

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**Clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR**

**Róger Joaquín Angulo Salas**

**ASESOR**

**Giovani Martín Díaz Gervasi**

**Lima, Perú**

**2020**

Clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes  
oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades  
Neoplásicas

## **DEDICATORIA**

A mi madre por trasmitirme cada día la fe, por esta conmigo siempre en mis momentos difíciles y por su apoyo incondicional a lo largo de toda la carrera y en la culminación de este trabajo de investigación. Te agradezco por enseñarme el gran ejemplo de amor, sacrificio y servicio a los demás

A mi padre por siempre estar pendiente de mí y apoyarme constantemente en las decisiones que he tomado. Te agradezco por mostrarme el gran valor de la responsabilidad, enseñarme siempre una mirada optimista ante las dificultades y no dejarme vencer ante los problemas.

A mis hermanos Cynthia, Antonio e Israel por enseñarme cada uno en sus diferencias a ser mejor cada día y aprender de mis errores, los quiero mucho.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios, que me ha concedido culminar esta investigación, descubrir esta temática que he planteado y guiar constantemente mis pasos.

A los pacientes que amablemente colaboraron en este estudio y me han permitido conocer un poco más sobre la realidad que viven día a día

A la Mg. Giovanna Galarza por haber aceptado ser mi asesora en el INEN y por su apoyo constante en todo el tiempo que duró la aplicación de mi estudio, gracias por transmitirme tan invaluable conocimientos y contribuir a mi formación.

Al Mg. Giovanni Díaz por haberme apoyado desde el inicio de este estudio hasta la culminación del mismo, por impartirme sus conocimientos y por su seguimiento constante en todo el trabajo.

Al Lic. Yonathan Ortiz y al Dr. Yordanis Enríquez por haberme formado a lo largo de toda la carrera y haber despertado mi interés por la investigación.

A mis amigos del internado y compañeros cercanos que siempre me brindaron su apoyo y asistieron en los momentos que los necesite.

## RESUMEN

**Objetivo:** La presente investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. **Materiales y métodos:** La muestra estuvo conformada por 170 pacientes oncológicos de ambos sexos y mayores de 18 años. El tipo de estudio fue descriptivo – correlacional y el diseño no experimental de corte transversal. Se empleó para la prueba de normalidad, la prueba estadística de Shapiro Will; para la variable numérica y variable categórica se utilizó Kruskal-Wallis; para el análisis de variables categóricas se empleó la prueba de Chi - cuadrado. Se emplearon los siguientes instrumentos: Escala de Clima Social Familiar (FES) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos (CAEPO). **Resultados:** La mayoría de la población evaluada se encontraron en el estadio II (40%) del cáncer, presentaron un clima social familiar promedio (71.18%) y alto (25.88%). En cuanto al afrontamiento, el 77.65% presentaron un afrontamiento al estrés preferentemente positivo y positivo. Además, se halló que existe relación significativa entre el clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos ( $p=0.02$ ). **Conclusiones:** Los pacientes que presentaron un clima social familiar alto reportaron un afrontamiento positivo. Desde una perspectiva biopsicosocial se debe tener en cuenta que un adecuado clima social familiar caracterizado por la libre expresión, interacción y apoyo emocional entre sus familiares podría propiciar un afrontamiento al estrés y adaptación de los pacientes a la condición oncológica en la que se encuentran.

**Palabras Clave:** relación familiar, estrategias de afrontamiento, estrés, cáncer (Fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** The objective of this research was to determine the relationship between family social climate and coping with stress in cancer patients of the National Institute of Neoplastic Diseases. **Materials and methods:** The sample consisted of 170 cancer patients of both sexes and over 18 years. The type of study was descriptive - correlational and the non-experimental cross-sectional design. The statistical test of Shapiro Will was used for the normality test; Kruskal-Wallis was used for the numerical variable and categorical variable; The Chi-square test was used to analyze categorical variables. The following instruments were used: Family Social Climate Scale (FES) and the Oncology Patients Stress Coping Questionnaire (CAEPO). **Results:** The majority of the population evaluated were in stage II (40%) of cancer, presented an average family climate (71.18%) and high (25.88%). Regarding coping, 77.65% presented a positive and positive stress coping. In addition, it was found that there is a significant relationship between the family social climate and the types of coping with stress in cancer patients ( $p = 0.02$ ). **Conclusions:** Patients who presented a high family social climate reported positive coping. From a biopsychosocial perspective, it should be taken into account that an adequate family social climate characterized by free expression, interaction and emotional support among their relatives could lead to coping with the stress and adaptation of patients to the oncological condition in which they find themselves.

**Keywords:** family relationship, coping strategies, stress, cancer (Source: DeCS).

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	v
<b>ÍNDICE</b>	vii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	xi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	xi
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general	14
1.2.2. Problemas específicos	14
1.3. Justificación del tema de la investigación	14
1.4. Objetivos de la investigación	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos Específicos	15
1.5. Hipótesis	15
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	17
2.1. Antecedentes del estudio	17
2.1.1. Internacionales	17
2.1.2. Nacionales	17
2.2. Bases Teóricas	19
2.2.1. CLIMA SOCIAL FAMILIAR	19

2.2.1.1. Clima Social Familiar. Definiciones	19
2.2.1.2. Modelos teóricos del clima social familiar	19
A) Modelo del funcionamiento familiar	19
B) Modelo del clima social familiar de Moos	20
2.2.1.3. Dimensiones del clima social familiar según Moss	20
A) Dimensión de relación	20
B) Dimensión de desarrollo	20
C) Dimensión de estabilidad	21
2.2.2. EL AFRONTAMIENTO	21
2.2.2.1. El afrontamiento hacia una definición	21
2.2.2.2. Estrategias de afrontamiento	21
A) La confrontación	22
B) El distanciamiento	22
C) El autocontrol	22
D) La Búsqueda de apoyo social	22
E) La aceptación de la responsabilidad	22
F) La huida – evitación	22
G) La planificación	22
H) La reevaluación positiva	22
2.2.2.3. Modelos teóricos de afrontamiento al cáncer	22
2.2.2.4. El afrontamiento de la enfermedad oncológica	23
2.2.2.5. El afrontamiento en la persona con cáncer	24
2.2.3. EL ESTRÉS	24

2.2.3.1. Definiciones de Estrés	24
2.2.3.2. Estrés y la enfermedad oncológica	25
2.2.4. Impacto del cáncer en la Familia	26
<b>CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>28</b>
3.1. Tipo de estudio y diseño de investigación	28
3.2. Población del estudio	28
3.2.1. Tamaño de la muestra	28
3.2.2. Selección del muestreo	29
3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión	29
3.3. Variables	29
3.3.1. Definición conceptual y operacional	29
3.3.2. Variables sociodemográficas	30
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos	30
3.4.1. Plan de recolección de datos	30
3.4.2. Instrumentos	31
3.5. Plan de análisis – Procesamiento de datos	32
3.6. Ventajas y limitaciones	32
3.7. Aspectos éticos	33
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN</b>	<b>52</b>
5.1. Discusión	52
5.2. Conclusiones	55

5.3. Recomendaciones	56
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Descripción de la muestra	34
Tabla 2: Asociación entre el Clima social familiar, Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos y factores sociodemográficos	36
Tabla 3: Asociación entre el Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, factores sociodemográficos y dimensiones del Clima social familiar	39
Tabla 4: Asociación de la dimensión Relación y los factores sociodemográficos	43
Tabla 5: Asociación de la dimensión Desarrollo y los factores sociodemográficos	46
Tabla 6: Asociación de la dimensión Estabilidad y los factores sociodemográficos	49

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer en el Perú forma un problema de salud pública que a medida que pasan los años impacta con más frecuencia a las mujeres. “La frecuencia de las enfermedades oncológicas en los países que se encuentran más desarrollados es casi un 40% el cual es mucho mayor que los países subdesarrollados” (Stjernsward, 1981, citado en Bayes, 1985, p. 13).

“Se calcula que el 15% de los fallecimientos que se generan en el mundo son debidas al cáncer, y que estos registros cada año aumentan” (Buseta & Bueno, 1996; Benet, 1992; Albornos & Peña, 1990; Cairns, 1979, citados en Bravo, 2001, p. 36).

Debido a esta realidad que presentan los pacientes o personas que afrontan las diferentes enfermedades crónicas, más allá del aspecto físico, generan cuadros de tipo afectivo emocional que pueden influir en la agudización de esta enfermedad e incrementar las consecuencias a nivel biopsicosocial, estos cuadros de tipo afectivo están relacionados a la percepción de la enfermedad que tiene la persona con cáncer de cualquier tipo, al riguroso y en muchos casos dolorosos tratamientos médicos, asimismo el estrés se hace presente como factor asociado a dicha percepción dado que el paciente oncológico también está expuesto a diversos cambios en su vida personal tales como cambios individuales, familiares, laborales y sociales, existiendo una importante dificultad para soportar esta enfermedad por lo que los modos de afrontamiento tienen un papel indispensable que influirá en la calidad de vida de los pacientes (Luna, 2016) . Sin embargo, muchos de ellos reaccionan mejor que otros 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 la familia; puesto que las personas que poseen una red de apoyo social solida son conscientes de que disponen de ayuda, para que cuando experimenten el factor estresante puedan manejarlo de una forma más equilibrada (Luna, 2016).

Por ende, en la presente investigación titulada “Clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas” tendrá como objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. El propósito de la investigación está orientado a brindar información para una posible elaboración de programas integrales de prevención y promoción de la salud que permitan manejar mejor el estrés tales como técnicas de relajación y técnicas de afrontamiento. Todo ello, como parte de la prevención y optimización de la salud mental, y la importancia del apoyo familiar para disminuir el estrés y mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer

De esta manera la presente investigación en el capítulo I planteamiento del problema, se explicarán la problemática en la que se centra el estudio; posteriormente en el capítulo II marco teórico, se muestra los antecedentes del estudio, tanto nacionales como internacionales, y las bases teóricas que sustentan la investigación; más adelante el capítulo III materiales y métodos, se hablará de la población escogida, sus características, el método que se utilizara para la selección y los instrumentos que se emplearán; finalmente se colocarán las referencias bibliográficas respectivas respetando la contribución de los diferentes autores tomados para la realización del proyecto

## **CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

A lo largo de los años con el desarrollo de nuevas tecnologías medicas el cáncer sigue siendo una de las enfermedades crónicas no transmisibles de alta prevalencia y generadora de gran malestar psicoafectivo, asimismo además de estar relacionado con la idea de muerte se concibe como una enfermedad maligna y que causa gran dolor, y que a medida que pasa el tiempo va generando un deterioro en el individuo, ocasionando que las capacidades se vean limitadas hasta llegar a una muerte lenta y consciente (Bárez, 2002). En América latina el cáncer se encuentra ubicado en el tercer lugar como causa de mortandad y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció en los siguientes datos estadísticos, entre los períodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100.000 mujeres (INEN, 2013).

Las características que presenta el cáncer y el difícil pronóstico, regularmente relacionada a la malignidad y sufrimiento, hacen que los pacientes y las familias vivan una verdadera crisis que puede desorganizarlas y afectar el ritmo de vida que tenían. La respuesta que la familia puede dar frente a esta problemática dependerá de la estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas de afrontamiento a eventos importantes y una serie de creencias, tradiciones y mitos que se desarrollan y establecen alrededor de la enfermedad que les ha tocado enfrentar (Díaz & Yaringaño, 2010).

En un momento de la historia en el que el tema del estrés y el afrontamiento del mismo, es de interés primario, el cáncer se ha transformado en un estresor más, que requiere el estudio de aquellas estrategias adecuadas para hacerle frente. Dicho esto, el estrés se puede definir como un proceso de esfuerzo por el cual el organismo intenta mantener el equilibrio psicobiológico (homeostasis) en circunstancias determinadas de amenaza. Ante la situación de estrés se producen una serie de respuestas a tres niveles: fisiológico (respuestas neuroendocrinas y del sistema nervioso), psicológico (respuestas emocionales) y conductuales, donde se localizan las estrategias de afrontamiento o coping (Jorques, 2015). Los autores Lazarus y Folkman (1984) definen los modos de afrontamiento como la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales (constantemente cambiantes), para manejar las demandas específicas internas o externas, que son evaluadas por la persona como desbordantes de sus recursos.

Debido a esto se puede decir que el paciente oncológico enfrenta muchos y diversos problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya dificultad va en crecimiento con el pasar del tiempo y están estrechamente vinculados a los distintos estadios de la enfermedad y las intervenciones terapéuticas (Olín y Madrigal, 2016). Pero esto no significa que no haya una esperanza para estos pacientes que sufren día a día esta enfermedad porque la familia en este punto de la vida se convierte en un agente de soporte (o no) que influye en la adaptación, tal y como parecía serlo frente a otros estresores o eventos amenazantes, ya que como algunos autores González y Pereda (2009) definen al clima social familiar como la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducida en algo que proporciona emoción. A su vez el clima se mejora en la medida en que se establecen relaciones entre dos personas; debido a esto se cree que estas aportaciones personales serán decisivas en la vida del paciente que padece de esta enfermedad

En la actualidad González (2004) refiere que al campo del estrés y su relación con el cáncer le resulta necesario indagar más sobre las estrategias de afrontamiento y el clima social familiar en el momento en que el sujeto intenta responder a su situación de enfermedad, ya que la adecuada relación entre estos factores permitirá un

afrontamiento eficaz. Considerando lo anteriormente mencionado en esta investigación se busca determinar la relación que existe entre clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Qué relación existe entre clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál será el clima social familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cuáles serán las dimensiones del clima social familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cuáles serán los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cuál es la relación entre clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cuál es la relación entre las dimensiones del clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cuál es la relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

## **1.3. Justificación del tema de la Investigación**

La presente investigación contribuyó a ampliar el conocimiento científico de las variables clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, considerando que estas variables no han sido estudiadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por lo cual los resultados pudieron aportar una visión más amplia de la condición de los pacientes en la institución, debido a que es un instituto especializado en el cáncer con una atención multidisciplinaria centrada en la atención de este tipo de pacientes. Además, éste estudio toma en cuenta variables sociodemográficas que se mencionaron en investigaciones previas y que no han sido consideradas las cuales sugieren que serían de gran importancia indagar.

Asimismo, el estudio se orientó a establecer la relación entre el clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, ya que al ser comprobadas las hipótesis planteadas se pudo determinar que la relación entre los familiares tiene una gran importancia emocional en la vida del paciente, dado que su involucramiento proporcionaría bienestar y equilibrio emocional a los familiares que se encuentran atravesando esta enfermedad pudiéndose así lograr la recuperación o el mantenimiento de su salud y esto permitirá darnos a conocer cuán importante es el clima social familiar en el que el paciente con cáncer se encuentra involucrado.

A partir de los resultados del estudio se podrán proponer estrategias de intervención psicológica que permitan reforzar el clima social familiar y el afrontamiento al estrés en

pacientes oncológicos, tales como talleres de afrontamiento y/o técnicas de relajación. Así mismo el estudio también permitirá que se propongan algunos talleres o programas integrales de prevención y promoción de salud, como charlas de sensibilización a los familiares y/o cuidadores de los pacientes oncológicos para informar de la importancia e influencia de los pacientes con cáncer, de igual manera se incentivará el trabajo multidisciplinario (médico oncólogo, psicólogo, enfermera, nutricionista, asistente social, personal de salud), ayudando a que estos pacientes puedan mejorar sus estrategias de afrontamiento.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

##### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el clima social familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- Identificar las dimensiones del clima social familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- Identificar los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- Determinar la relación entre el clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- Determinar la relación entre las dimensiones del clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- Determinar la relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

#### **1.5. Hipótesis**

##### **Hipótesis general:**

**H1:** Existe relación entre el clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**H0:** No relación entre el clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

##### **Hipótesis específicas:**

**HE1:** Existe relación entre el clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**HE0:** No existe relación entre el clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**HE2:** Existe relación entre las dimensiones del clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**HE0:** No existe relación entre las dimensiones del clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**HE3:** Existe relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**HE0:** No existe relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

## **CAPITULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes del estudio**

#### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

En el ámbito internacional Rojas, Montalvo & Díaz (2018) realizaron un estudio “Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos”, cuya muestra por 230 cuidadores principales familiares de pacientes que había sido sometidos a procedimientos cardiovasivos. En los resultados se encontró que la edad de los cuidadores fue de 40.8 años y el 90.3% fueron hombres, en relación a puntaje global los cuidadores principales presentaron una baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación. Conclusiones, los cuidadores presentaron una baja capacidad de afrontamiento lo que les impide entender el estrés al que viven sometidos, reaccionar de un adecuada formar a los estímulos focales, facilitar la recuperación y rehabilitación de la enfermedad.

De igual manera Gómez & Lagoueyte, (2012) realizaron una investigación en el área metropolitana del Valle de Aburrá (Colombia), entre agosto de 2007 y mayo de 2009, sobre “Comprender el apoyo social como estrategia de afrontamiento en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix”, cuya muestra fueron 14 mujeres entrevistadas con diagnóstico y tratamiento de cáncer de cérvix que se contactaron por intermedio de instituciones encargadas de brindar el tratamiento; el cual tuvo como resultado que el apoyo social, brindado por personal de salud, familia, vecinos y amigos, emergiera como una estrategia de afrontamiento importante durante la trayectoria de la enfermedad concluyendo ellos que la información dada por el personal de salud es vital para los enfermos si esta se da de una manera clara y precisa, a la vez toman en cuenta que el personal de enfermería debe ofrecer un cuidado humanitario en el que se consideren las peculiaridades individuales y así también debe incluir a la familia en los planes de cuidado e involucrarla en la educación que se da al paciente, como uno de los pilares en el afrontamiento del cáncer de cérvix.

Finalmente Jorques (2015) en su investigación realizada en Valencia, España, titulado “Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de Mama”, tuvo como muestras a 150 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, de diferentes estadios del cáncer. El tipo de estudio fue descriptivo – correlacional, de corte transversal. Para medir las variables principales se utilizó los instrumentos: Cuestionario de afrontamiento Ways of Coping (WCS), Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), Inventario multidimensional de afrontamiento (COPE), Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) y un formulario epidemiológico. Los principales resultados la media de edad es de 56.26 años (DT 10.52), la paciente más joven del grupo tiene 29 años y la más mayor 79 años. Las pacientes del grupo estarían en un 45.7% en el estadio I de la enfermedad, el 52% en un estadio II y el 2.3% en un estadio III de la enfermedad. Entre las principales conclusiones se encuentra que las estrategias de afrontamiento en las primeras fases de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento utilizadas son la que habitualmente tenían las pacientes ante situaciones vitales estresantes y no las propias de la enfermedad. Las pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama utilizan más las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

#### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

En el ámbito nacional Luna (2016) realizo un estudio sobre “Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media”, cuya muestra estuvo conformada por 120 pacientes oncológicos de ambos sexos, entre las edades de 20 a 65 años, todos con diagnóstico de cáncer de cualquier

tipo y distintos estadios; para el estudio se utilizó la Escala de Clima Social Familiar (FES) y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos (CAEPO); los resultados de esta investigación evidenciaron que existe relación significativa entre el clima social familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, en dicha investigación se pudo observar que los pacientes oncológicos presentaron un afrontamiento al estrés preferentemente positivo. De igual manera, se apreció que existió una correlación significativa de los varones los cuales presentaron una tendencia buena del clima social familiar con un afrontamiento al estrés preferentemente positivo, en comparación con las mujeres que no evidenciaron asociación estadística significativa. De igual manera se halló que los pacientes de edad adulta temprana presentaron una correlación estadística significativa evidenciando un clima familiar tendencia buena con un afrontamiento al estrés preferentemente positivo el cual en comparación con los pacientes de edad adulta media que no presentaron relación significativa.

En tanto, Díaz (2010) realizó una investigación sobre “Clima Familiar y Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos”, cuya muestra estuvo conformada por 287 sujetos (hombres y mujeres), con promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior; para el estudio se utilizó la Escala de Clima Social Familiar – FES de Moos (1982) y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004); los resultados de esta investigación mencionan que el dedicarse al cuidado del paciente oncológico como consecuencia ocasiona una disminución de las actividades sociales, esto genera que la dimensión Desarrollo del clima social familiar se vea afectada de manera importante. Por otra parte, las estrategias activas cognitivas de reinterpretación positiva son mayormente usadas por las mujeres, además las pacientes que padecen de cáncer de mama, utilizan estrategias positivas de afrontamiento al estrés en comparación con otros tipos de cáncer, además los pacientes que presentan un grado de incertidumbre en relación al curso y futuro de su enfermedad son los que presentan cáncer de tiroides, linfoma No Hodking y próstata.

Por su parte, Mamani (2008) en su investigación sobre “Funcionamiento Familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes con Cáncer de Mama”, cuya muestra fueron 130 pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con edades que fluctúan entre 30 a 83 años que fueron evaluados después de las 72 horas de la intervención quirúrgica y antes de las 120 horas, la muestra fue de tipo de probabilística; el método de muestreo es de sujeto tipo, captadas en el servicio de Oncología, Ginecología y Mamaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Al analizar los resultados indica la prueba Ji cuadrada de independencia son estadísticamente significativas ( $P = 0,02 < \alpha = 0,05$ ). Es decir que existen asociaciones estadísticas entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama. Asimismo, el afrontamiento Negativo/Preferentemente negativo lo representa 13(21,3%) pacientes, las cuales indican un pronóstico desfavorable de inadaptación a la enfermedad. De la investigación se concluyó, que existen asociaciones estadísticamente significativas en un nivel moderado entre la dimensión de adaptabilidad familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama que han sido intervenidas en cirugía radical.

En el entorno nacional, Paredes, (2005) en su estudio sobre “Afrontamiento y Soporte Social en un grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal”, tuvo como muestra final 40 sujetos mayores de 20 años de ambos sexos, que tuvieran el diagnóstico de IRCT y que participaran sola y exclusivamente en los tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal; el tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico accidental. Para medir las variables principales se utilizaron dos cuestionarios: Cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE) y el Inventario de Entrevista de

Soporte Social de Arizona (IESSA), además de una encuesta personal. Los resultados obtenidos en el estudio identificaron la presencia de asociaciones moderadas entre las variables principales, las cuales involucran a otros estilos de afrontamiento y a las estrategias que tienen un carácter positivo, asimismo se aprecia que a mayor interacción íntima con los miembros del grupo de apoyo, mayor uso de estrategias de planificación y una disminución en el uso de la estrategia desentendimiento conductual. Entre las conclusiones más importantes tenemos que las estrategias de planificación, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento y acudir a la religión fueron las estrategias que tuvieron mayor uso entre los pacientes, de igual manera las personas expresaron sentirse satisfechos con las funciones de interacción íntima, consejo e información y ayuda material

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. CLIMA SOCIAL FAMILIAR**

#### **2.2.1.1. Clima social familiar. Definiciones**

Las definiciones de clima social familiar que se han tomado para la investigación son las siguientes:

Trickett (1989), manifiesta que el clima social familiar es la suma de las aportaciones propias de cada miembro de la familia, dichas aportaciones son de vital importancia en el desenvolvimiento de distintas capacidades como entablar relaciones independientes y solucionar diversos conflictos de manera adecuada. Por otro lado, Kemper (2000) describe al clima social familiar como el conjunto de características psicosociales e institucionales de un determinado grupo de personas, sobre un ambiente que se desarrolla en forma dinámica, donde se evidencian aspectos de comunicación e interacción favoreciendo el desarrollo personal.

Asimismo, Moos (1974), valora al clima social familiar como la evaluación de las características socio ambiental que presenta la familia, la cual es explicada en base a las relaciones interpersonales de los individuos que conforman la familia, así como también de los aspectos de crecimiento y su organización básica. Para dicha investigación, será tomado el concepto elaborado por Moos (1974).

#### **2.2.1.2. Modelos teóricos del clima social familiar**

Para explicar la influencia del clima social familiar en el plano intrapersonal e interpersonal del individuo, se mostrarán los dos modelos teóricos.

##### **A) Modelo del funcionamiento familiar**

Atri y Cohen (1987) toman en cuenta el modelo como un marco de referencia teórico que está basado en el enfoque sistémico, en el cual la familia se conceptualiza como un sistema abierto, compuesto de sistemas como los padres y hermanos, además relacionados con otros, como la escuela, trabajo y más.

Por otro lado, Epstein (2001) destaca que para la completa evaluación de una familia se requiere identificar seis áreas de funcionamiento: el área de resolución de problemas, que consiste en elegir la mejor opción para enfrentar una situación de conflicto. El área de comunicación, es decir el intercambio de información dentro de una familia, donde se identifica cuatro estilos; clara y directa, clara e indirecta, confusa-directa y confusa e indirecta. El área de roles, que se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones. El área de involucramiento afectivo, que es el grado en que la familia muestra interés y valora las actividades de cada miembro de la familia. El área de respuestas afectivas, que es la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en cantidad como en calidad; y por último el área de control de la conducta, que

se refiere a los patrones que adopta la familia para manejar el comportamiento en situaciones que impliquen peligro, donde expresan necesidades psicológicas, biológicas e instintivas; donde esté implicada la socialización de los miembros de la familia, dentro y fuera del sistema familiar.

Conforme al modelo, el tipo de familia más adecuado es aquel que promueve y maneja las seis áreas de funcionamiento de manera óptima, mientras que el tipo de familia inadecuada, es aquel que en cualquiera de las áreas mencionadas se promuevan síntomas negativos, trayendo como consecuencia un deterioro en el clima social familiar.

## **B) Modelo del clima social familiar de Moos**

En el modelo se destaca la medición y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros, en la dirección de crecimiento personal dentro de la familia y la organización estructural de la misma.

Moos (1974) define al clima social familiar como un determinante decisivo en el bienestar del individuo, tomando en cuenta que el rol del clima social familiar es fundamental como formador del comportamiento humano, puesto que el contempla una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas; las que influirán en gran medida sobre el desarrollo del individuo.

Es por ello que producto del modelo se elaboró una escala para medir el clima social familiar propuesta por Moos, compuesta por tres dimensiones; relación, desarrollo y estabilidad.

### **2.2.1.3. Dimensiones del clima social familiar según Moss**

El clima social familiar está conformado por tres dimensiones o atributos afectivos que el autor toma en cuenta para evaluar: dimensión de relación, dimensión de desarrollo personal y dimensión de estabilidad.

#### **A) Dimensión de relación**

Esta dimensión evalúa tanto el grado de comunicación como libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción que la caracteriza. La cual se encuentra conformada por las sub escalas: cohesión, la cual es definida como el grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí; y la expresividad, que se refiere al grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos y conflicto, que está descrita como el nivel en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia. (Moos, 1974)

#### **B) Dimensión de desarrollo**

Según el autor, esta dimensión evalúa el grado de importancia que tienen ciertos procesos dentro de la familia tales como la independencia y la competitividad, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Está constituida por cinco sub escalas: la autonomía o grado en que los individuos que conforma la familia están seguros de sí mismos y deciden de manera individual; la actuación, denominando al grado en que las actividades (escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competencia; la orientación cultural, intelectual o grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales; social-recreativo, que mide el grado de participación en el tipo de actividades; y finalmente la moralidad y religiosidad, definida por la importancia que se da en el ámbito familiar a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

#### **C) Dimensión de estabilidad**

Kemper (2000, citado por Zavala, 2001) señala a esta dimensión, como aquella que brinda información sobre la estructura y organización de la familia sobre el grado de control que unos miembros ejercen sobre otros. Está conformada por dos sub escalas:

La primera es la de organización, que evalúa el valor que se da a la asignación y organización al planificar las actividades y responsabilidades de la familia y la segunda es la de control de la vida familiar se ajusta a reglas y procedimientos estipulados

Para el desarrollo de la investigación, se asumió el modelo teórico del clima social familiar de Moos con sus respectivas dimensiones; pues según el criterio de las investigaciones considera a la familia como un aspecto fundamental en el desarrollo de los hijos, más no determinante, debido a que confluyen múltiples factores de índole económico, social y cultural que rodean al contexto familiar.

## **2.2.2. EL AFRONTAMIENTO**

### **2.2.2.1. El afrontamiento hacia una definición**

A continuación, se mencionarán a algunos autores que ha intenta definir el afrontamiento desde distintas perspectivas:

Se conceptualiza al afrontamiento como un proceso con determinaciones múltiples, que incluye tanto aspectos situacionales como predisposiciones personales (Carver y Scheider, 1994; Folkman y Moskowitz, 2003; Labrador, 1992; Labrador y Crespo, 1993; Pelechano et al., 1993; Sandín, 1995). Son muchas las situaciones estresantes y muchas las formas de afrontarlas. Ante fuentes similares de estrés, unas personas se ponen en alerta y vigilantes, mientras que otras intentan negar la situación, distraerse y olvidar, o por el contrario actúan de forma directa y activa para cambiar la situación, o tratan de aceptarla con resignación. Lazarus (2000) menciona que el afrontamiento que tenga la persona depende de la situación a la que se enfrenta y de la persona que se trate, debido a ellos el afrontamiento debe ser flexible y adaptable a las necesidades del contexto y por otro lado la persona tiene que lograr ajustarse a la nueva situación

Lazarus y Folkman (1984) mencionan que él afrontamiento es un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que regulan la experiencia de estrés y que tienen como objetivo disminuir la respuesta fisiológica y emocional del mismo. Es un conjunto de acciones encubiertas o manifiestas que el individuo utiliza para contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio roto en la transacción persona-ambiente. Son los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés.

Brannon y Feist (2001) explica tres aspectos a tomar en cuenta, primero, se trata de un proceso que cambia dependiendo de si el sujeto ha vivenciado resultados exitosos o no cuando se enfrentó a una situación estresante; segundo, no sólo es una respuesta automática o fisiológica, sino también aprendida por la experiencia; y tercero, requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis o adaptarse a la situación.

### **2.2.2.2. Estrategias de afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1986) señalan varias estrategias de afrontamiento como fundamentales. Dichas estrategias serían: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de la responsabilidad, Huida - evitación, Planificación y Reevaluación positiva.

#### **A) La confrontación**

Esfuerzos agresivos para cambiar la situación, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.

#### **B) El distanciamiento**

Esfuerzo para alejarse del problema, tratar de olvidar, no querer hablar de él o actuar ignorándolo.

#### **C) El autocontrol**

Esfuerzo para autorregular los propios sentimientos y acciones.

#### **D) La Búsqueda de apoyo social**

Acciones para buscar apoyo y comprensión, busca consejos e información.

#### **E) La aceptación de la responsabilidad**

Reconocimiento por el sujeto del problema e intentos para solucionarlo.

#### **F) La huida – evitación**

Esfuerzo y conducta dirigida a evadirse de la situación (dormir, comer, beber, etc.).

#### **G) La planificación**

Esfuerzo dirigido a cambiar la situación, acercándose de forma analítica a la solución del problema.

#### **H) La reevaluación positiva**

Se define con el esfuerzo para encontrar un sentido positivo a la situación o al contexto en el que está viviendo, concentrándose en el desarrollo personal. Las respuestas de afrontamiento que ponga en práctica una persona en su relación con la situación dependerán de lo que se ha mencionado anteriormente, del proceso de evaluación cognitiva pero también de otras variables personales (valores, creencias, habilidades sociales, etc.), y ambientales (presión y apoyo social disponibles, etc.).

### **2.2.2.3. Modelos teóricos de afrontamiento al cáncer**

Para dicha investigación se proponen algunos modelos teóricos dado que sería muy amplia las teorías y estudios dentro del ámbito de la Psicología de la Salud sobre la enfermedad física y la enfermedad oncológica, y específicamente a aquellas referidas al cáncer

#### **Teoría de la Adaptación Cognitiva de Taylor (1983)**

La autora crea un modelo de adaptación cognitiva a las situaciones amenazantes y parte de una investigación realizada con mujeres que padecen cáncer de mama (Taylor, Lichtman y Word, 1984)

La autora resalta los esfuerzos de readaptación que las personas realizan en relación a un conjunto de ideas o creencias, que pueden concordar o no con la realidad. Los tres procesos cognitivos básicos para la adaptación son los siguientes: La búsqueda de significado de la situación amenazante y de la nueva, el intento por recuperar el control, y el esfuerzo por no perder la

autoestima. En relación a dichos puntos Taylor menciona varias afirmaciones (Ferrero, 1993):

- ✓ El control que se percibe no necesariamente debe concordar con el control real, es decir que a mayor sensación que experimenta el sujeto del control, mayor adaptación
- ✓ Reevaluar positivamente la situación favorece el proceso adaptativo
- ✓ Comparar pacientes que se encuentran en situaciones similares o en condiciones deficientes ayuda a conservar la autoestima.

Cuando la persona sufre un suceso importante y traumático se objeta tres ilusiones positivas que se encuentran vigentes en todo ser humano: la percepción exagerada de control, el optimismo real y el autoensalzamiento (motivación de la persona para mantener evaluaciones positivas); que está relacionado con el logro de un buen ajuste a la situación.

### **Teoría del Ajuste Psicológico al Cáncer de Greer y cols. (1979,1989)**

En el modelo desarrollado por Greer y cols. (1989) explican las reacciones que se generan a partir del diagnóstico del cáncer, donde ellos mencionan:

Que el modelo se forma a partir de un proceso psicológico que el paciente va desplegando en función a la evaluación del diagnóstico del cáncer como una amenaza para su vida, generando en consecuencia reacciones emocionales y conductuales para lograr alcanzar el equilibrio ante la enfermedad. A partir de la valoración que el individuo conciba sobre su diagnóstico, de los recursos que disponga y de su percepción sobre el control de la situación, el sujeto podrá generar diferentes estrategias de afrontamiento, que podrán cambiar o mantenerse a lo largo de las diferentes fases del proceso de la enfermedad. Dichos autores aclaran que, frente al diagnóstico, el sujeto valora y tiene que responder a tres interrogantes:

1. ¿Hasta qué grado mi diagnóstico es una amenaza?
2. ¿Qué puedo trabajar? ¿Puedo tener algún control?
3. ¿Cuál es el pronóstico y hasta qué grado es seguro?

Estas interrogantes que conforman la “triada cognitiva del cáncer” muestran la visión del sujeto sobre su diagnóstico, el control que los pacientes perciben y su pronóstico; estos aspectos conforman el “esquema cognitivo de supervivencia” al asimilar la información importante asociada con la enfermedad.

#### **2.2.2.4. El afrontamiento de la enfermedad oncológica**

Aunque existen diversas cantidades de tratamientos médicos para el diagnóstico del cáncer, así como también una gran variedad de individuos que presenta sus rasgos de personalidad, características sociales y demográficas; se encontrar características comunes de la experiencia estresante de los diagnósticos. Asimismo, los factores psicosociales preparan al sujeto para que se habitúe y se ajuste emocionalmente a los requerimientos de la enfermedad y su evolución en el proceso constante de cambio. A partir de los años ochenta se ha incrementado notablemente las investigaciones dedicadas a conocer el efecto del cáncer en la adaptación psicosocial, localizando en el individuo rasgos de morbilidad relacionados con su diagnóstico e intervención como son la ansiedad, baja autoestima y depresión (Jorques, 2015). La mayoría de autores ha presenta mayor atención a cómo influye los factores psicosociales durante el proceso de toda la enfermedad, encontrado relación entre el desarrollo del cáncer y los acontecimientos importantes estresante, la expresión de las reacciones emocionales negativas, el apoyo social y sentimiento de

desesperanza (Mulder, Pompe, Spiegel, Antoni y Cols, 1992). La aparición de estos agentes en conjunto con las variables físicas genera una gran diferencia en el ajuste de la enfermedad oncológica en los pacientes, dándose una mayor importancia a las estrategias de afrontamiento. Cuanto más grande y diverso sea el repertorio de las estrategias de afrontamiento del paciente existirá mayor facilidad de adaptación y de manera satisfactoria a los diferentes desafíos que propone el cáncer.

#### **2.2.2.5. El afrontamiento en la persona con cáncer**

Moos, (1988) & Schaefer, (1984/1993) Moos, (1988) & Schaefer, (1984/1993) plantean un modelo donde se trabaja dos realidades vitales que son la valoración y afrontamiento en sucesos en que la enfermedad física grave, genera un desequilibrio vital para el individuo; asimismo comprenden que el desarrollo del afrontamiento inicia con una valoración cognitiva que da significado a la enfermedad que define las actividades de adaptación y/o los objetivos que deberá alcanzar a través del uso de las habilidades de afrontamiento(González, 2004).

### **2.2.3. EL ESTRÉS**

#### **2.2.3.1. Definiciones de Estrés**

El estrés constituye una de las experiencias más importantes y comunes, sin embargo, es un término difícil de definir. Es un concepto complejo, extremadamente vigente e interesante, del cual no existe un mutuo acuerdo en su definición. Son muchas las menciones que hoy en día se hacen al término y a sus consecuencias sobre la conducta del individuo, y así mismo son muchos los autores que lo definen y lo intentan cuantificar.

Y empieza desde que Selye (1973), introduce el concepto de estrés en el ámbito de la salud, para el autor era la causa común de muchas enfermedades el término ha sido muy utilizado tanto por los profesionales de ciencias de la salud como de otros ámbitos, así como también en el lenguaje coloquial. Aunque Hans Selye propuso el concepto de estrés en el campo de la salud, los primeros inicios de estos términos tienen como antecedente el concepto de equilibrio corporal, el cual ha sido propuesto por Claude Bernard (1959) como fundamento para la permanencia de una vida sana y la noción de homeostasis o equilibrio, para determinar la vuelta constante al estado ideal de equilibrio de un organismo luego de verse afectado por las demandas del medio. Por lo tanto, en el contexto el estrés se entiende como un estímulo que requiere un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986) definen el concepto de estrés refiriéndose a las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero, además se tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

Más adelante, el autor nos aporta un nuevo concepto, el afrontamiento del estrés. Lo que plantea Lazarus es que, ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p.164). Estos mecanismos de afrontamiento, a la vez que sirven para manejar el problema en sí, son fundamentales para regular las respuestas emocionales que pueden presentarse ante circunstancias estresantes.

Sin embargo, aún existe una gran discusión sobre su definición. Las distintas definiciones se han clasificado en función de la conceptualización del estrés como

estímulo, respuesta, percepción o transacción. En general, el estrés ha sido conceptualizado de tres maneras: Estímulos generadores de estrés, el estrés como respuesta, el estrés como una relación o interactivo (Lazarus y Folkman, 1986)

**Como un estímulo:** Se entiende que son los estímulos los que generan el estrés y dichos estímulos se denomina “estresores” o “estímulos estresantes” en tanto sean capaces de ocasionar el estrés

**Como una respuesta:** Se entiende como las respuestas que los sujetos dan ante estos estímulos, respuestas que determina la fuerza y el significado de las situaciones estimulares

**Como una relación:** Se considera que el sujeto no es un simple elemento pasivo que sufre estas condiciones extremas, sino un agente activo que establece una relación con el entorno dependiente de los estímulos y de las propias características del sujeto. De esta manera la respuesta que dé la persona y sus consecuencias adaptativas dependerá lógicamente de factores del entorno, pero también de las características de la persona y de la naturaleza de la relación entre ambos

### 2.2.3.2. Estrés y la enfermedad oncológica

Los efectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad pueden resultar estresantes para las personas con cáncer. Los que tratan de controlar el estrés adoptando comportamientos peligrosos, como fumar o tomar alcohol, o quienes se vuelven más sedentarios pueden tener una peor calidad de vida después del tratamiento del cáncer. Por el contrario, se ha comprobado que las personas que usan estrategias eficaces de superación para manejar el estrés, tales como técnicas de relajación y de manejo del estrés, tienen grados más bajos de depresión, de ansiedad y de síntomas relacionados con el cáncer y su tratamiento. No obstante, no hay prueba de que un control exitoso del estrés psicológico mejore la supervivencia al cáncer (National Cancer Institute, 2016).

Sin embargo la evidencia de estudios experimentales sí indican que el estrés psicológico puede influir en la capacidad que tiene un tumor para crecer y extenderse. Por ejemplo, algunos estudios han manifestado que cuando los ratones portadores de tumores humanos estaban confinados o aislados de otros ratones, situaciones que aumentan el estrés, sus tumores tenían más probabilidad de crecer y de extenderse (tener metástasis). En un conjunto de experimentos, los tumores trasplantados a tejidos adiposos mamarios de ratones tuvieron índices mucho mayores de diseminación a los pulmones y a los ganglios linfáticos si los ratones estaban estresados crónicamente que si no lo estaban. Estudios en células cancerosas de ratones y de seres humanos cultivadas en el laboratorio han encontrado que la hormona de estrés norepinefrina, la cual es parte del sistema de reacción de combate o de escape que tiene el cuerpo, puede promover la angiogénesis y la metástasis (Moreno, 2010).

En otro estudio, a las mujeres con cáncer de seno (mama) triple negativo que habían sido tratadas con quimioterapia neoadyuvante se les preguntó sobre su uso de bloqueadores beta, los cuales son medicamentos que interfieren con determinadas hormonas de estrés, antes y durante la quimioterapia. Las mujeres que dijeron usar bloqueadores beta tuvieron una mejor posibilidad de sobrevivir a su tratamiento de cáncer sin una recidiva (regreso del cáncer) que las mujeres que no reportaron el uso de bloqueadores beta. No obstante, no hubo diferencia entre los grupos en cuanto a la supervivencia general (Melhem, 2011).

Aunque todavía no existe evidencia concisa de que el estrés afecta directamente los resultados del cáncer, algunos resultados indican que los pacientes

pueden presentar una sensación de impotencia o de desesperación cuando el estrés se vuelve abrumador. Esta respuesta se asocia con índices más altos de mortalidad, aunque el mecanismo para que esto ocurra no está claro. Puede ser que las personas que se sienten impotentes o sin esperanza no busquen un tratamiento cuando se enferman, que se den por vencidas antes de tiempo o que no sigan una terapia posiblemente útil, que adopten comportamientos riesgosos como el consumo de drogas o que no mantengan un estilo de vida saludable, lo cual resulta en una muerte prematura (National Cancer Institute, 2016).

#### **2.2.4. Impacto del cáncer en la Familia**

La enfermedad de cáncer, al igual que muchas enfermedades crónicas, generan un impacto negativo en la familia. Dicho impacto implica a su vez una gran cantidad de demandas y cambios en la estructura familiar, las cuales dependerán de lo severo que resulte el diagnóstico, el grado de incapacidad que implique, el tipo de tratamiento que vaya a efectuarse, la percepción que se tenga de la deformación que comporta y el pronóstico de vida que se espere (Cabrera y Ferraz, 2011).

A pesar de tener conocimiento de la fuerza que el impacto supone, lo real es que existe cierto desconocimiento en cuanto a los ajustes que se dan dentro de los sistemas familiares como consecuencia a las demandas impuestas por esta enfermedad, al menos a nivel social. En general, se sabe que el cáncer implica una serie de tratamientos continuos, efectos secundarios y diversos cambios en la vida cotidiana, pero no se ahonda en cómo afecta a la dinámica familiar. La dinámica familiar hace referencia al sistema de intercambio que se da en las interacciones de la familia, es decir, en los roles, límites, reglas, niveles de poder y autonomía de sus miembros. Los cambios que se dan en la dinámica de la familia se intuyen, pero no suelen expresarse, y si se expresan suele ser cuando la familia ha claudicado.

Cada miembro del sistema familiar se ve afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta diaria, así como en la percepción del sentido de la vida (Cabrera y Ferraz, 2011). Se da una necesidad constante de reajustes y adaptaciones a lo largo de la evolución de la enfermedad, siendo la propia enfermedad el motivo por el cual la familia pueda desintegrarse, al no sobrellevar los reajustes y las demandas necesarias, o la oportunidad para el fortalecimiento de la misma. La manera de afrontar el cáncer de cada miembro será diferente, y la implicación del riesgo de vida de su familiar será enfrentada de manera diferente también. Las reacciones más expresadas suelen incluir el dolor, la pena, la ira y el enfado, y la angustia. Todas ellas son emociones normales y esperables ante una situación de crisis, si bien en ocasiones se acentúan y pueden interferir en la capacidad de la familia de hacer frente al cáncer y continuar con su vida, indicando la necesidad de solicitar una intervención más específica. En dicho sentido, existe cierta creencia popular que relaciona las emociones negativas con el hecho de que el tamaño del tumor maligno pueda aumentar, y la sensación de que la persona diagnosticada de cáncer debe mantener el ánimo para evitar esto. Estas creencias que unen la actitud negativa y el crecimiento más rápido del tumor, pueden dificultar las reacciones habituales y naturales de los pacientes, y que éstos se sientan exigidos a mantener un ánimo positivo que no sienten. Estas exigencias pueden partir del resto de familiares, que ante su propio miedo a que la enfermedad se expanda, y en un intento de control de la misma, se aferran a tales creencias e instan a su familiar a estar motivado y alegre. En la cara opuesta de la moneda, el paciente puede llegar a sentir culpabilidad ante su familia por fracasar si el cáncer avanza sin haber conseguido un cambio hacia una actitud más positiva (Holland y Lewis, 2003).

Debido a ello se entiende que la repercusión del cáncer en la dinámica familiar es elevada cuando los miembros de la familia no consiguen readaptarse

adecuadamente a las demandas que la enfermedad trae consigo y no se asumen nuevos roles con el paso de las distintas fases. Cuando, por el contrario, la familia cumple con las nuevas funciones parcialmente, la repercusión es más moderada, o incluso leve (Cabrera y Ferraz, 2011).

El apoyo que la familia brinda al paciente con cáncer se considera indiscutible, ya que permite una mejor calidad de vida. Cuando la dinámica familiar antes del diagnóstico es buena, el equilibrio se suele restablecer con más facilidad a lo largo de la evolución de la enfermedad. Sin embargo, pueden darse situaciones familiares negativas que influyen en la calidad de vida de la persona enferma.

El apoyo social influye igualmente de manera notable en las situaciones de crisis familiar, siendo determinante en la superación de la situación estresante. Entendemos por apoyo social al conjunto de recursos humanos con los que cuenta tanto la persona enferma como su familia para hacer frente a la situación de enfermedad. Podríamos diferenciar dos tipos de apoyo social, siendo el primero el formado por la red social del paciente y la familia, como familia extensa, amigos compañeros, etc. y el segundo el formado por la red más asistencial, como equipo de salud, asociaciones de ayuda, etc.

## CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

### 3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

La investigación fue de tipo correlacional y el diseño de la investigación fue no experimental de tipo transversal. Hernández, Fernández y Baptista (2016), explica que un trabajo de investigación es correlacional cuando se agrupan definiciones o variables, permitiendo que se pueden cuantificar relacionándose entre sí, la finalidad de dichos estudios es conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. Además, los autores precisan el diseño no experimental como la investigación que se realiza sin modificar intencionalmente las variables, para observar su efecto sobre las otras variables, en la que se pueden ver fenómenos como los que se dan en un contexto natural; asimismo para los tipos de diseños de investigación transaccional o transversal se indican que los datos deben recolectarse en un momento determinado del tiempo.

### 3.2. Población del estudio

La población estuvo conformada por 305 pacientes oncológicos de ambos sexos, mayores de 18 años, con grado de instrucción primaria, en los cuatro estadios del cáncer, pertenecientes a las áreas de Ginecología y Urología en consulta externa

#### 3.2.1 Tamaño de la muestra

La muestra incluyó 170 pacientes oncológicos que se atendieron en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Para poder calcular una proporción próxima a 50%, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%, debemos tomar una muestra ajustada de 170 individuos, ya que estamos trabajando con poblaciones finitas y la fracción de muestreo es mayor del 5%

La descripción del tamaño de la muestra se presenta en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 P (1 - P)}{(N - 1)E^2 + Z^2 P (1 - P)}$$

Dónde:

Tamaño de la muestra (n) = 170

Total, de la población (N) = 305

Error máximo permitido (E) = 0.05

Margen de confiabilidad 95% (Z) = 1.96

Se desconoce p (proporción) y q (complemento de q), por ello en la formula se les asigna el valor de 0.05 a cada uno.

### **3.2.2 Selección del muestreo**

El tipo de muestreo que se usó fue no probabilístico de tipo intencional ya que la muestra se seleccionó según criterios de elegibilidad. El tipo de muestreo realiza una controlada elección de participantes teniendo en cuenta características específicas (Hernández, et.al, 2016).

### **3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión:**

Para el estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Pacientes oncológicos a partir de los 18 años
- Con estudios de educación primaria completos
- Capacidad de leer y firmar el consentimiento informado

#### **Criterio de exclusión:**

Para el estudio se consideró los criterios de exclusión para identificar a las personas que no participaran en esta investigación:

- Incapacitado para entender y firmar el consentimiento informado
- Que estén atravesando por algún problema de salud mental y/o físico al momento de la evaluación
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

## **3.3 Variables**

### **3.3.1 Definición conceptual y operacional**

#### **V1: Clima Social Familiar**

##### **Definición conceptual:**

Es la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducida en algo que proporciona emoción. A su vez el clima se mejora en la medida en que se establecen relaciones entre dos personas, se definen tres dimensiones fundamentales y cada una está constituida por elementos que las componen: relación, desarrollo y estabilidad (Gonzales y Pereda, 2006, p. 24).

##### **Definición operacional:**

Para dicha investigación se utilizó la variable Clima social familiar, la cual tiene una naturaleza cualitativa politómica ordinal que consta de 10 sub-dimensiones que definen tres dimensiones fundamentales: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad

En la dimensión relaciones encontramos 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-dimensiones: Cohesión, Expresividad y Conflicto. La dimensión 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-dimensiones de: Autonomía, Actuación, Intelectual - Cultural, Social - Recreativa y Moralidad – Religiosidad. Finalmente, la última dimensión 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 dimensiones: Organización y

Control. (Díaz y Yaringaño, 2010, p. 73). **(ANEXO N°1)**

## **V2: Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos**

### **Definición conceptual:**

Lazarus define el afrontamiento como el proceso por el cual un individuo se esfuerza cognitivamente y conductualmente para enfrentar una situación considerada estresante para después ejecutar una acción (Lazarus, 1991). Su función principal es reducir la tensión y devolver el equilibrio (la homeostasis general) al organismo. Así mismo, puede ser situacional o disposicional. En la modalidad situacional, se plantea que el afrontamiento es un proceso que cambia a través del tiempo y por las circunstancias, es decir es un proceso dinámico (Lazarus y Folkman, 1986)

### **Definición operacional:**

Para dicha investigación se utilizó la variable afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, la cual tiene una naturaleza cualitativa politómica ordinal que consta de 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, escala de autocontrol y de control emocional, escala de búsqueda de apoyo social, escala de ansiedad y preocupación ansiosa, escala de pasividad y resignación pasiva, escala de huida y distanciamiento, y la escala de negación. **(ANEXO N°2)**

### **3.3.2. Variables sociodemográficas:**

Respecto a las variables sociodemográficas se indagaron empleando una ficha que buscó tomar los datos sociodemográficos de los participantes **(ANEXO N°4)**, debido a que se debe acatar con todos los criterios de inclusión. A su vez, esto permitió tomar en cuenta factores asociadas al clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Estos datos son sexo, edad, nivel educativo, composición familiar, actividad laboral, estado civil, religión, lugar de procedencia, lugar de residencia, tiempo de diagnóstico y tipo de cáncer. Para ver dicha operacionalización. **(ANEXO N°3)**

## **3.4 Plan de recolección de datos e instrumentos**

### **3.4.1 Plan de recolección de datos**

1. Se envió una carta a las autoridades responsables del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, solicitando los permisos correspondientes para la participación de los pacientes oncológicos en consulta externa y el uso de sus instalaciones donde se aplicarán los instrumentos de evaluación.
2. Se coordinó con los responsables del instituto una fecha en la cual se permitió el desarrollo de la investigación, que consiste en evaluar el Clima social familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes oncológicos
3. Para la elección de la población a evaluar se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, se procedió a la selección de los pacientes oncológicos que se encontraban en consulta externa
4. Para continuar con el cronograma de trabajo de investigación, se visitó la institución para las aplicaciones de las pruebas. A continuación, se detallarán los pasos que se siguieron:
  - 4.1 Se tomó los últimos 4 dígitos de su DNI para garantizar la confiabilidad de

los pacientes y su número de historia clínica

4.2. Se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado.

4.3 Se entregó las fichas sociodemográficas

4.4 Se distribuyeron los cuestionarios, Escala de clima social familiar (FES) y el Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)

4.5 Recojo de ficha sociodemográfica y pruebas desarrolladas.

5. Luego se realizó la corrección manual de ambas pruebas evaluadas y se procedió a crear la base de datos con las puntuaciones que se obtendrán en cada uno de los pacientes en los cuestionarios, y por último se realizó el análisis estadístico correspondiente

### **3.4.2 Instrumentos:**

**Escala de clima social familiar (FES) (Moos, Moos Y Trickett 1987) (ANEXO N°5)**

#### **FICHA TÉCNICA**

**Nombre Original:** Escala de clima social en la familia (FES)

**Autores:** RH. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett

**Adaptación:** TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984

**Estandarización para Lima:** César Ruíz Alva y Eva Guerra Turín

**Administración:** Individual y colectiva

**Duración:** (20 minutos aproximadamente)

**Significación:** Evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en la familia.

**Tipificación:** Baremos para la forma individual o grupal, elaborado con muestras para Lima - Metropolitana

#### **Dimensiones y áreas:**

- Relaciones: cohesión, expresividad y conflictos.
- Desarrollo: autonomía, actuación, intelectual cultural y moralidad-religiosidad.
- Estabilidad: organización y control

#### **Confiabilidad**

Para la estandarización en Lima (Díaz, 2010) utiliza 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, la muestra usada para éste estudio fue 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. La muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias (Díaz, 2010, p. 73).

**Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)**

**(González, 2004) (ANEXO N°6)**

## **FICHA TÉCNICA**

**Autor:** María Teresa Gonzáles Martínez

**Procedencia - Año:** TEA Ediciones - 2004

**Versión:** Original en idioma castellano.

**Edad de aplicación:** Adultos que padecen cáncer

**Administración:** Individual

**Duración:** 25 minutos aproximadamente.

### **Confiabilidad**

Para obtener la confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de 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. (Díaz y Yaringaño, 2010, p. 75)

### **Validez**

La validez de constructo del instrumento se desarrolló a través del análisis factoriales exploratorios donde se concluyeron siete dimensiones del cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Los valores factoriales se sitúan entre 0,64 y 0,87, por lo que son muy significativos, los cuales posibilitan afirmar la estructura factorial del cuestionario CAEPO y la validez de las escalas. (Díaz y Yaringaño, 2010, p. 75)

### **3.5 Plan de análisis -- Procesamiento de datos**

Se utilizó el programa STATA 14 para la realización del análisis descriptivo aquí se calculó los porcentajes y frecuencias para las variables categóricas estas son clima social familiar, afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos y variables sociodemográficas a excepción de la edad que se utilizó media y desviación estándar

Se empleó para la prueba de normalidad, de la variable numérica, la prueba estadística de Shapiro Wilk; para la variable numérica y variable categórica se utilizó Kruskal-Wallis; para el análisis de variables categóricas se empleó el Chi - cuadrado, considerando una significancia estadística menor o igual a 0.05.

### **3.6 Ventajas y limitaciones**

#### **Ventajas:**

- Es la primera vez que se realizó una investigación con estas variables en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Los instrumentos empleados presentaron validez y confiabilidad ajustado a nuestra realidad, tanto el CAEPO como el FES.
- Se pudo tomar en cuenta variables sociodemográficas que fueron sugeridas en estudios previos y que permitieron dar mayor profundidad a la investigación.

#### **Limitaciones:**

- Los test utilizados fueron autoaplicados, por lo que los datos brindados pueden ser falseados al estar sujetos a deseabilidad social. Se tratará de controlar dicho aspecto mediante la sensibilización de la población, enfatizando el anonimato de la evaluación y de su uso para fines únicos de investigación.

- Entre las limitaciones de la investigación podemos señalar que no se obtuvieron resultados a temporalidad dado que se realizó en un único momento en el tiempo y no será de apoyo para investigaciones de carácter predictivo.
- Así mismo, al ser descriptivo-correlacional limita la verificación de la relación causa-efecto entre las variables.

### 3.7. Aspectos éticos

Como condición inicial a la puesta en marcha del Proyecto de investigación se tomó en consideración la aprobación por parte del Comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCSS. La participación al proyecto no comporta riesgos a la salud de los encuestados pues se trata de un estudio no experimental, de tipo descriptivo correlacional. El cuestionario se aplicó a los pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que se encontraron en consulta externa, con el fin de obtener información referente al clima social familiar y cómo se asocia con los tipos de afrontamiento.

Estos fueron los principios y criterios que regularon la adecuada aplicación y fueron utilizados por el investigador.

La aplicación de los cuestionarios fue de manera anónima colocando un código de identificación a cada participante, se indicó y explicó a los participantes de la finalidad y del uso que se dio a la información resultante, además los datos que se obtuvieron de los participantes serán accesibles sólo a un restringido grupo de personas que son el investigador (Angulo Salas Róger Joaquín) y el asesor (Prof. Giovanni M. Díaz Gervasi), de igual manera los datos que se generaron a partir de la fase de obtención de la información y el libro de variables (*Codebook*) fueron, a su vez, guardados en la computadora del investigador utilizando una contraseña personal y los materiales de la investigación no digitales serán conservados y protegidos en un lugar adaptado por un periodo de tres años.

Se respetó el derecho de los sujetos, que participaron en el estudio, a elegir el tiempo, las circunstancias, la cantidad de información a compartir con el investigador y a no dar información que no desean compartir. No existió ningún tipo de discriminación en el grupo de pacientes oncológicos que participaron en el estudio. Tampoco existió formas de inducción coercitiva de participación al estudio, a su vez se ofreció información relevante a los pacientes oncológicos sobre la finalidad y las características del proyecto de investigación para solicitar el consentimiento informado (**Anexo N° 7**) a la participación al estudio, también se garantizó la obtención del consentimiento informado de los sujetos antes de participar al estudio y se informó a los encuestados de la posibilidad de abandonar el estudio y de la ausencia de consecuencias derivadas de esta decisión.

Se promocionó el valor científico de la investigación representado por la importancia empírica y social del estudio, además se buscó la validez científica del estudio representado por la creación de un marco teórico suficiente que se basa en documentación científica válida, el uso coherente del método de investigación con el problema que se desea dar respuesta, la selección adecuada de la muestra de los sujetos que serán involucrados, una codificación y análisis de los datos que garanticen elevados estándares de calidad y una interpretación crítica de los mismos, uso de un lenguaje adecuado en la comunicación de los resultados de la investigación.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### Descripción de la muestra

La muestra quedó conformada por 170 pacientes oncológicos de ambos sexos. A continuación, se describen las características de la muestra, estos datos fueron obtenidos a través de la ficha sociodemográfica diseñada para la investigación.

En la Tabla 1 se muestra que la edad media fue de 44.22 años, el 70.59% presentó cáncer de cuello uterino. La mayoría se encontraron en el estadio I del cáncer (40.59%). Presentaron un tiempo de enfermedad de 0 a 5 años (77.65%). El 70.59% actualmente no seguía un tratamiento. La mayoría presentó un clima social familiar promedio (71.18%) y un clima social familiar alto (25.88%). En las dimensiones del clima social familiar la mayoría de participantes presentó un nivel promedio, asimismo se puede apreciar que en menor porcentaje los encuestados presentaron un nivel excelente o bueno. En cuanto al afrontamiento, el 77.65% presentaron un afrontamiento al estrés preferentemente positivo y positivo. Asimismo, se puede apreciar que la mayoría de participantes tuvo un nivel educativo secundario (41.76%), desarrolló alguna actividad laboral (58.83%), provino de provincia (68.82%) y tuvo una familia nuclear (53.53%). El resto de resultados se puede observar en la tabla 1.

**Tabla 1. Descripción de la muestra**

	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	50 (29.41)
Femenino	120 (70.59)
<b>Edad</b> <b>(media ± DE)</b>	44.22 ± 13.50
<b>Estado civil</b>	
Casado	41 (24.12)
Soltero	70 (41.18)
Conviviente	45 (26.47)
Otros	14 (8.24)
<b>Religión</b>	
Católica	133 (78.24)
Cristiana	34 (20)
Otros	3 (1.76)
<b>Nivel educativo</b>	
Primaria	51 (30)
Secundaria	71 (41.76)
Técnico	16 (9.41)
Universitario	32 (30)
<b>Tipo de Familia</b>	
Extensa	45 (26.47)
Nuclear	91 (53.53)
Monoparental	34 (20)
<b>Lugar de procedencia</b>	
Lima	53 (31.18)
Provincia	117 (68.82)
<b>Lugar de residencia</b>	
Lima	98 (42.35)
Provincia	72 (57.65)

**Tabla 1. Continúa**

	<b>n (%)</b>
<b>Actividad laboral</b>	
Dependiente	36 (21.18)
Independiente	64 (37.65)
Desempleado	70 (41.18)
<b>Tipo de cáncer</b>	
Cuello uterino	120 (70.59)
Testículo	50 (29.41)
<b>Tiempo de enfermedad</b>	
De 0 a 5 años	132 (77.65)
De 6 a 10 años	26 (15.29)
De 11 a más años	12 (7.06)
<b>Estadio del cáncer</b>	
I estadio	69 (40.59)
II estadio	68 (40)
III estadio	33 (19.41)
<b>Tipo de tratamiento actual</b>	
Radioterapia	50 (29.41)
Ninguno	120 (70.59)
<b>Relación</b>	
Excelente	-
Bueno	3 (1.76)
Tiende a bueno	18 (10.59)
Promedio	119 (70)
Mala	17 (10)
Muy mala	13 (7.65)
<b>Desarrollo</b>	
Excelente	24 (14.12)
Bueno	15 (8.82)
Tiende a bueno	27 (15.88)
Promedio	76 (44.71)
Mala	27 (15.88)
Muy mala	1 (0.59)
<b>Estabilidad</b>	
Excelente	-
Bueno	-
Tiende a bueno	3 (1.76)
Promedio	128 (75.29)
Mala	32 (18.82)
Muy mala	7 (4.12)
<b>Clima Familiar</b>	
Significativamente alto	3 (1.76)
Alto	44 (25.88)
Promedio	121 (71.18)
Bajo	2 (1.18)
Significativamente bajo	-
<b>Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos</b>	
Positivo	67 (39.41)
Preferentemente positivo	65 (38.24)
No definido	19 (11.18)
Preferentemente negativo	19 (11.18)
Negativo	-

En la tabla 2 se puede observar que existe relación significativa entre el clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos ( $p=0.02$ ), donde se aprecia que el 38.81% de los pacientes oncológicos que poseen un clima social familiar alto presenta un tipo de afrontamiento positivo. Por otro lado, se halló relación entre el clima social familiar y el lugar de procedencia ( $p=0.03$ ). Del mismo modo se encontró asociación significativa entre el clima social familiar y el tiempo de enfermedad ( $p=0.00$ ), donde se observa que a mayor tiempo de enfermedad se presenta un clima social familiar alto. El resto de resultados se puede observar en la tabla 2.

**Tabla 2. Asociación entre el Clima Social Familiar, Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos y factores sociodemográficos**

	Clima Social Familiar				P-valor
	Significativamente alto n(%)	Alto n(%)	Promedio n(%)	Bajo n(%)	
<b>Sexo</b>					0.14
Masculino	2 (4.00)	17 (34.00)	31 (62.00)	0 (0.00)	
Femenino	1 (0.83)	27 (22.50)	90 (75.00)	2 (1.67)	
<b>Edad</b>					0.60
(media $\pm$ DE)	38 $\pm$ 3.46	44.7 $\pm$ 13.69	44.37 $\pm$ 13.54	34.5 $\pm$ 20.50	
<b>Estado civil</b>					0.33
Casado	1 (2.44)	13 (31.71)	27 (65.85)	0 (0.00)	
Soltero	0 (0.00)	21 (30.00)	47 (67.14)	2 (2.86)	
Conviviente	2 (4.44)	8 (17.78)	35 (77.78)	0 (0.00)	
Otros	0 (0.00)	2 (14.29)	12 (85.71)	0 (0.00)	
<b>Religión</b>					0.95
Católica	2 (1.50)	36 (27.07)	93 (69.92)	2 (1.50)	
Cristiana	1 (2.94)	7 (20.59)	26 (76.47)	0 (0.00)	
Otros	0 (0.00)	1 (33.33)	2 (66.67)	0 (0.00)	

**Tabla 2. continúa**

	<b>Clima Social Familiar</b>				<b>P-valor</b>
	<b>Significativamente alto n(%)</b>	<b>Alto n(%)</b>	<b>Promedio n(%)</b>	<b>Bajo n(%)</b>	
<b>Nivel educativo</b>					0.17
Primaria	0 (0.00)	6 (11.76)	44 (86.27)	1 (1.96)	
Secundaria	1 (1.41)	22 (30.99)	47 (66.20)	1 (1.41)	
Técnico	1 (6.25)	4 (25.00)	11 (68.75)	0 (0.00)	
Universitario	1 (3.13)	12 (37.50)	19 (59.38)	0 (0.00)	
<b>Composición familiar</b>					0.56
Extensa	0 (0.00)	10 (22.22)	35 (77.78)	0 (0.00)	
Nuclear	3 (3.30)	24 (26.37)	63 (69.23)	1 (1.10)	
Monoparental	0 (0.00)	10 (29.41)	23 (67.65)	1 (2.94)	
<b>Lugar de procedencia</b>					0.03
Lima	2 (3.77)	20 (37.44)	30 (56.60)	1 (1.89)	
Provincia	1 (0.85)	24 (20.51)	91 (77.78)	1 (0.85)	
<b>Lugar de residencia</b>					0.21
Lima	1 (1.02)	31 (31.63)	65 (66.33)	1 (1.02)	
Provincia	2 (2.78)	13 (18.06)	56 (77.78)	1 (1.39)	
<b>Actividad laboral</b>					0.65
Dependiente	1 (2.78)	9 (25.00)	25 (69.44)	1 (2.78)	
Independiente	2 (3.13)	15 (23.44)	46 (71.88)	1 (1.56)	
Desempleado	0 (0.00)	20 (28.57)	50 (71.43)	0 (0.00)	

**Tabla 2. continúa**

	Clima Social Familiar				P-valor
	Significativamente alto n(%)	Alto n(%)	Promedio n(%)	Bajo n(%)	
<b>Tipo de cáncer</b>					0.14
Cuello uterino	1 (0.83)	27 (22.50)	90 (75.00)	2 (1.67)	
Testículo	2 (4.00)	17 (34.00)	31 (62.00)	0 (0.00)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>					0.00
De 0 a 5 años	1 (0.76)	31 (23.48)	98 (74.24)	2 (1.52)	
De 6 a 10 años	0 (0.00)	7 (26.92)	19 (73.08)	0 (0.00)	
De 11 a más años	2 (16.67)	6 (50.00)	4 (33.33)	0 (0.00)	
<b>Estadio del cáncer</b>					0.41
I estadio	2 (2.90)	20 (28.99)	45 (65.22)	2 (2.90)	
II estadio	0 (0.00)	17 (25.00)	51 (75.00)	0 (0.00)	
III estadio	1 (3.03)	7 (21.21)	25 (75.76)	0 (0.00)	
<b>Tipo de tratamiento</b>					0.51
Radioterapia	0 (0.00)	11 (22.00)	38 (76.00)	1 (2.00)	
Ninguno	3 (2.50)	33 (27.50)	83 (69.17)	1 (0.83)	
<b>Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos</b>					0.02
Positivo	3 (4.48)	26 (38.81)	38 (56.72)	0 (0.00)	
Preferentemente positivo	0 (0.00)	11 (16.92)	53 (81.54)	1 (1.54)	
No definido	0 (0.00)	4 (21.05)	15 (78.95)	0 (0.00)	
Preferentemente negativo	0 (0.00)	3 (15.79)	15 (78.95)	1 (5.26)	

En la tabla 3 se puede apreciar una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos y el sexo ( $p=0.01$ ). Además, existe asociación entre el nivel educativo y el afrontamiento ( $p=0.02$ ), donde se puede observar que a mayor nivel educativo se presenta un afrontamiento positivo. De igual manera, existe relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento, el tipo de cáncer ( $p=0.01$ ) y el tiempo de enfermedad ( $p=0.02$ ), evidenciándose que a mayor tiempo de enfermedad se presenta un afrontamiento positivo. Finalmente, se puede apreciar una asociación significativa entre el afrontamiento y la dimensión desarrollo del clima social familiar ( $p=0.00$ ). El resto de resultados se puede observar en la tabla 3.

**Tabla 3. Asociación entre el Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, factores sociodemográficos y dimensiones del Clima Social Familiar**

	Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos				P-valor
	Positivo n(%)	Preferentemente positivo n(%)	No definido n(%)	Preferentemente negativo n(%)	
<b>Sexo</b>					0.01
Masculino	29 (58.00)	14 (28.00)	4 (8.00)	3 (6.00)	
Femenino	38 (31.67)	51 (42.50)	15 (12.50)	16 (13.33)	
<b>Edad</b>					0.25
<b>(media ± DE)</b>	43.92 ± 13.00	46.24 ± 14.65	41.31 ± 10.79	41.31 ± 13.38	
<b>Estado civil</b>					0.81
Casado	15 (36.59)	18 (43.9)	5 (12.20)	3 (7.32)	
Soltero	32 (45.71)	24 (34.29)	5 (7.14)	9 (12.86)	
Conviviente	15 (33.33)	17 (37.78)	7 (15.56)	6 (13.33)	
Otros	5 (35.71)	6 (42.86)	2 (14.29)	1 (7.14)	

**Tabla 3. Continúa**

<b>Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos</b>					
	<b>Positivo n(%)</b>	<b>Preferentemente positivo n(%)</b>	<b>No definido n(%)</b>	<b>Preferentemente negativo n(%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Religión</b>					0.14
Católica	50 (37.59)	57 (42.86)	15 (11.28)	11 (8.27)	
Cristiana	16 (47.06)	7 (20.59)	4 (11.76)	7 (20.59)	
Otros	1 (33.33)	1 (33.33)	0 (0.00)	1 (33.33)	
<b>Nivel educativo</b>					0.02
Primaria	11 (21.57)	28 (54.90)	8 (15.69)	4 (7.84)	
Secundaria	29 (40.85)	23 (32.39)	8 (11.27)	11 (15.49)	
Técnico	7 (43.75)	6 (37.50)	2 (12.50)	1 (6.25)	
Universitario	20 (62.50)	8 (25.00)	1 (3.13)	3 (9.38)	
<b>Composición familiar</b>					0.11
Extensa	14 (31.11)	14 (31.11)	7 (15.56)	10 (22.22)	
Nuclear	37 (40.66)	39 (42.86)	9 (9.89)	6 (6.59)	
Monoparental	16 (47.06)	12 (35.29)	3 (8.82)	3 (8.82)	
<b>Lugar de procedencia</b>					0.18
Lima	27 (50.94)	16 (30.19)	6 (11.32)	4 (7.55)	
Provincia	40 (34.19)	49 (41.88)	13 (11.11)	15 (12.82)	
<b>Lugar de residencia</b>					0.41
Lima	43 (43.88)	33 (33.67)	10 (10.20)	12 (12.24)	
Provincia	24 (33.33)	32 (44.44)	9 (12.50)	7 (9.72)	

**Tabla 3. Continúa**

<b>Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos</b>					
	<b>Positivo n(%)</b>	<b>Preferentemente positivo n(%)</b>	<b>No definido n(%)</b>	<b>Preferentemente negativo n(%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Actividad Laboral</b>					0.99
Dependiente	15 (41.67)	13 (36.11)	3 (8.33)	5 (13.89)	
Independiente	25 (39.06)	28 (39.06)	7 (10.94)	7 (10.94)	
Desempleado	27 (38.57)	27 (38.57)	9 (12.86)	7 (10.00)	
<b>Tipo de cáncer</b>					0.01
Cuello uterino	38 (31.67)	51 (42.50)	15 (12.50)	16 (13.33)	
Testículo	29 (58.00)	14 (28.00)	4 (8.00)	3 (6.00)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>					0.02
De 0 a 5 años	45 (34.09)	55 (41.67)	18 (13.64)	14 (10.61)	
De 6 a 10 años	12 (46.15)	9 (34.62)	1 (3.85)	4 (15.38)	
De 11 a más años	10 (83.33)	1 (8.33)	0 (0.00)	1 (8.33)	
<b>Estadio del cáncer</b>					0.23
I estadio	29 (42.03)	27 (39.13)	6 (8.70)	7 (10.14)	
II estadio	24 (35.29)	27 (39.71)	6 (8.82)	11 (16.18)	
III estadio	14 (42.42)	11 (33.33)	7 (21.21)	1 (3.03)	
<b>Tipo de tratamiento</b>					0.52
Radioterapia	22 (44.00)	20 (40.00)	3 (6.00)	5 (10.00)	
Ninguno	45 (37.50)	45 (37.50)	16 (13.33)	14 (11.67)	

**Tabla 3. Continúa**

<b>Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos</b>					
	<b>Positivo n(%)</b>	<b>Preferentemente positivo n(%)</b>	<b>No definido n(%)</b>	<b>Preferentemente negativo n(%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Relación</b>					0.34
Bueno	0 (0.00)	3 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Tiende a bueno	11 (61.11)	6 (33.33)	1 (5.56)	0 (0.00)	
Promedio	48 (40.34)	42 (35.29)	15 (12.61)	14 (11.76)	
Mala	5 (29.41)	7 (41.18)	2 (11.76)	3 (17.65)	
Muy mala	3 (23.08)	7 (53.85)	1 (7.69)	2 (15.38)	
<b>Desarrollo</b>					0.00
Excelente	17 (70.83)	5 (20.83)	1 (4.17)	1 (4.17)	
Bueno	5 (33.33)	4 (26.67)	3 (20.00)	3 (20.00)	
Tiende a bueno	12 (44.44)	11 (40.74)	2 (7.41)	2 (7.41)	
Promedio	29 (38.16)	34 (44.74)	8 (10.53)	5 (6.58)	
Mala	4 (14.81)	11 (40.74)	5 (18.52)	7 (25.93)	
Muy mala	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	
<b>Estabilidad</b>					0.52
Tiende a bueno	3 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Promedio	51 (39.84)	49 (38.28)	15 (11.72)	13 (10.16)	
Mala	12 (37.50)	3 (42.86)	1 (14.29)	2 (28.57)	
Muy mala	1 (14.29)	13 (40.63)	3 (9.38)	4 (12.50)	

En la tabla 4 se puede distinguir que existe asociación entre la dimensión relación y el estado civil ( $p=0.04$ ), el nivel educativo ( $p=0.04$ ), el lugar de procedencia ( $p=0.04$ ) y finalmente el tiempo de enfermedad ( $p=0.04$ ). El resto de resultados se puede observar en la tabla 4.

**Tabla 4. Asociación de la dimensión Relación y los factores sociodemográficos**

	Relación					P-valor
	Bueno n(%)	Tiende a bueno n(%)	Promedio n(%)	Mala n(%)	Muy mala n(%)	
<b>Sexo</b>						0.14
Masculino	0 (0.00)	7 (14.00)	39 (78.00)	3 (6.00)	1 (2.00)	
Femenino	3 (2.50)	11 (9.17)	80 (66.67)	14 (11.67)	12 (10.00)	
<b>Edad</b>						0.31
<b>(media <math>\pm</math> DE)</b>	58 $\pm$ 1	46.61 $\pm$ 11.18	44.15 $\pm$ 13.91	42.11 $\pm$ 12.42	41.15 $\pm$ 14.50	
<b>Estado civil</b>						0.04
Casado	2 (4.88)	9 (21.95)	25 (60.98)	2 (4.88)	2 (14.29)	
Soltero	0 (0.00)	5 (7.14)	50 (71.43)	11 (15.71)	4 (5.71)	
Conviviente	0 (0.00)	4 (8.89)	35 (77.78)	2 (4.44)	4 (8.89)	
Otros	1 (7.14)	0 (0.00)	9 (64.29)	2 (14.29)	2 (14.29)	
<b>Religión</b>						0.59
Católica	3 (2.26)	15 (11.28)	93 (69.92)	13 (9.77)	9 (6.77)	
Cristiana	0 (0.00)	2 (5.88)	25 (73.53)	3 (8.82)	4 (11.76)	
Otros	0 (0.00)	1 (33.33)	1 (33.33)	1 (33.33)	0 (0.00)	

**Tabla 4. Continúa**

	Relación					P-valor
	Bueno n(%)	Tiende a bueno n(%)	Promedio n(%)	Mala n(%)	Muy mala n(%)	
<b>Nivel educativo</b>						0.04
Primaria	2 (3.92)	3 (5.88)	31 (60.78)	6 (11.76)	9 (17.65)	
Secundaria	0 (0.00)	6 (8.45)	55 (77.46)	3 (4.23)	3 (4.23)	
Técnico	1 (6.25)	3 (18.75)	10 (62.50)	1 (6.25)	1 (6.25)	
Universitario	0 (0.00)	6 (18.75)	23 (71.88)	3 (9.38)	0 (0.00)	
<b>Composición familiar</b>						0.08
Extensa	0 (0.00)	1 (2.22)	32 (71.11)	6 (13.33)	0 (0.00)	
Nuclear	2 (2.20)	12 (13.19)	68 (74.73)	5 (5.49)	2 (2.20)	
Monoparental	1 (2.94)	5 (14.71)	19 (55.88)	6 (17.65)	1 (2.94)	
<b>Lugar de procedencia</b>						0.04
Lima	1 (1.89)	10 (18.87)	38 (71.70)	2 (3.77)	2 (3.77)	
Provincia	2 (1.71)	8 (6.84)	81 (69.23)	15 (12.82)	11 (9.40)	
<b>Lugar de residencia</b>						0.26
Lima	3 (3.06)	10 (10.20)	72 (73.47)	7 (7.14)	6 (6.12)	
Provincia	0 (0.00)	8 (11.11)	47 (65.28)	10 (13.89)	7 (9.72)	

**Tabla 4. Continúa**

	<b>Relación</b>					<b>P-valor</b>
	<b>Bueno n(%)</b>	<b>Tiende a bueno n(%)</b>	<b>Promedio n(%)</b>	<b>Mala n(%)</b>	<b>Muy mala n(%)</b>	
<b>Actividad Laboral</b>						0.44
Dependiente	0 (0.00)	5 (13.89)	27 (75.00)	3 (8.33)	1 (2.78)	
Independiente	2 (3.13)	7 (10.94)	40 (62.50)	10 (15.63)	5 (7.81)	
Desempleado	1 (1.43)	6 (8.57)	52 (74.29)	4 (5.71)	7 (10.00)	
<b>Tipo de cáncer</b>						0.14
Cuello uterino	3 (2.50)	11 (9.17)	80 (66.67)	14 (11.67)	12 (10.00)	
Testículo	0 (0.00)	7 (14.00)	39 (78.00)	3 (6.00)	1 (2.00)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>						0.04
De 0 a 5 años	1 (0.76)	12 (9.09)	95 (71.97)	12 (9.09)	12 (9.09)	
De 6 a 10 años	2 (7.69)	2 (7.69)	18 (69.23)	3 (11.54)	1 (3.85)	
De 11 a más años	0 (0.00)	4 (33.33)	6 (50.00)	2 (16.67)	0 (0.00)	
<b>Estadio del cáncer</b>						0.61
I estadio	1 (1.45)	7 (10.14)	50 (72.46)	6 (8.70)	5 (7.25)	
II estadio	1 (1.47)	9 (13.24)	42 (61.76)	10 (14.71)	6 (8.82)	
III estadio	1 (3.03)	2 (6.06)	27 (81.82)	1 (3.03)	2 (6.06)	
<b>Tipo de tratamiento</b>						0.43
Radioterapia	0 (0.00)	3 (6.00)	38 (76.00)	4 (8.00)	5 (10.00)	
Ninguno	3 (2.50)	15 (12.50)	81 (67.50)	13 (10.83)	8 (6.67)	

En la tabla 5 se puede contemplar una asociación significativa entre la dimensión desarrollo y el lugar de procedencia ( $p=0.01$ ), y el tiempo de enfermedad ( $p=0.05$ ). El resto de resultados se puede observar en la tabla 5.

**Tabla 5. Asociación de la dimensión Desarrollo y los factores sociodemográficos**

	Desarrollo						P-valor
	Excelente n(%)	Bueno n(%)	Tiende a bueno n(%)	Promedio n(%)	Mala n(%)	Muy mala n(%)	
<b>Sexo</b>							0.31
Masculino	11 (22.00)	2 (4.00)	9 (18.00)	20 (40.00)	8 (16.00)	0 (0.00)	
Femenino	13 (10.83)	13 (10.83)	18 (15.00)	56 (46.67)	19 (15.83)	1 (0.83)	
<b>Edad</b>							0.19
<b>(media <math>\pm</math> DE)</b>	40.75 $\pm$ 12.59	49 $\pm$ 12.81	45.62 $\pm$ 13.45	45.42 $\pm$ 12.77	39.77 $\pm$ 15.93	48 $\pm$ 0	
<b>Estado civil</b>							0.43
Casado	5 (12.20)	2 (4.88)	8 (19.51)	17 (41.46)	9 (21.95)	0 (0.00)	
Soltero	12 (17.14)	7 (10.00)	11 (15.71)	30 (42.86)	10 (14.29)	0 (0.00)	
Conviviente	6 (13.33)	4 (8.89)	8 (17.78)	18 (40.00)	8 (17.78)	1 (2.22)	
Otros	1 (7.14)	2 (14.29)	0 (0.00)	11 (78.57)	0 (0.00)	0 (0.00)	
<b>Religión</b>							0.62
Católica	19 (14.29)	11 (8.27)	22 (16.54)	63 (47.37)	17 (12.78)	1 (0.75)	
Cristiana	5 (14.71)	3 (8.82)	5 (14.71)	12 (35.29)	9 (26.47)	0 (0.00)	
Otros	0 (0.00)	1 (33.33)	0 (0.00)	1 (33.33)	1 (33.33)	0 (0.00)	

**Tabla 5. Continúa**

	Desarrollo						P-valor
	Excelente n(%)	Bueno n(%)	Tiende a bueno n(%)	Promedio n(%)	Mala n(%)	Muy mala n(%)	
<b>Nivel educativo</b>							0.62
Primaria	4 (7.84)	4 (7.84)	5 (9.80)	27 (52.94)	10 (19.61)	1 (1.96)	
Secundaria	10 (14.08)	7 (9.86)	14 (19.72)	28 (39.44)	12 (16.90)	0 (0.00)	
Técnico	3 (18.75)	1 (6.25)	1 (6.25)	9 (56.25)	2 (12.50)	0 (0.00)	
Universitario	7 (21.88)	3 (9.38)	7 (21.88)	12 (37.50)	3 (9.38)	0 (0.00)	
<b>Composición familiar</b>							0.23
Extensa	5 (11.11)	4 (8.89)	8 (17.78)	18 (40.00)	10 (22.22)	0 (0.00)	
Nuclear	15 (16.48)	4 (4.40)	14 (15.38)	42 (46.15)	15 (16.48)	1 (1.10)	
Monoparental	4 (11.76)	7 (20.59)	5 (14.71)	16 (47.06)	2 (5.88)	0 (0.00)	
<b>Lugar de procedencia</b>							0.01
Lima	13 (24.53)	7 (13.21)	8 (15.09)	16 (30.19)	8 (15.09)	1 (1.89)	
Provincia	11 (9.40)	8 (6.84)	19 (16.24)	60 (51.28)	19 (16.24)	0 (0.00)	
<b>Lugar de residencia</b>							0.38
Lima	18 (18.37)	8 (8.16)	14 (14.29)	40 (40.82)	17 (17.35)	1 (1.02)	
Provincia	6 (8.33)	7 (9.72)	13 (18.06)	36 (50.00)	10 (13.89)	0 (0.00)	
<b>Actividad Laboral</b>							0.48
Dependiente	3 (8.33)	6 (16.67)	8 (22.22)	15 (41.67)	4 (11.11)	0 (0.00)	
Independiente	9 (14.06)	3 (4.69)	11 (17.19)	30 (46.88)	10 (15.63)	1 (1.56)	
Desempleado	12 (17.14)	6 (8.57)	8 (11.43)	31 (44.29)	13 (18.57)	0 (0.00)	

**Tabla 5. Continúa**

	Desarrollo						P-valor
	Excelente n(%)	Bueno n(%)	Tiende a bueno n(%)	Promedio n(%)	Mala n(%)	Muy mala n(%)	
<b>Tipo de cáncer</b>							0.31
Cuello uterino	13 (10.83)	13 (10.83)	18 (15.00)	56 (46.67)	19 (15.83)	1 (0.83)	
Testículo	11 (22.00)	2 (4.00)	9 (18.00)	20 (40.00)	8 (16.00)	0 (0.00)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>							0.05
De 0 a 5 años	15 (11.36)	9 (6.82)	23 (17.42)	58 (43.94)	26 (19.70)	1 (0.76)	
De 6 a 10 años	5 (19.23)	5 (19.23)	1 (3.85)	14 (53.85)	1 (3.85)	0 (0.00)	
De 11 a más años	4 (33.33)	1 (8.33)	3 (25.00)	4 (33.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	
<b>Estadio del cáncer</b>							0.29
I estadio	9 (13.04)	6 (8.70)	9 (13.04)	29 (42.03)	15 (21.74)	1 (1.45)	
II estadio	8 (11.76)	9 (13.24)	13 (19.12)	29 (42.65)	9 (13.24)	0 (0.00)	
III estadio	7 (21.21)	0 (0.00)	5 (15.15)	18 (54.55)	3 (9.09)	0 (0.00)	
<b>Tipo de tratamiento</b>							0.22
Radioterapia	5 (10.00)	4 (8.00)	8 (16.00)	29 (58.00)	4 (8.00)	1 (0.83)	
Ninguno	19 (15.83)	11 (9.17)	19 (15.83)	47 (39.17)	23 (19.17)	0 (0.00)	

En la tabla 6 se puede apreciar que no existe relación significativa entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y los factores sociodemográficos.

**Tabla 6. Asociación de la dimensión Estabilidad y los factores sociodemográficos**

	Estabilidad				P-valor
	Tiende a bueno n(%)	Promedio n(%)	Mala n(%)	Muy mala n(%)	
<b>Sexo</b>					0.08
Masculino	1 (2.00)	44 (88.00)	4 (8.00)	1 (2.00)	
Femenino	2 (1.67)	84 (70.00)	28 (23.33)	6 (5.00)	
<b>Edad</b>					0.22
<b>(media ± DE)</b>	45.33 ± 8.14	43.47 ± 13.25	48.28 ± 14.39	39 ± 13.92	
<b>Estado civil</b>					0.10
Casado	0 (0.00)	34 (82.93)	5 (12.20)	2 (4.88)	
Soltero	0 (0.00)	49 (70.00)	17 (24.29)	4 (5.71)	
Conviviente	2 (4.44)	37 (82.22)	5 (11.11)	1 (2.22)	
Otros	1 (7.14)	8 (57.14)	5 (35.71)	0 (0.00)	
<b>Religión</b>					0.75
Católica	2 (1.50)	101 (75.94)	26 (19.55)	4 (3.01)	
Cristiana	1 (2.94)	25 (73.53)	5 (14.71)	3 (8.82)	
Otros	0 (0.00)	2 (66.67)	1 (33.33)	0 (0.00)	
<b>Nivel educativo</b>					0.34
Primaria	0 (0.00)	37 (72.55)	11 (21.57)	3 (5.88)	
Secundaria	3 (4.23)	55 (77.46)	12 (16.90)	1 (1.41)	
Técnico	0 (0.00)	10 (62.50)	4 (25.00)	2 (12.50)	
Universitario	0 (0.00)	26 (81.25)	5 (15.63)	1 (3.13)	

**Tabla 6. Continúa**

	<b>Estabilidad</b>				<b>P-valor</b>
	<b>Tiende a bueno n(%)</b>	<b>Promedio n(%)</b>	<b>Mala n(%)</b>	<b>Muy mala n(%)</b>	
<b>Composición familiar</b>					0.41
Extensa	0 (0.00)	31 (68.89)	11 (24.44)	3 (6.67)	
Nuclear	2 (2.20)	74 (81.32)	13 (14.29)	2 (2.20)	
Monoparental	1 (2.94)	23 (67.65)	8 (23.53)	1 (2.94)	
<b>Lugar de procedencia</b>					0.58
Lima	2 (3.77)	40 (75.47)	9 (16.98)	2 (3.77)	
Provincia	1 (0.85)	88 (75.21)	23 (19.66)	5 (4.27)	
<b>Lugar de residencia</b>					0.98
Lima	2 (2.04)	74 (75.51)	18 (18.37)	4 (4.08)	
Provincia	1 (1.39)	54 (75.00)	14 (19.44)	3 (4.17)	
<b>Actividad Laboral</b>					0.47
Dependiente	2 (5.56)	25 (69.44)	7 (19.44)	2 (5.56)	
Independiente	1 (1.56)	50 (78.13)	10 (15.63)	1 (1.56)	
Desempleado	0 (0.00)	53 (75.71)	15 (21.43)	0 (0.00)	

**Tabla 6. Continúa**

	<b>Estabilidad</b>				<b>P-valor</b>
	<b>Tiende a bueno n(%)</b>	<b>Promedio n(%)</b>	<b>Mala n(%)</b>	<b>Muy mala n(%)</b>	
<b>Tipo de cáncer</b>					0.08
Cuello uterino	2 (1.67)	84 (70.00)	28 (23.33)	6 (5.00)	
Testículo	1 (2.00)	44 (88.00)	4 (8.00)	1 (2.00)	
<b>Tiempo de enfermedad</b>					0.20
De 0 a 5 años	1 (0.76)	102 (77.27)	23 (17.42)	6 (4.55)	
De 6 a 10 años	1 (3.85)	16 (61.54)	8 (30.77)	1 (3.85)	
De 11 a más años	1 (8.33)	10 (83.33)	1 (8.33)	0 (0.00)	
<b>Estadio del cáncer</b>					0.59
I estadio	2 (2.90)	51 (73.91)	13 (18.84)	3 (4.35)	
II estadio	1 (1.47)	52 (76.47)	14 (20.59)	1 (1.47)	
III estadio	0 (0.00)	25 (75.76)	5 (15.15)	3 (9.09)	
<b>Tipo de tratamiento</b>					
Radioterapia	0 (0.00)	36 (72.00)	12 (24.00)	2 (4.00)	0.50
Ninguno	3 (2.50)	92 (76.67)	20 (16.67)	5 (4.17)	

## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

### 5.1. Discusión

En la muestra de estudio se halló que existe relación significativa entre los niveles del clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés. Así mismo, los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos se relacionaron a la dimensión desarrollo del clima social familiar, al tipo de cáncer, al tiempo de enfermedad y al nivel educativo. Por otra parte, las dimensiones relación y desarrollo del clima social familiar se relacionaron al tiempo de enfermedad y al lugar de procedencia. Además, se observó que los niveles de la dimensión relación del clima social familiar se asociaron al estado civil y al nivel educativo. Finalmente se apreció que la mayoría de pacientes encuestados provienen de provincia y de familias nucleares; asimismo, se encuentran en los estadios I y II del cáncer.

Los pacientes que presentaron un clima social familiar promedio evidenciaron un afrontamiento al estrés preferentemente positivo. Otras investigaciones corroboran esta asociación en pacientes que padecen una enfermedad oncológica (Díaz & Yaringaño, 2010), (Olín & Madrigal, 2013) y (Luna, 2016). Una posible explicación al fenómeno podría estar relacionada a que el nivel del clima social familiar es un determinante decisivo en el bienestar del individuo (Moos, 1974). Así mismo, el clima social familiar fomenta y potencia aquellas habilidades de afrontamiento que facilitan el manejo del estrés (Rodríguez, Ruiz & Restrepo, 2004). Por otro lado, existe otra teoría que postula que el apoyo social que brinda la familia reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas. Dichos eventos estresantes pueden ser ocasionados por la pérdida del trabajo, la maternidad-paternidad, la viudez, el infarto, la hipertensión, la enfermedad coronaria y otras enfermedades graves y crónicas (Durá & Garcés, 1991). En la muestra de estudio los pacientes oncológicos presentaron un clima social familiar promedio y alto, en dicho sentido un adecuado clima social familiar, caracterizado por la libre expresión, interacción y apoyo emocional entre sus miembros, podría favorecer el afrontamiento al estrés y la adaptación de los pacientes a la condición oncológica en la medida que enfrenten y busquen soluciones a la diversidad de efectos biopsicosociales que genera el cáncer.

Así mismo, los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos se relacionaron a la dimensión desarrollo del clima social familiar. De esta manera, un estudio corrobora que los tipos de afrontamiento al estrés se relacionaron a la dimensión desarrollo del clima social familiar en pacientes amputados del miembro inferior (Díaz, 2015), otro estudio corrobora esta asociación en pacientes oncológicos (Díaz & Yaringaño, 2010), hallando que una disminución de las actividades sociales se relaciona a una disminución en el afrontamiento al estrés de los pacientes. Estas actividades sociales como lo explica Moos (1994) son parte de la dimensión desarrollo del clima social familiar, la cual evalúa el grado de independencia y competitividad dentro del entorno familiar y en cada uno de sus miembros. Debido a esto se puede deducir que en la medida que los pacientes puedan desenvolverse en su medio social y sean capaces de tener mayor grado de autonomía podrán mayores niveles de adaptación y ajuste emocional ante la enfermedad oncológica.

De igual manera se evidencia que los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos están asociados con el tipo de cáncer. Un estudio corrobora esta asociación donde se observa las diferencias significativas entre los diferentes tipos de cáncer y el afrontamiento (Díaz & Yaringaño, 2010). Una posible explicación a al fenómeno es que los pacientes tienden a reaccionar de manera diferente de acuerdo a sus características de personalidad y el tipo de cáncer que posean, debido a estos factores los pacientes presentaran un tipo de afrontamiento específico, ya sea

positivo o negativo, el cual será determinante para que se dé o no, una mejor adaptación a su enfermedad (Díaz, 2015). Además, es necesario considerar que el adecuado afrontamiento del cáncer también dependerá del tipo de cáncer, el tratamiento y estadio en el que se encuentre, ya que estos aspectos también son fundamentales para valorar el estado emocional del paciente (Bárez, 2002). Asimismo, las cogniciones o percepciones que presenten los pacientes serán esenciales para afrontar la enfermedad oncológica, dichas percepciones pueden considerar a la enfermedad como un reto, un enemigo, un castigo, una debilidad, una estrategia, una pérdida de daño irreparable y un valor. Debido a ello González, (2004) menciona que las estrategias que llevarían a los pacientes a lograr un adecuado afrontamiento son las que percibe a la enfermedad como un reto o como un valor y las estrategias que conducirían a un afrontamiento menos efectivo son aquellos en las que la enfermedad se percibe como una pérdida irreparable o como una liberación.

Asimismo, se visualiza que los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos están asociados con el tiempo de enfermedad, donde se puede apreciar que a mayor tiempo de enfermedad se presenta un afrontamiento positivo. Una investigación corrobora esta asociación, donde se observa que una de las reacciones emocionales más frecuentes en los pacientes oncológicos al recibir la noticia es la negación en los primeros años (Die Trill, 2006). Esta negación es considerada como un afrontamiento negativo en donde los pacientes niegan la evidencia de la enfermedad y la realidad, lo que ocasiona que estas personas no afronten activamente su situación ni tampoco utilicen estrategias adecuadas para resolver su estado emocional. (González, 2004). Por otro lado, una investigación se contrapone a los resultados encontrados en donde se aprecia que los pacientes que tienen menor tiempo de diagnóstico presentaron un afrontamiento positivo en comparación con los pacientes que presentaba mayor tiempo de diagnóstico, donde se evidenciaba una mayor pérdida del optimismo ante el tratamiento (Díaz & Yaringaño, 2010). El afrontamiento que puedan tener los pacientes oncológicos no solo está conectado con el tiempo de enfermedad sino también con el tipo de cáncer que estas personas presentan, lo cual conlleva a que los pacientes tengan un afrontamiento distinto ante un tiempo de diagnóstico igual o diferente.

Por otro lado, se apreció que los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos se relacionaron con el nivel educativo, donde se puede observar que a mayor nivel educativo se presenta un tipo de afrontamiento positivo. Existe algunos estudios que corrobora el resultado, donde refiere que se encuentran diferencias entre el grado de instrucción y los tipos de afrontamiento, sugiriendo que una mayor instrucción favorece un mejor afrontamiento a la enfermedad oncológica (Mamani, 2008) (Rojas, Montalvo & Díaz, 2018). En dicho sentido el nivel educativo alcanzado por los pacientes podría verse relacionado con las estrategias de afrontamiento que utilizan dichos pacientes, ya que el nivel educativo podría formar un recurso vital para lograr adaptarse ante esta nueva situación que están atravesando las personas que padecen algún tipo de cáncer (Rojas, Montalvo & Díaz, 2018)

Asimismo, se encontró asociación con la dimensión relación del clima social familiar y el tiempo de enfermedad, donde se observa que a mayor tiempo de enfermedad presentan un nivel de relación tendiente buena. Otras investigaciones corroboran estas diferencias significativas con el tiempo de diagnóstico (Paredes, 2005) (Díaz & Yaringaño, 2010). Las mismas explican que aquellos pacientes que presentan un tiempo de diagnóstico mayor revelan un mayor grado de relación e interacción, esto se puede deber a que los pacientes oncológicos al recibir la noticia de la enfermedad, en un primer momento, no pueden asimilar de manera total lo que significa la enfermedad, pues el impacto emocional que reciben en ese momento tanto el paciente como la familia crea en su entorno social la reacción de desorientación y desadaptación (Cabrera, López, López & Arredondo, 2017) esta reacciones negativas

o desadaptativas se ven reflejadas en los pacientes cuando tienden a evitar hablar de ello con la familia o los amigos lo que contribuye a que aparezcan sentimientos de soledad (Die Trill, 2006). Debido a ello se puede inferir que los pacientes que se encuentran afrontando y asimilando el diagnóstico, en un inicio, tienden a reaccionar de manera negativa con su entorno familiar, al buscar aislarse y no permitir que las personas con mayor vínculo afectivo se acerquen, lo que ocasionaría que a los familiares les sea difícil interactuar con el paciente y brindar su apoyo emocional.

De igual manera se muestra asociación con la dimensión relación del clima social familiar y el lugar de procedencia, donde se puede apreciar que los pacientes que son de Lima presentaron un nivel promedio de relación. El descubrimiento se encuentra en contraposición a los resultados hallados en una investigación precedente en pacientes con insuficiencia renal crónica, ya que dichos resultados evidencian que los pacientes que provienen de provincia presentan una relación más adecuada (Paredes, 2005). Una posible explicación puede ser que las personas que proceden o viven en provincia al tener una visión más colectivista del mundo que los rodea, logran disfrutar de unas relaciones sociales más sólidas y compactas que los participantes de Lima, quienes podrían estar orientados a una visión más individualista de sí y su ambiente; además, se puede apreciar que los pacientes de provincia a diferencia de los de Lima, contaron con mayor apoyo y grado de interacción recibido por su familia (Paredes, 2005). Sin embargo, pese a que los resultados encontrados se contraponen con dicho estudio no se observaron diferencias significativas entre Lima y provincia por lo que es importante considerar otros factores socioculturales que explique dicha diferencia.

Del mismo modo los niveles de la dimensión relación del clima social familiar se asocian al estado civil, siendo las personas con una pareja las que presentan un nivel promedio en la dimensión relación. Existe un estudio que corrobora esta asociación donde explica que las personas casadas o con parejas presenta una adecuada interacción, gracias a ella se evidencia un mejor estado de salud físico y mental (Sherbourne y Hays, 1990). Esto se puede explicar gracias a la teoría del apoyo social la cual refiere que aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión incrementan el bienestar del receptor Hobfoll y Stokes, 1988 (citado en Durá & Garcés, 1991). En la muestra de estudio se observó que las personas que tenía una pareja evidenciaban un adecuado grado de relación esto indica que los pacientes presentaban una adecuada interacción entre sus miembros, un mejor grado de compromiso y apoyo entre sí, esto a su vez permitió que ellos pudieran expresar de manera libre sus sentimientos acerca de la situación que estaban viviendo pudiendo así manejar las diferentes reacciones desadaptativas que se generan producto de la enfermedad.

Igualmente, los niveles de la dimensión relación del clima social familiar se asocian al nivel educativo. De esta forma, se pudo apreciar que a un mayor nivel de clima social familiar existe un mayor nivel educativo. Blas (2012) en su estudio corrobora el resultado al explicar que el factor educacional está asociado significativamente al clima social familiar. Una posible explicación al fenómeno podría deberse a que familia es el entorno más próximo a la persona, el cual es un elemento clave, por no decir que es el principal, en el desarrollo de la formación académica o nivel educativo alcanzado de las personas. La familia, padres y madres tienen la responsabilidad del cuidado y educación de sus hijos/as, proporcionándoles los medios necesarios para su adecuado desarrollo, de forma que puedan llegar a ser miembros activos de la sociedad (Tindal, 2016). Debido a ello se puede entender que los pacientes oncológicos que tuvieron un mayor compromiso y apoyo entre sus miembros a lo largo de su vida, pudieron alcanzar un mejor nivel académico que les ha permitido tener mayores oportunidades en el medio que les rodea.

Asimismo, se pudo observar que la mayoría de pacientes son originarios de provincia el dato puede corroborarse en una investigación que explica que la mayor cantidad de atenciones en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) son pacientes de provincia (Salazar, et al., 2013), asimismo estos pacientes pertenecen a una familia nuclear, estos resultados coinciden con el censo del 2017 donde mencionan que los departamento de provincia presentan mayores proporciones de hogares nucleares que en Lima (INEI, 2017). De igual forma se observó que los pacientes que viven en zonas rurales presentan una mayor predisposición a desarrollar algunos cánceres como es el caso de la costa donde existe una gran cantidad de mortandad por cáncer de pulmón, mama y próstata; y en la sierra y selva, esta mortalidad corresponde al cáncer de cérvix y de hígado (Santos et al., 2016), esto podría deberse a que la variedad geográfica es mayor en cuanto factores de riesgo, incidencia y mortalidad por cáncer, además las personas se enfrentan constantemente a riesgos y retos importantes como la escasez del personal de salud, los hábitos nocivos y el poco alfabetismo de salud (Instituto Nacional del Cáncer, 2016).

Finalmente se pudo apreciar que los pacientes se encontraban en los estadios I y II del cáncer, esta información puede ser corroborada por la estadística que el INEN presenta al ministerio de salud, donde muestra que desde el 2010 hasta el 2014 ha existido un incremento en la detección temprana del cáncer, específicamente del cáncer de cuello uterino y de mama (MINSa, 2015). Una posible explicación podría ser el proyecto Plan Esperanza que es la iniciativa del estado para mejorar la atención integral del cáncer y el acceso a los servicios oncológicos, el cual ha generado que se detecte de manera temprana el cáncer en los primeros estadios y pueda llevar el tratamiento oportuno he indicado según la disponibilidad de recursos

Entre las limitaciones del estudio, se puede mencionar que, debido a su diseño transversal, no se podrá observar el comportamiento de las variables a lo largo del tiempo. Así mismo, al ser descriptivo-correlacional limita la verificación de la relación causa-efecto entre las variables. Entre las fortalezas se destaca que es la primera vez que se realiza una investigación con estas variables en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Del mismo modo se enfatiza el diseño de investigación transversal, ya que permite desarrollar el estudio en un tiempo relativamente corto. Además, los instrumentos empleados fueron validados en el contexto nacional. De igual manera se distingue que se tomaron en cuenta variables sociodemográficas sugeridas en estudios previos y que permitieron dar mayor profundidad a la investigación.

## **5.2. Conclusiones**

En el presente estudio se evidenció que el clima social familiar está asociado con el afrontamiento al estrés. De esta manera el entorno familiar es apreciado como uno de los factores determinante en el afrontamiento al estrés de manera positiva, debido a que los pacientes que prevalecen y presentaron un clima familiar promedio con un 71.18% perciben que en su ambiente existen aspectos de comunicación e interacción, como entablar relaciones independientes y solucionar diversos conflictos de manera adecuada entre sus miembros, lo que podría permitir un crecimiento personal y disponer de estrategias positivas de afrontamiento como ya se ha observado en la mayoría de pacientes que presentaron un afrontamiento positivo con un 39.41%, lo que implica que dichos pacientes poseen modos de afrontamiento adaptativos que favorece su ajuste en la medida que ellos se enfrenten y busquen una solución para mejorar su situación o el desequilibrio emocional que ocasiona el cáncer.

De igual manera, las dimensiones del clima social familiar que se identificaron con mayor predominancia fue la dimensión Relación y Estabilidad, las cuales son dimensiones esenciales que como ya se había explicado anteriormente permite que

los pacientes presente mayor grado de comunicación, interacción y libre expresión, además de una adecuada organización y planificación de actividades entre sus miembros.

Asimismo, la dimensión relación del clima familiar conformada por la interacción, el vínculo y el apoyo brindado por la familia y la dimensión desarrollo que se relaciona a la autonomía y las habilidades sociales, están relacionadas con el tiempo de la enfermedad. El hallazgo indica que el cáncer va asimilándose y siendo afrontado en sus diferentes etapas tanto por el paciente como por su familia. A mayor tiempo de enfermedad puede observarse una mejora en las dimensiones mencionadas que ayudan al paciente a un mejor afrontamiento de la enfermedad. De igual manera se puede apreciar que los niveles de la dimensión relación se asocian al estado civil y el nivel educativo, donde se observó que los pacientes que tenían una pareja o un familiar y a su vez poseían cierto grado académico lograban tener un mejor grado de interacción y apoyo por parte de sus miembros.

Finalmente se puede concluir que los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos se relacionaron con el tipo de cáncer, el tiempo de enfermedad y el nivel educativo. El hallazgo muestra que los tipos de afrontamiento varían en función al cáncer debido a que cada enfermedad oncológica posee características particulares, asimismo el tiempo de enfermedad de los pacientes permite que ellos también puede adaptarse a la enfermedad cuando poseen mayor tiempo de enfermedad, de igual manera sucede con el nivel educativo que presente los pacientes, ya que un mayor nivel de instrucción genera que estos puedan disponer de mayores estrategias de afrontamiento positivas.

### **5.3. Recomendaciones**

Se sugiere para estudios posteriores que la muestra sea más amplia, se consideren mayor cantidad de cánceres y se realice una comparación entre los diversos tipos de cáncer.

Del mismo modo, se recomienda trabajar con instrumentos abreviados o con menor cantidad de preguntas que estén relacionados con el clima social familiar, para no fatigar a los pacientes y exista mayor accesibilidad por parte de los pacientes al momento de encuestar

Además, se espera realizar estudios de tipo explicativo que determinen la influencia entre una variable independiente y dependiente, para así poder obtener conocimientos sobre causa y efecto, y exista un mayor conocimiento del tema investigado

Asimismo, se recomienda concientiza a los profesionales de la Salud que trabaja en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas mediante charlas, sobre la importancia de un adecuado clima familiar y su relación con un afrontamiento positivo para los pacientes en las situaciones de estrés que ellos experimentan producto de la percepción que tienen del cáncer

De igual manera a partir de los hallazgos encontrados se propondrán estrategias de intervenciones psicológicas tales como talleres de afrontamiento y/o técnicas de relajación para los pacientes oncológicos.

Se recomienda proponer programas multidisciplinarios e integrales de prevención y promoción de la salud, los cuales contribuirán a dar soporte a los pacientes oncológicos. De igual manera se espera proponer talleres psicológicos de afrontamiento al estrés para que los pacientes dispongan de herramientas específicas basadas en modelos tales como el de la Inoculación del Estrés, que permita

incrementar y/o desinhibir el repertorio de habilidades existentes para que el individuo reduzca la tensión o activación fisiológica, y sustituya las interpretaciones negativas por pensamientos positivos y reales de afrontamiento al estrés

Finalmente es de vital importancia implementar estrategias de intervención dirigidas no solamente hacia el paciente oncológico sino también hacia sus familiares y/o cuidadores como son las charlas de sensibilización sobre la realidad de los pacientes oncológicos para informar de la importancia e influencia de los pacientes con cáncer, puesto que dichas estrategias permiten ampliar el intercambio de información al interior de la familia, generando así un clima social familiar adecuado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atri, M & Cohen, J (1987). *Confiabilidad y Validez del cuestionario de evaluación del sistema familiar*. (Tesis de Maestría). Universidad de las Américas, Lima, Perú.
- Bárez M. (2002). *Relación entre Percepción de Control y Adaptación a la Enfermedad en Pacientes con Cáncer de Mama*. (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona – España. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/4740>
- Bernard, C. (1959). *Introducción al estudio de la medicina experimental*. Buenos Aires: El Ateneo. Recuperado de <http://www.pedrogarciaabarreno.es/3.%20Libros/CBernard.pdf>
- Blas, J. (2012). *Clima familiar deportivo en hogares de los alumnos del primer grado de secundaria del colegio emblemático "San José De Jauja"*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú. Recuperado de <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/2706>
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Cabrera, A. y Ferraz, R. (2011). "Impacto del cáncer en la dinámica familiar". *Revista Biomedicina*, 6(1), 42-48.
- Cabrera, Y., López, E., López, E., & Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115 – 127. Recuperado de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>
- Caponte, L. (2015). Epidemiología del cáncer de cuello uterino en América Latina. Manuscrito. Recuperado de <http://ecancer.org/journal/9/pdf/577-es-epidemiology-of-cervical-cancer-in-latin-america.php>.
- Carver, C. & Scheider, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Díaz, A. (2015). Estilos de personalidad, modos de afrontamiento y clima social familiar en pacientes amputados de miembro inferior. (Tesis doctoral). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1089/3/D%C3%ADaz\\_AA.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1089/3/D%C3%ADaz_AA.pdf)
- Díaz A. & Yaringaño L. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *IIPSI*, 13(1), 69-86.
- Die Trill, M. (2006) Impacto Psicosocial del Cáncer. *Psicooncología Contacto*, 6, 19-21
- Dura, E. & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271
- Elliot, G. & Eisdorfer, C. (1982). *Estrés Humano & Salud*. Nuevo York: Springer.
- Epstein, K (2001). *Modelo de funcionamiento familiar*. Estados Unidos: Editorial Bullent
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro.
- Folkman, S. & Moskowitz, T. (2003). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

- Gómez & Lagoueyte (2012). Comprender el apoyo social como estrategia de afrontamiento en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix. *Avances en enfermería*, 30(1), 32 – 41.
- González M. (2004) “Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos”. TEA ediciones S.A. Madrid - España.
- González, O. & Pereda, A. (2009). *Relación entre el clima social familiar y el rendimiento escolar de los alumnos de la institución educativa No 86502 San Santiago de Pamparomás en el 2006*. (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo. Chimbote. Perú. Recuperado de <https://es.slideshare.net/carloschavezmonzon/clima-social-familiar-y-rendimiento-academico>
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: effects on outcome. *The Lancet*, 13(2), 785-787
- Greer, S., Morris, T., Watson, M. (1989). Patient's adjustment to cancer: The Mental Adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373-377.
- Guitierrez, F. (2007). *Revisión histogenética de los tumores testiculares germinales*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Granada – España. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/16628676.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. Cap. 8, 141-142
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holland, J., Lewis, S. (2003) *La cara humana del cáncer. Vivir con la esperanza, afrontar la incertidumbre*. Editorial Herder.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2016). *Datos estadísticos*. [online] Lima, Perú: INEN. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos\\_estadisticos/20052011\\_INEN\\_NM\\_FRECUENTES\\_2000\\_2009\\_vf.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/20052011_INEN_NM_FRECUENTES_2000_2009_vf.pdf). [Citado el 15 de junio de 2016]
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Características del hogar*. [online]. Lima. Perú: INEN. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1\\_539/cap06.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_539/cap06.pdf)
- Jorques, M. (2015). *Estrategia de afrontamiento ante el cáncer de mama*. (Tesis de doctorado). Universidad de Valencia, Valencia, España. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/49794>
- Kemper, I (2000). *Resiliencia y rendimiento académico*. Perú. Recuperado de <http://www.slideshare.net/carloschavezmonzon/clima-social-familiar-y-rendimiento-academico>.
- Kerlinger, F. (1979). Investigación experimental y no experimental. *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México, D.F.: Interamericana.
- Koocher, G. & Malley, J. (1981). *The Damocles Syndrome: Psychosocial Consequences of Surviving Childhood Cancer*. New York, McGraw-Hill

- Labrador, F. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
- Labrador, F. & Crespo, M. (1993). *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona: Martínez Roca
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Luna, A. (2016). *Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de edad adulta temprana y media*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5863/76.0301.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mamani, A. (2008). *Funcionamiento Familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/620/1/Mamani\\_ca.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/620/1/Mamani_ca.pdf)
- Maguire, G. (1989). The psychological impact of cancer. *British Journal of Hospital Medicine*.
- Melhem, A., Chavez, M., Lei, X., et al. (2011). Beta-blocker use is associated with improved relapse-free survival in patients with triple-negative breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(19), 2645-2652. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21632501>
- Ministerio de Salud. (2015). *Memoria Plan Esperanza*. [Online]. Lima. Perú: MINSA. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=plan+esperanza+memorias&rlz=1C1GCEA\\_enPE869PE869&oq=plan+esperanza+memorias&aqs](https://www.google.com/search?q=plan+esperanza+memorias&rlz=1C1GCEA_enPE869PE869&oq=plan+esperanza+memorias&aqs)
- Montes, Y. (2009). *Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino en los estudiantes del Colegio "Túpac Amaru" 2008*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4401/1/Montes\\_Vega\\_Ysabel\\_Eusebia\\_2009.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4401/1/Montes_Vega_Ysabel_Eusebia_2009.pdf)
- Moreno, M., Lutgendorf, SK., Sood, AK. (2010). Impact of stress on cancer metastasis. *Future Oncology*, 6(12), 1863-1881. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21142861>
- Moos, R. (1974). Escala de Clima Social Familiar FES. EE. UU. Recuperado de <http://www.slideshare.net/carloschavezmonzon/clima-social-familiar-y-rendimiento-académico>
- Mulder, C., Pompe, G., Spiegel, D., Antoni, M. & de Vries, M. (1992). Do the psychosocial factors influence the course of breast cancer?. A review of recent literatura, methodological problems and future directions. *Psycho-Oncology*, 1(3), 155-167

- National Cancer Institute. (2016). *Estrés psicológico y el cáncer*. [online] EE. UU: NCI. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>
- Olín, K., & Madrigal, S. (2013). *Clima familiar y afrontamiento del estrés en pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la liga contra el cáncer*. Arequipa, 2012. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. Recuperado de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3819/60.1270.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/420>
- Pelechano, V., Matud, P. & de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(63), 91-149.
- Rodríguez, J., Pastor, M. & López, S. (1993). Afrontamiento, Apoyo Social, calidad de vida y enfermedad, *Psicothema*, 5, 349 – 372. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>
- Rodríguez, A., Ruiz, R., & Restrepo, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 90-101.
- Rojas, Y., Montalvo, A. & Diaz, A. (2018). Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiointvasivos. *Univ. Salud*. 20(2).131-138. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.117>
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. (eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Santos, et. al. (2016). ACELERANDO LA INNOVACIÓN EN EL CONTROL DEL CÁNCER EN EL PERÚ. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(3), 535-539. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2318
- Salkind, N. J. (1999) "Métodos de Investigación". 3ra ed. Editorial Printice – Hall – México.
- Selye, H. (1973). *The evolution of the stress concept*. *American Science*, 61, 692-699.
- Sherbourne, C., & Hays, R. (1990). Marital Status, Social Support, and Health Transitions in Chronic Disease Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(4), 328 – 343
- Susaníbar, F. (2016). Cáncer de Testículo. Epidemiología y Factores de Riesgo. MU [Mensaje de un blog]. Recuperado de <http://madridurologia.blogspot.pe/2016/04/cancer-de-testiculo-epidemiologia-y.html>
- Taylor, S., Lichtman, R., Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 3, 489-502.
- Taylor, S., Armor, D. (1996) Positive illusions and coping with adversity. *Journal os Personality*, 64, 873-898.

- Tindal, C. (2016). *influencia del entorno familiar en el rendimiento académico de los estudiantes de 5to. de secundaria de la unidad educativa "Pedro Poveda" de la ciudad de La Paz.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. Recuperado de <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/6996/CORREGIDO%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Trickett, E. (1989). *Perspectiva psicológica social.* Madrid: Santillana.
- Salazar M., et. al. (2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(1), 105-12. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000100020](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000100020)
- Zavala, G. (2001). El clima social familiar y su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos en los alumnos del quinto año de secundaria de los colegios nacionales del distrito de Rímac. (Tesis de Licenciatura). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Zavala\\_G\\_G/t\\_completo](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Zavala_G_G/t_completo)

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**

Variable	Dimensiones	Sub-dimensiones	Ítems	Categorización
<b>Clima Social Familiar</b>		Cohesión	1,11,21,31,41,51,61,71,81	- Significativamente alto: (70 a 90)
	Relaciones	Expresividad	2,12,22,32,42,52,62,72,82	- Alto: (60 a 69) - Promedio (41 a 59)
		Conflicto	3,13,23,33,43,53,63,73,83	- Bajo: (31 a 40)
	Desarrollo	Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84	- Significativamente bajo (0 a 30)
		Área de actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85	<b>Fuente:</b> Díaz y Yaringaño, 2010, p.5
		Área social recreativo	7,17,27,37,47,57,67,77,87	<b>Clasificación de la variable</b>
		Área intelectual cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86	Variable: Categórica
		Área de moralidad - religiosidad	8,18,28,38,48,58,68,78,88	Politómica Ordinal
	Estabilidad	Área de organización	9,19,29,39,49,59,69,79,89	
	Área de control	10,20,30,40,50,60,70,80,90		

<b>Clima Social Familiar</b>	Relación	Desarrollo	Estabilidad	Categoría	Fuente
	21 a 27	33 a 45	18	Excelente	Cesar Ruiz Alva & Eva Guerra Turín, 1993
	20	30 a 32	17	Bueno	
	19	30 a 31	16	Tiende a Bueno	
	14 a 18	25 a 29	11 a 15	Promedio	
	12 a 13	22 a 24	8 a 10	Mala	
0 a 11	0 a 21	0 a 7	Muy mala		

## ANEXO 2

Variable	Escalas	Ítem	Categorización
<b>Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos</b>	Escala de enfrentamiento y Lucha Activa	1, 2, 13, 16, 17, 21, 24, 31 y 39	- Positivo: (+ 3 a + 9)
	Escala de autocontrol y de Control Emocional	3, 7, 12, 19, 25, 28 y 40	- Preferentemente positivo: (+ 1 a + 2)
	Escala de búsqueda de Apoyo Social	5, 10, 15 y 33	- No definido: (0)
	Escala de ansiedad y Preocupación Ansiosa	4, 6, 14, 22, 26 y 32	- Preferentemente negativo: (- 1 a - 2)
	Escala de pasividad y Resignación pasiva	11, 23, 34, 35 y 37	- Negativo: (- 9 a - 3)
	Escala de huida y Distanciamiento	8, 9, 18, 29, 30 y 38	<b>Fuente:</b> Díaz, Yaringaño, 2010, p. 75
	Escala de Negación	20, 27 y 36	

**Clasificación de la variable**  
Variable: Categórica  
Politómica Ordinal

### ANEXO 3

<p><b>SEXO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul> <p>Categoría Dicotómica nominal</p>	<p><b>RELIGIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• Cristiana</li> <li>• Otra</li> </ul> <p>Categoría Politómica nominal</p>
<p><b>ESTADO CIVIL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado</li> <li>• Soltero</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Otro</li> </ul> <p>Categoría Politómica nominal</p>	<p><b>NIVEL EDUCATIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Técnico</li> <li>• Universitario</li> </ul> <p>Categoría Politómica ordinal</p>
<p><b>LUGAR DE RESIDENCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provincia</li> <li>• Lima</li> </ul> <p>Categoría Dicotómica nominal</p>	<p><b>ACTIVIDAD LABORAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependiente</li> <li>• Independiente</li> <li>• Desempleado</li> </ul> <p>Categoría Politómica nominal</p>
<p><b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provincia</li> <li>• Lima</li> </ul> <p>Categoría Dicotómica nominal</p>	<p><b>TIPO DE CANCER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuello uterino</li> <li>• Testículo</li> </ul> <p>Categoría Dicotómica nominal</p>
<p><b>COMPOSICIÓN FAMILIAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuclear</li> <li>• Extensa</li> <li>• Monoparental</li> <li>• Reconstituida</li> </ul> <p>Categoría Politómica nominal</p>	<p><b>ESTADIO DEL CÁNCER:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I Estadio</li> <li>• II Estadio</li> <li>• III Estadio</li> <li>• IV Estadio</li> </ul> <p>Categoría Politómica ordinal</p>
<p><b>TIPO DE TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radioterapia</li> <li>• Ninguno</li> <li>• Quimioterapia</li> </ul> <p>Categoría Politómica nominal</p>	<p><b>TIEMPO DE ENFERMEDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De 0 a 5 años</li> <li>• De 6 a 10 años</li> <li>• De 11 a más años</li> </ul> <p>Categoría Politómica ordinal</p>
<p><b>EDAD</b></p> <p>Numérica Discreta de Razón</p>	

## ANEXO 4

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I. DATOS PERSONALES

1. últimos 4 dígitos del DNI: \_\_\_\_\_

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Lugar de nacimiento:

a) Lima

b) Provincia

#### II. DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Sexo

a) Femenino

b) Masculino

2. Estado civil

a) Soltero(a)

c) Conviviente

b) Casado(a)

d) Otro

3. Nivel educativo

a) Primaria completa

e) Técnico completa

b) Secundaria incompleta

f) Universitario incompleta

c) Secundaria completa

g) Universitario completa

d) Técnico incompleta

4. Lugar de residencia

a) Lima

b) Provincia

5. Religión

a) Católica

b) Cristiana

c) Otra

### **III. DATOS MÉDICOS**

#### **1. ¿Tipo de cáncer?**

a) Cuello uterino

b) Testículo

#### **2. ¿Tiempo de enfermedad?**

a) De 1 a 6 meses

b) De 6 meses a 1 año

c) De 1 a 2 años

#### **3. ¿Qué tipo de tratamiento está llevando usted?**

a) Radioterapia

b) Quimioterapia

c) Ambos

### **IV. COMPOSICIÓN FAMILIAR**

#### **1. ¿Con quiénes vive en casa? Marque las alternativas que usted considere, puede marcar más de una.**

a) Uno de los padres

d) Solo

b) Con los padres

e) Otros familiares

c) Pareja

f) Amigos

### **V. ACTIVIDAD LABORAL Y MANUTENCIÓN**

#### **1. ¿Actividad laboral en la que se desempeña?**

a) Dependiente

b) Independiente

c) Desempleado(a)

## ANEXO 5

### Escala de Clima Social Familiar FES

Adaptado al Perú por: César Ruiz Alva - Eva Guerra Turín - Lima 1993

#### INSTRUCCIONES

A continuación, se pregunta en este impreso, una serie de frases. Los mismos que usted tiene que decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia. Si usted cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará en la hoja de respuesta una (x) en el espacio correspondiente a la V (verdadero) si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una (x) en el espacio correspondiente a la F (falsa). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsos marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

N°	ÍTEMS		
1	En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	V	F
2	Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.	V	F
3	En nuestra familia peleamos mucho.	V	F
4	En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.	V	F
5	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	V	F
6	A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.	V	F

7	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
8	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.	V	F
9	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.	V	F
10	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	V	F
11	Muchas veces da la impresión que en casa solo estamos "pasando el rato"	V	F
12	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.	V	F
13	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.	V	F
14	En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	V	F
15	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
16	Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.).	V	F
17	Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.	V	F
18	En mi casa no rezamos en familia.	V	F
19	En mi casa somos muy ordenados y limpios.	V	F
20	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.	V	F
21	Todos no esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F

22	En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.	V	F
23	En la casa a veces nos molestamos que a veces golpeamos o rompemos algo.	V	F
24	En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.	V	F
25	Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.	V	F
26	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	V	F
27	Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.	V	F
28	A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc.	V	F
29	En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.	V	F
30	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	V	F
31	En mi familia estamos fuertemente unidos.	V	F
32	En mi casa comentamos nuestros problemas personalmente.	V	F
33	Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.	V	F
34	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.	V	F
35	Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”.	V	F
36	Nos interesan poco las actividades culturales.	V	F

37	Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.	V	F
38	No creemos en el cielo o en el infierno.	V	F
39	En mi familia la puntualidad es muy importante.	V	F
40	En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.	V	F
41	Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.	V	F
42	En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	V	F
43	Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.	V	F
44	En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.	V	F
45	Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.	V	F
46	En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	V	F
47	En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.	V	F
48	Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	V	F
49	En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.	V	F
50	En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.	V	F
51	Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.	V	F

52	En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.	V	F
53	En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.	V	F
54	Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.	V	F
55	En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.	V	F
56	Algunos de nosotros tocan algún instrumento musical.	V	F
57	Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.	V	F
58	Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener Fe.	V	F
59	En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.	V	F
60	En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.	V	F
61	En mi familia hay poco espíritu de grupo.	V	F
62	En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.	V	F
63	Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	V	F
64	Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, a defender sus propios derechos.	V	F
65	En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.	V	F

66	Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la Biblioteca o leemos obras literarias.	V	F
67	Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés.	V	F
68	En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.	V	F
69	En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.	V	F
70	En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.	V	F
71	Realmente nos llevamos bien unos con otros.	V	F
72	Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.	V	F
73	Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.	V	F
74	En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.	V	F
75	Primero es el trabajo, luego es la diversión” es una norma en mi familia.	V	F
76	En mi casa ver la televisión es más importante que leer.	V	F
77	Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.	V	F
78	En mi casa, leer la Biblia es algo importante.	V	F
79	En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.	V	F
80	En mi casa las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse.	V	F

81	En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.	V	F
82	En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.	V	F
83	En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	V	F
84	En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.	V	F
85	En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.	V	F
86	A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	V	F
87	Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.	V	F
88	En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.	V	F
89	En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.	V	F
90	En mi familia, uno no puede salirse con la suya.	V	F

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES**

## ANEXO 6

### **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 formas se identifica más su manera de **COMPORTARSE EN ESTA SITUACIÓN**. No hay respuestas buenas ni malas ya que cada persona puede resolver sus problemas de la forma que considera más conveniente. Procure contestar con la mayor sinceridad.

Hay cuatro opciones posibles en cada cuestión:

0	1	2	3
Nunca	Algunas	Muchas veces	Casi siempre

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

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

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

## ANEXO 7

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Investigador:** Angulo Salas Róger Joaquín

**Propósito del Estudio:**

Lo invitamos a ser partícipe de en un estudio llamado: **“Clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2019”**. Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. Estoy realizando este estudio para indagar la posible relación entre las variables clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar en el estudio tendrá que seguir el siguiente procedimiento:

1. Deberá completar dos cuestionarios y una ficha sociodemográfica que durará aproximadamente 45 minutos.
2. Si usted tiene alguna pregunta acerca del cuestionario puede consultar al

investigador

**Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en esta investigación.

**Beneficios:**

Se ofrecerá a los participantes talleres y técnicas sobre un adecuado afrontamiento de las enfermedades oncológicas, permitiéndole sobrellevar la enfermedad que padece.

**Costos e incentivos:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a una mejor comprensión de las variables propuestas en el estudio.

**Confidencialidad:**

El investigador guardará su información con códigos y no con nombres. Si los resultados del seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en el estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la *Universidad Católica Sedes Sapientiae*, que tiene como presidente [lquiroz@ucss.edu.pe](mailto:lquiroz@ucss.edu.pe)

Si tuviera alguna duda acerca de la confiabilidad del presente estudio podría comunicarse al correo: [rjoaquin2412@gmail.com](mailto:rjoaquin2412@gmail.com)

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de el estudio cuando éste haya concluido.

---

Firma del Participante

Fecha:



**CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS**

(Matriz de Consistencia)

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Población y Muestra	Diseño	Instrumentos	Análisis Estadístico
<p><b>Problema General:</b></p> <p>¿Qué relación existe entre clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p><b>Problema Específico:</b></p> <p>¿Cuál será el clima social</p>	<p><b>Objetivo General:</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <p>Identificar el clima social familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p><b>H1:</b> Existe relación entre el clima social familiar y los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p><b>H0:</b> No relación entre el clima social familiar y los tipos de afrontamiento</p>	<p><b>Clima Social Familiar</b></p> <p>Es la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducida en algo que proporciona emoción. A su vez el clima se mejora en la medida en que se establecen relaciones entre dos personas, se definen tres dimensiones fundamentales y cada una está constituida por elementos que las componen: relación, desarrollo y estabilidad (Gonzales y Pereda, 2006, p.24).</p> <p><b>V1: Clima Social Familiar</b></p> <p>Categorica Politémica Ordinal</p>	<p><b>Población</b></p> <p>La población estará conformada por 305 pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y la muestra incluirá 170 pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.</p> <p><b>Criterios de inclusión:</b></p>	<p>Estudio descriptivo-correlacion al de corte transversal con el enfoque cuantitativo</p>	<p><b>Escala de clima social familiar (FES)</b></p> <p><b>(Moos, Moos Y Trickett 1987)</b></p> <p>Adaptada al Perú por: César Ruiz Alva - Eva Guerra Turín - Lima 1993</p> <p><b>Confiabilidad</b></p> <p>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, la muestra usada para éste estudio fue de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años). (Díaz, 2010. p.73)</p> <p><b>Validez</b></p>	<p><b>Estadística descriptiva</b></p> <p>Se utilizó el programa STATA 14 para la realización del análisis descriptivo aquí se calculó los porcentajes y frecuencias para las variables categóricas estas son clima social familiar, afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos y variables</p>

<p>familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p>¿Cuáles serán las dimensiones del clima social familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p>¿Cuáles serán los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p>	<p>de Enfermedades Neoplásicas</p> <p>Identificar las dimensiones del clima social familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p>Identificar los tipos de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p>Determinar la relación entre el clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p>	<p>al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <p><b>HE1:</b> Existe relación entre el clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p><b>HE0:</b> No existe relación entre el clima social familiar y los datos sociodemográficos en</p>	<p><b>D1: Relación</b> Categoría Politémica Ordinal</p> <p><b>D2: Desarrollo</b> Categoría Politémica Ordinal</p> <p><b>D3: Estabilidad</b> Categoría Politémica Ordinal</p> <p><b>Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos</b></p> <p>Lazarus define el afrontamiento como el proceso por el cual un individuo se esfuerza cognitivamente para enfrentar una situación considerada estresante para después ejecutar una acción (Lazarus, 1991). Su función principal es reducir la tensión y devolver el equilibrio (la homeostasis general) al</p>	<p>- Pacientes oncológicos a partir de los 18 años</p> <p>- Con estudios de educación primaria completos</p> <p>- Capacidad de leer y firmar el consentimiento informado</p> <p><b>Criterio de exclusión:</b></p> <p>- Incapacitado para entender y firmado el consentimiento informado</p> <p>- Que estén atravesando por algún problema de salud mental</p>		<p>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. La muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias) (Díaz,2010. p.73)</p> <table border="1" data-bbox="1601 646 1960 933"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>Definición Operacional</th> <th>Dimensiones</th> <th>Sub dimensiones</th> <th>Ítem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">Clima Social Familiar</td> <td rowspan="10">Esta escala aprecia las características socio - ambientales de todo tipo de familias. 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:</td> <td rowspan="3">Relaciones</td> <td>Cohesión</td> <td>1,11,21,31,41,51,61,71,81</td> </tr> <tr> <td>Expresividad</td> <td>2,12,22,32,42,52,62,72,82</td> </tr> <tr> <td>Conflicto</td> <td>3,13,23,33,43,53,63,73,83</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Desarrollo</td> <td>Autonomía</td> <td>4,14,24,34,44,54,64,74,84</td> </tr> <tr> <td>Área de actuación</td> <td>5,15,25,35,45,55,65,75,85</td> </tr> <tr> <td>Área social recreativa</td> <td>7,17,27,37,47,57,67,77,87</td> </tr> <tr> <td>Área intelectual cultural</td> <td>6,16,26,36,46,56,66,76,86</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Estabilidad</td> <td>Área de moralidad - religiosidad</td> <td>8,18,28,38,48,58,68,78,88</td> </tr> <tr> <td>Área de organización</td> <td>9,19,29,39,49,59,69,79,89</td> </tr> <tr> <td>Área de control</td> <td>10,20,30,40,50,60,70,80,90</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Categorización de los resultados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Significativamente alto: (70 a +)</li> <li>- Alto: (60 a 69)</li> <li>- Promedio: (41 a 59)</li> <li>- Bajo: (31 a 40)</li> <li>- Significativamente bajo: (30 a -)</li> </ul> <p>(Díaz, Yaringaño, 2010, pp.73)</p>	Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Sub dimensiones	Ítem	Clima Social Familiar	Esta escala aprecia las características socio - ambientales de todo tipo de familias. 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	Cohesión	1,11,21,31,41,51,61,71,81	Expresividad	2,12,22,32,42,52,62,72,82	Conflicto	3,13,23,33,43,53,63,73,83	Desarrollo	Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84	Área de actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85	Área social recreativa	7,17,27,37,47,57,67,77,87	Área intelectual cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86	Estabilidad	Área de moralidad - religiosidad	8,18,28,38,48,58,68,78,88	Área de organización	9,19,29,39,49,59,69,79,89	Área de control	10,20,30,40,50,60,70,80,90	<p>sociodemográficas a excepción de la edad que se utilizó media y desviación estándar</p> <p><b>Estadística Inferencial</b></p> <p>Se empleó para la prueba de normalidad, de la variable numérica, la prueba estadística de Shapiro Wilk; para la variable numérica y variable categórica se utilizó Kruskal-Wallis; para el análisis de variables categóricas se empleó el Chi - cuadrado, considerando una</p>
Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Sub dimensiones	Ítem																																	
Clima Social Familiar	Esta escala aprecia las características socio - ambientales de todo tipo de familias. 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	Cohesión	1,11,21,31,41,51,61,71,81																																	
			Expresividad	2,12,22,32,42,52,62,72,82																																	
			Conflicto	3,13,23,33,43,53,63,73,83																																	
		Desarrollo	Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84																																	
			Área de actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85																																	
			Área social recreativa	7,17,27,37,47,57,67,77,87																																	
			Área intelectual cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86																																	
		Estabilidad	Área de moralidad - religiosidad	8,18,28,38,48,58,68,78,88																																	
			Área de organización	9,19,29,39,49,59,69,79,89																																	
			Área de control	10,20,30,40,50,60,70,80,90																																	

<p>Neoplásicas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre las dimensiones del clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?</p> <p>¿Cuál es la</p>	<p>Determinar la relación entre las dimensiones del clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p>Determinar la relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p>	<p>pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p><b>HE2:</b> Existe relación entre las dimensiones del clima social familiar y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p><b>HE0:</b> No existe relación entre las dimensiones del clima social familiar y los datos sociodemográficos</p>	<p>organismo. Así mismo, puede ser situacional o disposicional. En la modalidad situacional, se plantea que el afrontamiento es un proceso que cambia a través del tiempo y por las circunstancias, es decir es un proceso dinámico (Lazarus y Folkman, 1986);</p> <p><b>V1: Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos</b></p> <p>Categórica Politémica Ordinal</p> <p><b>V3: Variable sociodemográfica</b></p> <p><b>V1: Sexo</b></p> <p>Categórica Dicotómica nominal</p> <p><b>V2: Estado civil</b></p> <p>Categórica Politémica nominal</p>	<p>al momento de la evaluación</p>	<p><b>Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)</b></p> <p><b>(González, 2004)</b></p> <p><b>Confiabilidad</b></p> <p>Para obtener la confiabilidad del instrumento se obtuvo a través de 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. (Díaz y Yaringaño, 2010, p. 75)</p> <p><b>Validez</b></p> <p>La validez de constructo del instrumento se desarrolló a través del análisis factoriales exploratorios donde se concluyeron siete dimensiones del cuestionario de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Los valores factoriales se</p>	<p>significancia estadística menor o igual a 0.05</p>
--	--	--	--	------------------------------------	--	---

relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

icos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**HE3:** Existe relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y los datos sociodemográficos en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

**HE0:** No existe relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y los

**V3: Nivel Educativo**  
Categoría Politómica ordinal

**V4: Lugar de Procedencia**  
Categoría Dicotómica nominal

**V5: Edad**  
Numérica Discreta de Razón

**V6: Religión**  
Categoría Politómica nominal

**V7: Actividad Laboral**  
Categoría Politómica nominal

**V8: Lugar de Residencia**  
Categoría Dicotómica nominal

**V9: Tipo de cáncer**  
Categoría Dicotómica nominal

**V10: Estadio del cáncer**  
Categoría Politómica

sitúan entre 0,64 y 0,87, por lo que son muy significativos, los cuales posibilitan afirmar la estructura factorial del cuestionario CAEPO y la validez de las escalas. (Díaz y Yaringaño, 2010, p. 75)

**Categorización de los resultados:**

- Positivo: (+ 3 a + 9)
- Preferentemente positivo: (+ 1 a + 2)
- No definido: (0)
- Preferentemente negativo: (- 1 a - 2)
- Negativo: (- 9 a - 3)

(Díaz & Yaringaño, 2010, pp.75)

Variable	Definición Operacional	Escalas	Ítem
Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos	Este cuestionario es un instrumento de recogida de información sobre las estrategias de afrontamiento (conductas cognitivas) que utiliza un sujeto cuando se encuentra ante una situación de estrés, producida por el diagnóstico de su enfermedad, así como por las terapias y otras situaciones sociales y familiares que giran entorno a la enfermedad.	Escala de enfrentamiento y Lucha Activa Escala de autocontrol y de Control Emocional Escala de búsqueda de Apoyo Social	1, 2, 13, 16, 17, 21, 24, 31 y 39 3, 7, 12, 19, 25, 28 y 40 5, 10, 15 y 33
		Escala de ansiedad y Preocupación Ansiosa	4, 6, 14, 22, 26 y 32
		Escala de pasividad y Resignación pasiva	11, 23, 34, 35 y 37
		Escala de hostilidad y Distanciamiento	8, 9, 18, 29, 30 y 38
		Escala de Negación	20, 27 y 36

datos  
sociodemográficos  
en  
pacientes  
oncológicos  
del Instituto  
Nacional de  
Enfermedades  
Neoplásicas

ordinal  
**V11: Tiempo de  
enfermedad**  
Categoría ordinal      Politémica  
**V12: Composición  
familiar**  
Categoría nominal      Politémica

--	--	--	--	--	--	--	--