% | 16 | 20.0% | 2 | 2.5% | 18 | 22.5% |
| De 12 meses a mas | 0 | 0.0% | 12 | 15.0% | 3 | 3.8% | 15 | 18.8% |
| Total | 0 | 0.0% | 50 | 62.5% | 30 | 37.5% | 80 | 100.0% |

En la tabla número 19 se presenta el miedo a la muerte en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes. Observamos que los pacientes con enfermedad de 4 a 6 meses tienen el mayor porcentaje de miedo moderado con un 15.0% y un 13.8% de miedo alto, sumando un total de 28.8%. Le siguen los pacientes con enfermedad de 1 a 3 meses y de 10 a 12 meses, ambos grupos con un 22.5%. Los pacientes con enfermedad de 1 a 3 meses presentan un 8.8% de miedo moderado y un 13.8% de miedo alto, mientras que los pacientes con enfermedad de 10 a 12 meses tienen un 20.0% de miedo moderado y un 2.5% de miedo alto. Los pacientes con enfermedad de más de 12 meses muestran un 15.0% de miedo moderado y un 3.8% de miedo alto, sumando un 18.8%. Finalmente, los pacientes con enfermedad de 7 a 9 meses presentan un 3.8% de miedo moderado y un 3.8% de miedo alto, sumando un 7.5%. En general, el 62.5% de los pacientes experimentan miedo a la muerte moderado, seguido por un 37.5% con miedo alto.

Gráfico 19

Miedo a la muerte en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

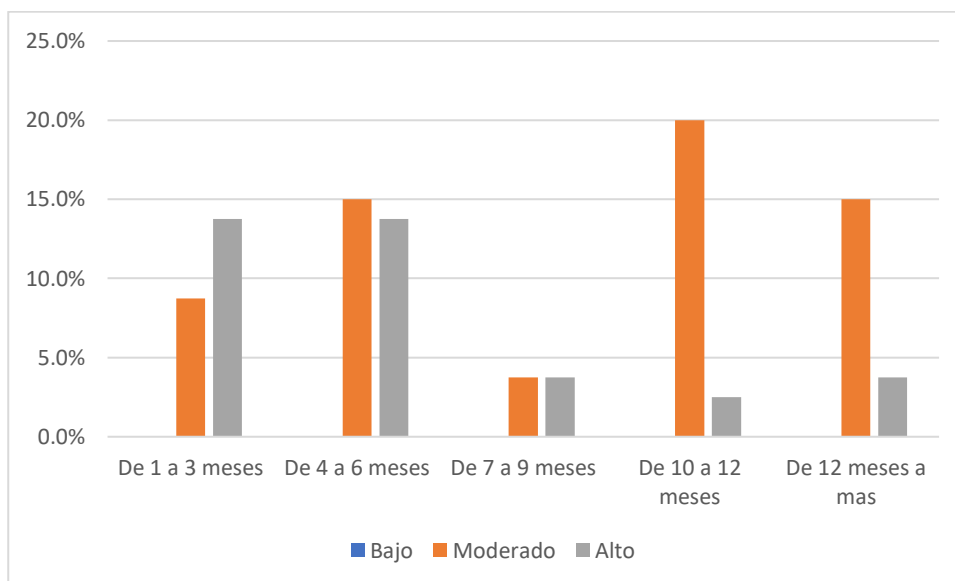


Tabla 20

Influencia entre el nivel de estrés percibido y miedo a la muerte en los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024.

| Estrés | Miedo a la muerte | | | | | | Total | |
|-----------------------------|-------------------|-------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
| | Bajo | | Moderado | | Alto | | F | % |
| | F | % | F | % | F | % | | |
| Ausencia de estrés o normal | 0 | 0.0% | 3 | 3.8% | 0 | 0.0% | 3 | 3.8% |
| Bajo | 0 | 0.0% | 27 | 33.8% | 12 | 15.0% | 39 | 48.8% |
| Medio | 0 | 0.0% | 20 | 25.0% | 15 | 18.8% | 35 | 43.8% |
| Alto | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 3.8% | 3 | 3.8% |
| Total | 0 | 0.0% | 50 | 62.5% | 30 | 37.5% | 80 | 100.0% |

| | | Miedo a la muerte |
|---------------|------------------------|----------------------|
| | Correlación de Pearson | 0,423** |
| Estrés | Sig. (bilateral) | 0,000 |
| | N | 80 |

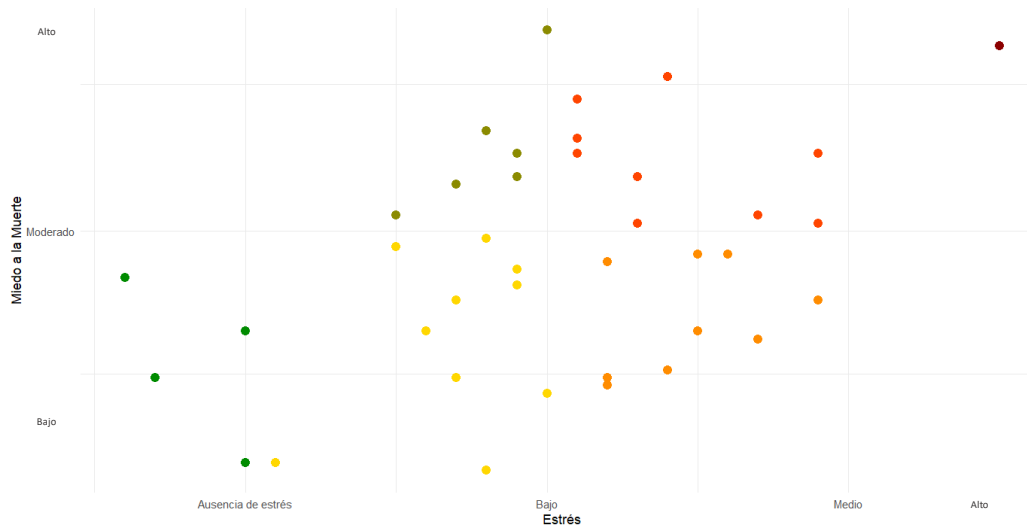
- **: Indica una significancia estadística a nivel de 0,01, sugiriendo una muy baja probabilidad de que la correlación observada sea resultado del azar.

La Tabla 20 ilustra la influencia entre el nivel de estrés percibido y el miedo a la muerte en pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, en 2024. Los datos muestran que ninguno de los pacientes sin estrés o con niveles bajos de estrés reportaron miedo bajo a la muerte, mientras que el 33.8% de aquellos con estrés bajo y el 25.0% de los con estrés medio experimentaron miedo moderado. Además, el 15.0% de los pacientes con estrés bajo y el 18.8% de los con estrés medio reportaron miedo alto. Los pacientes con estrés alto sólo mostraron miedo alto (3.8%). En total, el 62.5% de los pacientes experimentaron miedo moderado y el 37.5% miedo alto.

La correlación de Pearson de 0.423, con una significancia bilateral de 0.000, indica una relación positiva y moderada entre el nivel de estrés percibido y el miedo a la muerte en pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche. Esto sugiere que, a medida que aumenta el estrés de los pacientes, también tiende a aumentar su miedo a la muerte. La significancia estadística de este resultado, menor a 0.05, refuerza la confianza

en que esta relación no es producto del azar, evidenciando una conexión real entre el estrés y el miedo a la muerte en esta muestra de 80 pacientes.

Gráfico 20
Gráfico de dispersión

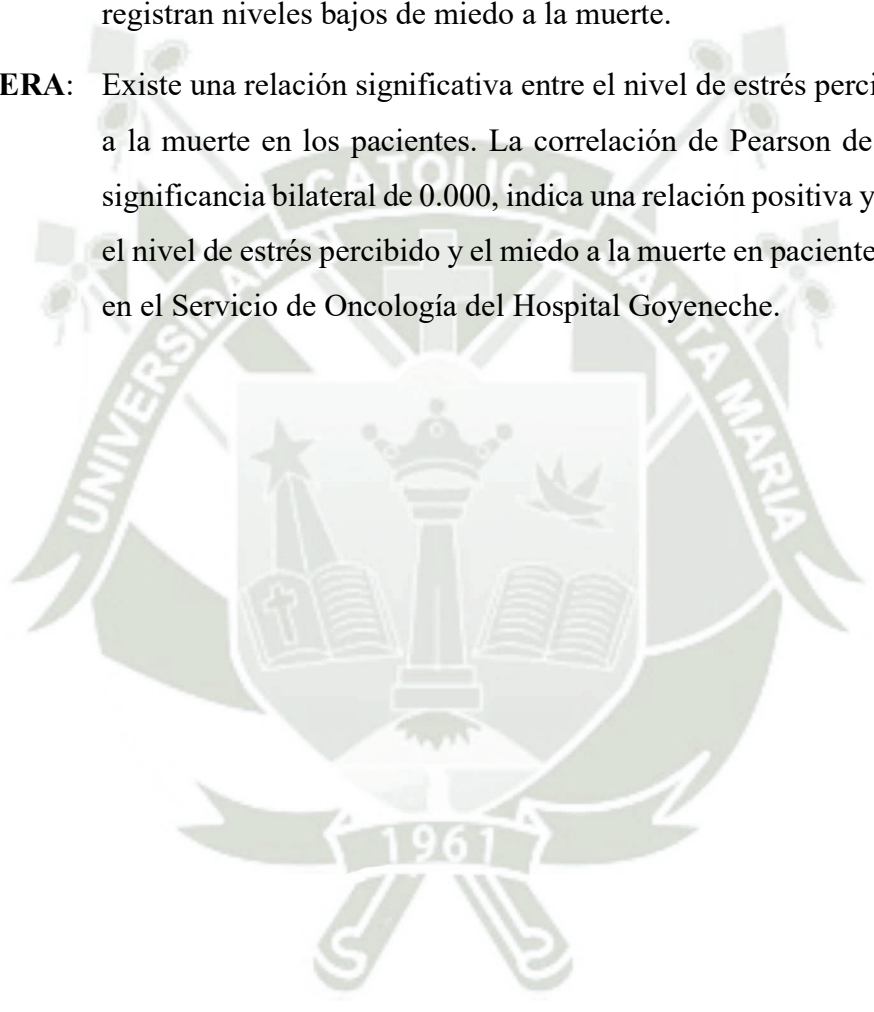


Leyenda:

- Verde Niveles bajos
- Amarillo Niveles medios a moderados
- Rojo Niveles altos

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La mayoría de los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche presentan un nivel de estrés bajo (48.8%), seguido de estrés medio (43.8%), y menores frecuencias de estrés ausente y alto (3.8%).
- SEGUNDA:** El 62.5% de los pacientes experimentan un miedo moderado a la muerte, mientras que el 37.5% tienen un alto nivel de miedo a la muerte. No se registran niveles bajos de miedo a la muerte.
- TERCERA:** Existe una relación significativa entre el nivel de estrés percibido y el miedo a la muerte en los pacientes. La correlación de Pearson de 0.423, con una significancia bilateral de 0.000, indica una relación positiva y moderada entre el nivel de estrés percibido y el miedo a la muerte en pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda al departamento de enfermería intensificar el soporte espiritual en oncología, integrando prácticas como meditación, oración y reflexión espiritual en el plan de cuidado. Esto se debe a la significativa influencia del estrés en el miedo a la muerte, subrayando la importancia de abordajes holísticos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

SEGUNDA: Se sugiere al director del Hospital Goyeneche aumentar el personal enfermero para proveer un adecuado acompañamiento personalizado para pacientes oncológicos recién diagnosticados.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frausto, Víctor Manuel Ramos, et al. Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería Global*. 2020; 19(4): 196-219.
2. Instituto Nacional del Cáncer. Estrés y cáncer; 2022 Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>.
3. Altamirano. Ansiedad ante la muerte y resentimiento en pacientes oncológicos de la ciudad de Trujillo. Trujillo [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología]: Universidad Privada del Norte; 2021 Disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/29364>.
4. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. 2018. Lima. [Online].; 2020 [Fecha de acceso: 05 marzo, 2023]. Available from: <http://minsa.gob.pe>.
5. Meléndez JC. Fundamentos ius filosóficos del derecho a una muerte digna para personas con enfermedades terminales en el Perú. *Revista Boliviana de Derecho*. 2022;(34): 818--837 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8536437.pdf>.
6. Bolela, et al. Pacientes con cáncer en cuidados paliativos: eventos relacionados con la venopunción y la hipodermoclisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2022; 30: e3623.
7. Real Academia Española. Estrés - Definición Diccionario de la lengua española; 2023 Disponible en: <https://dle.rae.es/estrés>.
8. Quintero-Febles, Jesús Manuel; Reyes-Abreu, Gerson; Suárez-Daroca, Patricia; Rodríguez-García, Miguel Ángel. Estrés y burnout, evolución histórica. *Egle*. 2020; 7(16): 92--104.
9. Reyes-López, Viridiana Gabriela; Landeros-Olvera, Erick; Galicia-Aguilar, Rosa María; Lozada-Perezmitre, Erika. Estrés agudo en el personal de enfermería expuesto y recuperado de Covid-19. *Index de Enfermería*. 2021; 30(4): 303--307 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962021000300006&script=sci_arttext.

10. Cortes MEC. Efectos del estrés crónico sobre la plasticidad neural del cerebro adolescente: Una revisión sistemática. *Perspectivas Metodológicas*. 2022; 22: 16--16
Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/3955>.
11. Moreira-Navia JR, Bumbila-García BB. Estrés en padres o tutores encargados de la educación online en tiempos de pandemia. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*. ISSN: 2737-6273. 2022; 5(9 Ed. esp.): 77--90
Disponible en: <http://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/61>.
12. Aponte-Daza VC, Ponce Valdivia F, Pinto B, García F. Duelo anticipado y afrontamiento al estrés en cuidadores informales de personas de la tercera edad. *Liberabit*. 2022; 28(2)
Disponble en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272022000200007&script=sci_arttext&tlng=en.
13. Angulo, et al. La relajación y estrés laboral en el personal docente: una revisión sistemática. *Lecturas: Educación Física y Deportes*. 2020; 25(266) Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/download/1617/1250?inline=1>.
14. Calderón Izaguirre GK, Rivas Díaz LH. Factores laborales y nivel de estrés en enfermeras de centro quirúrgico. *Revista cubana de Enfermería*. 2021; 37(4) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192021000400013&script=sci_arttext.
15. Jiménez ER, Viera AO. Empleo de indicadores bioquímicos en el estudio del estrés psicosocial laboral. *Tendencias en la investigación. Revista Cubana de Salud y trabajo*. 2023; 16(3) Disponible en: <https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/469>.
16. Rojas, Tahirí. Rasgos de personalidad y trastorno de estrés post traumático en víctimas reincidentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2020; 23(3): 1150--1171
Disponble en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96095>.
17. Cappelli, Brenda; Díaz, Leticia. Estrés y Osteopatía. *Revista de Investigación Osteopática*. 2023; 3(1): 2--13 Disponible en: <https://revistaios.eoba.com.ar/index.php/ios/article/view/65>.
18. De La Caridad, et al. Hans Hugo Bruno Selye y el estrés hito en la historia de la Medicina moderna. *Gaceta Médica Espirituana*. 2023; 25(2).

19. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. Revista Psicologia e Saúde. 2019; 11(2): 55--66.
20. Díaz EÁ, Pérez DZ. La teoría de la conservación de los recursos y su relación con el síndrome de desgaste profesional. Revista Cubana de Psicología. 2021; 3(4).
21. Ochoa et al. Alostasis una respuesta ante el estrés. Revista Cubana de Reumatología. 2022; 24(4): 314 Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1065>.
22. Pérez JP. Construcción y propiedades psicométricas de la Escala Demandas-Recursos Laborales para medir el estrés laboral. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2021; 22(2): 3--16 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=108374>.
23. Morella, et al. Epidemia secreta del mal estar. Autolesiones en población infanto-juvenil. Revista Sanitaria de Investigación. 2023; 4(5): 269 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8965572>.
24. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. Revista Psicologia e Saúde. 2019; 11(2): 55--66 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/6098/609863969005/609863969005.pdf>.
25. Carvajal SB. Como influye el estres en el cerebro del auditor. Auditoría pública: revista de los Organos Autónomos de Control Externo. 2020; 75(1): 15--26 Disponible en: <https://asocex.es/wp-content/uploads/2020/06/Revista-Auditoria-Publica-n%C2%BA-75.-pag-15-a-26.pdf>.
26. Romero EER, Young J, Salado-Castillo R. Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. Revista medico científica. 2019; 32: 61--70 Disponible en: <http://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/535>.
27. Ramírez EG. La respuesta alostática al ambiente. El medio social como factor regulador de la fisiología y la salud humana. Revista Chilena de Antropología. 2021;(43): 147--166 Disponible en: <https://estudiosdeadministracion.uchile.cl/index.php/RCA/article/view/64437>.
28. Villegas JAC, Carranza LAS, Huilcapi GVB, Esparza VAA. Estrés psicosocial como causa de gastritis. Revista Pertinencia Académica. ISSN 2588-1019. 2020; 4(5): 225--245 Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/rpa/article/view/2552>.

29. Henao-Pérez J, López-Medina DC, Henao-Pérez M, Castro-Rodríguez VC, Castrillón-Aristizábal M. Psiconeuroinmunoendocrinología de la Respuesta al Estrés el Ciclo Circadiano y la Microbiota en la Artritis Reumatoide. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2021.
30. Vásquez, et al. Integridad Del ADN Espermático Y La Toxicidad Reproductiva Del Nitrato De Plomo En Ratones Machos Adultos. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2023; 23(2): 24--30 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312023000200024&script=sci_arttext.
31. Cardona EYB, Caballero DAV. Estrés y funcionamiento cognitivo en universitarios. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 2019; 14(1): 23--29 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7855458>.
32. Macías, Iván Arturo Jaramillo. Estrés académico y bioestadística en estudiantes de ciencias de la salud. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2020; 4(7): 129--142 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407740>.
33. Benavides KM, Aguilar GP, Benavides YM. El Teletrabajo valoraciones de las personas trabajadoras en relación con las ventajas y desventajas percepción de estrés y calidad de vida. *Revista Nuevo Humanismo*. 2021; 9(1): 20--20 Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/nuevohumanismo/article/view/15011>.
34. Salcedo et al. Estrés laboral y salud general en trabajadores administrativos del área bancaria. *Revista Cientific*. 2021; 6(21): 81--100 Disponible en: http://indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/569.
35. Matos, Sharon. Estrategia educativa sobre las consecuencias de relación sexual precoz en adolescentes de la comunidad" El Carmen". *Vive Revista de Salud*. 2020; 3(8): 85--94 Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2664-32432020000200004&script=sci_arttext.
36. Ortega, Betsaida Carballo; Cabrera, María Vanesa Sánchez. Manejo del estrés laboral en la planta de hospitalización de pacientes covid-19. *Revista Ene de Enfermería*. 2021; 15(1) Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/748>.

37. Urrutia, Magdalena Castro; Morales, Ariel Allar; Ibarra, Carolina Riquelme; Chávez, Magdalena Lobos; Obregón, Emilia González; Castillo, Gabriel Herrera. Manejo de la ansiedad y el estrés: cómo sobrellevarlos a través de diferentes técnicas. *Revista Confluencia*. 2021; 4(1): 110--115 Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/569>.
38. Bruges, Diany P; López, Danny D; Socarrás, Carlos A. Estrés laboral en las empresas de telefonía celular privadas en la frontera entre Colombia y Venezuela. *Revista ESPACIOS*. ISSN. 2020; 798: 1015 Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n25/a20v41n25p20.pdf>.
39. Iglesia F, Lopez M, Rosler R, Grabner CL, Grabner CL, Castro M. Sueño y estres: Su relacion con el Rendimiento Academico en Niños. *Revista Innovación Digital y Desarrollo Sostenible-IDS*. 2021; 2(1): 9--16 Disponible en: <https://revistas.iudigital.edu.co/index.php/ids/article/view/41>.
40. Real Academia Española. Cáncer. [Online].; 2023. Available from: <https://dle.rae.es/c%C3%A1ncer>.
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. [Online].; 2023. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1.
42. Siegel, et al. Cancer statistics, 2023. *Cancer Journal for Clinicians*. 2023; 73(1): 17-48.
43. Arcos. Revisión sistemática sobre la administración de la quimioterapia en el período entre la quimiorradioterapia neoadyuvante y la cirugía en el cáncer de recto localmente avanzado. *Archivos de coloproctología*. 2020; 3(4).
44. Chew, Krisna Mishel Morales; Zaldaña, Erick Estuardo Estrada. La Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix en tratamiento con quimioterapia y radioterapia. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2023; 1(34): 50-65.
45. Pimentel, Natalia Beatriz Lima, et al. Repercusiones psicosociales del tratamiento de radioterapia para el cáncer de cuello uterino: un enfoque cualitativo. *Cogitare Enfermagem*. 2023; 28: 83874.
46. Vasquez, et al. Inmunoterapia en cáncer: de los inicios al premio Nobel. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020; 37: 115--121.
47. Velandia, Sandra Rocío Salamanca; Santander, Yury Stephany Garavito. Análisis sistemático sobre estrés laboral en Colombia. *Análisis*. 2021; 53(99).

48. Mayorga-Lascano M, Peñaherrera-Ron A. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos y cuidadores Primarios. *Revista Griot*. 2019; 12(1): 16--30 Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/16986>.
49. Oliveros CMB, Losada SMC, Gutiérrez NG, Sanchez LM. Experiencia y afrontamiento de mujeres con cáncer de mama mediante la teoría de Callista Roy. *Revista Navarra Médica*. 2019; 5(1): 40--48 Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/195>.
50. Pedrero-García E. Pedagogía de la muerte: propuesta de normalización en el sistema educativo español. *Revista espacios*. 2020; 41(4): 25 Disponible en: <http://es.revistaespacios.com/a20v41n04/a20v41n04p25.pdf>.
51. Montanari, Pietro. Creencias conspirativas. Condiciones psicológicas y sociopolíticas de su formación y prominencia. *Revista de Filosofía*. 2022;; 211--234 Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Pietro-Montanari-3/publication/361750977_Creencias_conspirativas_condiciones_psicologicas_y_sociopoliticas_de_su_formacion_y_prominencia_Conspiracy_beliefs_psychological_and_sociopolitical_conditions_of_their_formation.
52. Fernández-Martínez E, Liébana-Presa C, Martínez-Soriano M, López-Alonso A. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Revista Paliativa*. 2019; 26(3): 205--210 Disponible en: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/278/2/04_OR_Fernandez_MEDPAL26-3_esp.pdf.
53. Castañeda-Flores, Teresa; Guerrero-Castañeda, Raúl Fernando. Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte*. 2019; 10(3) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732019000300205&script=sci_arttext.
54. Herrera, Idalia M; Medina, Isaí A; Carrillo, Ana L; Montelongo, Diana B. Abordaje de enfermería sobre el miedo y ansiedad ante la muerte en personas adultas mayores. *Health & Addictions/Salud y Drogas*. 2021; 21(1) Disponible en: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&auth_type=crawler&jrnl=15785319&AN=149301441&h=NJnehFVxOO7j%2FaJKCrdpttPf2

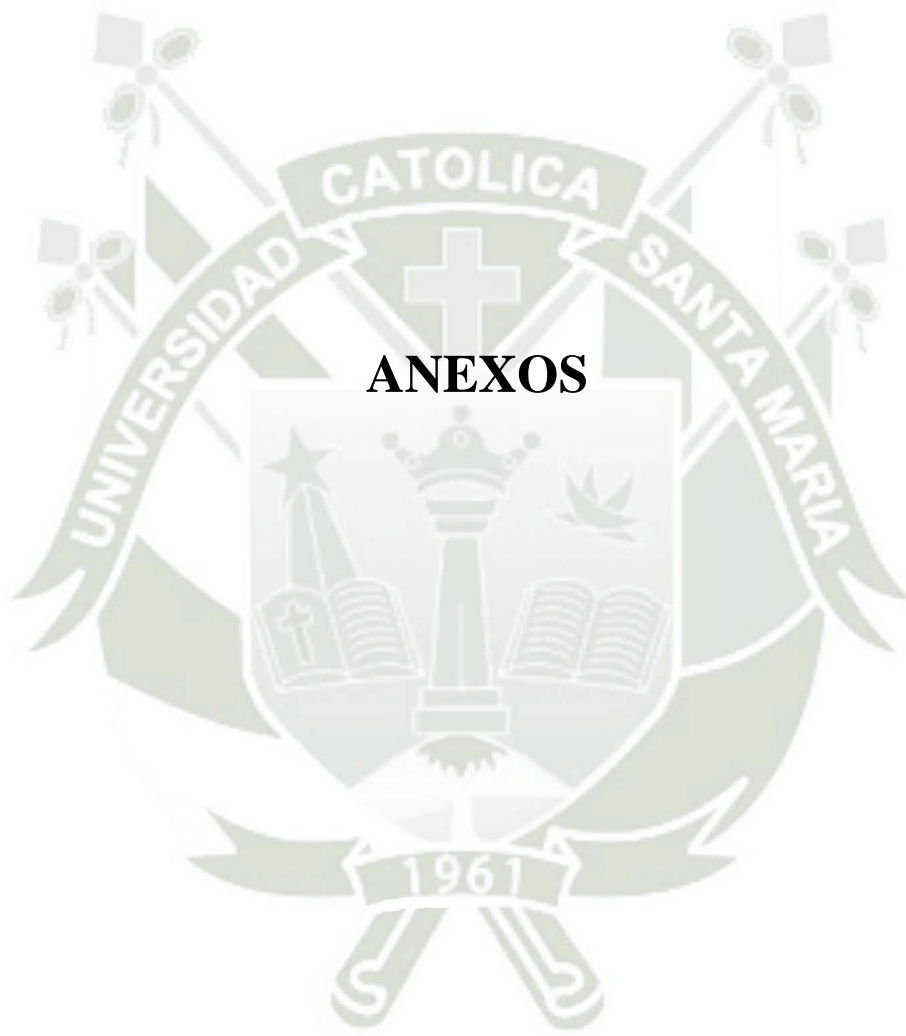
[wn4ojd3MIHN8bA5Ne2OJQVLU7V34nICLSXWSI2qugbHnZKuEM1B2rJJCbYdQ%3D%3D&crl=c.](#)

55. Alencar VO, Nascimento IRCd, Santos IBd, Almeida LMP. Comprensión de la muerte en la mirada de niños hospitalizados. Revista Bioética. 2022; 30: 63--71.
56. Bonet AL, Treto SL, Hernández YN, Pacheco JAC. Vínculos entre psicooncología y enfermería en el cuidado continuo de personas con cáncer de próstata. Revista Cubana de Enfermería. 2021; 37(4): 1--19 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=111832>.
57. Bernales, Margarita; Chandía, Alejandra; San Martín, María Jesús. Malestar emocional en pacientes de cuidados paliativos: desafíos y oportunidades Emotional malaise in palliative care patients: challenges and opportunities. Rev Med Chile. 2019; 147: 813--814 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872019000600813&script=sci_arttext.
58. López, Natalia Ramírez. Importancia de los Grupos de Apoyo de salud en pacientes Oncológicos. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023; 7(5): 5088--5101 Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8117>.
59. Pérez, Mónica Miriam Guzmán. Intervención tanatológica en cuidados paliativos. Revista Académica Sociedad del Conocimiento Cunzac. 2023; 3(2): 1--9 Disponible en: <https://www.revistasociedadcunzac.com/index.php/revista/article/view/84>.
60. Pérez, Cecilia Despaigne. Aplicabilidad del modelo de adaptación de Sor Callista Roy en el cuidado de personas con COVID-19. Revista Cubana de Enfermería. 2021; 37(1) Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/download/4222/711>.
61. Ramírez Palma A, Freire Vicencio R, González Nahuelquin C. Cuidados del trasplantado renal en cuidados intensivos según el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Ene. 2021; 15(1) Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/4978>.
62. Hernández, Ydalsys Naranjo. Puntos de encuentro entre las teorías de Roy y Orem en la atención a ancianos con úlcera neuropática. Revista Cubana de Enfermería. 2019; 35(2): 1--13 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100732>.

63. National Cancer Institute. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ)®–Versión para profesionales de salud. [Online].; 2024. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-hp-pdq>.
64. Sartor S MNTM. Significados da morte para adultos com câncer assistidos em um hospital oncológico do Brasil. *Enferm. actual Costa Rica*. 2022; 42 Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1384849>.
65. Von, et al. Expectations, end-of-life fears and end-of-life communication among palliative patients with cancer and caregivers: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021; 12(5): e058531 Disponible en: [10.1136/bmjopen-2021-058531](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058531).
66. Ramos, et al. Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enferm. glo*. 2020; 19(60): 196-219 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-.
67. Parra K. Afrontamiento-adaptación y sufrimiento del familiar de paciente con enfermedad oncológica, servicio de onco-hematología, H.N.C.A.S.E. - Essalud, Arequipa 2019 Arequipa: [Tesis para optar el título profesional de enfermera]; 2020.
68. Concha V. Vizcarra M. Percepción de la calidad del cuidado enfermero en pacientes oncológicos hospitalizados del instituto regional de enfermedades neoplasicas del sur. Arequipa, 2022 Arequipa: [Tesis para optar el título profesional de enfermera]; 2022.
69. Guzmán , Reyes. Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología (PUCP)*. 2018; 36(2): 719--750 [Fecha de acceso: 04 abril, 2023] Disponible en: <https://doi.org/10.18800/psico.201802.012>.
70. Hernández J. Bienestar psicológico y estrés percibido en los trabajadores de la Empresa Fundente Copelas y Crisoles S.A.C. – Lima, 2019 [Tesis para optar el Título Profesional de Psicóloga] Universidad Peruana Los Andes. Lima; 2019.
71. Mondragon-Sanchez, Edna Johana; Landeros-Olvera, Erick; Pérez-Noriega, Erika. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en estudiantes universitarios de enfermería de México. *MedUNAB*. 2020; 23(1): 11--22 Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RhJqMVQc9tFQtd49ySytPKw/?format=pdf&lang=es>.
72. Espinoza, et al. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2011; 19: 1171--1180.

73. Fernández, et al. Metodología de la Investigación Editorial McGraw Hill; 2014.





ANEXOS

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

.....,

Consiento de manera voluntaria en participar en el presente estudio investigativo, llevado a cabo por las señoritas Miranda Condorena Yamileth Yomira y Fuentes Alarcón Valeria del Rocío. He sido debidamente informado acerca del propósito de esta investigación, que es evaluar la relación entre el nivel de estrés percibido y el temor a la muerte en pacientes oncológicos hospitalizados en el Hospital Goyeneche. Entiendo claramente los detalles proporcionados sobre los instrumentos que debo completar y he tenido la oportunidad de aclarar todas las inquietudes y preguntas relacionadas. Asimismo, estoy consciente de que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de justificación. Me han informado también que mi información será resguardada con estrictas medidas de confidencialidad y empleada exclusivamente con propósitos investigativos. En consideración a lo expuesto y bajo estas circunstancias, otorgo mi consentimiento para participar en el estudio titulado “Influencia del nivel de estrés percibido en el miedo a la muerte de pacientes oncológicos, Hospital Goyeneche, Arequipa, 2023”, y para que los datos obtenidos de mi participación sean utilizados con el fin de cumplir con los objetivos especificados en el documento.

Arequipa.....de octubre del 2023.

Nombre:

DNI :

ANEXO 2

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (EEP – 14) (ELABORADA POR COHEN, KAMARAK Y MERMELSTEIN)

Las preguntas de la siguiente escala se refieren a sus pensamientos y sentimientos durante el último mes. En cada ítem indique con qué frecuencia o cuan a menudo usted se sintió o reaccionó de determinada manera, a pesar de que varias preguntas parecen iguales, por favor responda a todas ellas:

| ITEMS | Nunca | Casi nunca | A veces | Con bastante frecuencia | Casi siempre |
|---|-------|------------|---------|-------------------------|--------------|
| 1. En el último mes ¿cuántas veces se sintió mal por algo que le sucedió repentinamente? | | | | | |
| 2. En el último mes ¿cuántas veces sintió que era incapaz de controlar las cosas importantes que le estaban sucediendo en su vida? | | | | | |
| 3. En el último mes ¿cuántas veces se sintió nervioso o estresado? | | | | | |
| 4. En el último mes ¿cuántas veces ha superado con éxito las situaciones fastidiosas (aburridas) de la vida? | | | | | |
| 5. En el último mes ¿Cuántas veces se sintió que estaba haciéndole frente a algo, en forma eficaz a algún cambio importante en su vida? | | | | | |
| 6. En el último mes ¿cuántas veces se sintió confiado en su habilidad para manejar sus problemas personales? | | | | | |
| 7. En el último mes ¿Cuántas veces sintió que las cosas iban a tener un resultado positivo para usted? | | | | | |
| 8. En el último mes ¿Cuántas veces se dio cuenta que no podía hacerle frente a todas las cosas que le estaban sucediendo? | | | | | |
| 9. En el último mes ¿cuántas veces pudo controlar las situaciones fastidiosas (aburridas) de su vida? | | | | | |
| 10. En el último mes ¿Cuántas veces sintió que no tenía que preocuparse por ciertas situaciones? | | | | | |
| 11. En el último mes ¿Cuántas veces se enojó por cosas que estaban fuera de su control? | | | | | |
| 12. En el último mes ¿Cuántas veces pensó en las cosas que le quedaban por hacer? | | | | | |
| 13. En el último mes ¿Cuántas veces fue capaz de controlar la manera en que invertía (ocupaba) su tiempo? | | | | | |
| 14. En el último mes ¿Cuántas veces sintió que se amontonaban tanto los problemas y que no había manera de poder solucionarlos? | | | | | |

Nota: Guzmán & Reyes, (69).

ANEXO 3

ESCALA MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT-LESTER (EMMCL)

Validada por Espinoza, Sanhueza y Barriga

Lea cada frase y contéstala rápidamente. No utilice demasiado tiempo pensando en su respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensa ahora mismo. Marque el número que mejor representa su sentimiento.

| | | | | | |
|---|-------|----------|---|---|------|
| ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en? | Mucho | Moderado | | | Nada |
| 1. El morir solo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. La vida breve | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Todas las cosas que perderás al morir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Morir joven | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Cómo será el estar muerto/a | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. La desintegración del cuerpo después de morir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en ... | Mucho | Moderado | | | Nada |
| 1. La degeneración física que supone el proceso de morir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. El dolor que comporta el proceso de morir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. La degeneración mental del envejecimiento | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Tu falta de control sobre el proceso de morir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en | Mucho | Moderado | | | Nada |
| 1. La pérdida de una persona querida | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Tener que ver su cadáver | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. No poder comunicarte nunca más con ella | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Envejecer solo/a, sin la persona querida | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Sentirse solo/a sin ella | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en..... | Mucho | Moderado | | | Nada |
| 1. Tener que estar con alguien que se está muriendo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Ver cómo sufre dolor | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Observar la degeneración física de su cuerpo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Nota: Venegas, et al, (72).

ANEXO 4

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad.....años

Sexo: Masculino Femenino

Grado de instrucción: Sin educación formal Primaria Secundaria

Superior técnica Superior universitaria

Estado civil: Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado

Ocupación: Empleado Independiente Comerciante Obrero

Desocupado Estudiante Ama de casa

Tipo de cáncer: Cáncer de mama Cáncer de próstata Cáncer de pulmón

Cáncer gástrico Cáncer de páncreas Cáncer colorrectal Leucemia, linfoma

Estadio del cáncer: I II III IV

Tiempo de enfermedad:Meses

Tratamiento: Cirugía Quimioterapia Radioterapia Terapia hormonal

Terapia biológica

Gracias

ANEXO 5

MATRIZ DE DATOS

| Sexo | Edad | Grado de instrucción | Estado civil | Ocupación | Tipo de cáncer | Estadio del cáncer | Tiempo de enfermedad | Tratamiento | Estrés | Miedo a la muerte |
|------|------|----------------------|--------------|-----------|----------------|--------------------|----------------------|-------------|--------|-------------------|
| 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | 1 | 3 | 1 | 6 | 6 | 4 | 12 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 5 | 6 | 2 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 1 | 2 | 7 | 4 | 2 | 9 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 5 | 2 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 2 | 2 | 7 | 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 2 | 4 | 7 | 1 | 3 | 12 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 4 | 2 | 1 | 4 | 2 | 7 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 2 | 4 | 13 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 5 | 2 | 1 | 7 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 5 | 1 | 3 | 7 | 6 | 1 | 6 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 7 | 2 | 6 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 5 | 1 | 3 | 7 | 5 | 4 | 13 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 4 | 3 |
| 2 | 2 | 5 | 2 | 1 | 4 | 4 | 13 | 2 | 2 | 3 |
| 1 | 4 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 6 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 5 | 3 | 3 | 7 | 1 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 1 | 3 | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 |
| 1 | 5 | 3 | 2 | 5 | 5 | 3 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 4 | 2 | 7 | 3 | 12 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 6 | 3 | 6 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 2 | 2 | 7 | 1 | 3 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 1 | 1 | 5 | 6 | 4 | 12 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 3 | 1 | 6 | 6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 4 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 4 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | 1 | 3 | 1 | 6 | 6 | 4 | 12 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 5 | 6 | 2 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 1 | 2 | 7 | 4 | 2 | 9 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 5 | 2 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 2 | 2 | 7 | 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 2 | 4 | 7 | 1 | 3 | 12 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 4 | 2 | 1 | 4 | 2 | 7 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 2 | 4 | 13 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 5 | 2 | 1 | 7 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 5 | 1 | 3 | 7 | 6 | 1 | 6 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 7 | 2 | 6 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 5 | 1 | 3 | 7 | 5 | 4 | 13 | 2 | 3 | 2 |

| Sexo | Edad | Grado de instrucción | Estado civil | Ocupación | Tipo de cáncer | Estadio del cáncer | Tiempo de enfermedad | Tratamiento | Estrés | Miedo a la muerte |
|------|------|----------------------|--------------|-----------|----------------|--------------------|----------------------|-------------|--------|-------------------|
| 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 4 | 3 |
| 2 | 2 | 5 | 2 | 1 | 4 | 4 | 13 | 2 | 2 | 3 |
| 1 | 4 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 6 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 5 | 3 | 3 | 7 | 1 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 1 | 3 | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 |
| 1 | 5 | 3 | 2 | 5 | 5 | 3 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 4 | 2 | 7 | 3 | 12 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 6 | 3 | 6 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 2 | 2 | 7 | 1 | 3 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 1 | 1 | 5 | 6 | 4 | 12 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 3 | 1 | 6 | 6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 4 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 4 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | 1 | 3 | 1 | 6 | 6 | 4 | 12 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 5 | 6 | 2 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 1 | 2 | 7 | 4 | 2 | 9 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 5 | 2 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 2 | 2 | 7 | 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 4 | 2 | 4 | 7 | 1 | 3 | 12 | 1 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 4 | 2 | 1 | 4 | 2 | 7 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 2 | 4 | 13 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 5 | 2 | 1 | 7 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 5 | 1 | 3 | 7 | 6 | 1 | 6 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 7 | 2 | 6 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 5 | 1 | 3 | 7 | 5 | 4 | 13 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 2 | 5 | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 1 | 4 | 3 |
| 2 | 2 | 5 | 2 | 1 | 4 | 4 | 13 | 2 | 2 | 3 |
| 1 | 4 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 6 | 2 | 3 | 3 |
| 2 | 5 | 3 | 3 | 7 | 1 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| 1 | 3 | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 |
| 1 | 5 | 3 | 2 | 5 | 5 | 3 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 4 | 3 | 5 | 2 | 1 | 3 | 12 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 4 | 2 | 7 | 3 | 12 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 6 | 3 | 6 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 5 | 2 | 2 | 7 | 1 | 3 | 13 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 5 | 1 | 1 | 5 | 6 | 4 | 12 | 2 | 3 | 2 |
| 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 2 | 3 | 1 | 6 | 6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 2 | 4 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 2 | 3 | 2 |
| 1 | 3 | 5 | 1 | 1 | 4 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 |

ANEXO 6

AUTORIZACION PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



GOBIERNO REGIONAL
AREQUIPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN N° 005-2024-GRA/GRS/HG-OADI.-

Visto el documento N° 6621174 y expediente N° 4074198, con la aceptación del Jefe del Departamento de Oncología y con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta dirección AUTORIZA a:

VALERIA DEL ROCÍO FUENTES ALARCÓN
YAMILETH YOMIRA MIRANDA CONDORENA

estudiantes de enfermería de la Universidad Católica de Santa María, la aplicación del instrumento de investigación del proyecto de tesis titulado: «Influencia del Nivel de Estrés Percibido en el Miedo a la Muerte de Pacientes Oncológicos, Hospital Goyeneche, Arequipa, 2023», por el periodo de cuatro meses, siendo la responsable institucional la Lic. Deysi Dolores Muñoz Barriga, enfermera del Departamento de Oncología de nuestro establecimiento.

Arequipa, 06 de febrero del 2024.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL VI GOYENECHE
Paul Quinde Alarcón
Dr. Paul Quinde Alarcón
DIRECTOR
C.M.P. 37666

PHQA/HDCT/ACS.
CC. Archivo
DOC: 6613675
EXP: 4074198

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes oncológicos que son atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
117 - 2024



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com