

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y
HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN
PACIENTES ONCOLOGICOS DE EDAD ADULTA TEMPRANA Y
MEDIA**

Tesis presentado por:

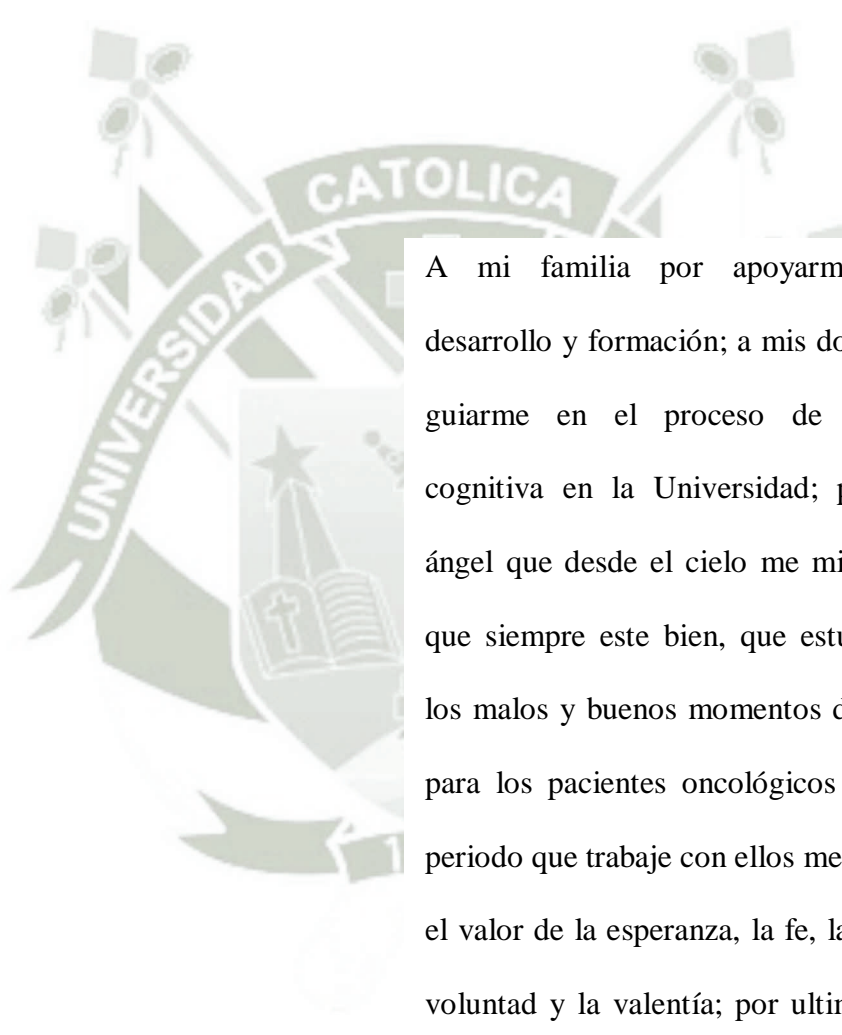
**BACHILLER ANGIE NATALIA
AIDA LUNA YUPANQUI**

Para obtener el titulo profesional de:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

AREQUIPA- PERU

2016

Dedicatoria



A mi familia por apoyarme en mi desarrollo y formación; a mis docentes por guiarme en el proceso de formación cognitiva en la Universidad; para aquel ángel que desde el cielo me mira y cuida que siempre este bien, que estuvo ahí en los malos y buenos momentos de mi vida; para los pacientes oncológicos que en el periodo que trabaje con ellos me enseñaron el valor de la esperanza, la fe, la fuerza de voluntad y la valentía; por ultimo a todas esas personas que forman y formaron parte de mi vida ayudándome a ser la persona

Índice

Dedicatoria.....	2
Índice.....	3
Índice de tablas	5
Resumen	7
Abstract.....	8
Capítulo I.....	9
Marco Teórico	9
Introducción.....	9
Problemas o Interrogantes	10
Variables	10
Objetivo general	10
Objetivos Específicos	11
Antecedentes Teóricos- Investigativos	11
Clima familiar.	11
Clima familiar y paciente oncológico	14
Estrés.	16
Afrontamiento de estrés y pacientes oncológicos	21
Edad adulta temprana.	22
Edad adulta media.	25
Pacientes oncológicos de edad adulta temprana	28
Pacientes oncológicos de edad adulta media.	29
Cáncer	30
Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos	34
Hipótesis.....	37

Capítulo II	38
Diseño Metodológico	38
Tipo o Diseño De Investigación	38
Técnicas, Instrumentos	38
Instrumentos	38
Clima familiar: Escala de Clima Social Familiar (FES)	38
Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos: CAEPO	41
Estrategia de recolección de datos y temporalidad	43
Población y muestra	43
Criterios de Procedimientos de Información	44
Capítulo III	45
Resultados	45
Descripción de los resultados a través de tablas	45
Discusión	56
Conclusiones	60
Sugerencias	62
Limitaciones	63
Referencias	64
Anexos	71
Anexo 1	72
Anexo 2	76

Índice de tablas

Tabla N°. 1: Tipos de tumores primarios	31
Tabla N°. 2: Tipos de ganglios linfáticos regionales	32
Tabla N°. 3: Tipos de metástasis distante.....	32
Tabla N°. 4: Descripción de las etapas.....	32
Tabla N°. 5: Niveles de Clima Familiar	40
Tabla N°. 6: Tipos de afrontamiento.....	42
Tabla N°. 7: Clima familiar en los pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media.....	45
Tabla N°. 8: Afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media	46
Tabla N°. 9: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media	47
Tabla N°. 10: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos varones de edad adulta temprana y media	48
Tabla N°. 11: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta temprana en varones	49
Tabla N°. 12: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta media en varones	50
Tabla N°. 13: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicas mujeres de edad adulta temprana y media	51
Tabla N°. 14: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta temprana en mujeres.....	52
Tabla N°. 15: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta media en mujeres.....	53

Tabla N°. 16: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes

oncológicos (20 a 40 años) de edad adulta temprana..... 54

Tabla N°. 17: Relación entre el afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes

oncológicos (41 a 65 años) de edad adulta media..... 55



Resumen

En la presente investigación tiene el propósito de evaluar la correlación entre clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur). La muestra fue de 120 pacientes perteneciente a ambos sexos, 45 varones y 75 mujeres, entre las edades de 20 a 65 años, todos con diagnóstico de cáncer de cualquier tipo y distintos estadios; siendo evaluados de forma individual en el periodo de Junio y Julio. Se trabajó con dos instrumentos de medición, siendo estos el FES que mide el Clima Familiar y el CAEPO que mide el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. En los resultados se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos presentó correlación estadística significativa ($P < 0.05$); asimismo se observa que el 30% de los pacientes oncológicos con un clima familiar tendencia buena tienen un afrontamiento al estrés preferentemente positivo. Además, se halló que los varones tienen una correlación estadística significativa ($P < 0.05$), teniendo un clima familiar tendencia buena con un afrontamiento al estrés preferentemente positivo el cual pertenece al 31,1%, a diferencia de las mujeres que no presentaron correlación estadística significativa ($P > 0.05$). Del mismo modo se encontró que los pacientes de edad adulta temprana presentan una correlación estadística significativa ($P < 0.05$), teniendo un clima familiar tendencia buena con un afrontamiento al estrés preferentemente positivo el cual corresponde al 44,1%, a comparación de los pacientes de edad adulta media la cual no presento correlación estadística significativa ($P > 0.05$).

Palabras clave: Clima familiar, afrontamiento al estrés, oncológico

Abstract

The present study it aims to evaluate the correlation between family climate and stress coping in cancer patients of the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South (IREN Sur). The sample consisted of 120 patients belonging to both sexes, 45 men and 75 women, between the ages of 20 and 65 years, all diagnosis with cancer of any type and different stages; they are evaluated individually in the period of June and July. We worked with two measurement instruments, these being the FES that measures the Family Climate and the CAEPO that measures stress coping in cancer patients. The results show that the family climate and stress coping in cancer patients showed a statistically significant correlation ($P < 0.05$); Also it observed that 30% of oncology patients with a good tendency family climate have a preferentially positive stress coping. In addition, it was found that males have a significant statistical correlation ($P < 0.05$), having a good tendency family climate with a preferentially positive stress coping which belongs to 31.1%, unlike women who did not present this statistical correlation ($P > 0.05$). Similarly, it was found that patients of early adulthood presented a significant statistical correlation ($P < 0.05$), having a good tendency family climate has a positive stress coping, which corresponds to 44.1%, compared of the averange adult patients that did not present significant statistical correlation ($P > 0.05$).

Keywords: Family climate, stress coping, oncological

Capítulo I

Marco Teórico

Introducción

En la actualidad las personas con cáncer van incrementando en el mundo, siendo 141 millones de nuevos casos. En el Perú es la segunda causa de muerte, según Globocan la cantidad de personas diagnosticadas al día son 117 y al año 42800 habitantes aproximadamente.

El paciente oncológico está expuesto a diversos cambios en su vida personal tales como cambios individuales, familiares, laborales y sociales, existiendo seria dificultad para sobrellevar esta enfermedad por lo que los modos de afrontamiento tienen un papel imprescindible que incidirá en la calidad de vida de los pacientes.

Las personas luchan contra el malestar y la enfermedad de diversas maneras, muchas de ellas reaccionan mejor que otras al estrés cuando disponen de mejores recursos personales para afrontar estas situaciones, uno de los recursos personales más beneficiosos es el apoyo de miembros de su familia. El apoyo social si bien se ha estudiado ampliamente, no existe una definición única de dicho concepto según Sarason y Sarason. (2006) y los investigadores han utilizado decenas de cuestionarios para medir el apoyo social, muchos de los cuales presentan una fiabilidad y validez cuestionable según Oblitas (2004).

Las personas que disponen de una sólida red social de apoyo saben que disponen de ayuda, para que cuando experimentan estrés, pueden apreciar el estresor como un elemento menos amenazante que aquellas que cuentan con menores recursos para afrontar la situación según Wills, 1998, el apoyo también puede alterar las respuestas fisiológicas al estrés según Chesney & Darbes, 1998.

Problemas o Interrogantes

¿Existe relación entre clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media?

Variables

Variable 1: Clima familiar

Hace referencia a las características socioambientales de la familia en las que se incluyen su estructura básica, organización y relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. (Moos, Moos y Trickett, 1982), la variable se mide en los siete niveles que van desde muy mala a muy bueno.

Variable 2: Afrontamiento al estrés

Se conceptualiza como el proceso que media entre el sujeto y la situación que está viviendo, proceso que depende de la situación y de las características personales del propio sujeto y que ejerce un efecto modulador sobre las consecuencias de esa situación y por lo tanto sobre el ajuste o adaptación, estas incluyen lo que es el enfrentamiento y lucha activa, autocontrol y de control emocional, búsqueda de apoyo social, ansiedad y preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y distanciamiento, negación. (González. 2008), la variable se mide en los cinco niveles de tipos de afrontamiento que van del extremo positivo al negativo.

Objetivo general

Determinar la relación entre clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos.

Objetivos Específicos

Identificar los niveles de clima familiar en los pacientes oncológicos.

Identificar los niveles de afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos.

Conocer los niveles de clima familiar y afrontamiento al estrés según el sexo.

Determinar los niveles de clima familiar y afrontamiento al estrés según el sexo y edad.

Determinar los niveles de afrontamiento al estrés y clima familiar según la edad.

Antecedentes Teóricos- Investigativos

Clima familiar.

La teoría del clima social de Moos (1974), nos dice que es aquella situación social de la familia, el cual define tres dimensiones fundamentales y cada una tiene elementos que la componen: La dimensión de relaciones familiares cuyos elementos son cohesión, expresividad y conflicto; la dimensión de desarrollo cuyos elementos son: autonomía, actuación, intelectual – cultural, social – recreativo, moral – religioso y finalmente la dimensión de estabilidad definida por los elementos de organización y control.

Según Moreno y cols (2009), manifiesta que el clima social familiar es la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, los cuales tienen un papel decisivo en el desarrollo de diferentes capacidades como establecer relaciones independientes y resolver conflictos adecuadamente.

Familia.

Antes de entrar al concepto de familia, cabe mencionar según Cava y Musitu (2001) que la adaptación de la familia provoca el bienestar de sus miembros, y una manera de llegar

a conocerlo es mediante la percepción que tienen los miembros del núcleo familiar. Algunas de las propiedades de la familia permiten conocer sobre la capacidad de adaptación a nuevas situaciones durante su ciclo vital y también sobre la evolución del sistema familiar.

Para entrar al concepto, la familia según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el componente natural y básico de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado; también nos dice que los principales componentes que definen a una familia son de dos tipos: El primer tipo son los vínculos de afinidad derivado del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como es el matrimonio, cabe señalar que algunas sociedad se permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia; el segundo tipo es el vínculo de consanguinidad, como es la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden del mismo padre. No hay consenso sobre la definición de la familia, este considera que la familia nuclear es producto del matrimonio heterosexual; sin embargo, las formas de vida actualmente son muy diversas, ya que dependen de factores sociales, culturales, económicos y afectivos; el concepto de familia, como cualquier institución social, tiende adaptarse al contexto de una sociedad cada vez más globalizada.

Además la Organización de las Naciones Unidas (1994) donde nos define a la familia como: “el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”.

En otro concepto, Zamudio (2008) quien nos dice que: “La familia constituye la red básica de relaciones sociales en su máxima expresión cultural y emocional, además de ser la institución más compleja por su componente erótico - afectivo y por su papel en los procesos de reproducción mental y social, recibe todas las tensiones y condiciones del medio. Se

convierte en una especie de síntesis de todas las contradicciones sociales que se reflejan en ella, más o menos fuertemente, dependiendo de sus reservas de cohesión social. En los últimos años, la familia ha sufrido importantes cambios que tienen que ver con la limitación de espacios y tiempos familiares derivadas de la tensión entre horarios de trabajo, insatisfacciones individuales y limitaciones económicas; con las limitantes de espacios y tiempos que debilitan en las grandes ciudades, la dimensión relacional de la familia extensa; y con las políticas públicas que fraccionan aún más los grupos familiares por edad y sexo. Fuertes tensiones de pareja aumentan las separaciones conyugales con las consecuencias sobre cónyuges e hijos”.

Por otra parte, Escardo quien define a la familia como: “Una entidad basada en la unión biológica de una pareja que se consuma con los hijos y que constituye un grupo primario en el que cada miembro tiene funciones claramente definidas”.

La estructura interna de la familia determina la formación y grado de madurez de sus miembros. Benites (1999) sostiene que: “la familia sigue siendo considerada como la estructura básica de la sociedad, cuyas funciones no han podido ser sustituidas por otras organizaciones. De éstas; la más importante, es aquella de servir como agente socializador que permite proveer condiciones y experiencias vitales que facilitan el óptimo desarrollo bio-psico-social de los hijos”.

En cambio Ruiz (2006) en su tesis titulado «Clima Social Familiar y la Depresión en adolescentes de 5° de secundaria de la Institución Educativa Nacional “Simón Bolívar” de la provincia de Otuzco del 2006», define a la familia como: “Un sistema donde existen jerarquías y diferenciaciones; y que en su estructura, hay tres componentes fundamentales: los límites, las alianzas y el poder. Una sana o funcional familia es aquella que tiene una estructura flexible, es capaz de modificar sus patrones de interrelación, adaptarse a los

cambios y asumir nuevas funciones en correspondencia con la evolución de su ciclo vital: son creativas, gratificantes, formativas y nutritivas”.

De la misma forma Santos (2012), en su tesis titulado «El clima social familiar y las habilidades sociales de los alumnos de una institución educativa del Callao» define a la familia como el conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras, que comparten sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada integrante asume roles que permiten el mantenimiento del equilibrio familiar; asimismo, la familia es una unidad activa, flexible y creadora, es una institución que resiste y actúa cuando lo considera necesario. La familia como institución social es un sistema de fuerzas que constituyen un núcleo de apoyo para sus miembros y la comunidad.

Clima familiar y paciente oncológico

Baider (2003) nos dice que no es común que una persona enfrente el cáncer o el proceso de muerte en aislamiento social, lo esperado es que lo acompañen la familia, los amigos y el equipo de salud, así mismo dice que el cáncer no es la causa básica de una reestructura familiar; es la percepción y proyección hacia la enfermedad de cada uno de los miembros de la familia, incluyendo al paciente con sus historias personales, interacciones, sus sistemas de creencias y sus valores culturales específicos, distorsiones y ambivalencias dentro del propio, del propio sistema de apoyo, de ansiedad y de miedos.

Según un estudio de Cortés-Funes, Bueno, Narváez, García-Valverde, Guerrero-Gutiérrez (2012) cuyo título es «Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología». En el que se usó una metodología correlacionales. En el cual el objetivo es analizar de qué manera el funcionamiento y el apoyo social de la familia influiría en la adaptación al proceso oncológico. Las conclusiones de este estudio son que desde el momento del diagnóstico tanto pacientes, como sus familiares atraviesan por una situación de

gran tensión emocional, lo cual supone un impacto con consecuencias físicas y psicológicas. La presencia de determinadas manifestaciones está supeditada a muchas variables como: apoyo social, relación de pareja, estructura familiar, momento de inicio de la enfermedad, duración y tipo de tratamientos, incapacidad que produce, comprensión de la información y de la situación, entre otros. En el estudio se pudo comprobar la importancia del papel de la familia de los pacientes oncológicos y su mismo afrontamiento a la enfermedad en sí.

Además un estudio realizado por Cabrera y Ferraz (2010) en su estudio titulado «Impacto del cáncer en la dinámica familiar ». El cual es un estudio descriptivo, observacional y transversal. Donde la muestra que fue tomada consta de 17 pacientes, pertenecientes a ambos sexos, con familia nuclear, que tienen actividad laboral antes y durante el tratamiento, con apoyo económico y familiar. Donde el objetivo del estudio es conocer el impacto que tiene esta enfermedad en la familia del paciente y su repercusión en la dinámica familiar. Las conclusiones del estudio fueron que el cáncer es un problema mundial, regional y nacional de salud pública, que genera en quien lo padece y en su familia cargas biopsicosociales, que pueden deteriorar aún más la salud de estos. En la percepción sobre la dinámica familiar ante de la existencia de la enfermedad un 70% es buena, dirigida al cumplimiento de las funciones familiares. Una manera menos nociva para la familia es lograr compartir los unos con los otros los sentimientos, los que se tornan importantes en la relación médico-paciente-familia y colocan al médico de familia en un lugar privilegiado por su visión integral de la familia y su inserción en la sociedad que la rodea. En 8 de los casos la repercusión en la familia de la enfermedad es catalogada como severa, modificándose la dinámica previa de la misma.

Estrés.

Para empezar el concepto vemos la perspectiva de Selye (1960), nos dice que el estrés inicialmente se considera como un estímulo, posteriormente se ve como una respuesta, esto parte originalmente que el estrés era una estimulo, centrándose en las condiciones medioambientales que lo producían.

Inicialmente Lazarus (1971), nos decía que “la interpretación de los acontecimientos estresantes es más importante que experimentar dichos acontecimientos. La percepción que tenga incluye peligros potenciales, amenazas y desafíos, así como la capacidad percibida del individuo de afrontar dichas situaciones”.

Posteriormente Lazarus y Folkman (1986) definieron el estrés como “ una relación particular entre la persona y el entorno valorada por la persona como una situación que le sobrepasa y pone en peligro su bienestar”, ambos adoptaron la posición basada en la interacción o transacción, afirmando que el estrés hace referencia a una relación existente entre la persona y el entorno ; además, consideran que la clave de esta transacción es la valoración personal de la situación; seguidamente, creer que esta situación debe considerarse como una condición amenazante, desafiante o peligrosa.

Generalmente, el estrés no aparece de manera repentina, el organismo del ser humano posee la capacidad para detectar las señales previsoras ante un evento productor de este, desde que aparece hasta que alcanza su máximo efecto, se pasa por tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento según Melgosa (1995). La etapa inicial o fase inicial es la alarma, estas son reacciones fisiológicas ante el estrés, este agente son las primeras que aparecen para advertir a la persona que debe ponerse en estado de alerta una vez percibida la situación; solamente cuando la barrera estresante supera a la persona y esta se da cuenta de que sus fuerzas no son suficientes, se puede decir que en esta etapa toma conciencia del estrés

existente. Cuando el estrés prolonga su presencia más allá de la fase de alarma, la persona entra en la segunda fase, denominada resistencia.; donde intenta continuar enfrentado la situación, pero se da cuenta de que su capacidad tiene un límite y, como efecto de esto, se frustra y sufre.; empieza a tomar conciencia de que está perdiendo mucha energía y su rendimiento disminuye, lo cual la hace tratar de salir adelante, pero no encuentra la forma; esto hace que la situación se vuelva en un círculo vicioso, sobre todo cuando va acompañada de ansiedad por un posible fracaso. Posteriormente, se presenta la tercera fase, llamada agotamiento que es la fase terminal del estrés; esta se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente, la fatiga incluye un cansancio que no se recupera con el sueño nocturno, y generalmente va acompañada de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira; respecto a la ansiedad, la persona vive frente una diversidad de situaciones, no solo ante el agente estresante, sino también ante experiencias que normalmente no se la producirían.; en cuanto a la depresión, la persona carece de motivación para encontrar placer en sus actividades, sufre de insomnio, sus pensamientos son pesimistas y los sentimientos hacia sí misma son cada vez más negativos.

Como se mencionó anteriormente, se han identificado tres fases en la respuesta al estrés: alarma, resistencia y agotamiento. La alarma, según nos dice Neidhardt, Weinstein y Conry (1989), se produce cuando el cerebro percibe un factor causante de estrés; donde envía de inmediato un mensaje a la glándula pituitaria que inicia la segregación de una hormona, la cual induce a que otras varias glándulas inicien la producción de adrenalina. Las señales más visibles de que se han activado los sistemas de respuesta son: pulso rápido, aumento de la sudoración, corazón que palpita fuertemente, estómago contraído, brazos y músculos de las piernas en tensión, respiración entrecortada y rápida, dientes apretados con firmeza, mandíbulas cerradas, incapacidad para permanecer quieto y emociones intensas. Cuando la persona presenta esos síntomas, es señal de que está preparada para enfrentar un peligro, amenaza o

situación comprometida, sea real o imaginaria; no obstante, este estado es eventual y reservado solo para reaccionar ante situaciones extremas, puesto que el organismo no podría mantenerlo como un estado permanente.

Afrontamiento de estrés.

Lazarus y Folkman (1986), nos dicen: “es un proceso que cambia constantemente a medida que los propios esfuerzos son valorados como actos de mayor o menor éxito; seguidamente el afrontamiento no es automático, se trata de una patrón de respuesta aprendido frente a las situaciones estresantes; el afrontamiento requiere esfuerzo, es decir una persona no tiene que ser totalmente consciente de su respuesta de afrontamiento; también dicen que el afrontamiento es un esfuerzo orientado a manejar la situación”.

La capacidad de personas de afrontar una situación depende de números factores, lo cual es descrito por Lazarus y Folkman (1986) ,donde nos dice que uno de ellos es la salud y energía, el segundo es la creencia positiva que es la capacidad de soportar el estrés, este aumenta cuando la persona cree que no es capaz de obtener las consecuencias deseadas, esta se relaciona con la capacidad de resolver problemas, y como fuente de resistencia son las habilidades sociales, la confianza que uno tiene en su propia capacidad de hacer que otras personas colaboren puede constituir una importante fuente del manejo del estrés íntimamente relacionado con el apoyo social.

Además Moorey y Greer (1989), donde describen no sólo los patrones de respuesta emocional ante la enfermedad oncológica, sino también soluciones en el sentido de la capacidad de adaptación y las estrategias de afrontamiento, todo ello desde una aproximación cognitiva (basada en el modelo de Beck) y desde el modelo de afrontamiento de Lazarus.

Conceptualizan un esquema de supervivencia ante el cáncer que surge de la relación entre el conocimiento del diagnóstico de cáncer y la forma en que el sujeto lo percibe, las reacciones emocionales que suscita y las estrategias de afrontamiento que, en relación con lo anterior, pone en funcionamiento. El esquema de supervivencia tiene en cuenta tres elementos: la evaluación cognitiva sobre el cáncer, el estilo de afrontamiento y las reacciones emocionales.

Tipos de afrontamiento.

Existen muchos modos de afrontamiento y no todos de ellos son intencionados, ni siquiera de forma voluntaria. Es el caso de los mecanismos de defensa, postulados por el psicoanálisis, pero estudiados también por la psicología objetiva, ya experimental (Zeller, 1950), ya dimensional o estructural (Byrne, 1974). Estos mecanismos constituyen modos de afrontamiento: modos “mecánicos”, automatizados, a la manera de un resorte, como su nombre lo indica y metáfora básica lo indica; está orientado a la emoción, a la propia ansiedad y desazón, más que el problema objetivo. Pero puede ampliarse y cambiar mucho la noción de “defensa” hasta llegar asimismo la que se organiza frente a la realidad exterior, al peligro objetivo, al problema, e incluir tanto mecanismos automáticos como estrategias conscientes.

Según Fierro (1993) las estrategias guardan relación con la toma de decisiones: “no se afronta sin tomar decisiones, sólo que - como efecto lateral indeseado- tener que decidir suele ser, a su vez, una fuente de estrés”.

Nos da la idea de la práctica deliberada de las estrategias de afrontamiento; de las cuales la mayoría son cognitivas, de manejo de memoria, de la información, de atención

selectiva. Además Holahan, Moos y Schaefer (1996) nos dice que bajo el modo del automatismo o bien de la estrategia propiamente tal, existen distintas direcciones de afrontamiento. Por ello se suele hablar del doble sistema "fight" / "flight": el cual es enfrentamiento mediante aproximación o, por lo contrario, huida o evitación; es muy amplio el rango de las conductas de afrontamiento: desde la defensa perceptiva hasta el apego, la agresión, la reactancia, la comunicación social, la búsqueda de información o del apoyo social.

Muchas de las estrategias de afrontamiento, tienen un importante componente cognitivo, de procesamiento de la información, de manejo de los estímulos estresores; lo que se afronta es la "realidad", lo que se opone a la omnipotencia del deseo, del pensamiento desiderativo. El afrontamiento involucra siempre un principio cognitivo de realidad, de racionalidad práctica.

Moos (1984) ha realizado una catalogación exhaustiva de tales estrategias en cuatro grandes categorías: cognitivas, comportamentales y de evitación. Por su parte, y de modo menos sistemático, Stone y Neale (1984) han operado con ocho categorías de afrontamiento: distracción, redefinición de la situación, acción directa, catarsis, aceptación, soporte social, relajación y religiosidad.

Zeidner y Saklofske (1996) nos dice: "las estrategias de afrontamiento funcionan con efectos modestos, algunas veces y en algunas personas".

Los eventos estresores y los recursos influyen la salud y el bienestar según Holahan y Moos, 1985; Moos, 1988.

Afrontamiento de estrés y pacientes oncológicos

El estudio realizado por Ojeda y Julca (2012), titulada «Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama ».Donde es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La muestra consta de 87 mujeres que fueron identificadas en el periodo de control, todas fueron mayores de edad, con conocimiento de su diagnóstico de cáncer de mama, habían culminado el tratamiento de cáncer de mama. El objetivo general de la investigación es determinar el nivel de afrontamiento, teniendo en cuenta las áreas cognitivas y conductuales. En el cual dio como resultado que solo un bajo porcentaje tenía un buen afrontamiento. Así mismo la experiencia clínica, reporta que en muchos casos estas pacientes no aceptan completamente su enfermedad mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad como rechazo, ira, temor o desesperanza que pueden ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo su vida.

En otro estudio realizado por Ticona, Santos, Siqueira (2015), titulado «Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia». En el cual empleo el método transversal con abordaje cuantitativo. La muestra del estudio conforma 100 pacientes de ambos sexos, 47 mujeres y 53 varones .Donde el objetivo es verificar si existen diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento; identificar las estrategias de afrontamiento y las variables clínicas y sociodemográficas que influyen sobre el estrés de pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia. Las conclusiones del estudio que las mujeres perciben mayores niveles de estrés, a comparación de los varones que tienen mejor afrontamiento; también se vio que no hubo diferencia de género en las estrategias de afrontamiento.

Además en el estudio de Galindo, Álvarez, Alvarado (2013), titulado «Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de

seguimiento». El método de la investigación fue un diseño transversal, no experimental y ex-post-facto. La muestra de la investigación consistía en 49 pacientes en tratamiento y 84 en periodo de seguimiento de 15 a 39 años de edad. El objetivo del estudio es identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento y periodo de seguimiento; así como su relación con los diferentes estilos de afrontamiento positivo. En las conclusiones se dio que existe asociación de los estilos de afrontamiento positivos y niveles bajos de ansiedad y depresión; los estilos de afrontamiento activos positivos están asociados a una mejor adaptación a procesos de enfermedad; se encontró correlación inversamente proporcional en los estilos de afrontamiento y los niveles de sintomatología ansiosa y depresión.

Además en el estudio de Zumba (2015), titulado « Estrategias de afrontamiento en los pacientes con cáncer de próstata en el hospital oncológico de Loja “Solca” ». El método de la investigación fue del tipo descriptivo. La muestra de la investigación consistía 30 pacientes diagnosticados con cáncer de próstata atendidos en el servicio de quimioterapia con una edad promedio de 50. El objetivo del estudio es describir las emociones e identificar las estrategias de afrontamiento de los pacientes que padecen cáncer de próstata. En las conclusiones se dio que desarrollan emociones positivas como la esperanza que es la confianza que posee una persona para alcanzar algo; y, negativas como ansiedad, miedo, incredulidad, ira, hostilidad; las mismas que generan inestabilidad emocional durante el proceso de evolución de la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes son, la evitación cognitiva y la reevaluación positiva.

Edad adulta temprana.

Papalia, Wendskos, Duskin (2010) nos dice que la adultez temprana, en términos cronológicos, como la etapa entre los 20 y 40 años, suele ser una época de posibilidades;

muchas personas de esta edad por primera vez son autosuficientes, es la oportunidad para probar distintas formas de vida, es una etapa de aceptar responsabilidades propias, tomar decisiones independientes.

Desarrollo físico: La mayoría de las personas en esta edad se encuentra en el pináculo de la salud, la fuerza, la energía, la resistencia y el funcionamiento sensorial y motor. La salud puede ser influida por los genes pero los elementos conductuales (la alimentación, el sueño, actividad física, tabaquismo, alcohol), ayudan a alcanzar un estado de salud y bienestar. El mapeo del genoma humano ha permitido descubrir las raíces genéticas de muchos trastornos, como la obesidad, ciertos tipos de cáncer (de pulmón, próstata y de mama), así como problemas de salud mental (depresión, alcoholismo). Pero también la mayoría de las enfermedades tienen que ver con la herencia así como con el medio ambiente.

Las relaciones sociales son fundamentales para la salud y el bienestar. Hay dos aspectos del ambiente social que pueden influir en la salud: la integración social y el apoyo social.

Con respecto a la sexualidad y reproducción esta es una etapa donde son naturales e importantes pero pueden implicar preocupaciones físicas como trastornos con la menstruación, enfermedades de transmisión sexual y la infertilidad.

Desarrollo cognoscitivo: Se desarrolla el pensamiento reflexivo o razonamiento abstracto que otorga prioridad a la lógica compleja. También se da el pensamiento posformal que utiliza las emociones, la intuición y la lógica que se basa en las experiencias para la solución de problemas inciertos.

Según Schaie (1977- 1978), plantea un modelo de desarrollo cognitivo donde identifica siete etapas por las que pasa las personas para adquirir conocimiento, luego lo

aplica a su vida: etapa adquisitiva, etapa de logro, etapa de responsabilidad, etapa ejecutiva, etapa de reorganización, etapa reintegrativa y etapa de creación del legado. Según este modelo, el adulto joven se encuentra en las etapas de logro, de responsabilidad y ejecutiva.

Según Sternberg (1997): se da la inteligencia (habilidad para obtener cualquier cosa que se desea dentro de un contexto sociocultural por medio del sentido común). Propone 3 elementos: elemento componencial (analítico), elemento contextual (experiencia práctica) y elemento experiencial (creativo).

Desarrollo Emocional: Se da la inteligencia emocional que es cuando uno trata de regular las emociones, de forma introspección y extrospección. También se da el razonamiento moral que depende de la experiencia. En la mujer se da el conflicto entre sus necesidades y las de otros.

Desarrollo psicosocial: Exige culminar de manera exitosa una serie de tareas: lograr la autonomía, moldear una identidad, desarrollar estabilidad emocional

Se dan 4 enfoques:

Modelo etapas normativas: Es la secuencia básica de cambios psicosociales relacionados con la edad; estos cambios parecen comunes en una sociedad, además de eso van apareciendo en periodos sucesivos que en muchas ocasiones son marcadas por crisis emocionales que preparan el camino para nuevos avances

Modelo del momento de los eventos: El desarrollo depende del momento en que ocurren ciertos eventos en la vida de las personas sea de forma esperada o inesperada, este modelo no se relaciona con la edad; además si los eventos se presentan a tiempo el desarrollo avanza de manera uniforme, en caso contrario puede causar estrés.

Modelo de los rasgos: Es trata de encontrar la estabilidad o el cambio en los rasgos de personalidad; es decir los rasgos mentales, emocionales, temperamentales y conductuales

Métodos tipológicos: Existen tres tipos de personalidad: yo resiliente, el sobrecontrolado y el subcontrolado.

Desarrollo sexual: Se da la necesidad de que las relaciones sean firmes, estables, cercanas y comprometidas; en el cual requieren empatía, autoconciencia, capacidad para comunicar emociones, resolución de conflictos, respetar compromisos, si la relación es sexual; estas capacidades en las cuales se centran los adultos temprano para decidir si se casan o establecen relaciones íntimas y si tienen hijos o no.

Estilos de vida marital y no marital: solteros, relaciones gays-lésbicas, cohabitación y matrimonio.

Crisis: Se da el divorcio, normalmente porque no hubo compatibilidad ni apoyo emocional, otra de las crisis es el contraer nuevas nupcias y las relaciones con hijastros.

Edad adulta media.

Papalia, Wendskos, Duskin (2010) nos dice que la adultez media, en términos cronológicos, como la etapa entre los 40 a 65 de edad; puede ser una época, no de declive y mengua, sino también de dominio, capacidad y crecimiento, una época para revalorar metas y aspiraciones para decidir sobre la mejor manera de aprovechar el resto de la vida.

Desarrollo físico: los cambios sensoriales y motrices son casi imperceptibles, empiezan a tener problemas de la vista, audición, gusto y olfato, también comienzan a perder sensibilidad al tacto y al dolor, la perdida de resistencia es el resultado de la disminución

gradual del ritmo de metabolismo basal, para afrontar los cambios físicos los conocimientos basados en la experiencia pueden más que compensar los cambios.

En los cambios estructurales y sistemáticos; la piel pierde tersura y suavidad, las moléculas de colágeno se endurecen y las fibras de elastina se hacen quebradizas, el cabello se adelgaza porque se reduce el ritmo de sustitución y encanece porque baja la producción del pigmento melanina, aumento de peso, pérdida de estatura, en esta edad sufren poco o ningún deterioro orgánico.

En la sexualidad los dos sexos experimentan deterioros de su capacidad reproductiva en algún momento de la adultez media, las mujeres pasan por la menopausia, algunos hombres sufren de disfunción eréctil, sin embargo la actividad sexual disminuye no por la menopausia en la mujer sino por la condición física y mental (estrés, monotonía en la relación, depresión, miedos, etc)

Desarrollo cognoscitivo: se distingue dos tipos de inteligencia. Inteligencia fluida que es la capacidad de resolver problemas nuevos que requieren pocos conocimientos previos o ninguno, y la inteligencia cristalizada que es la capacidad de recordar y usar la información aprendida en la vida (Horn y Hofer, 1992).

Una característica importante del pensamiento posformal es su naturaleza integrativa ya que integran la lógica con la intuición y la emoción, concilian ideas y hechos contradictorios y añaden nueva información a lo que ya sabe, las personas que están en la adultez media con base a experiencias previas pueden desempeñarse de una forma óptima reforzando así su moral, aumentando la calidad del trabajo, incrementan la habilidad para enfrentar los nuevos cambios en sus centros de trabajo o académicos.

Desarrollo psicosocial: en la edad media se presenta la crisis de la mitad de la vida la cual es una crisis de identidad pero se considera poco representativa de lo la mayor parte de la gente experimenta en la mitad de la vida, ya que pueden presentar crisis o confusión, pero otros se sienten en la cúspide de sus capacidades. El apoyo socioemocional es un elemento importante en la interacción social durante y después de la mitad de la vida, pero también implican exigencias estresantes.

La cohabitación durante la mitad de la vida puede tener un efecto negativo en el bienestar de los hombres, pero no en el de las mujeres. El divorcio en la mitad de la vida es relativamente inusual, pero está en ascenso y puede implicar un cambio estresante en la vida, puede ser menos amenazantes para el bienestar. Las personas casadas suelen ser más felices durante la edad media que aquellas con cualquier otro estado civil.

Las personas de mediana edad suelen dedicar menos tiempo a los amigos, pero dependen de ellos para obtener apoyo emocional y orientación práctica. Las amistades pueden tener especial importancia para los gays y lesbianas.

Los padres de adolescentes tienen que aceptar la pérdida de control sobre la vida de sus hijos, los padres de hijos adultos suelen mantener la relación y por lo general se sienten felices con los caminos elegidos por sus hijos.

Las relaciones entre los adultos de mediana edad y sus padres por lo general se caracterizan por un fuerte vínculo afectivo, la posibilidad de convertirse en cuidadores de los padres ancianos se incrementa en la edad media. Los hermanos suelen tener menos contacto en la mitad de la vida antes y después, la mayoría de los hermanos de mediana edad permanecen en contacto y sus relaciones son importantes para su bienestar.

Pacientes oncológicos de edad adulta temprana

El Instituto Nacional del Cáncer nos dice que cerca de 70 000 jóvenes (de 15 a 39 años de edad) son diagnosticados con cáncer cada año en los Estados Unidos, lo cual representa cerca de 5% de los diagnósticos de cáncer en los Estados Unidos.

Los adultos temprano y/o jóvenes tienen más probabilidad que los niños de menor edad o que los adultos de más años de ser diagnosticados con algunos cánceres, como linfoma de Hodgkin, melanoma, cáncer de testículo, cáncer de tiroides y sarcomas; sin embargo, la frecuencia de tipos específicos de cáncer varía según la edad.

La leucemia, el linfoma, el cáncer de testículo y el cáncer de tiroides son los cánceres más comunes entre quienes tienen de 15 a 24 años de edad, mientras en los que tienen de 25 a 39 años de edad, el cáncer de seno y el melanoma son los cánceres más comunes.

El cáncer puede crear un sentido de aislamiento entre los círculos sociales y de la familia, quienes pueden no comprender la situación en la que se está pasando; como adulto joven, sienten que la independencia empieza a carecer, causando frustración ya que la persona recién empezaba a adquirirla. Por la edad que poseen muchos recién empiezan su vida universitaria, consiguen un trabajo o empiezan a tener una familia; al momento de recibir un diagnóstico de cáncer; además, el tratamiento puede requerir hospitalización lo que puede causar un aislamiento emocional.

El deseo de una vida normal puede impedir que hablen acerca de su enfermedad y experiencia del cáncer con personas sanas de la misma edad, lo que refuerza la sensación de aislamiento; sin embargo el apoyo social puede disminuir los sentimientos de aislamiento y ayudar a restablecer un sentido de vida normal.

Pacientes oncológicos de edad adulta media.

El American Society of Clinical Oncology nos dice que en Estados Unidos, el cáncer ha sustituido a la enfermedad cardíaca como la principal causa de fallecimiento entre los 45 y 64 años, siendo el 35% de los diagnósticos de cáncer.

El proceso de envejecimiento es complejo, y cada persona envejece a un ritmo diferente; esto significa que su edad real puede no reflejar su edad fisiológica, la cual puede estimarse de acuerdo al buen funciona de su organismo tanto a nivel físico como a nivel mental. Ya que la incidencia de esta enfermedad crece cuando aumenta la edad de la persona debido a la acumulación de factores de riesgo y a la pérdida de eficacia que tienen los mecanismos de regeneración celular en un cuerpo adulto.

Aunque existen más de cien tipos de cáncer, la OMS establece que los más comunes son el pulmonar, hepático, gástrico, colorrectal, mamario y de esófago.

Según el Minsa las mujeres que tuvieron menarquía precoz y menopausia tardía, las que tienen antecedentes familiares de cáncer y las que no tuvieron hijos o no los tuvieron de jóvenes corren más riesgo de sufrir cáncer, tanto varones como mujeres que tienen sobrepeso, toman alcohol, consumen tabaco y tienen antecedentes de cáncer en su familia corren a su vez riesgo de sufrir cáncer mientras que las que se ejercitan de manera moderada y comen poca grasa y mucha fibra, corren menos riesgos. El aumento de peso, sobre todo después de la menopausia, eleva el riesgo de padecerlo; bajar de peso aminora el riesgo.

El cáncer puede crear que los adultos desarrollen más preocupación en mantener la independencia, para ellos es importante ser capaces de cuidarse por sí mismos y sentir que aún tienen el control sobre su salud y decisiones, tener que depender de otros puede ser abrumador y en otros casos imposibles ya que muchos familiares y amigos no pueden actuar

en el rol de cuidadores, esto ocasiona la sensación de aislamiento social; tienen menor probabilidad de contar con un sistema de apoyo; esto les puede generar depresión y ansiedad.

Cáncer

El Instituto Nacional del Cáncer nos dice que el cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades relacionadas, en todos los tipos, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos de alrededor.

Puede empezar casi en cualquier lugar del cuerpo; las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita; cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan, en algunas ocasiones las células continúan dividiéndose y así crean más células incluso cuando no son necesarias; cuando esto sucede, se forma una masa de tejido, la masa de tejido extra se denomina tumor; estos se encuentran en todos los tipos de tejidos y pueden ser benignos o malignos.

Las células cancerosas son diferentes de las células normales de muchas maneras que les permiten crecer sin control y se vuelven invasivas; una diferencia importante es que las células cancerosas son menos especializadas que las células normales, es decir que mientras las células normales maduran en tipos celulares muy distintos con funciones específicas, las células cancerosas no lo hacen y se siguen dividiendo.

Cuando se ha esparcido desde el lugar en donde inicio primero hacia otras partes del cuerpo se llama cáncer metastático, el proceso por el cual las células del cáncer se diseminan a otras partes del cuerpo se llama metástasis.

No todos los tejidos del cuerpo son cancerosos pero estos aun así tienen que tener un tratamiento ya que se pueden volver cancerosos con el tiempo; como es el caso de la hiperplasia y la displasia.

La hiperplasia: Ocurre cuando las células en un tejido se dividen más rápido de lo normal y las células adicionales se acumulan o proliferan; sin embargo, las células y la forma como está organizado el tejido se ven normales al microscopio.

La displasia: Es un estado más grave que la hiperplasia; pero en esta hay también una acumulación de células adicionales; pero las células se ven anormales y hay cambios en la forma como está organizado el tejido.

Para saber en dónde se encuentra el cáncer o saber su estadio en personas que no tienen síntomas se llama “realización de exámenes selectivos de detección de cáncer”; Estos exámenes pueden ayudar a los médicos a encontrar y a tratar a tiempo varios tipos de cáncer.

La detección temprana es importante porque el tejido anormal o el cáncer que se encuentra en forma temprana puede ser más fácil de tratar; ya que para el momento en que aparecen los síntomas, el cáncer puede haber empezado a diseminarse y es más difícil de tratar.

Hay varias pruebas de detección que pueden detectar temprano el cáncer y reducir la posibilidad de morir por ese tipo de carcinoma; pero es importante tener en cuenta que las pruebas de detección pueden causar perjuicios así como beneficios; algunos exámenes de detección pueden causar hemorragias o algunos otros problemas de salud.

Los sistemas de estadificación para el cáncer ha ido evolucionado con el tiempo; algunos sistemas de estadificación cubren muchos tipos de cáncer; otros se enfocan en un tipo particular.

Tabla N°. 1:

Tipos de tumores primarios

TX	No es posible evaluar un tumor primario
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ (CIS; células anormales están presentes pero no se han diseminado a los tejidos cercanos. Aunque no es cáncer, el CIS puede convertirse en cáncer y algunas veces se llama cáncer preinvasor)
T1, T2, T3, T4	Tamaño o extensión del tumor primario

Tabla N°. 2:

Tipos de ganglios linfáticos regionales

NX	No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales
N0	No existe complicación de ganglios linfáticos
N1, N2, N3	Grado de complicación de los ganglios linfáticos regionales (número y localización de los ganglios linfáticos)

Tabla N°. 3:

Tipos de metástasis distante

MX	No es posible evaluar una metástasis distante
M0	No hay metástasis distante
M1	Presencia de metástasis distante

Existen diferentes formas de averiguar la “estadificación” de un cáncer y cada cáncer manifiesta las fases de forma diferente. Sin embargo, de acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer, en general se puede considerar la descripción de las etapas o fases de la siguiente manera:

Tabla N°. 4:

Descripción de las etapas

Etapa	Definición
Etapa 0	Carcinoma in situ.
Etapa I, Etapa II y Etapa III	Los números más altos indican enfermedad más extensa: Un tamaño mayor del tumor o diseminación del cáncer afuera del órgano en donde se formó originalmente hacia los ganglios linfáticos vecinos o a órganos o tejidos cercanos al sitio del tumor primario
Etapa IV	El cáncer se ha diseminado a órganos o tejidos distantes

En las causas del cáncer se puede ver que es una enfermedad genética ya que es causado por cambios en los genes que controlan la forma como funcionan nuestras células, especialmente la forma como crecen y se dividen, estos cambios pueden heredarse de los padres, también en la vida de una persona como resultado de errores que ocurren al dividirse las células o por el daño del ADN causado por algunas exposiciones del ambiente.

Pero también las exposiciones ambientales pueden causar cáncer son las sustancias, como los compuestos químicos en el humo de tabaco y la radiación, como los rayos ultravioleta del sol; otros factores que también lo causan son la obesidad, nutrición inadecuando, trabajo sin protección en lo que industria (aluminio, llantas, coquería, fundición de hierro y acero, madera, mobiliario, cuero y zapato)

En los tratamientos para el cáncer existen varios tipos, los tratamientos van de acuerdo al estadio y tipo de cáncer que se diagnostique. Sin embargo, la mayoría de las personas recibe una combinación de tratamiento, como cirugía con quimioterapia o radioterapia, también los pacientes oncológicos pueden recibir inmunoterapia, terapia dirigida o terapia con hormonas.

Estos tratamientos tienen efectos secundarios, estos suelen variar en las personas es decir que ninguno tendrá los mismos efectos secundarios ni con la misma intensidad, los efectos secundarios más comunes son: anemia, caída del pelo (alopecia), cambios en la piel y en las uñas, diarrea, dolor, edema, estreñimiento, falta de apetito, fatiga, infección y neutropenia, linfedema, náuseas y vómitos, problemas de los nervios (neuropatía periférica), problemas de memoria o de concentración, problemas en la boca y en la garganta, problemas para dormir, problemas sexuales y de fecundidad (hombres), problemas sexuales y de fecundidad (mujeres), problemas urinarios y de vejiga, sangrado y moretones (trombocitopenia).

Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos

Dentro de los estudios nacionales se pudieron encontrar que en el estudio realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en Lima realizado por Díaz y Yaringaño (2010), en su estudio titulado «Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos». En el cual se empleó el método descriptivo correlacional. Cuya muestra fue conformada por 287 sujetos (hombres y mujeres), con promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior. Dieron como conclusiones que existe una relación estadísticamente significativa entre el clima social familiar y el afrontamiento al estrés. Además que existen diferencias significativas en los pacientes oncológicos varones y mujeres, en donde se observa que las mujeres tienen estrategias de afrontamiento positivo en mayor media en relación a los varones. En lo que se refiere a edad no existen diferencias significativas en el afrontamiento al estrés, siendo los pacientes de 40 a 50 años presentan afrontamiento positivo y los pacientes de 30 a 40 presentan afrontamiento negativo. Existen diferencias significativas en los pacientes oncológicos de acuerdo al tiempo de diagnóstico, en función

del clima familiar y afrontamiento al estrés; siendo los pacientes de 30 a 40 años los que presentan mayor Estabilidad en el clima familiar.

En otro estudio realizado por Diaz (2015), titulado « Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior ». En el cual se utilizó el método correlacional. La muestra del estudio es de 180 pacientes amputado de miembro inferior, que se encontraba en tratamiento ambulatorio, con estudios secundarios completos y que firmó el consentimiento informado, de los cuales 100 eran varones y 80 mujeres. El objetivo es correlacionar estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima familiar en pacientes amputados del miembro inferior. Las conclusiones resaltantes que se dieron; es que existen correlaciones positivas y negativas significativas entre los estilos de personalidad, los modos de afrontamiento al estrés y el clima social familiar, intervendrían en la adaptación o en el desajuste adaptativo a la discapacidad por amputación de miembro inferior; estas correlaciones, muestran que los pacientes amputados de miembro inferior son por lo general individualistas, rechazan la protección, presentan liberación inadecuada de emociones caracterizada por ánimo depresivo y humor irritable dificultando importantemente su adaptación a la discapacidad; tienden al aislamiento social por temor al rechazo reaccionando a la defensiva. Existen diferencias significativas según sexo, es decir, los varones son individualistas, se focalizan en situaciones desagradables de la vida cotidiana; a diferencia de las mujeres que son más conformistas, acuden a la religión para aliviar las tensiones, tienen mejor clima familiar que los varones. Existen diferencias significativas según edad, los pacientes con menos de 50 años intentan cambiar el entorno, son disconformes, su clima social familiar decae en la dimensión relaciones; a diferencia de los pacientes entre 50 a 60 años que son aburridos con la rutina, buscan apoyo, su clima social familiar tiene mayor organización, los pacientes con más de 60 años son demandantes, pero buscan comprensión.

Dentro los estudios internacionales podemos encontrar el estudio realizado por Rodríguez, Ruiz y Restrepo (2004), el cual titula «Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia». El tipo de estudio fue experimental. La muestra que fue tomada consta de tres pacientes, los cuales entraban en el rango de 0 años a 18 años; también eran pacientes diagnosticados con enfermedad oncológica de mal pronóstico, y contar con sus familias; perteneciente a ambos sexos. Las conclusiones del estudio dieron que la importancia de la comunicación y expresión de sentimientos en la familia ayuda para fortalecer los vínculos familiares con el paciente de esta forma ayudándolo a tener un mejor afrontamiento al estrés y aceptación a el duelo no resuelto, como a su vez a la depresión; en el estudio también se vio que la esperanza tanto del paciente como de la familia ayuda a tener un afrontamiento al estrés favorable; cuando no existe buenos lazos familiares se puede ver que en la familiar se encuentra el sentimiento de la culpa y en el paciente un afrontamiento al estrés negativo por las disputas en su entorno.

En otro estudio realizado por Oropesa, Madruga (2014), titulado «Percepción del funcionamiento familiar, autoestima y modos de afrontamiento al estrés en mujeres con NIC». El método de estudio es descriptivo, correlacional, no experimental, de corte transversal. La muestra de 40 pacientes, de los cuales eran mujeres adultas con más de tres meses de diagnosticadas y que permanezcan bajo tratamiento. El objetivo del estudio es determinar la relación existente entre la percepción del funcionamiento familiar, el nivel de autoestima y los modos de afrontamiento al estrés en estas pacientes. Donde las conclusiones del estudio fueron que predominó el grupo de etáreo de 26 a 30 años que padecen NIC III con más de un año de evolución de la enfermedad. La mayor parte percibe el funcionamiento familiar como funcional. Predominó el nivel bajo de autoestima y la búsqueda de apoyo social y el autocontrol son los modos de afrontamiento más empleados ante la enfermedad. Existe correlación significativa entre las variables percepción del funcionamiento familiar y

modos de afrontamiento al estrés; no encontrándose relación de asociación significativa entre la percepción del funcionamiento familiar y la autoestima.

Hipótesis

Los pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media que tienen un clima familiar bueno o con tendencia buena poseen un afrontamiento al estrés positivo o preferentemente positivo.



Capítulo II

Diseño Metodológico

Tipo o Diseño De Investigación

El método de investigación utilizado fue el método correlacional ya que tiene como propósito medir la relación que existe entre las variables. Este permite observar la covariación entre dos variables es llamada método correlacional. Según Cozby, (2004).

La investigación correlacional describe la relación entre dos o más variables sin tratar en lo absoluto de atribuir a una variable el efecto observado en otra. Según Salkind, (1999)

Técnicas, Instrumentos.

La técnica que se va a usar es la aplicación de pruebas psicológicas que son el cuestionario de clima familiar (FES) y el cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO), además de ello también se utiliza la observación para cada paciente oncológico.

Instrumentos

Clima familiar: Escala de Clima Social Familiar (FES).

Ficha técnica.

Nombre original	The Social Climate Scales: Family, work, Correctional Institutions and Classroom Environment Scales
Autor	R. H. Moos, B. S. Moos y E. J. Trickett
Procedencia	Universidad de Stanford
Año	1982

Versión	Original en idioma Ingles.
Adaptación española	Fernández Ballesteros, R. y Sierra, B. 1984
Edad de aplicación	Adolescentes y adultos
Administración	Individual o colectiva
Duración	20 minutos aproximadamente
Adaptada al Perú por	Cesar Ruiz Alva – Eva Guerra Turin – Lima 1993

Descripción de la prueba

Esta escala aprecia las características socio- ambientales de todo tipo de familiar. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. La escala consta de 10 sub escalas que definen tres dimensiones fundamentales:

Relaciones: Es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres sub- escalas: Cohesión, Expresión y Conflicto.

Desarrollo: Evalúa la importancia que tiene dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Esta dimensión comprende las sub escalas de: Autonomía, Actuación, Intelectual – Cultural, Social – Recreativa y Moralidad – Religiosidad.

Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La forman dos sub escalas: Organización y Control.

Puntuación. Las puntuaciones máximas son: 9 en cada una de las 10 sub escalas.

Normas: se utiliza normas “t” (Media: 50 –D.S.:10)

Tabla N°. 5:

Niveles de Clima Familiar

T	NIVEL
70 a 90	Muy buena
65	Buena
60	Tendencia buena
45 a 55	Media
40	Tendencia media
35	Mala
0 a 30-	Muy mala

Confiabilidad

Para la estandarización Lima, utilizando el método de Consistencia interna los coeficientes de confiabilidad van de 0,80 a 0,91 con una media de 0,89 para el examen individual, siendo las áreas de cohesión, intelectual – cultural, expresión y autonomía las más altas (la muestra usada para este estudio de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años).

Validez

Se prueba el FES con la escala de TAMAI (área familiar y al nivel individual) los coeficientes fueron en cohesión 0,62; expresividad 0,53 y conflicto 0,59. Este trabajo demuestra la validez de la Escala del FES (la muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familiar)

Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos: CAEPO

Ficha técnica.

Nombre original	Cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos
Autor	Maria Teresa Gonzales Martinez
Procedencia	TEA Ediciones
Año	2004
Versión	Original en idioma Castellano
Edad de aplicación	Adultos que padecen cáncer
Administración	Individual
Duración	25 minutos aproximadamente

Descripción de la prueba

Este cuestionario es un instrumento de recogida de información sobre las estrategias de afrontamiento (conductas y cogniciones) que utiliza un sujeto cuando se encuentra ante una situación de estrés, producida por el diagnostico de su enfermedad, así como por las terapias y otras situaciones sociales y familiares que giran en torno a la enfermedad.

El cuestionario está compuesto por 40 ítems distribuidos en siete escalas, cada una de las cuales corresponden a una determinada dimensión o estrategia de afrontamiento y se encuentran mezcladas para evitar la contaminación en las respuestas.

Las escalas son:

Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): Indican que el sujeto valora la situación como grave y difícil pero, ve en ella un reto al que quiere responder con todos los recursos con los que cuenta.

Escala de autocontrol y de Control Emocional (ACE): Indica que el sujeto dirige su comportamiento a hacer desaparecer o disminuir los estados afectivos displacenteros que le produce la enfermedad y lo que esta conlleva.

Escala de búsqueda de Apoyo Social (BAS): Indica que el sujeto considera importante para lograr un resultado positivo en torno a su recuperación, el apoyo afectivo, físico y moral de las personas cercanas a él.

Escala de ansiedad y preocupación ansiosa (APA): Indica que el sujeto valora la situación como grave y muy amenazante, con incertidumbres respecto a la evolución y futuro de su enfermedad.

Escala de pasividad y resignación pasiva (PRP): Indica que el sujeto considera que tiene muy pocas posibilidades para superar la situación grave, tiene una visión pesimista, y fatalista, respecto a su futuro, a la evolución y pronóstico de su enfermedad.

Escala de huida y Distanciamiento (HD): Indican que el sujeto valora la situación como inadecuado, intentando escapar o eludir la realidad de la situación, hay un pesimismo extremo respecto a su pronóstico.

Escala de negación (N): Indican que el sujeto niega la evidencia de la enfermedad y la realidad.

Tabla N°. 6:

Tipos de Afrontamiento

Rango	Tipos de afrontamiento
+ 3 a +9	Positivo
+ 1 a +2	Preferentemente positivo

0	No definido
-1 a -2	Preferentemente negativo
-3 a -9	Negativo

Confiabilidad

El estudio normativo se ha realizado con 160 sujetos que fueron diagnosticados de algún tipo de cáncer de cara y cuello. La confiabilidad se estableció mediante los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach), Obteniéndose en todas las escalas índices superiores a 0,80; excepto en la escala N donde la escala se acerca a ese valor.

Validez

La validez de constructo se realizó mediante el análisis factoriales exploratorios (componentes principales con rotación arimax y criterio de Kaiser) se determinó 7 factores o dimensiones en el CAEPO. Lo valores de las saturaciones factoriales se sitúan entre 0,64 y 0,87; por lo que son muy satisfactorias y permiten afirmar la estructura factorial del cuestionario CAEPO y la validez de las escalas.

Población y muestra

La estrategia que se realiza es un muestreo por conveniencia, ya que se considera criterios de inclusión y exclusión, además se realiza la evaluación a los pacientes en un tiempo determinado, también por la accesibilidad que se da para trabajar con dichos pacientes.

Se trabaja con 120 pacientes del Instituto Regional de las Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN Sur), siendo estos de ambos sexos, de las edades entre 20 a 65 años. De los cuales 34 son de edad adulta temprana y 86 de edad adulta media. Siendo 45 varones y 75

mujeres portadores de alguna patología oncológica que se encontraban en hospitalización y/o quimioterapia en el IREN Sur, evaluados en los meses de Junio y Julio del 2016 de forma individual.

Se incluye en la población de los pacientes que tuvieran la primaria completa, no tuvieran limitaciones de lenguaje y que se encontraran dispuestos a participar en la investigación.

Se excluye pacientes con algún tipo de problema mental y los que no hayan terminado la primaria, además de que no estaban dispuestos a colaborar con la investigación.

Estrategia de recolección de datos y temporalidad

Como primer paso se realiza las respectivas coordinaciones con las autoridades de la Universidad Católica de Santa María y el Instituto de Neoplastia de la ciudad de Arequipa.

Como segundo paso se coordina con los encargados dentro del Instituto como de la misma forma las fechas y horas para poder trabajar con los pacientes oncológicos.

Como último paso se recolecta la muestra a través de la aplicación de dos encuestas: FES que mide el clima familiar y el CAEPO que mide el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos.

Criterios de Procedimientos de Información

La información es procesada primeramente con la ayuda de Excel versión 2014 y luego procesado en el programa estadístico SPSS versión 21.1, en donde se genera los cuadros estadísticos según el requerimiento de los objetivos, en el cual tienen frecuencias y porcentajes, además de sacar la frecuencia inferencial del Chi cuadrado para probar o rechazar la hipótesis de la investigación.

Capítulo III

Resultados

Descripción de los resultados a través de tablas

Se presenta los resultados en tablas de frecuencias y porcentajes con los valores del Chi – cuadrado. Las tablas son a relación de los objetivos propuestos, los resultados están basadas a las dos pruebas aplicadas que son: el CAEPO y el FES.

Tabla N°. 7:

Clima familiar en los pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media

Clima familiar	N°.	%
Muy buena	0	0
Buena	0	0
Tendencia buena	61	50,8
Media	43	35,8
Tendencia media	16	13,3
Mala	0	0
Muy mala	0	0
Total	120	100,0

La tabla N°. 7, muestra que el 50,8% de los pacientes oncológicos tienen un clima familiar en tendencia buena, el 35,8 tiene un clima familiar media y solo el 13.3% de ellos presentaron un clima familiar de tendencia media.

Tabla N°. 8:

Afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media

Afrontamiento al estrés	N°.	%
Positivo	4	3,3
Preferentemente positivo	52	43,3
No definido	57	47,5
Preferentemente negativo	7	5,8
Negativo	0	0
Total	120	100,0

La tabla N°. 8, muestra que el 47,5% de los pacientes oncológicos presentaron un afrontamiento al estrés no definido, el 43,3% presentaron preferentemente positivo, el 5,8% presentaron preferentemente negativo y solo el 3,3% de ellos tienen un afrontamiento al estrés positivo.

Tabla N°. 9:

Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media

Afrontamiento al estrés	Clima Familiar														TOTAL	
	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendencia media		Mala		Muy mala			
	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %	N°. %
Positivo	0	0	0	0	3	2,5	0	0	1	0,8	0	0	0	0	4	3,3
Preferentemente positivo	0	0	0	0	36	30	12	10,0	4	3,3	0	0	0	0	52	43,3
No definido	0	0	0	0	20	16,7	28	23,3	9	7,5	0	0	0	0	57	47,5
Preferentemente negativo	0	0	0	0	2	1,7	3	2,5	2	1,7	0	0	0	0	7	5,8
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	61	50,8	43	35,8	16	13,3	0	0	0	0	120	100

$X^2=17,21$

$P = 0,009 (P<0.05)$

S.S.

La tabla N°.9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=17,21$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 30% de los pacientes oncológicos con un clima familiar tendencia buena tienen un afrontamiento al estrés preferentemente positivo.

Tabla N°. 10:

Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos varones de edad adulta temprana y media

Afrontamiento al estrés	Clima Familiar														TOTAL	
	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendencia media		Mala		Muy mala			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Positivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,2	0	0	0	0	1	2,2
Preferentemente positivo	0	0	0	0	14	31,1	4	8,9	2	4,4	0	0	0	0	20	44,4
No definido	0	0	0	0	8	17,8	12	26,7	3	6,7	0	0	0	0	23	51,1
Preferentemente negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,2	0	0	0	0	1	2,2
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	22	48,9	16	35,6	7	15,6	0	0	0	0	45	100

$X^2=17,25$

$P = 0,008 (P < 0.05)$

S.S.

La tabla N°.10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=17,25$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos varones presento relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Asimismo se observa que el 31.1% de los pacientes oncológicos varones con un clima familiar tendencia buena tienen un afrontamiento al estrés preferentemente positivo.

Tabla N°. 11:

Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta temprana

en varones

Afrontamiento al estrés	Clima Familiar														TOTAL	
	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendencia media		Mala		Muy mala			
	N°.	%	N°	%	N°.	%	N°	%	N°.	%	N°	%	N°	%	N°.	%
Positivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,1	0	0	0	0	1	7,1
Preferentemente positivo	0	0	0	0	6	42,9	1	7,1	2	14,3	0	0	0	0	9	64,3
No definido	0	0	0	0	2	14,3	1	7,1	1	7,1	0	0	0	0	4	28,6
Preferentemente negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	8	57,1	2	14,3	4	28,6	0	0	0	0	14	100

$X^2=3,20$

$P = 0,524 (P > 0.05)$

N.S.

La tabla N°.11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3,20$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos varones de edad adulta temprana no presento relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Asimismo se observa que el 42.9% de los pacientes oncológicos varones de edad adulta media con un clima familiar tendencia buena tienen un afrontamiento al estrés preferentemente positivo.

Tabla N°. 12:

Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta media en varones

Afrontamiento al estrés	Clima Familiar												TOTAL			
	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendencia a media		Mala		Muy mala			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Positivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Preferentemente positivo	0	0	0	0	8	25,8	3	9,7	0	0	0	0	0	0	11	35,5
No definido	0	0	0	0	6	19,4	11	35,5	2	6,5	0	0	0	0	19	61,3
Preferentemente negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,2	0	0	0	0	1	3,2
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	14	45,2	14	45,2	3	9,7	0	0	0	0	31	100

$X^2=14,5$

$P = 0,006 (P < 0.05)$

S.S.

La tabla N°.12 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14,5$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos varones de edad adulta media presento relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Asimismo se observa que el 25,5% de los pacientes oncológicos varones de edad adulta media con un clima familiar media tienen un afrontamiento al estrés no definido.

Tabla N°. 13:

Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicas mujeres de edad adulta temprana y media

Afrontamiento al estrés	Clima Familiar												TOTAL			
	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendenc ia media		Mala		Muy mala			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°	%	N°.	%	N°	%	N°	%	N°.	%
Positivo	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
Preferentemente positivo	0	0	0	0	22	29,3	8	10,7	2	2,7	0	0	0	0	32	42,7
No definido	0	0	0	0	12	16	16	21,3	6	8	0	0	0	0	34	45,3
Preferentemente negativo	0	0	0	0	2	2,7	3	4	1	1,3	0	0	0	0	6	8
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	39	52	27	36	9	12	0	0	0	0	75	100

$X^2=11,17$

$P = 0,083 (P > 0.05)$

N.S.

La tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11,17$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos mujeres no presento relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Asimismo se observa que el 29.3% de los pacientes oncológicos mujeres con un clima familiar tendencia buena tienen un afrontamiento al estrés preferentemente positivo.

Tabla N°. 14:

*Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta temprana
en mujeres*

Afrontamiento al estrés	Clima Familiar												TOTAL			
	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendencia media		Mala		Muy mala			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Positivo	0	0	0	0	2	10	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10
Preferentemente positivo	0	0	0	0	9	45	1	5	1	5	0	0	0	0	11	55
No definido	0	0	0	0	0	0	4	20	2	10	0	0	0	0	6	30
Preferentemente negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	1	5
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	11	55	5	25	4	20	0	0	0	0	20	100

$X^2=16,84$

$P = 0,010 (P < 0.05)$

S.S.

La tabla N°.14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16,84$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos mujeres de edad adulta temprana presento relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Asimismo se observa que el 35% de las pacientes oncológicas mujeres de edad adulta temprana con un clima familiar tendencia buena tienen un afrontamiento al estrés preferentemente positivo.

Tabla N°. 15:

Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos de edad adulta media en mujeres

Afrontamiento al estrés	Clima Familiar												TOTAL			
	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendencia a media		Mala		Muy mala			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Positivo	0	0	0	0	1	1,8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8
Preferentemente positivo	0	0	0	0	13	23,6	7	12,7	1	1,8	0	0	0	0	21	38,2
No definido	0	0	0	0	12	21,8	12	21,8	4	7,3	0	0	0	0	28	50,9
Preferentemente negativo	0	0	0	0	2	3,6	3	5,5	0	0	0	0	0	0	5	9,1
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	28	50,9	22	40	5	9,1	0	0	0	0	55	100

$X^2=4,45$

$P = 0,617 (P > 0.05)$

N.S.

La tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4,45$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos mujeres de edad adulta media no presento relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Asimismo se observa que el 23.6% de los pacientes oncológicos mujeres de edad adulta media con un clima familiar tendencia buena tienen un afrontamiento al estrés preferentemente no definido.

Tabla N°. 16:

Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos (20 a 40 años) de edad adulta temprana

Afrontamiento	Clima Familiar														TOTAL			
al estrés	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendencia media		Mala		Muy mala					
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°.	%		
Positivo	0	0	0	0	2	5,9	0	0	1	2,9	0	0	0	0	3	8,8		
Preferentemente positivo	0	0	0	0	15	44,1	2	5,9	3	8,8	0	0	0	0	20	58,8		
No definido	0	0	0	0	2	5,9	5	14,7	3	8,8	0	0	0	0	12	29,4		
Preferentemente negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,9	0	0	0	0	1	2,9		
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	0	0	0	0	19	55,9	7	20,6	8	23,5	0	0	0	0	34	100		

$X^2=13,75$

$P = 0,033(P < 0,05)$

S.S.

La tabla N°.16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13,75$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos presento relación estadística significativa ($P<0,05$).

Asimismo se observa que el 38,2% de los pacientes oncológicos de 20 a 40 años de edad con un clima familiar media tienen un afrontamiento al estrés preferentemente positivo

Tabla N°. 17:

Afrontamiento al estrés y el clima familiar en pacientes oncológicos (41 a 65 años) de edad adulta media

Afrontamiento al estrés	Clima Familiar														TOTAL	
	Muy buena		Buena		Tendencia buena		Media		Tendencia a media		Mala		Muy mala			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Positivo	0	0	0	0	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,2
Preferentemente positivo	0	0	0	0	21	24,4	10	11,6	1	1,2	0	0	0	0	32	37,2
No definido	0	0	0	0	18	20,9	23	26,7	6	7,0	0	0	0	0	47	54,7
Preferentemente negativo	0	0	0	0	2	2,3	3	3,5	1	1,2	0	0	0	0	6	7
Negativo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	42	48,8	36	41,9	8	9,3	0	0	0	0	86	100

$X^2=8,04$

$P = 0,235 (P > 0.05)$

N.S.

La tabla N°.17 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8,04$) se muestra que el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos no presento relación estadística significativa ($P > 0.05$).

Asimismo se observa que el 26,7% de los pacientes oncológicos de 41 a 65 años de edad con un clima familiar media tienen un afrontamiento al estrés no definido.

Discusión

En la investigación que se realizó con 120 pacientes oncológicos entre las edades de 20 a 65 años del IREN Sur; cuyo objetivo principal es determinar la correlación entre clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media. Los resultados que se obtuvieron acreditan la hipótesis que se planteó.

En la tabla N° 9 se puede observar que existe una correlación estadística significativa entre un clima familiar tendencia buena con el afrontamiento al estrés preferentemente positivo, este resultado tiene correlación con el estudio de Díaz A. y Yaringaño L (2010) titulado «Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos», que nos dice que existe una relación significativa entre un clima familiar tendencia buena con un afrontamiento al estrés positivo; a comparación del estudio de Díaz, A. (2015) titulado «Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior », en el cual nos dice que los pacientes que tienden a ser más individualistas y se aíslan de su entorno social teniendo así un afrontamiento al estrés negativo; pero en el estudio realizados por Rodríguez, A. Ruiz, R. & Restrepo, M. (2004) titulado «Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia», se pudo apreciar que la familia es un factor importante en el modo de afrontamiento del paciente siendo tal que si el clima familiar es bueno el afrontamiento del paciente es positivo a comparación si el clima de la familia es malo el afrontamiento del paciente es negativo.

En los resultados obtenidos para identificar los niveles de clima familiar donde se ve en la tabla N° 7 que el 50,8% de pacientes oncológicos tienen un clima familiar con tendencia buena, esto puede ser ya que la familia constituye la red básica de relaciones social según Zamudio ; estos resultados coinciden con un estudio realizado por Cabrera y Ferraz (2009)

titulado «Impacto del cáncer en la dinámica familiar », en los cuales el apoyo familiar esta relacionara con la recuperación de los pacientes; de la misma forma coincide con el estudio de Cortés-Funes, Bueno, Narváez, García-Valverde, Guerrero-Gutiérrez (2012) cuyo título es «Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología», donde nos dice que la familia tiene un papel importante en los pacientes oncológicos para sobrellevar su enfermedad.

En lo que es afrontamiento al estrés se observa en la tabla N° 8 que el 47,5% de los pacientes tienen un afrontamiento al estrés como no definido y el 43,3% de los pacientes tienen preferentemente positivo, según Lazarus y Folkman es un proceso que cambia constantemente a medida que los propios esfuerzos son valorados como actos de mayor o menor éxito; seguidamente el afrontamiento no es automático, se trata de una patrón de respuesta aprendido frente a las situaciones estresantes.

En los resultados se obtuvo en la tabla N° 10 en la cual vemos el clima familiar y afrontamiento en el estrés en varones podemos apreciar que existe una correlación estadística significativa entre clima familiar con tendencia buena y afrontamiento al estrés preferentemente positivo; mientras en la tabla N° 13 en el cual vemos que no presenta correlación estadística significativa entre el clima familiar y afrontamiento al estrés en mujeres, estos resultados concuerdan con estudio de Ticona, S. Santos, M. & Siqueira, A., titulado «Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia», que nos dice que las mujeres perciben mayores niveles de estrés, a comparación de los varones que tienen mejor afrontamiento, pero a comparación del estudio de Díaz A. (2015), titulado « Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior », donde nos dice que existen diferencias significativas según sexo, es decir,

los varones son individualistas, se focalizan en situaciones desagradables de la vida cotidiana; a diferencia de las mujeres que son más conformistas, acuden a la religión para aliviar las tensiones, tienen mejor clima familiar que los varones.

Lo que es edad y sexo podemos observar en la tabla N°.11 que en pacientes oncológicos de edad adulta temprana varones no presento una correlación estadística significativa, estos resultados no concuerdan con el estudio realizado por Galindo, O. Álvarez, M. & Alvarado, S. (2013), titulado «Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento», el cual nos dice que si existe una relación significativa; a comparación de la tabla N°14 en donde los pacientes oncológicos de edad adulta media en varones presenta una correlación estadística significativa, esto concuerda con el estudio de Zumba A. (2015), titulado « Estrategias de afrontamiento en los pacientes con cáncer de próstata en el hospital oncológico de Loja “Solca” », el cual nos dice que los pacientes con cáncer a la próstata usan más como estrategia de afrontamiento la reevaluación cognitiva.

Mientras la tabla N°14 las pacientes de edad adulta temprana en mujeres presentan una correlación estadística significativa entre clima familiar tendencia buena con un afrontamiento al estrés preferentemente positivo, estos resultados coinciden con el estudio de Oropesa Y, Madrugá M. (2014) titulado «Percepción del funcionamiento familiar, autoestima y modos de afrontamiento al estrés en mujeres con NIC», en donde existe una correlación significativa entre el funcionamiento familiar y los modos de afrontamiento al estrés , nos muestra que el funcionamiento familiar es funcional son los pacientes que tienen como modo de afrontamiento al estrés la búsqueda de apoyo y el autocontrol, en las pacientes de 26 a 30 años; a comparación de la tabla N°. 15 donde las pacientes de edad adulta media en mujeres no presentan correlación estadística significativa, del mismo modo este resultado concuerda

con el estudio realizado por Ojeda y Martinez (2012) titulado «Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama », en el cual en su estudio con mujeres con cáncer de mamas dio como resultado que solo un bajo porcentaje tiene un buen afrontamiento, siendo así que muchos de pacientes no aceptaban completamente su enfermedad, las cuales fueron pacientes mayores

En donde se vio en la tabla N° 16 que hay una correlación estadística significativa entre el estrés preferentemente positivo con un clima familiar con tendencia buena en la edad adulta temprana esto es debido según Papalia (2010) a que en la adultez temprano hay un mayor desarrollo psicosocial, ya que en esta edad hay más acercamiento con familia, amigos, compañeros de trabajo o de estudios haciendo que tenga mayor apoyo para afrontar la enfermedad, pero en la adultez media que según la tabla N°17 no presenta una correlación estadística significativa, esto es ya que en la adultez media empiezan a centrarse en sus actividades diarias y alejarse de las amistades, familia según Papalia (2010); estos resultados son distintos al estudio de Díaz A. y Yaringaño L (2010) , en su estudio titulado «Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos» En lo que se refiere a edad no existen diferencias significativas en el afrontamiento al estrés, siendo los pacientes de 40 a 50 años presentan afrontamiento positivo y los pacientes de 30 a 40 presentan afrontamiento negativo.; coinciden con el estudio de Díaz A. (2015), titulado « Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior », donde nos dice que existe diferencia significativas según edad, los pacientes con menos de 50 años intentan cambiar el entorno, son disconformes, su clima social familiar decae en la dimensión relaciones; a diferencia de los pacientes entre 50 a 60 años que son aburridos con la rutina, buscan apoyo, su clima social familiar tiene mayor organización, los pacientes con más de 60 años son demandantes, pero buscan comprensión

Conclusiones

Primera. Se encontró que existe una correlación estadística significativa entre clima familiar con tendencia buena y un afrontamiento al estrés preferentemente positivo en los pacientes oncológicos en la cual comprueba la hipótesis.

Segundo. Se encontró que la gran parte de los pacientes oncológicos tienen un clima familiar con tendencia buena.

Tercero. Se encontró que la gran parte de los pacientes oncológicos tienen un afrontamiento al estrés no definido.

Cuarto. Se encontró que los pacientes oncológicos varones tienen una correlación estadística significativa entre un clima familiar tendencia buena con un afrontamiento al estrés preferentemente positivo a comparación de las mujeres en la cual no se presenta una correlación estadística significativa.

Quinta. Se halló que en los pacientes oncológicos varones de edad adulta temprana no existe una correlación estadística significativa entre un clima familiar con tendencia buena con un afrontamiento al estrés preferentemente positivo a comparación de los varones de edad adulta media en el cual existe una correlación estadística significativa.

Sexto. Con respecto a las pacientes oncológicas mujeres de edad adulta temprana existe una correlación estadística significativa entre un clima familiar con tendencia buena con un afrontamiento al estrés preferentemente positivo a comparación de las mujeres de edad adulta media en el cual no existe una correlación estadística significativa.

Séptimo. En lo que respecta a los pacientes oncológicos de edad adulta temprana tienen una correlación estadística significativa entre un clima familiar con tendencia buena con un

afrontamiento al estrés preferentemente positivo a comparación de los pacientes oncológicos de edad adulta media en el cual no se presentó una correlación estadística significativa.



Sugerencias

Primera. Dar charlas de sensibilización a los familiares y/o cuidadores de los pacientes oncológicos para informar de la importancia e influencia de estos en el paciente oncológico como a su vez orientar a la familia y/o cuidadores para la disminución del estrés ante la enfermedad de su ser querido.

Segundo. Trabajar con el personal que trabaja de forma directa e indirecta con los pacientes oncológicos, para que la atención sea más sensible a la situación que están pasando como a su vez orientarlos acerca de su enfermedad y del tratamiento que van a recibir para así reducir la ansiedad y estrés del paciente oncológico.

Tercera. Realizar campañas de prevención en instituciones educativas como a la población en general sobre la importancia de realizarse exámenes preventorios de forma anual, de cómo disminuir los factores de riesgo que son causantes del cáncer, también para informar los centros en donde se pueden acudir en caso de presentar anomalías en su estado de salud como a la vez centros en donde pueden hacer dichos exámenes de prevención.

Cuarta. Para futuras investigaciones se sugiere tomar en cuenta la estatificación del paciente oncológico, religión, personas con las que vive y/o apoyan, además se puede hacer una investigación sobre afrontamiento al estrés, clima familiar y personalidad en pacientes oncológicos.

Quinta. Capacitar al personal en general en idiomas de quechua y aymara ya que algunos de los pacientes hablan estas lenguas y por la falta de comunicación no se puede entender, sin apoyo de algún familiar que hable español, si muestra alguna anomalía en las quimioterapias o fuera de estas.

Limitaciones

Primera. Dificultad para trabajar con algunos pacientes en quimioterapia y hospitalización debido a la condición en la que se encuentran.

Segundo. Dificultad para trabajar con los pacientes que parecían de cáncer en cavidad oral por problemas de comunicación, como a su vez el parecimiento que tenían impedía el trabajo con ellos.

Tercero. Dificultad para trabajar con pacientes que eran quechua hablantes o aymara hablantes, ya que no se pudo establecer la comunicación con ellos no se pudo trabajar con dichos pacientes.

Cuarta. Dificultad para trabajar con algunos pacientes que recién empezaban su quimioterapia, ya que muchos de ellos pasaban por un dolor emocional al empezar su tratamiento como a su vez también pasaban por estrés ya que es un cambio brusco al estilo de vida que llevaban.

Referencias

Asociación española contra el cáncer. (2016). *El cáncer- posibles causas*. 2016, de AECC Sitio web: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/elcancer/paginas/posiblescausas.aspx>

Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 505-520.

Benites, L. (1999). *Tipos de familia, clima social familiar y asertividad en adolescentes que asisten a los centros comunales por la vida y la paz de Lima, del Instituto de Bienestar Familiar* (Tesis de Maestría). Lima. UPSMP.

Byrne, D. (1964). *Progress in experimental personality research*. Nueva York: B.A. Maher.

Cabrera, A. & Ferraz, R. (2010). Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Revista Biomedicina*, 6, 42 - 48.

Cancer.Net. (2012). Cáncer en adultos mayores. 2016, de American Society of Clinical Oncology Sitio web: http://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/cancer_in_older_adults_esp_25.pdf

Cava, M & Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(2), 297-311

Cortés-Funes, F. Bueno, J. Narváez, A. García-Valverde, A. & Guerrero-Gutiérrez, L. (2012). Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. *Psicooncología*, 9, 335-354.

Cosby, P. (2004). *Methods in behavioral research*. USA: McGraw Hill.

Chesney, M, & Darbes, L. (1998). *Women, Stress and Heart Disease*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Pub.

Díaz, G. & Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Ipsi*, 13, 69 -86.

Díaz, A. (2015). *Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior* (tesis para optar el grado académico de doctor en psicología). Lima: Universidad San Martín de Porres.

Escardo, F. (1964). *Anatomía de la Familia*. Buenos Aires Argentina: El Ateneo.

Fierro, A. (1993). *Para una ciencia del sujeto*. Barcelona: Anthropos.

Galindo, O. Álvarez, M. & Alvarado, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*. 10, 69-78.

Globocan 2012. (2015). *Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. 2016, de International Agency for Research on Cancer Sitio web: http://globocan.iarc.fr/old/burden.asp?selection_pop=154604&Text-p=Peru&selection_cancer=290&Text-c=All+cancers+excl.+non-melanoma+skin+cancer&pYear=3&type=0&window=1&submit=%C2%A0Execute

González, M. (2008). *Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos con cáncer*. 2015, De Ridep Sitio Web: http://www.aidep.org/03_ridep/r25/r252.pdf.

González, M. (2015). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*. Madrid: TEA.

Holahan, S. & Moos, R. (1985). Life stress and health: personality, coping and family support in stress resistance. *Journal of personality and social Psychology*, 43, 739- 747.

Holahan, S. Moos, R. & Schaefer, J. (1996). *Manual de afrontamiento: la teoría, la investigación, las aplicaciones*. Nueva York: Willey

Horn, J. & Hofer, S. (1992). Major abilities and development in the adult period. *En Intellectual Development* (44 -99). New York: Cambridge University Press.

Instituto Nacional de Cáncer. (2012). *Exámenes selectivos de detección del cáncer*. 2016, de NIH Sitio web: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/deteccion>

Instituto Nacional de Cáncer. (2015) *¿Qué es el Cáncer?* 2015, De Instituto Nacional Del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de Ee. Uu. Sitio Web: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es#aparece-cancer>

Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer*. 2015, de NIH Sitio web: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/adolescentes-adultos-jovenes>

Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *Efectos secundarios*. 2016, de NIH Sitio web: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios>

Instituto Nacional del Cáncer. (2015). *Estadificación del cáncer*. 2015, de Instituto Nacional del Cáncer Sitio web: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion/hoja-informativa-estadificacion>

Lazarus, R. (1971). *Behaviour Therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill.

Lazarus, R & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Ministerio de salud del Perú. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013*. Lima:

Askha Eirl.

Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés!* Madrid: Safeliz.

Moorey, S. & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cancer. A new approach*.

Londres: Heinemann Medical Books.

Moos, R. Moos, E. & Trickett, E. (1982). *Escala del clima social en la familia*. Madrid: TEA.

Moos, R. (1974). *The Social Climate Scales: An Overview*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Moos, R. (1984). The crisis of illness: chronic conditions. *Coping with Physical Illness 2: New Perspectives* (139- 143). Nueva York: Plenum Press.

Moos, R. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological assessment*, 4, 133-158.

Moreno, D. Estévez, E. Murgui, S. & Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 123-136.

National Cancer Institute. (2014). *Signos y síntomas del cáncer*. 2016, de American Cancer

Society

Sitio

web:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreelcancer/signos-y-sintomas-del-cancer>

Neidhart, J. Weinstein, M. & Conry, R. (1989). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés*. Madrid: Deusto.

Oblitas, L. (2004). Estrés y salud. *En Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (213 -248). Buenos Aires, Argentina: Thomson.

Ojeda, S. & Martinez, J. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista de enfermería Universidad Peruana Cayetano Heredia.* , 5, 89-96.

OMS. (2016). *Cáncer*. 2016, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

ONU. (1994). *Familia*. 2015, de Naciones Unidas Sitio web: <http://www.un.org/es/globalissues/family/>

Oropesa, Y. & Madruga, M. (2014). Percepción del funcionamiento familiar, autoestima y modos de afrontamiento al estrés en mujeres con NIC. *Psicologia.com*, 18, 1-10.

Papalia, D. Wendskos, S. & Duskin, R. (2010). *Adulthood emergente y temprana, desarrollo psicosocial en la adultez emergente y la adultez temprana*. El Desarrollo Humano (452-476). México: Mcgraw-Hill.

Papalia, D. Wendskos, S. & Duskin, R. (2010). *Adulthood emergente y temprana, desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez emergente y la adultez temprana*. El Desarrollo Humano (422- 446). México: Mcgraw-Hill.

Papalia, D. Wendskos, S. & Duskin, R. (2010). *Adulthood Media, desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez media*. En El Desarrollo Humano (480 - 510). México: Mcgraw-Hill.

Papalia, D. Wendskos, S. & Duskin, R. (2010). *Adulthood Media, development psychosocial in the adulthood media*. In *Human Development* (516 - 542). Mexico: McGraw-Hill.

Rodríguez, A. Ruiz, R. & Restrepo, M. (2004). Intervention family for the psychological management in patients with oncological prognosis in the hospital of the mercy. *Colombian Journal of Psychology*, 13, 90 - 101.

Ruiz, M. (2006). *Family Social Climate and Depression in adolescents of 5th grade of secondary of the National Educational Institution "Simón Bolívar" of the province of Otuzco of 2006* (Thesis for the degree of academic license in psychology). Trujillo. Peru: Universidad César Vallejo.

Salkind, N. (1999). *Methods of research*. Mexico: Prentice-Hall.

Salazar, M. Regalado, R. Navarro, J. Montanez, D. Abugattas, J. & Vidaurre, T. (2013). The national institute of neoplastic diseases in the control of cancer in Peru. *Peru Med Exp Salud Publica*, 30, 105-112.

Santos, L. (2012). *Family Social Climate and Social Skills of students of a Educational Institution of Callao* (Thesis for the degree of Master in Education Mention Management of Education). Lima: School of Postgraduate, Universidad San Ignacio de Loyola.

Sarason, I. & Sarason, B. (2006). Stress, Coping and Maladaptive Behaviors. In *Psychopathology abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior* (156- 180). Mexico: Pearson Education.

Schaie, K. (1977- 1978). Toward a stage theory of adult cognitive neuroscience. *Journal of Aging and Human Development*, 8, 129. 138.

Slim, C. (2013). *Tipos de cáncer más comunes*. 2016, de Instituto Carlos Slim de la Salud Sitio web: <https://www.clikisalud.net/temas-cancer/tipos-de-cancer-mas-comunes/>

Selye, H. (1960). *La tensión de la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.

Sternberg, R. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52, 1030- 1037.

Stone, A. & Neale, J. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892–906.

Ticona, S. Santos, M. & Siqueira, A. (2015). Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*, 15, 9 - 20.

Wills, T. (1998). Social support. *En Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook* (118- 128). Nueva York: Guilford Press.

Zamudio, L. (2008). *Un trabajo por la familia en el contexto municipal*. Red de gestiones sociales. Medellín (Colombia) ISSN 1657-6047. Boletín No. 38. 2008. Universidad Externado de Colombia.

Zeidner, M & Saklofske, D. (1996). Adaptative and maladaptative coping. *En Handbook of coping: Theory, research, applications* (505-531). New York: Wiley.

Zeller, A. (1950). An experimental analoge of repression. *Psychological Bulletin*, 47, 39-51.

Zumba, A. (2015). *Estrategias de afrontamiento en los pacientes con cáncer de próstata en el hospital oncológico de Loja “Solca”* (Tesis para optar el grado de licenciado de enfermería). Ecuador: Universidad Nacional de Loja.

Anexos



Anexo 1

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS (CAEPO)

A continuación aparecen una serie de frases que se refieren a distintas formas de actuar ante situaciones difíciles o problemáticas. La situación en la que usted se encuentra ahora podría considerarse que tiene estas características. Indique, rodeando con un círculo, con cual de dichas afirmaciones se identifica más en su manera de COMPORTARSE ANTE ESTA SITUACIÓN. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considere más conveniente. Procure contestar con la mayor sinceridad posible. Hay cuatro opciones posibles para cada situación:

0	Si no coincide absolutamente nada	Nunca
1	Si la coincidencia se da en alguna manera	Algunas veces
2	Si coincide bastante	Muchas veces
3	Si coincide en gran medida	Casi siempre

Centro Hospitalario: _____ Edad: _____ Sexo: _____

RODEE CON UN CIRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU

FORMA DE PENSAR O ACTUAR

0 NUNCA 1 ALGUNAS VECES 2 MUCHAS VECES 3 CASI SIEMPRE

01	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
02	Estoy dispuesto a darle cara a esta situación aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
03	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
04	Cuando estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
05	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
06	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
07	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
08	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
09	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta ese tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo q los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3

23	Pienso que lo mejor es dejar las que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no soy capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden hacerse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que “lo que tenga que ser será”	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
40	Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

Gracias por su colaboración.

Centro Hospitalario: _____ Edad: _____ Sexo: _____

HOJA DE CALIFICACIÓN DEL CAEPO

1. Suma de ítems de cada subescala:

Subescalas Ítems de puntuación	Puntaje Directo
Enfrentamiento y Lucha Activa (ELA): 1, 2, 13, 16, 17, 21, 24, 31 y 39.	
Autocontrol y Control Emocional (ACE): 3, 7, 12, 19, 25, 28 y 40.	
Búsqueda de apoyo Social (BAS): 5, 10, 15 y 33.	
Ansiedad y preocupación Ansiosa (APA): 4, 6, 14, 22, 26 y 32.	
Pasividad y resignación Pasiva (PRP): 11, 23, 34, 35 y 37.	
Huida y Distanciamiento (HD): 8, 9, 18, 29, 30 y 38.	
Negación (N): 20, 27 y 36 (inversa).	

2. Subtotales positivos y negativos:

Subtotal Positivo

Subescalas	Total
ELA, ACE y BAS	

Subtotal Negativo

Subescalas	Total
APA, PRP, HD y N	

3. Decatitpos:

Decatipo Positivo (+)	
Decatipo Negativo (-)	

4. Tipo de afrontamiento:

Tipo de Afrontamiento = Decatipo Positivo (+) - Decatipo Negativo (-)

Rango	Tipo de Afrontamiento
3 a 9	POSITIVO
1 y 2	PREFERENTEMENTE POSITIVO
0	NO DEFINIDO
-1 y -2	PREFERENTEMENTE NEGATIVO
-9 a -3	NEGATIVO

Anexo 2

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA

(F.E.S)

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que Ud. Tiene que leer y decir si le parecen verdaderas o falsas en su relación con su familia.

Si Ud. Cree que respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcara en la hoja de respuestas un aspa (X) en el espacio correspondiente a la letra V (verdadero), si cree que es falsa casi siempre falsa, marcara un aspa (X) en el espacio correspondiente a la letra F (falso)

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otras falsas, marque la respuesta que corresponde a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. La fecha le recordara que tiene que pasar a otra línea de la hoja de respuestas.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. Sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta

NO escriba ni haga marca alguna en este cuadernillo

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente uno a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia peleamos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en la familia.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
11. Muchas veces da la impresión que en casa solo estamos “pasando el rato”.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.).
17. Frecuentemente vienes amistades a visitarnos a casa.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a otros.
23. En la casa a veces nos molestamos tanto, que a veces golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia estamos fuertemente unidos.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”.
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos, etc.
38. No creemos en el cielo o en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.
41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tiene poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.

49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surgen un problema.
55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.
56. Alguno de nosotros toca algún instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del colegio o del trabajo.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En la casa nos aseguramos que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantenernos en paz.
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros en defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tienen ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiere.
71. Realmente nos llevamos bien unos a otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. “Primero es el trabajo, luego es la diversión” es una norma en mi familia.
76. En mi casa ver televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la biblia es algo importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse.
81. En mi casa se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontaneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se pasa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en trabajo o en el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la física o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa la mesa generalmente se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.

HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL (FES)

APELLIDO Y NOMBRES:

EDAD:

SEXO: M () F () GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Nº DE HERMANOS

LUGAR QUE OCUPA

ESTADO

CIVIL:

LUGAR DE PROCEDENCIA

1	V	F	11	V	F	21	V	F	31	V	F	41	V	F	51	V	F	61	V	F	71	V	F	81	V	F
2	V	F	12	V	F	22	V	F	32	V	F	42	V	F	52	V	F	62	V	F	72	V	F	82	V	F
3	V	F	13	V	F	23	V	F	33	V	F	43	V	F	53	V	F	63	V	F	73	V	F	83	V	F
4	V	F	14	V	F	24	V	F	34	V	F	44	V	F	54	V	F	64	V	F	74	V	F	84	V	F
5	V	F	15	V	F	25	V	F	35	V	F	45	V	F	55	V	F	65	V	F	75	V	F	85	V	F
6	V	F	16	V	F	26	V	F	36	V	F	46	V	F	56	V	F	66	V	F	76	V	F	86	V	F
7	V	F	17	V	F	27	V	F	37	V	F	47	V	F	57	V	F	67	V	F	77	V	F	87	V	F
8	V	F	18	V	F	28	V	F	38	V	F	48	V	F	58	V	F	68	V	F	78	V	F	88	V	F
9	V	F	19	V	F	29	V	F	39	V	F	49	V	F	59	V	F	69	V	F	79	V	F	89	V	F
10	V	F	20	V	F	30	V	F	40	V	F	50	V	F	60	V	F	70	V	F	80	V	F	90	V	F

PERFIL ESCALA DE CLIMA SOCIAL

100					Muy buena
90					Muy buena
80					Muy buena
70					Muy buena
65					Buena
60					Tend. Buena
50					Media
40					Tend. Media
35					Mala
30					Muy mala
25					Muy mala
20					Muy mala

SUB ESCALAS

Relación

Desarrollo

Estabilidad

CATEGORIA