



TESIS

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL AFRONTAMIENTO
A LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL
HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

LAURA MARIA LLERENA PRADO

ASESOR:

MG. MIRIAM BEATRIZ SUSANA GÓMEZ SÁNCHEZ

AREQUIPA – PERÚ, DICIEMBRE 2018

DEDICATORIA

- A mis padres, que me motivaron en todo momento para culminar mi carrera profesional de enfermería y así poder lograr mi meta de ser una profesional competente.
- A todos los pacientes oncológicos que día a día luchan contra el cáncer.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por haberme permitido finalizar este trabajo.
- A la Universidad de Alas Peruanas - Filial Arequipa.
- A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería; quienes compartieron sus conocimientos en bien de mi formación integral e ideal.
- Agradezco a mis asesores, por su paciencia y generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia.
- Asimismo, quiero manifestar mi más sincero agradecimiento al Hospital III Goyeneche por permitirme aplicar mi tesis.
- A mis padres por apoyarme siempre en mis momentos de alegría y debilidad.

RESÚMEN

El presente estudio tiene como **Objetivo:** Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche Arequipa 2018. **Materiales y método:** es una investigación no experimental, descriptiva, correlacional de corte transversal. La muestra fue 110 pacientes. El muestreo fue no probabilístico censal. Se utilizó el estadístico de Chi cuadrado de independencia. Para la variable Afrontamiento se utilizó el Cuestionario de estimación de afrontamiento de COPE y para Funcionamiento familiar se utilizó la encuesta de FF- SIL; ambos instrumentos han sido validados y cuenta con un amplio reconocimiento. **Resultados:** se aprecia en los datos socio demográficos que hay más pacientes entre los 51 a 70 años, uno de cada dos pacientes es de sexo femenino, uno de cada ocho pacientes es soltero/a y uno cada 11 pacientes tienen estudios superiores. En el nivel de afrontamiento enfocado al área del problema es alto uno de cada tres pacientes (60,9%), enfocado al área de la emoción es alto uno cada once pacientes (9,1%), enfocado al área de la percepción es alto uno cada cincuenta y cinco pacientes (1,8%). En el funcionamiento familiar se encontró que de las 110 familias solo 18 son funcionales. Existe relación entre el afrontamiento y la comunicación familiar ($0.000 < 0.05$), permeabilidad familiar ($0.000 < 0.05$), roles familiares ($0.000 < 0.05$), afrontamiento y el funcionamiento familiar ($0.000 < 0.05$). No existe relación entre el afrontamiento y la cohesión familiar ($0.516 < 0.05$), afectividad familiar ($0.149 < 0.05$), adaptabilidad familiar ($0.54 < 0.05$). **Conclusiones:** existe relación significativa entre el Funcionamiento familiar y Afrontamiento a la enfermedad con un nivel de confianza del 0.95 y un nivel de significancia de $0.000 < 0.05$, en el paciente oncológico del Hospital III Goyeneche.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, afrontamiento, paciente oncológico.

ABSTRAC

The present study **aims to:** Determine the relationship between family functioning and coping with the disease of the oncological patient at Hospital III Goyeneche Arequipa 2018. **Materials and method:** it is a non-experimental, descriptive, correlational cross-sectional investigation. The sample was 110 patients. The sampling was non-probabilistic census. The chi square statistic of independence was used. For the variable Coping, the COPE coping estimation questionnaire was used and for Family functioning, the FF-SIL survey was used; Both instruments have been validated and widely recognized. **Results:** the socio-demographic data shows that there are more patients between 51 and 70 years old, one in two patients is female, one in eight patients is single and one in 11 patients have higher education. In the level of coping focused on the area of the problem is high one in three patients (60.9%), focused on the area of emotion is high one every eleven patients (9.1%), focused on the area of perception is high one every fifty-five patients (1.8%). In family functioning it was found that it gives the 110 families only 18 are functional. There is a relationship between coping and family communication (0.000 <0.05), family permeability (0.000 <0.05), family roles (0.000 <0.05), coping and family functioning (0.000 <0.05). There is no relationship between coping and family cohesion (0.516 <0.05), family affectivity (0.149 <0.05), family adaptability (0.54 <0.05). **Conclusions:** there is a significant relationship between family functioning and coping with the disease with a confidence level of 0.95 and a level of significance of 0.000 <0.05, in the oncological patient of Hospital III Goyeneche.

Keywords: Family functioning, coping, cancer patient

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1	88
Distribución de frecuencias sobre las características personales de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 2.	89
Distribución de frecuencias sobre el afrontamiento enfocado al área del problema de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 3	90
Población en estudio según nivel de afrontamiento enfocado al área del problema. Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 4	91
Distribución de frecuencias sobre el afrontamiento enfocado al área de la emoción de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 5	92
Población en estudio según nivel de afrontamiento enfocado al área de la emoción. Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 6	93
Distribución de frecuencias sobre el afrontamiento enfocado al área de la percepción de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 7	94
Población en estudio según nivel de afrontamiento enfocado al área de la percepción, Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	

Tabla N° 8	95
Población en estudio según nivel de afrontamiento a la enfermedad. Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 9	96
Población en estudio según funcionalidad familiar. Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 10	97
Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 11	98
Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 12	99
Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 13	100
Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 14	101
Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	
Tabla N° 15	102
Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018	

Tabla N° 16 103

Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

Tabla N° 17 104

Relación entre funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESÚMEN	iii
ABSTRAC	iv
ÍNDICE	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Descripción del problema	15
1.3. Formulación del problema	15
1.4. Objetivos de la investigación	16
1.4.1. Objetivo general	16
1.4.2. Objetivos específicos	17
1.5. Justificación	17
1.6. Limitaciones de la investigación	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes investigativos	20
2.1.1. A nivel internacional	20
2.1.2. A nivel nacional	22
2.1.3. A nivel local	23
2.2. Base teórica	
2.2.1. Teoría de enfermería	25
2.2.2. Funcionamiento familiar	32
2.2.3. Afrontamiento a la enfermedad	48
2.2.4. El cáncer	56
2.3. Definición de Términos	72
2.4. Hipótesis y variables	73
2.4.1. Hipótesis general	73
2.4.2. Hipótesis específicas	73
2.5. Variables	75
2.5.1. Definición conceptual de la variable	75
2.5.2. Definición operacional de la variable	76

2.5.3 Operacionalización de la variable	77
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y nivel de investigación	79
3.1.1. Tipo de Investigación	79
3.1.2. Nivel de investigación	79
3.1.3. Diseño de la investigación	80
3.2. Descripción del ámbito de la Investigación	80
3.2.1. Ubicación espacial	80
3.2.2. Ubicación temporal	81
3.3. Población y muestra	82
3.2.1. Población	82
3.2.2. Muestra	82
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	82
3.4.1. Técnicas	82
3.4.2. Instrumentos	82
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	84
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	85
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	87
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	105
CONCLUSIONES	112
RECOMENDACIONES	114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	128

INTRODUCCIÓN

La familia funcional es aquella que brinda ayuda, afecto, aporta económicamente e interviene fundamentalmente a la recuperación de la paciente y al buen afrontamiento ante la enfermedad; en contraposición las familias disfuncionales que generan desajustes del paciente y en el entorno familiar impidiendo su correcto afrontamiento y por tanto recuperación, éstos desajustes ponen en juego varios aspectos, afecta la calidad de vida y de sus familias; presentando complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento tanto como para el paciente como para la familia en sí. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer es la proliferación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden hacer metástasis a partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos. (2)

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes. A su vez se prevé que el cáncer aumentará en 14 millones de muertes anuales entre el 2012 a 2022. (3)

El cáncer puede considerarse como una crisis circunstancial; debido a la capacidad de afectar el sistema familiar; en relación de este proceso se pueden encontrar familias funcionales o disfuncionales. (4)

El funcionamiento familiar ha demostrado ser importante para generar salud y bienestar; ya que facilita al paciente la integración social, fomenta el bienestar psicológico y disminuye la susceptibilidad ante la enfermedad; promueve conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante como el cáncer.

Es importante que la enfermera no sólo realice el tratamiento terapéutico, sino que brinde una atención integral, dirigida a los efectos que el cáncer provoca en el paciente, sobre todo en lo que respecta al impacto en el funcionamiento familiar.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el afrontamiento a la enfermedad de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche.

La investigación está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I. Abarca el planteamiento del problema de la investigación.

Capítulo II. Marco teórico conceptual.

Capítulo III. Metodología de la investigación.

Capítulo IV. Resultados.

Capítulo V. Discusión, conclusiones y recomendaciones, además se están considerando las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema de investigación

Actualmente la OMS considera a la familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." (5)

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea. La familia es el mejor lugar para que el paciente oncológico se sienta querido. Los familiares son una constante a lo largo de la vida de cualquier persona, por lo tanto, la familia es uno de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración de salud. (6)

La familia es la piedra angular de la sociedad y en ella se inicia la llamada socialización primaria, es decir, incorporar valores, creencias, modalidades

afectivas y cognitivas. Si existe armonía, cohesión familiar, una adecuada comunicación, flexibilidad, claridad de reglas y roles; hay una predisposición favorable a la salud en la familia como un sistema, sin embargo, cuando hay un funcionamiento inadecuado este se constituye en un factor de riesgo para sus integrantes poniendo en riesgo el afrontamiento adecuado a los problemas.

Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. (7)

A lo largo del tiempo han surgido cambios en la familia, y a la vez se ha incrementado los casos de cáncer a nivel mundial, por lo que es de suma importancia saber ¿Cuál es la influencia de los miembros de la familia en un paciente oncológico? ya que se ha observado que muchas veces estos van a sus quimioterapias sin compañía de un familiar, lo que puede indicar cierto conflicto y que de alguna manera va a declinar el afrontamiento que el paciente tenga frente a la enfermedad, una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento.

Además, la situación actual del funcionamiento familiar en el Perú atraviesa por una crisis, intervienen distintos factores de riesgo tales como: economía inestable, desorganización familiar, elevado estrés familiar, falta de disciplina, enfermedades, entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en el 2015, ocasionó cerca de 8,8 millones de defunciones. Lo que quiere decir que casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Por lo que en este aspecto la familia podría tener influencia de manera positiva o negativa en estos aspectos. (8) (9)

Según la Organización Panamericana de la Salud el cáncer también es la 3ra causa de muerte en las américas, sin embargo, con un aproximado de 1.3 millones de muertes, un 47% de ellas en América Latina y el Caribe. Se estima que la mortalidad por cáncer en las Américas casi se doblará para el año 2030, hasta 2,1 millones. (10)

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas se presentan 70 mil casos de cáncer en el Perú, por lo que es necesario indagar cual es la repercusión que tiene la familia en el paciente con cáncer. Solo en Lima se han presentado 25 538 casos de cáncer entre hombre y mujer durante el periodo del año 2000 a 2016. (11)

Según el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas sur durante el año 2015, se registraron en total 649 casos de cáncer. Durante los años 2013 y 2014 se presentaron similar número de casos, sin evidenciar variaciones estadísticamente significativas Los casos de cáncer fueron más frecuentes en la población femenina (64.6%) y presentándose mayor cantidad de casos a partir de los 40 años de edad en mujeres con una frecuencia aumentada de casos entre los 50 y 59 años. Esta situación debe orientar a la institución a fortalecer las especialidades de Ginecología Oncológica y Cirugía de mamas. En los varones, los casos de cáncer fueron

menos frecuentes que en las mujeres (35.4%) y se presentaron mayor número de casos a partir de los 50 años de edad en varones. (12)

El funcionamiento familiar es la dinámica relacional sistemática que se da entre los miembros de una familia, mientras más funcional sea la familia, tendrá mayor posibilidad de enfrentar mejor el diagnóstico de una enfermedad.

Por lo expuesto el autor plantea el presente estudio de investigación, debido al incremento de cáncer es que se ha hecho un seguimiento al servicio de oncología y se ha observado que la mayoría de pacientes que van a recibir su quimioterapia van sin compañía lo que lleva al planteamiento de ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche Arequipa 2018?

1.2. Descripción del problema

- a. **Campo** :Ciencias de la salud.
- b. **Área** :Salud comunitaria en enfermería.
- c. **Línea** :Estudios sobre intervención de enfermería en enfermedades prevenibles – Enfermedades oncológicas.

1.3. Formulación del problema

a. Interrogante general

¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018?

b. Interrogantes específicas

- ¿Cómo es el funcionamiento familiar de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche?

- ¿Cuál es el tipo de afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche?
- ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar?
- ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar?
- ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar?
- ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar?
- ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar?
- ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares?
- ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar?

1.4. Objetivos de la investigación

a. Objetivo general

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018.

b. Objetivos específicos

- Determinar el tipo de funcionamiento familiar de los pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche.
- Determinar el tipo de afrontamiento a la enfermedad de los pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche.
- Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar.
- Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar.
- Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar.
- Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar.
- Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar.
- Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares.
- Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar.

1.5. Justificación

Considerando que los profesionales de enfermería son agentes potenciales de cambio en los servicios de salud, por tal motivo el estudio es de

importancia porque servirá para identificar la participación y el tipo de familia del paciente oncológico.

El presente trabajo de investigación es pertinente a la profesión de enfermería, que se encarga del cuidado holístico de las personas oncológicas.

Es de utilidad porque los resultados nos permitirán buscar estrategias de cambio, y construir un marco de referencia con información válida que permita al personal de enfermería delinear y perfeccionar el acompañamiento y participación de la familia.

Es trascendente ya que en la actualidad nos encontramos frente a un gran desafío por el deterioro del bienestar social y la aparición de nuevas necesidades familiares que puedan afectar el correcto afrontamiento del paciente con cáncer, por lo que el presente estudio de investigación servirá de base a nuevas investigaciones.

El aporte científico radica en la revisión de las referencias bibliográficas donde se encontraron estudios con enfoques diferentes al nuestro, es decir, abordan al cuidador, más no la familia.

Es relevante ya que el funcionamiento familiar puede influir de manera significativa en el afrontamiento del paciente oncológico y de esta manera mejorar también su calidad de vida.

Este trabajo de investigación quiere contribuir a la carrera de enfermería, creando un nuevo conocimiento en beneficio de los profesionales y la población en general.

1.6. Limitaciones de la investigación

Los resultados de la presente investigación son válidos solo para los pacientes oncológicos mayores de 18 años atendidos en el Hospital III Goyeneche.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes investigativos

A. Antecedentes a nivel internacional

- a. **Acosta, E., Concepción, R., Martínez, M., Zapata, R. (2017)**
Realizaron en México la investigación titulada “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en las pacientes con cáncer de mama, la muestra estuvo constituida por 63 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2 a 24 meses de evolución, el estudio fue descriptivo, transversal de correlación.

Obteniendo como resultado que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron de tipo activo en 68% en las mujeres estudiadas, siendo la resolución de problemas la más frecuente en 43%. Los factores que se relacionaron con el afrontamiento activo fueron edad, estado civil, y pertenecer a familia funcional. Llegando a concluir que la

funcionalidad familiar es un factor protector para las estrategias de afrontamiento activo en las pacientes con cáncer de mama. (13)

- b. Ávila, E.** (2015) Realizó en México la investigación titulada “Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos”. Cuyo objetivo fue evaluar la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en la unidad de cuidados paliativos en el Hospital San Juan de Dios y Hospital México, la muestra estuvo constituida por 109 pacientes con enfermedad oncológica diagnosticada que está siendo atendido en la consulta de medicina paliativa y visita domiciliar, el diseño del estudio es no experimental, ex post facto y transversal.

Obteniendo como resultado que, respecto a la funcionalidad familiar, los resultados del presente estudio (promedio de 88.9% de pacientes con familias altamente funcionales) fueron concordantes con las hipótesis planteadas, en tanto se halló un elevado grado de funcionalidad social (así como de rol y emocional) en pacientes oncológicos, resaltando la necesidad de concientización sobre la enfermedad. Se halló un mejoramiento de la funcionalidad social y familiar de los pacientes oncológicos y de sus parejas ante el tratamiento de la patología, así como ante el abordaje psicosocial de la misma (87.5% de parejas). Concluyendo que se han logrado los objetivos planteados y se ha evaluado adecuadamente el estado de corroboración de las hipótesis de trabajo. (14)

- c. Chamba, J.** (2014). Realizó en Ecuador la investigación titulada “Influencia del cáncer en la dinámica familiar de los pacientes atendidos en Solca – Loja, marzo – septiembre del 2013”. Cuyo objetivo fue determinar la influencia del cáncer en la dinámica familiar de los pacientes atendidos en Solca, la muestra estuvo constituida por 40

pacientes hospitalizados y sus familias, el estudio es observacional, descriptivo y analítico de corte transversal efectuado durante los meses de abril a septiembre del 2013.

Los resultados fueron que los pacientes oncológicos son de nivel socioeconómico medio-bajo, principalmente mujeres, el grupo etario mayormente afectado son adultos mayores y es el cáncer de estómago el que se halla con más frecuencia, sus familias son nucleares en un 73% y brindan primordialmente apoyo instrumental. En un inicio el impacto tanto para el paciente como para la familia fue emocional, pero ante la enfermedad han sentido mayor unión y apego para afrontarla, logrando mantener un rango balanceado de dinámica familiar, pese a que como familia no reciben apoyo psicológico. (15)

B. Antecedentes a nivel nacional

- a. **Bracamonte, A., Díaz, D.** (2015). Realizaron en Chiclayo la investigación titulada “Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, la muestra estuvo constituida por 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que acuden a su tratamiento al servicio de oncología de un hospital, diseño no experimental de tipo correlacional.

Obteniendo como resultado que existe correlación negativa entre ambas variables, el 50% de las pacientes con cáncer de cuello uterino evidencia ausencia de depresión, el 29% depresión leve, el 14% nivel moderado de depresión, mientras que el 7% un nivel de depresión grave además que la muestra tiene un 66 % de resiliencia alta, mientras que un 20 % resiliencia media y un 14 % resiliencia baja, lo cual significa

que, a menor depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las experiencias adversas. (16)

- b. Mamani, K.** (2013) Realizó en Tacna la investigación titulada como “Funcionamiento Familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud. Tacna. 2013”. Cuyo objetivo fue determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos, la muestra estuvo constituida por 60 pacientes diagnosticados con cáncer, el estudio fue de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal.

Obteniendo como resultado que a través del estadístico Chi cuadrado, existe una relación altamente significativa entre las variables, donde el 50,0% de los pacientes oncológicos presentan familias moderadamente funcionales, el 38,3% familias funcionales y aproximadamente el 11,7% familias disfuncionales. A su vez, el 65,0% tienen una calidad de vida buena, el 28,3% calidad de vida regular y el 6,7% una calidad de vida mala. Concluyendo, que a mayor funcionamiento familiar será mayor la calidad de vida del paciente oncológico. (17)

C. Antecedentes a nivel local

- a. Manrique, E., Mejía, K.** (2014) Realizaron en Arequipa la investigación “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, servicio de oncología. Hospital III Goyeneche. Arequipa. 2014”. Cuyo objetivo fue establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, la muestra estuvo constituida por 70 mujeres con cáncer de mama que asistieron al servicio de oncología y hospital de Día Van Grimmer

durante los meses de septiembre y octubre del año 2014, es una investigación descriptiva con diseño correlacional de corte transversal.

Obteniendo como resultados que existe relación altamente significativa entre las estrategias de afrontamiento: espíritu de lucha, quien es directamente proporcional a la calidad de vida global y preocupación ansiosa quien es inversamente proporcional a la calidad de vida global.

En cuanto a la estrategia de afrontamiento: desamparo se encontró relación significativa, el cual es inversamente proporcional a la calidad de vida global; mientras que las estrategias de afrontamiento: fatalismo y negación no tienen ninguna relación con la calidad de vida global. Además, la edad predominante es entre los 46 a 61 años con un 52.86%, un gran porcentaje no tiene pareja (43.29%), predominando las mujeres que tienen más de un hijo (61.43%) y estas se encuentran con mayor frecuencia en la etapa II del cáncer de mama con un 32.86%; el 45.71% lleva con la enfermedad un tiempo de 1 a 3 años, recibiendo el tratamiento de quimioterapia en mayor porcentaje con un 72.86%. Con respecto a la calidad de vida global en las mujeres con cáncer de mama, el 74.29% se encuentra en la categoría de regular, el 20% en la categoría de deficiente y en un porcentaje menor (5.71%) en buen estado. (18)

- b. Copa, G., Espinoza, L.** (2013) Realizó en Arequipa la investigación titulada “Vulnerabilidad al estrés relacionado al manejo de las emociones y afrontamiento al cáncer. Pacientes con cáncer gástrico del hospital Goyeneche Arequipa 2013”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la vulnerabilidad al estrés con el manejo de las emociones y afrontamiento al cáncer, la muestra estuvo constituida por 54 pacientes con cáncer gástrico, es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y de diseño correlacional.

En el cual se obtuvo como resultado que de la variable Afrontamiento, en las estrategias de afrontamiento activo (61.2%), planificación (55.5%), reinterpretación positiva (66.6%), humor (64.8%), aceptación (53.7%), apoyo emocional (61.1%), apoyo instrumental (53.7%) y afrontamiento activo global (59.2%), la mayoría de pacientes tuvieron un bajo predominio. Y que con relación a la variable Manejo de las Emociones en las sub-escalas: tristeza (76.0%), enojo (74.0%), preocupación (81.0%) y a nivel global (74.0%) en pacientes con cáncer gástrico tienen un manejo no asertivo de las emociones. (19)

2.2. Base teórica

2.2.1. Teoría de Enfermería

A. Modelo de adaptación - Callista Roy

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis altamente significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos principales: paciente, meta, salud, entorno y dirección de las actividades. Los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende tanto de los estímulos a que está expuesto como a su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- Focales, los que enfrenta la persona de manera inmediata.
- Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes que afectan a la persona.
- Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado y aún recuerda.

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente

es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio del individuo. (20)

El aporte de enfermería puede implicar el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos sin ningún inconveniente. Roy recalca que, en su intervención, la enfermera debe estar consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo y no excluirlo pues es él el afectado.

Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona íntegra y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo ante distintas adversidades.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación para que el individuo salga victorioso.

El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación. El modelo se basa también en la

observación y su experiencia con las personas, acabando éste en un proceso realizado por inducción.

a. Metaparadigmas

- **Persona:** Ser biopsicosocial que forma un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio. Es un ser en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para enfrentar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos, es decir: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia.

Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

- **Salud:** Adaptación resultante del éxito obtenido al hacer frente a los productores de estrés. Proceso de ser y llegar a ser una persona íntegra y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo ante la adversidad.

No solo se trata de quitarle la enfermedad a las personas sino de entregarle las herramientas que requiera para poder integrarse a la sociedad de la mejor manera posible, en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y lo que tenga que ver con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad o el estrés; sino que consiste

en la capacidad de poder combatirlos del mejor modo posible.

- **Entorno:** Condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona. Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está mutando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse y evolucionar constantemente.

- **Enfermería:** Es la que manipula los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento del paciente. Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.
 - Utiliza los cuatro modos de adaptación para aumentar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
 - Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación adecuadas en las situaciones de salud y enfermedad.
 - Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno cambiante.
 - Incluye valoración, diagnóstico, planificación de actividades, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

- Valorar la conducta del enfermo/usuario.
- Valorar los factores protectores y de riesgo.
- Identificar los conflictos y/o problemas.
- Fijar las metas.
- Seleccionar las intervenciones a realizar.
- Evaluar los resultados obtenidos.

b. Elementos fundamentales

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados necesarios para su recuperación e inserción en la sociedad.
- **Meta:** que el paciente logre adaptarse de la mejor manera posible.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona íntegra y total.
- **Entorno:** aquellas condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el correcto desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

c. Mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación

- **Focales:** son los que afectan a la persona en forma inmediata y directa en un momento determinado de su vida.
- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- **Residuales:** corresponde a experiencias pasadas de la persona causando creencias, actitudes y factores que

pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

d. Métodos de adaptación

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Estas son las referidas a la circulación, temperatura, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, eliminación y alimentación.
- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno actuales.
- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple con una responsabilidad distinta en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de una mujer que acaba de tener un bebé, debe de adaptarse.
- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias internas o externas. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

B. Relación entre la teoría de adaptación con el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico

El objetivo de la investigación está basado en como el paciente oncológico se adapta y afronta la enfermedad teniendo en cuenta la intervención de la familia. El modelo de Callista Roy plantea que la capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesta la persona y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos: focales, contextuales y residuales.

También afirma que, la enfermedad produce una situación de desequilibrio, factor que se relaciona directamente con el funcionamiento familiar y que repercuten significativamente en su afrontamiento. Lo que constituye un factor condicionante para que el paciente asuma las estrategias de afrontamiento y del tiempo de su adaptación.

La utilidad del modelo tiene el propósito de plantear estrategias de intervención que las enfermeras incluyan en el plan de cuidados del paciente oncológico, permitiendo una mejoría en su calidad de vida y afrontamiento en la nueva situación ocasionada por la enfermedad.

C. Roles de enfermería en el paciente oncológico

- Aplicación del proceso de atención de enfermería.
- Proporcionar atención integral al paciente y familia, respondiendo a sus necesidades.
- Propiciar mejores niveles de recuperación de la autonomía del individuo enfermo, ayudándole a participar activamente en el proceso de recuperación, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad.
- Promover el desarrollo de la persona, impulsando la capacidad de afrontamiento y progreso del individuo, desde el momento del diagnóstico y hasta la situación terminal o de recuperación.
- Establecer una relación terapéutica y de apoyo hacia el paciente y su familia, en el ejercicio del cuidado nos convertimos en sus confidentes y sus colaboradores a lo largo del proceso, como un compromiso de acompañamiento que se hace presente en todas las actividades de enfermería, sea cual sea su situación clínica que este afrontando el paciente.

- Contribuir a una atención oportuna y de calidad, mediante el seguimiento clínico, la prevención, detección y control de síntomas, el uso de la tecnología apropiada y la perfusión segura y correcta de tratamientos complejos.
- Colaborar de ser posible en la relación interdisciplinaria efectiva, imprescindible para lograr el éxito de las estrategias terapéuticas del paciente.
- Garantizar la continuidad de la atención, estableciendo una mayor coordinación e interrelación entre las diversas áreas y niveles del sistema.
- Promover constantemente actividades de búsqueda e investigación, destinadas a mejorar los fundamentos de los cuidados basados en la evidencia.
- Mantener e implementar los conocimientos clínicos y las habilidades técnicas y de comunicación mediante el estudio y la formación continuada.

El rol de la enfermera en el paciente oncológico es muy importante, ya que es uno de los principales apoyos que tiene el paciente y la familia, logrando mejorar su afrontamiento a la enfermedad y potencializando el funcionamiento familiar.

2.2.2. Funcionamiento familiar

A. Definición y funciones de la familia

La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir la familia como “Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”. (21)

El ser humano requiere de un ambiente familiar adaptativo, con pautas que señalen preocupación, afecto, respecto a la individualidad y necesidades propias de la edad, donde la comunicación entre los miembros, sea lo más importante para enfrentar cualquier situación.

La familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para afrontar y superar los sucesos que pueden ocasionarse tanto en su interior como en el exterior. Cambios que podrían perjudicar y cambiar las estructuras de la interacción de los miembros de cada familia, generando un clima familiar negativo y por ende afectar toda la funcionalidad familiar o por lo menos gran parte de esta. (17)

Las funciones esenciales son:

- La reproducción biológica, que asegura la continuidad de la sociedad mediante la reproducción.
- La asignación de "Status" o posición social del niño desde su nacimiento.
- La educación, la manutención y desarrollo físico del niño.
- La socialización y preparación, para desenvolverse correctamente en la sociedad.
- La provisión de manera adecuada del aspecto sexual.

B. Funciones esenciales de la familia

a. Función de identificación

Dentro de la familia la persona es donde descubre y establece su propia identidad como persona y como ser sexuado. Asimismo, aprende cuáles son las pautas de comportamiento que se vinculan con su identidad ya elegida. (22)

b. Función educadora

Esta función está relacionada con la anterior y se refiere al rol formativo del núcleo familiar. Es en la familia en donde el individuo aprende a comportarse, hablar, a caminar, entre otros aprendizajes esenciales que lo ayudaran a que se desplaye de manera natural en la sociedad. Es bastante común escuchar en los centros educativos que requieren del apoyo familiar para poder cumplir correctamente con su misión de educar a las personas.

Esta función tiene como plazo crítico la primera infancia del individuo. En ese momento es cuando se fijan los primeros conocimientos fundamentales para su desarrollo en sociedad. Luego de eso, la educación cumple un papel reforzador de estos aprendizajes. (23)

c. Función de comunicación

La función educadora se relaciona con una función comunicativa, porque le enseña a la persona los signos, símbolos y códigos necesarios para hacerse entender en la sociedad en la que vive y no tener dificultades. Esta función de comunicación es relevante porque incide en la forma en la que el individuo se relacionará con otras personas. (24)

d. Función socializadora

Como en el caso de la educación, esta es una función compartida entre los centros educativos y el núcleo familiar. Se relaciona con el desarrollo de la capacidad de interactuar con otros.

Socializar implica vincularse intelectual, afectiva y hasta económicamente con otras personas, y para ello se deben cumplir ciertos requerimientos de comportamiento. Es decir, las personas se adaptan a las exigencias sociales del entorno en el que crece y se desenvuelve.

Se trata de una función que incide exclusivamente en la supervivencia de un sistema u orden social, ya que se transmite de generación en generación. (22)

e. Función de cooperación y cuidado

Una familia también es la primera instancia de seguridad y protección para una persona. El propio ciclo vital regula que haya otros individuos de la misma especie cuidando de los más vulnerables y pequeños. Es el núcleo familiar el encargado de proveer protección y alimento a sus miembros, en especial a los más pequeños.

De hecho, se cree que el ser humano es de las especies que nace más vulnerable a enfermedades o al ataque de algún depredador. Por tal motivo, la protección familiar se convierte en una necesidad vital. (23)

Asimismo, se espera que cada miembro de la familia contribuya con el cuidado y crecimiento de los demás. Esta

contribución puede ser económica, afectiva, educativa, entre otras. El apoyo familiar nace del sentimiento de inclusión que tienen sus miembros. Saber que comparten creencias, proyectos y afectos los hace involucrarse y sentirse responsables los unos de los otros sin ningún problema. (24)

f. Función afectiva

Aunque no aparece de primera en esta lista, es una de las funciones más importantes de la familia porque las personas requieren alimento para sus cuerpos, pero también requieren en la misma proporción afecto y cariño.

El ser humano se nutre de ese cariño que recibe dentro del seno familiar, y en consecuencia también aprende a sentirlo por otros y a expresarlo. La manera en la que se expresan las emociones en la familia incide en el modo en el que las personas manejarán sus emociones en otros entornos: laboral, escolar, comunitario, entre otros. (22)

g. Función económica

Vivir en familia implica que sus miembros deban contribuir con las fuerzas productivas de su sociedad. Esto implica que deba utilizar bienes y servicios.

Además, es en la familia en donde la persona aprende nociones económicas como presupuesto, ahorro, cuentas por pagar, inversiones, gastos y otros conceptos. (23)

h. Función reproductiva

Otra de las funciones básicas de una familia es la reproducción de sus miembros para poder preservar la

especie. Pero además de la reproducción biológica, también se da una reproducción cultural mediante la labor socializadora y educativa de la familia. (24)

i. Función normativa

En la familia el individuo adquiere su primer marco de referencia sobre las reglas y normas que debe cumplir según su posición o edad.

Cada familia establece sus propias reglas y normas de comportamiento para mantener estabilidad y armonía entre los miembros de su hogar.

Estas normas también facilitan las relaciones entre los miembros de una sociedad, puesto que delimitan claramente los roles individuales y la forma en la que se percibe la autoridad. (22)

j. Función emancipadora

La familia es la que ofrece el sentido de independencia y autonomía necesarios para el buen desenvolvimiento de la vida de las personas. En la familia el individuo entiende los límites entre dependencia e independencia.

En este núcleo se encuentran las herramientas que favorecen el crecimiento y la maduración del individuo, que lo harán apto para ir por su cuenta dentro de la sociedad. (23)

C. Funcionamiento familiar

La definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares.

Esta teoría contempla las situaciones que atraviesan la familia durante toda su vida y las modificaciones que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión adecuada, que ayuden a una mejor estabilidad para el crecimiento saludable de todos los miembros de la familia.

Además, establece que un funcionamiento familiar equilibrado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con las metas y funciones que le están asignados. Muchas veces este funcionamiento puede ser adecuado, pero otras veces puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia. (25) (26)

Estas deben de cumplir con las siguientes demandas:

- Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos.
- Socialización.
- Bienestar económico.
- Mediadora con otras estructuras sociales.

El funcionamiento familiar trae consigo una serie de componentes, permitiendo reconocer los aspectos que deben mejorar o fortalecer.

D. Componentes del funcionamiento familiar

Los componentes del funcionamiento familiar del Test FF-SIL son:

a. Cohesión

Es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Una familia no debe estar constituida por miembros que viven separados de los demás, y peor aún se viven bajo el mismo techo. En cambio, debe de estar conformada por un grupo de personas que participan en las mismas actividades familiares, que hacen lo necesario para vivir unidos por los vínculos del amor y del respeto. (27)

b. Armonía

Correspondencia e intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio adecuado y por ende positivo. La armonía en la familia es un proceso en continua fase de crecimiento.

Cuando un integrante de la familia está enfermo, puede ocasionar momentos desagradables dentro del núcleo familiar, pero con una buena comunicación y afecto como base se puede superar cualquier causa extrínseca que atente contra uno de los miembros de la familia. La familia es un grupo primario dónde los miembros se refuerzan entre sí, donde hay cooperación, donde se apoyan unos a otros y se transmiten afecto, merece la pena luchar por consolidar una buena armonía. (17)

c. Comunicación

Los miembros de la familia pueden transmitir experiencias de forma clara y directa, explora el grado en el que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos sin temor a ser

criticado, referida básicamente a la comunicación positiva, como la empatía y escucha reflexiva, los comentarios de apoyo permiten a los miembros a compartir sus necesidades y preferencias cambiantes o bien en el otro extremo y no sentir temor a ser rechazados, la comunicación negativa como son los dobles mensajes o las críticas.

En conclusión, la comunicación repercute en las relaciones humanas, condiciona nuestras vidas, es una necesidad inherente del ser humano para expresar sin temor lo que piensa y siente.

d. Permeabilidad

Capacidad de la familia de recibir experiencias de otras familias e instituciones, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales.

e. Afectividad

Capacidad de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones los unos con los otros. La afectividad es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer vínculos con otras personas. Un clima afectivo adecuado constituye un factor de protección ante posibles conductas de riesgo, favorece el desarrollo saludable del auto concepto, la autoestima, la aceptación personal, la seguridad en sí mismo, etc. Por lo tanto, la expresión de afecto en la familia es fundamental.

f. Roles

Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Los roles de la familia no son naturales, sino que son una construcción social, pero además y, sobre todo, particular de cada familia. Es deseable que haya suficiente flexibilidad en la asignación de roles de manera que sea posible hacer modificaciones cuando sea necesario.

g. Adaptabilidad

Se refiere a la habilidad que tiene la familia de cambiar de estructura, poder, relación de roles y reglas ante una situación que requiera.

Es la capacidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes a nivel ambiental y de desarrollo, tanto si son esperadas o previsibles, es esencial para la estabilidad y supervivencia de las familias. También es considerada como la capacidad de utilizar los recursos externos para compensar la limitación o agotamiento de recursos internos. A su vez, el instrumento permite identificar el nivel de funcionamiento familiar, siendo importante conocer sus características propias.

E. Características de las familias funcionales

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueve un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros sin ningún tipo de distinción, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites, roles, comunicación abierta y explícita y predisposición y capacidad de adaptación al cambio.

La funcionalidad de la familia no significa la ausencia de problemas dentro de esta sino, por el contrario, de la respuesta que esta mostrará frente a los problemas cuando estos surjan; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro de la familia. (28)

Las familias funcionales son aquellas en las que sus miembros se autorrealizan, se desarrollan, viven, aman, manifiestan sus logros y fracasos, buscan y aceptan la felicidad. En este tipo de familias sus integrantes se muestran seguros de sus identidades, es decir, aceptan su relación y pertenencia a un determinado núcleo familiar, tienen una alta autoestima y son capaces de comunicar sin ningún problema sus sentimientos, tanto positivos como negativos dentro de un parámetro ecológico (sin hacerse daño y dañar a los demás) y de respeto.

Las familias funcionales piensan y actúan considerando el "nosotros" pero respetando el "tú" y "yo" de sus miembros. Y las modalidades de comunicación en las familias funcionales son honestas, respetuosas, oportunas, claras, francas y sinceras y ayudan a resolver las situaciones problemáticas sin generar disfuncionalidad. Por tanto, la creación de una familia feliz, equilibrada y por ello funcional, depende de la comunicación intrafamiliar.

F. Familia disfuncional

La familia disfuncional es aquella que no logra cumplir con las funciones y los roles establecidos. Se define a la disfuncionalidad de dos maneras: primero, una familia disfuncional se caracteriza por un conjunto de conductas inadecuadas e inmaduras de uno de

los miembros de la familia, que altera el crecimiento individual y la capacidad de establecer relaciones adecuadas entre los miembros del grupo familiar. (29)

Y segundo, este tipo de familia está conformada por personas que presentan varios problemas como son: inestabilidad a nivel emocional, psicológico y espiritual. Con respecto a la conceptualización de familia disfuncional, se dice que la familia disfuncional, es un sistema que no funciona, debido al incumplimiento de labores que la sociedad impone. Sin embargo, estos grupos, aunque tienen un mal funcionamiento, se desenvuelven con errores como en todas las familias, pero en las familias disfuncionales hay un grado mayor de dificultad ya que existen conflictos y problemas que impiden que sea armonioso. (30)

Cabe recalcar que la disfuncionalidad familiar no necesariamente es porque los padres están en un proceso de divorcio, si bien en algunos casos si se presenta, a menudo la pareja es co-dependiente formando un vínculo matrimonial fuerte, pero sin estabilidad, lo cual genera conflictos, mala conducta y abuso por parte de los miembros. Se comprende que los integrantes que crecen en esta familia a veces interpretan las acciones y comportamientos de los padres como una situación normal. (31)

a. Características de las familias disfuncionales

Las siguientes características descritas se presentan en las familias disfuncionales:

- Negación por la familia a reconocer el comportamiento autoritario, a este fenómeno se lo denomina “elefante en

la habitación”, hace referente a una verdad obvia pero ignorada por todos los miembros de la familia.

- La falta de comprensión, empatía y sensibilidad por parte de los integrantes de la familia.
- Falta de respeto de los límites de los otros miembros, es decir no respetar el espacio personal, romper promesas importantes sin excusa aparente.
- Desigualdad en el trato de uno o más miembros de la familia, ya sea por la edad, habilidades, posición económica etc.
- Abandono de las funciones parentales.
- Ausencia de la mayoría de lazos positivos entre padres-hijos descuidando tanto las responsabilidades que corresponden según jerarquía. (32)

Los síntomas típicos, pero no universales son los siguientes:

- Los miembros de la familia presentan comportamientos controladores, que están basados en un estilo autoritario o tradicional.
- Violencia física y emocional en cualquier momento.
- Padres separados en constante conflicto.
- Desinterés por compartir tiempo en eventos importantes.
- Anormal comportamiento sexual como promiscuidad, adulterio o incesto por parte de cualquier miembro de la familia.
- Los niños tienen miedo de hablar sobre los problemas del hogar, o tienen miedo a sus padres y tienen reacciones inadecuadas.

- Al asumir los hijos roles parentales, presentan dificultad en su identidad durante la adolescencia y posiblemente en los demás ciclos vitales. (32)

De acuerdo a lo anteriormente mencionado se habla de disfuncionalidad cuando los roles familiares, límites, jerarquías, comunicación y normas, no son adecuadas o claras en la estructura familiar y como consecuencia dificulta su dinámica familiar, presentando lo siguiente:

- Un miembro de la familia se enfrenta sin remordimiento alguno a todo su grupo primario.
- Padres vs Madres, mantienen una relación basada en conflictos permanentes sin prestar atención a sus hijos.
- Los padres vs hijos, se encuentran en constante desacuerdo debido al choque emocional y cultural.
- Familia polarizada, es donde se establece mayor distanciamiento pues es cuando cada hijo apoya a uno de los padres ocasionando división.

La dinámica descrita establece la importancia de la estabilidad emocional, psicológica y espiritual especialmente de los padres, así también la aclaración de la estructura para generar el funcionamiento adecuado de la familia. Por tal razón, en adelante se menciona la importancia del clima familiar en el desarrollo psicosocial del sujeto. (33)

G. La familia con paciente oncológico

Con el diagnóstico de cáncer, se produce un cambio repentino en las rutinas y funciones de cada miembro de la familia. Este cambio

no solo afecta al paciente, sino que repercute en el entorno, que incluye: amigos, trabajo y familia. Cada persona tiene una forma distinta de afrontar la noticia de que un ser querido tiene cáncer. Muchas personas reaccionan con un choque, incredulidad e inclusive con rabia cuando les dan la noticia por vez primera.

Debemos tener en cuenta que no hay un libro o prospecto que diga cuál es la manera correcta de sentirse con respecto al diagnóstico. Una de las mejores formas para que las familias expresen sus sentimientos es compartirlos entre ellos sin vulnerar las emociones de su familiar afectado.

En este sentido, hay muchos pacientes que no quieren molestar a su familia y amigos con preocupaciones o miedos acerca de su enfermedad, ocultando de esta manera la verdad con la esperanza de librarlos del dolor. Para el paciente con cáncer, el apoyo de su familia es esencial, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional bueno puede mejorar la respuesta del paciente frente a la terapia. Evitar situaciones de estrés asociado hacen más asequibles las reacciones y síntomas propios de la patología y mejoran la eficacia de los tratamientos recibidos.

Convivir con un paciente que tiene cáncer, cambia el funcionamiento habitual de una familia. El impacto de la enfermedad, produce en una primera fase un grado de desorganización que rompe la estructura de funcionamiento establecido o equilibrio emocional que solía manejarse dentro de la familia. (34). En este sentido, se dice que "cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente

las posiciones de los miembros en el grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo". (35)

Durante la lucha contra la enfermedad, la familia puede sacar a relucir sentimientos y discusiones que había en el pasado. La familia debe hacer una evaluación y analizar los sentimientos viejos no resueltos antes de empezar unidos con la batalla del cáncer como familia unida.

El cáncer también ocasiona cambios en la rutina de la familia. El jefe de la familia ahora podría depender más de otros miembros de la familia. Algunos pueden tener necesidad de trabajar fuera del hogar o trabajar horarios diferentes. Cuando los miembros de la familia desempeñan nuevos roles, su comportamiento dentro del núcleo familiar puede cambiar. Las nuevas responsabilidades pueden ser abrumadoras para algunos miembros.

A menudo, las familias tratan a la persona con cáncer como si fuera un discapacitado y/o inválido, aunque esté completamente bien para valerse por sí solo. Algunas veces la persona con cáncer no querrá ayuda en cosas simples como es bañarse o vestirse. Puede que necesiten al menos tratar de esforzarse ellos mismos lo más posible. Estos deseos deben respetarse sino además de sentirse enfermos también se sentirán inútiles y su afrontamiento puede verse quebrantado lo cual no es favorable.

Aunque la persona con cáncer puede que no desee recibir ayuda por fuera, los amigos y familiares deben evaluar sus propias limitaciones y buscar ayuda cuando sea necesaria, para así mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

2.2.3. Afrontamiento a la enfermedad

A. Definición

El concepto de afrontamiento ha sido utilizado desde hace más de 40 años por la psicología, durante los años 1940 y 1950 fue utilizado en muchas psicoterapias para el tratamiento y seguimiento de diversas patologías. En la literatura este concepto surge de la teoría psicoanalítica del ego donde se define afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan problemas lo que finalmente reduce el estrés.

Así mismo ha sido utilizada por muchos autores a nivel mundial para describir los sentimientos revelados por un individuo ante cualquier situación estresante.

La definición de afrontamiento más utilizada en los diversos estudios es la descrita por Lazarus y Folkman como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, es decir aquellas actitudes, percepciones o sentimientos que usamos para manejar diversas situaciones de la vida que impliquen un gasto emocional y cognitivo sobrepasando los recursos reguladores con los que cuenta el ser humano. (36)

El afrontamiento también implica la adquisición de un cierto control de la situación, que puede variar desde el dominio hasta un mínimo control de las emociones producidas por el evento estresante, es decir la persona puede lograr manejar el estrés que le producen ciertas situaciones sin que esto afecte

su vida o simplemente evitar o controlar pasivamente aquellas emociones negativas que le produce el evento.

Durante los últimos años particularmente entre 1990 y 2000 la definición de afrontamiento ha sido adaptada en diversos ámbitos de la psicología en salud y especialmente formulada en la enfermedad oncológica. (37)

En el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración, es decir qué significa el cáncer para el sujeto y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer). (38)

También se asocia a las demandas específicas de una situación dada del cáncer, como por ejemplo el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación. Se califica el afrontamiento como un proceso continuo, puesto que constantemente está cambiando, dependiendo de la situación que lo desarrolle ya sea la enfermedad, la muerte perdida de un trabajo, etc.

Que implique que la persona desarrolle acciones para enfrentar la situación apoyada en aspectos internos y variables psicológicas diferentes en cada individuo, convirtiéndolo en un ente activo y participativo dentro de todo el proceso de afrontamiento.

B. Procesos de afrontamiento

Abordar el proceso de afrontamiento implica hablar de un cambio en los procesos cognitivos y conductuales, a medida que la interacción se desarrolla. Dentro de esta postura, un aspecto de gran importancia es la evaluación cognitiva entendida como “el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo”. (36)

Esto constituye una situación problema para los sujetos diagnosticados con cáncer, pues afecta notablemente su desarrollo biopsicosocial. Al enfrentar esta patología, sus diferentes áreas como la conductual, cognitiva y afectiva se alteran a tal punto que generan un cambio comportamental, en muchos casos no funcional, que no contribuye al buen manejo por parte del paciente de su enfermedad, ocasionando abandono del tratamiento, mayor percepción de dolor, progresión de la neoplasia, desórdenes psicológicos asociados, como depresión, ansiedad, etc.

Las implicaciones psicológicas ante esta enfermedad crónica varían, dependiendo del momento y/o etapa por la cual el sujeto atraviesa. Por tal razón, en este complejo proceso, el tipo de afrontamiento que se emplee ante el diagnóstico de cáncer, es fundamental. Enfrentarse a la situación de padecer un cáncer supone tener que manejar un gran número de circunstancias que resultan muy estresantes.

Las reacciones ante dicha situación varían en función del tipo de cáncer (localización, gravedad, síntomas, tipo de tratamiento, etc.), de las circunstancias de cada persona, de sus experiencias previas de enfermedad, de su situación actual

y de su personalidad. El proceso de adaptación es dinámico y va cambiando en función de la fase del diagnóstico y de la enfermedad en la que se halle el paciente, quien tendrá que irse enfrentando a una serie de situaciones estresantes diferentes a lo largo del desarrollo de la enfermedad. (39)

Es muy importante tener en cuenta, en el proceso de afrontamiento del cáncer, las atribuciones o las valoraciones que el paciente hace de su situación o el grado de amenaza percibida, en lo que influirán de una manera importante, aparte de sus rasgos de personalidad y experiencias previas con el cáncer, los aspectos culturales, las connotaciones y el significado que se confiere al cáncer. (40)

C. Tipos de afrontamiento

a. Afrontamiento enfocado al área del problema

Se manifiesta cuando el individuo busca modificar la relación existente, sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza y comprende: (38)

- **Afrontamiento activo:** Son las conductas orientadas a mejorar los esfuerzos buscando distanciar o evitar el estresor, o en efecto minimizar sus efectos negativos.
- **Planificación:** Proceso por el cual permite idear el cómo desenvolverse frente al agente estresor, organizando y planificando estrategias, escogiendo y estableciendo la mejor estrategia para manejar el problema.

- **Supresión de otras actividades:** Representa el pasar por alto o subestimar otras posibles actividades evitando ser distraído, con el objeto de manejar mejor el estresor.
- **Postergación de afrontamiento:** Se define como la capacidad de esperar o postergar el afronte del estresor hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema, impidiendo realizar alguna acción prematuramente.
- **Búsqueda de apoyo especializado:** Significa buscar en las otras personas consejo, asistencia e información u orientaciones con el fin de solucionar el problema.

b. Afrontamiento enfocado al área de la emoción

Dirigido a disminuir o eliminar reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante y comprenden:

(37)

- **Búsqueda de soporte emocional:** Consiste en la búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión en las demás personas, con la finalidad de disminuir la reacción emocional negativa.
- **Reinterpretación positiva y crecimiento:** Estilo en la que se evalúa el problema de manera positiva, rescatando lo favorable de la situación adversa y asumiéndola como un aprendizaje para el futuro.

- **La aceptación:** Comprende dos aspectos durante el proceso de afrontamiento. El primero consiste en aceptar que la situación estresante realmente existe. El segundo es aceptar la realidad como hecho de el que se tendrá que convivir ya que es inmodificable.
- **Negación:** Se define como rehusarse a creer que el estresor existe o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existente.
- **Acudir a la religión:** Tendencia a consagrarse en la religión en situaciones de estrés con la intención de reducir la tensión existente.

c. **Afrontamiento enfocado al área de la percepción**

En cuanto a estilos adicionales de afrontamiento se tiene:

- **Enfocar y liberar emociones:** Ocurre cuando el individuo se focaliza en las consecuencias emocionales desagradables; expresando abiertamente dichas emociones.
- **Desentendimiento conductual:** Consiste en la disminución del esfuerzo conductual y cognitivo dirigido al estresor, dándose el individuo por vencido sin intentar alcanzar las metas con las que el estresor está interfiriendo.
- **Desentendimiento cognitivo:** Ocurre cuando el individuo permite que una amplia diversidad de actividades lo distraigan de su evaluación de los

aspectos conductuales del problema, o de la meta con la que el estresor está interfiriendo.

D. Estilo de afrontamiento al cáncer

Conjunto de procedimientos o actividades conscientes e intencionales que guían la acción hacia el logro de metas adaptativas del paciente oncológico implicando esfuerzo para prevenir, eliminar o debilitar el acontecimiento estresante del cáncer y sus tratamientos:

- a. Activa:** Conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades. Supone una serie de acciones encaminadas a eliminar el problema o bien a reducir sus efectos negativos.

- b. Planificación / Planeamiento:** Intento de organización determinando los pasos de acción suponiendo que las consecuencias de la situación pueden ser previsibles.

- c. Reformulación positiva:** Reevaluación del suceso crítico mediante la reinterpretación positiva o atribución de un nuevo significado a la situación crítica. Supone un aprendizaje a partir de la experiencia a la vez que un crecimiento personal.

- d. Humor:** Consideración de la situación restándole importancia o aliviando su efecto crítico.

- e. Aceptación:** Reconocimiento de la naturaleza crítica de la situación, de la ambivalencia de la vida y de la responsabilidad propia en la situación.

f. Apoyo emocional: Búsqueda de apoyo afectivo, contención emocional y comprensión de otras personas.

E. Relación entre afrontamiento y personalidad

La relación entre personalidad y afrontamiento, es una de las cuestiones debatidas en la actualidad. Así, por ejemplo, Lazarus es uno de los autores que considera estos dos aspectos de forma independientes, y plantea que "el afrontamiento hace referencia a un proceso mutable o inestable a lo largo del día, y de las distintas situaciones vitales, y la personalidad debía ocuparse de elementos invariantes y dimensiones de funcionamiento humano". (36)

A la hora de tener en cuenta las influencias de la personalidad de un sujeto en las estrategias de afrontamiento es importante diferenciar las respuestas disposicionales (o habituales ante el estrés) de las situacionales (ante una situación concreta; ante la que se reacciona en función del significado que se le atribuye). (41)

Uno de los factores personales que influye en el proceso de afrontamiento durante el desarrollo del cáncer es el tipo de personalidad del individuo. Diversos estudios han determinado la relación entre la personalidad y el desarrollo de enfermedades de diversos tipos, encontrando que la personalidad tipo A predispone al individuo a enfermedades de tipo coronario, la personalidad tipo B está relacionada con hábitos saludables lo que ayuda a que los problemas de salud disminuyan mientras que la personalidad tipo C contribuye a la aparición del cáncer, esta última, es la encargada de la

negación y de las reacciones emocionales negativas como la ira y la agresividad que afectan el proceso de afrontamiento.

Por lo tanto, el tipo de personalidad es fundamental durante el tratamiento al cáncer con el fin de contribuir a que el paciente experimente sentimientos y emociones positivos y no de resignación que le permitan afrontar su patología de tal manera que se conviertan en un afrontamiento activo que contribuya su mejoría.

2.2.4. El cáncer

El cáncer puede ser conceptualizado como un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control. La característica más peligrosa de las células tumorales es su autonomía, en otras palabras, su capacidad de crecer sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento que gobiernan otras células.

La mortalidad asociada al cáncer representa aproximadamente 1/8 de todas las causas de muerte, las estimaciones para el 2004 indicando un total de 58,8 millones de muertes en todo el mundo debido al cáncer, cantidad que, según la edad, se distribuye en los siguientes porcentajes principales: 50% < 60 años, 37% ≥ 70 años y 18% ≥ 80 años. Además, se estimó 1 muerte por cáncer de cada 5 en niños < 5 años. (42)

Sin embargo, las estimaciones parten del reconocimiento de una mayor proporción asociada causalmente al cáncer, en tanto su amplia comorbilidad, que deriva en otras causas de muerte que son informadas como directas.

Por su parte, para el 2008 se ha estimado una prevalencia global de 5 años de 28,8 millones, siendo ligeramente superior en hombres y aproximadamente el 50% asociándose con áreas de muy elevado desarrollo humano (1/6 de la población mundial total). De acuerdo a la localización y tipo de cáncer, el de pulmón y mama representan los cánceres con mayor prevalencia en la gran mayoría de países; el de cuello uterino, en África Subsahariana y Asia del Sur; el de próstata, en EE.UU., Oceanía y norte y este de Europa; de estómago en Asia Oriental (incluyendo China); y oral, en India. (43)

Considerando que actualmente se hace referencia a un incremento significativo del riesgo de cáncer en todo el mundo, se reconoce que la edad y el crecimiento demográfico representan los principales factores para tal riesgo en países de bajos a medios ingresos, a lo que debe sumarse la occidentalización del estilo de vida (principalmente, sedentarismo, aumento del peso corporal y obesidad), cambios sociológicos (por ejemplo, mayor edad en el primer parto y reducción de la cantidad de hijos por familia –asociado a un mayor riesgo de cáncer de mama y de colon y recto) y el incremento en el hábito del tabaquismo. (42)

De acuerdo con la localización del cáncer, a continuación, se describen brevemente los cánceres reconocidos: (42)

A. Cánceres de cabeza y cuello

- El factor de riesgo más importante es el tabaquismo (así como mascar tabaco), solo o en combinación con el consumo de alcohol.
- El virus del papiloma humano (VPH) es la causa de algunos cánceres de cabeza y cuello.

- El riesgo de estos cánceres se encuentra influenciado por genes que metabolizan alcohol. (44)(45)

B. Cáncer de esófago

- Se asocia con una prevalencia de 450.000 casos y una mortalidad de 380.000 muertes por año.
- El cáncer o carcinoma de células escamosas (Carcinoma de células escamosas) predomina en países de bajos y medios ingresos, el tabaquismo y el consumo de alcohol representando los principales factores de riesgo.
- El adenocarcinoma predomina en países con altos ingresos, la obesidad y el reflujo esofágico crónico representando los principales factores de riesgo. (46)(47)(48)

C. Cáncer de estómago

- Se ha registrado cierta reducción en la mortalidad por este cáncer en la mayoría de los países.
- La bacteria *Helicobacter pylori* se reconoce como el principal factor de riesgo para el cáncer gástrico, asociándose con la infección del estómago en el largo plazo (responsable de aproximadamente el 63% de todos los cánceres gástricos).
- Las variaciones genéticas entre las cepas de tal bacteria podrían ejercer un rol importante en la etiología del cáncer gástrico.
- Existen iniciativas tendientes a reconocer una dieta rica en frutas y vegetales frescos como factor protector contra el cáncer gástrico. (49)(50)(51)(52)

D. Cáncer de hígado

- La incidencia del carcinoma hepatocelular es mayor que dos veces en hombres que en mujeres.
- El carcinoma hepatocelular es frecuentemente causado por el virus de la hepatitis B (VHB) y C (Virus de la hepatitis C), la exposición dietaria a aflatoxinas y la cirrosis por alcoholismo crónico.
- El carcinoma hepatocelular casi siempre termina en la muerte del paciente, siendo que la supervivencia del tiempo de diagnóstico suele ser menor a los 6 meses, y solo 5-9% de los pacientes sobreviven 5 o más años. (53)(54)(55)(56)(57)

E. Cáncer de páncreas

- Representa el 13^o cáncer más importante en todo el mundo, asociándose con aproximadamente 232.000 nuevos casos por año.
- Con frecuencia, la mayor incidencia del cáncer pancreático se presenta en los países desarrollados.
- Los antecedentes familiares y la relación con síndromes genéticos del cáncer pancreático (incluyendo la pancreatitis hereditaria), representan entre 5-10% de los casos.
- El cáncer de páncreas posee la menor tasa de supervivencia (< 5%) en comparación con aquella de los principales cánceres.
- En más del 50% de los tumores pancreáticos están implicadas mutaciones de los genes KRAS, TP53, p16/CDKN2A y SMAD/DPC4. Los adenocarcinomas pancreáticos ductales parecen progresar desde la

neoplasia intraepitelial pancreática (PanIN) hasta el adenocarcinoma. Por su parte, el crecimiento y agresividad de los tumores pancreáticos parecen asociarse con elementos del estroma y una fuerte respuesta desmoplásica.

El tratamiento del cáncer de páncreas con frecuencia hace foco en Cuidados paliativos, la resección quirúrgica desarrollándose en menos del 15% de los casos. (58)(59)(60)(61)(62)

F. Cáncer de vesícula

- Las mujeres presentan una mayor incidencia del cáncer de vesícula en prácticamente todos los países del mundo.
- La incidencia y mortalidad asociada a este cáncer se ha reducido en las últimas décadas, esto pudiéndose justificar por el aumento de la frecuencia de la colecistectomía.
- Los principales factores de riesgo para el cáncer de vesícula son las anomalías del órgano y la colelitiasis. Además, deben considerarse la obesidad y ciertos aspectos dietarios relacionados con la generación de cálculos biliares. (63)(64)(65)

G. Cáncer de colon y recto

- El cáncer de color y recto representa poco más que el 9% del total de casos de cáncer en el mundo, siendo equivalencia la incidencia entre hombres y mujeres para el cáncer de colon, pero predominante en hombres para el caso del cáncer de recto.

- La prevalencia del cáncer de colon y recto se asocia con una gran variabilidad, las más elevadas tasas presentándose en los países con mayor densidad poblacional (65% del total de nuevos casos). Esta variabilidad podría asociarse con las diferencias en el estilo de vida y los hábitos dietarios, con énfasis sobre el consumo de alcohol y el nivel de actividad física.
- Los antecedentes familiares poseen bases genéticas asociadas, principalmente, con la poliposis adenomatosa familiar (PAF) y el cáncer de colon hereditario sin poliposis.
- Las pruebas de sangre oculta en heces se han asociado con la reducción de la mortalidad por cáncer de colon y recto. Asimismo, la colonoscopia representa el medio más confiable para la detección temprana y prevención del cáncer de colon y recto, al extirpar los pólipos adenomatosos.
- El tratamiento actual ha derivado en una tasa de supervivencia de 5 años de aproximadamente el 50%, aunque ello varía en función del grado de desarrollo del área geográfica que se considere. (66)(67)(68)(69)

H. Carcinoma nasofaríngeo (CNF)

- El Carcinoma nasofaríngeo posee una mayor incidencia en Asia del este y sur, representando un problema de salud pública.
- Los factores de exposición mayormente involucrados en la etiología de este cáncer son los alimentos en conserva y el virus de Epstein-Barr (VEB). Además, como factor de riesgo debe considerarse la susceptibilidad genética,

aunque no se conocen los genes involucrados.
(70)(71)(72)

I. Sarcoma de Kaposi

- Es una neoplasia maligna que define al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por lo general presentándose por igual en hombres y mujeres.
- El virus herpes asociado al sarcoma de Kaposi (VHSK), o virus herpes humano-8 (VHH-8), es el agente etiológico del sarcoma de Kaposi.
- Diferentes subtipos del Virus herpes asociado al sarcoma de Kaposi se relacionan con el área geográfica, la etnicidad y la prevalencia del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- El tratamiento antirretroviral ha derivado en una considerable reducción de la incidencia del sarcoma de Kaposi en los países desarrollados, aunque todavía es común en pacientes con Síndrome de inmunodeficiencia adquirida de muchos países en desarrollo. (73)(74)(75)
(76)(77)

J. Cáncer de pulmón

- Representa la causa más común de mortalidad entre todos los cánceres alrededor del mundo.
- El cáncer de pulmón se asocia con una baja supervivencia, así como con inefectivos métodos de screening.
- La causa principal ($\geq 80\%$) del cáncer de pulmón es el tabaquismo. Otras causas incluyen la exposición ocupacional (por ejemplo, asbesto, metales pesados) y ambiental (por ejemplo, humo de segunda mano,

productos de desintegración de radón). Asimismo, se ha identificado cierta susceptibilidad genética, la cual interactuaría con el tabaco.

- La principal medida de intervención contra el cáncer de pulmón es el control del tabaquismo. (78)(79)(80)(81)(82)(83)

K. Mesotelioma

- El mesotelioma de la pleura o el peritoneo es un cáncer raro, salvo en los trabajadores expuestos a asbestos.
- Frecuentemente el cáncer termina con la muerte de paciente.
- La exposición a todos los tipos de asbestos incrementa el riesgo del mesotelioma, aunque es mayor ante los asbestos anfíboles. Otro factor de riesgo es la exposición ambiental a asbestos y a fibras similares, así como a radiaciones.
- La principal medida de prevención del mesotelioma es el evitar la exposición (laboral o ambiental) a asbestos y otras fibras. (84)(85)(86)

L. Cáncer de piel no melanoma

- Incluye el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células basales.
- Estas dos formas de cáncer de piel son las más frecuentes en las poblaciones de piel clara, aunque casi nunca se asocian con la muerte de paciente.
- El cáncer de piel no melanoma se asocia con una gran importancia a nivel de salud pública, ello justificándose por los elevados costos asociados al tratamiento y la reducción de la Calidad de vida por las cicatrices deformantes. (87)(88)(89)

M. Melanoma cutáneo

- El riesgo del melanoma maligno varía en función de origen racial (pigmentación de la piel) y el área geográfica (radiación ultravioleta solar), presentándose una mayor incidencia en las poblaciones de individuos de raza blanca de Australia.
- Un incremento significativo de la incidencia de melanoma ha sido asociado en ciertos países con la exposición excesiva a la radiación solar durante las vacaciones en latitudes bajas.
- En cuanto al pronóstico, el mismo es bueno ante un melanoma localizado, pero inadecuado (elevada resistencia al tratamiento) en casos de metástasis. (90)(91)(92)

N. Cáncer de mama

- Representa el cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo.
- La mortalidad por cáncer de mama se ha reducido en las últimas décadas, sobre todo en los países desarrollados, a causa de los mejoramientos en el diagnóstico (mamografía) y el tratamiento.
- Los principales factores de riesgo para el cáncer de mama son la nuliparidad, el primer parto tardío, una temprana menarca, una tardía menopausia, antecedentes familiares de cáncer de mama, elevada densidad mamográfica y el uso concomitante de anticonceptivos orales y la terapia de reemplazo hormonal
- (TRH). Por su parte, el amamantamiento reduce el riesgo de este cáncer. (93)(94)(95)

Ñ. Cáncer de cuello uterino

- Representa el segundo cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo, más de 80% del riesgo global hallándose en los países desarrollados.
- La etiología del cáncer de cuello uterino se asocia con una infección persistente a partir de uno o más de los 15 tipos del Virus del papiloma humano.
- El cáncer de cuello uterino invasivo se encuentra precedido por lesiones precancerosas bien definidas que pueden detectarse de forma precoz. A causa de este potencial diagnóstico precoz y consecuente tratamiento temprano, la incidencia y mortalidad por cáncer del cuello uterino se ha reducido considerablemente en los países desarrollados.
- Por su parte, la prevención contra el cáncer de cuello uterino es eficaz ante la aplicación de vacunas contra el Virus del papiloma humano. (96)(97)

O. Cáncer ovárico

- Los principales factores de riesgo para el cáncer ovárico son la menopausia tardía, la Terapia de reemplazo hormonal durante el anterior período, el sobrepeso y la obesidad. Por su parte, la paridad y el uso de anticonceptivos orales reduce el riesgo.
- La prevención del cáncer de ovario encuentra limitaciones en la falta de técnicas de diagnóstico precoz y de pruebas de screening efectivas. (98)(99)

P. Cáncer de endometrio

- La etiología del cáncer de endometrio se asocia principalmente con la hipótesis de estrógenos sin oposición

(exposición de largo plazo a relativamente elevados niveles de estrógeno no contrabalanceados por la presencia de progesterona).

- El principal factor de riesgo del cáncer de endometrio es la obesidad, pudiéndose asociar con más de 40% de la incidencia del mismo. Los hábitos dietarios y el nivel de actividad física posee efectos sobre el riesgo del cáncer de endometrio, ello explicándose por las relaciones entre el ingreso y gasto de energía, y el peso corporal. Por su parte, el uso de anticonceptivos orales se ha asociado con la reducción de tal riesgo. (100)(101)(102)

Q. Cáncer testicular

- Actualmente se ha observado un incremento en la incidencia del cáncer testicular de células germinales, sobre todo en la población de raza blanca.
- Si bien se conoce poco acerca de la etiología de este cáncer, por lo general se hace referencia a la exposición a hormonas sexuales y químicos como hormonas in útero y/o durante la pubertad.
- La susceptibilidad económica puede explicar la reducida y falta de aumento de la incidencia del cáncer en hombres de raza negra.
- Los cambios epigenéticos y otros celulares pueden explicar el rápido descenso de la incidencia de cáncer en sujetos mayores de 35 años. (103)(104)

R. Cáncer de riñón

- Una mayor incidencia del cáncer de riñón se asocia con las poblaciones de raza negra y europeas en general.

- Los principales factores de riesgo para el cáncer de riñón son el tabaquismo, la obesidad y la hipertensión arterial (HTA).
- Además de las variantes de alto riesgo, todavía no se conocen genes de susceptibilidad. (105)(106)

S. Cáncer de vejiga

- Una mayor incidencia del cáncer de vejiga se asocia con las poblaciones de Europa mediterránea y Egipto.
- La supervivencia asociada al cáncer de vejiga mejora cuanto más temprano es el debut del mismo.
- Los principales factores de riesgo para el cáncer de vejiga son el tabaquismo, la exposición ocupacional a aminas aromáticas y la infección por *Schistosoma haematobium*.
- Las variantes genéticas de GSTM1 y NAT2 también son factores de riesgo para el cáncer de vejiga, la segunda interactuando considerablemente con el tabaquismo. (107)(108)(109)

T. Cáncer de próstata

- El cáncer de próstata es muy común en la población en general, observándose que, si bien la tasa de incidencia se encuentra ligeramente en ascenso, la de mortalidad ha comenzado a disminuir.
- Tal descenso en la mortalidad por cáncer de próstata se debe, en parte, por las pruebas agresivas con el antígeno prostático específico (PSA).
- Se desconoce la etiología del cáncer prostático, solo hallando una ligera asociación con ciertos hábitos dietarios

como factor de riesgo, mientras el tabaquismo y el consumo de alcohol no aumentan su riesgo.

- Tampoco se han hallado mayores fundamentos genéticos subyacentes al cáncer de próstata. (110)(111)(112)

U. Cáncer de tiroides

- Los principales factores de riesgo del cáncer de tiroides son la radiación ionizante y las enfermedades tiroideas benignas.
- La deficiencia de iodo se asocia con el cáncer folicular de tiroides.
- En cuanto a los factores genéticos, un fuerte componente se ha asociado con el carcinoma medular, solo o como parte de la neoplasia endocrina múltiple (NEM).
- Asimismo, el gen poliposis adenomatosa coli se asoció con el carcinoma papilar. (113)(114)

V. Tumores del sistema nervioso

- La incidencia de estos tumores es menor al 2% alrededor del mundo, no variando según el área geográfica ni las poblaciones. No obstante, se ha registrado un ligero aumento de la incidencia de estos tumores en las últimas décadas, aunque ello probablemente se deba a mejores sistemas de registro y de las técnicas imagenológicas no invasivas.
- Se desconoce casi por completo la etiología de estos tumores, aunque la única causa inequívoca, poco frecuente, es la irradiación terapéutica.
- El sistema nervioso con frecuencia se asocia con síndromes tumorales heredados, como ser la

neurofibromatosis (mutaciones de la línea germinal NF1/NF2), la enfermedad de von Hippel-Lindau (von Hippel-Lindau disease), la esclerosis tuberosa (TSC1/TSC2) y el síndrome de Li-Fraumeni (p53).

- Los glioblastomas son los principales tumores cerebrales que principalmente afectan a adultos, son incurables quirúrgicamente, poseen una gran resistencia a la radiación y a la quimioterapia, y se asocian con un 3% de sobrevivientes por más de 3 años.
- Por su parte, las variantes que afectan principalmente a niños son los tumores embrionarios, que incluyen los meduloblastomas cerebelosos, los retinoblastomas y el neuroblastoma periférico. (115)(116)

W. Linfomas

- El linfoma de Hodgkin se presenta principalmente en adultos jóvenes o a edad avanzada, etiológica y mayormente asociándose con la infección por el Virus de Epstein-Barr.
- Los linfomas no Hodgkin representan un grupo heterogéneo de neoplasmas con diferentes cursos clínicos y causas, y con una incidencia en incremento desde las últimas décadas hasta el año 2000. La inmunodeficiencia severa, como el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, derivan en el linfoma no Hodgkin, las formas menos severas de tal inmunodeficiencia incrementando el riesgo.
- Se ha establecido cierta relación entre un mayor riesgo de linfomas y diversos factores ambientales, como la exposición a pesticidas. (117)(118)

X. Leucemias

- Los principales factores de riesgo para las leucemias son la radiación ionizante, agentes alquilantes usados durante la quimioterapia y la exposición ocupacional al benceno.
- Los antecedentes familiares se asocian con una incidencia del 5% en la leucemia linfática crónica (LLC).
- En la leucemia mieloide crónica (LMC) se ha establecido cierta asociación con una anomalía genética adquirida, la translocación.
- Existe una gran variabilidad asociada a la supervivencia, ello dependiendo principalmente de la accesibilidad al tratamiento. Particularmente, y dado los avances terapéuticos actuales, se ha alcanzado una supervivencia de 5 años de 80% en las áreas con adecuado acceso al tratamiento. (119)(120)(121)

En este sentido, claramente existen grandes limitaciones asociadas a la identificación de factores de riesgo y, consecuentemente, de la disponibilidad de métodos efectivos de screening y de tratamientos tempranos. Más allá de estas particularidades, resumidas anteriormente y que pueden encontrarse desarrolladas en diversas fuentes bibliográficas, cabe resaltar, de manera relacionada con las anteriores limitaciones, que el cáncer representa un grave problema de salud pública también por el impacto socioeconómico que conlleva, ello derivando explícitamente en la necesidad de programas de control a nivel de la prevención primaria y secundaria.

En cuanto a la prevención primaria, la misma se asocia con el período en que el individuo es sano. Sus objetivos básicos son mantener y mejorar la salud, es decir, reducir las probabilidades

de ocurrencia de las patologías, reducir su incidencia, a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la protección específica. Las medidas aplicables para el cáncer se relacionan principalmente con la identificación de factores de riesgo y la ejecución de medidas de control sobre los mismos.

En cuanto a la prevención secundaria, la misma se corresponde con el período en que existe la enfermedad, sea de manera pre sintomática (o subclínica) o sintomática (o clínica). Sus objetivos básicos son atender, limitar y controlar la enfermedad, y evitar la muerte, intentando reducir la prevalencia de la enfermedad subclínica. Estas medidas se implementan cuando la prevención primaria no se ha efectuado o, efectuada, ha conllevado fracasos. Como medidas generales pueden considerarse el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y adecuado, y la limitación de daño. (122)(123)

Para el caso del cáncer, resulta importante mencionar las 11 recomendaciones del European Code Against Cancer: (124)

- No fumar o no hacerlo en presencia de no fumadores.
- Evitar la obesidad.
- Realizar actividad física regularmente (todos los días).
- Incrementar la cantidad y variedad ante la ingesta de vegetales y frutas (al menos 5 porciones diarias), limitando aquella de alimentos conteniendo grasa animal.
- En caso de consumir alcohol, moderar la ingesta a 2 bebidas por día en los hombres y a 1 bebida por día en las mujeres.
- Evitar la exposición excesiva al sol, sobre todo en niños, adolescentes y personas sensibles.

- Aplicar estrictamente las regulaciones orientadas a prevenir cualquier exposición a sustancias causantes de cáncer, también siguiendo las recomendaciones de seguridad de las mismas y las sugerencias de los organismos nacionales de protección contra la radiación.
- Las mujeres de 25 o más años deben realizarse regulares controles del cuello uterino.
- Las mujeres de 50 o más años deben realizarse regulares controles de las mamas.
- Los hombres y mujeres de 50 o más años deben realizarse regulares controles de colon y recto.
 - Participar en programas de vacunación contra el Virus de la hepatitis B.

2.3. Definición de términos

- **Sociedad Conyugal**

Es una de las formas en que se pueden administrar los bienes de los cónyuges. Es la regla general en nuestro país, ya que ante el silencio del marido y la mujer se entienden casados bajo sociedad conyugal. En este caso los bienes del marido y la mujer pasan a formar un solo patrimonio, el cual será administrado por el marido durante la vigencia del matrimonio. Al término de éste se dividirá todo en mitades, por regla general, pudiendo ser distinto dependiendo del caso. (125)

- **Afrontamiento o Coping**

Procesos cognitivos y/o conductuales que pone en marcha el sujeto para hacer frente a las demandas. Distinguimos dos tipos de afrontamiento: (1) dirigido a la emoción y (2) dirigido al problema. (125)

- **Metástasis**

Diseminación del cáncer desde el lugar donde se originó hacia otra parte del cuerpo. Las células cancerosas se pueden separar del tumor primario y viajar a través de la sangre o el sistema linfático a los ganglios linfáticos, el cerebro, los pulmones, los huesos, el hígado u otros órganos (125).

- **Quimio prevención**

El uso de sustancias naturales, sintéticas (elaboradas en un laboratorio) o biológicas (provenientes de una fuente viviente) para revertir, disminuir o prevenir el desarrollo del cáncer (125).

2.4. Hipótesis

A. Hipótesis general

Es probable que exista relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018.

B. Hipótesis específicas

H1: Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar.

Ho: Es probable que no exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar.

H2: Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar.

Ho: Es probable que no exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar.

H3: Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar.

Ho: Es probable que no exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar

H4: Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar.

Ho: Es probable que no exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar.

H5: Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar.

Ho: Es probable que no exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar.

H6: Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares.

Ho: Es probable que no exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares.

H7: Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar.

Ho: Es probable que no exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar.

2.5. Variables

Variable X: Funcionalidad familiar

- Cohesión.
- Armonía.
- Comunicación.
- Permeabilidad.
- Afectividad.
- Roles.
- Adaptabilidad.

Variable Y: Afrontamiento a la enfermedad

- A. Enfocado al área del problema.
- B. Enfocado al área de la emoción.
- C. Enfocado al área de la percepción.

2.5.1. Definición conceptual de las variables

A. Funcionalidad familiar

Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad).

B. Afrontamiento a la enfermedad

Son aquellos esfuerzos, orientados a la acción como mentales, que realiza la persona para manejar, tolerar, reducir, minimizar las demandas internas (las que entre otras fuentes le pone la enfermedad) y del ambiente (las de los tratamientos, rehabilitación y otras), que cargan o sobrepasan los recursos de la persona.

2.5.2. Definición operacional de las variables

A. Funcionalidad familiar

Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares que se puede medir mediante los siguientes indicadores: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, los cuales se pueden medir mediante la aplicación de una encuesta FF – SIL que a su vez tiene categorías y son: Familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional.

B. Afrontamiento a la enfermedad

Son aquellos esfuerzos, orientados a la acción como mentales, que realiza la persona para manejar, tolerar, reducir, minimizar las demandas internas (las que entre otras fuentes le pone la enfermedad) y del ambiente (las de los tratamientos, rehabilitación y otras), que cargan o sobrepasan los recursos de la persona, los cuales se pueden medir mediante las siguientes dimensiones: enfocado al área del problema, enfocado al área de la emoción y enfocado al área de la percepción, los cuales a su vez cuentan con indicadores. Estos son medidos en la aplicación de la encuesta de estimación de afrontamiento de Cope el cual cuenta con tres categorías de: alto, medio y bajo según el puntaje obtenido.

2.5.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	INSTRUMENTO	CATEGORIA	ESCALA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Componentes.	Cohesión.	1 y 8	CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional	Ordinal
		Armonía.	2 y 13			
		Comunicación.	5 y 11			
		Permeabilidad.	7 y 12			
		Afectividad.	4 y 14			
		Roles.	3 y 9			
		Adaptabilidad.	6 y 10			
AFRONTAMIENTO	Enfocado al área del problema.	Afrontamiento activo.	1, 14, 27, 40	CUESTIONARIO DE ESTIMACION DE AFRONTAMIENTO DE COPE	Alto: 61 - 80 Medio: 41 - 60 Bajo: 20 - 40	Ordinal
		Planificación.	2, 15, 28, 41			
		Supresión de actividades competentes.	3, 16, 29, 42			
		Postergación.	4, 17, 30, 43			
		Búsqueda de apoyo especializado.	5, 18, 31, 44			
	Enfocado al área de la emoción.	Búsqueda de soporte emocional.	6, 19, 32, 45		Alto: 61 - 80 Medio: 41 - 60 Bajo: 20 - 40	
		Reinterpretación positiva y desarrollo personal.	7, 20, 33, 46			
		Aceptación.	8, 21, 34, 47			
		Negación.	11, 24, 37, 50			
		Acudir a la religión.	9, 22, 35, 48			
	Enfocado al área de la percepción.	Enfocar y liberar emociones.	10, 23, 36, 49		Alto: 37 - 48 Medio: 25 - 36 Bajo: 12 - 24	
		Desentendimiento conductual.	12, 25, 38, 51			
		Desentendimiento mental.	13, 26, 3, 52			

VARIABLES INTERVINIENTES	Edad.	20 - 30 años.				Ordinal
		31 - 40 años.				
		41 - 50 años.				
		51 - 60 años.				
		61 - 70 años.				
		Más de 71 años.				
	Sexo.	Femenino.				Nominal
		Masculino.				
	Estado civil.	Conviviente.				Nominal
		Casado/a.				
		Soltero/a.				
		Otro.				
	Grado de instrucción.	Primaria.				Nominal
		Secundaria.				
		Técnica.				
		Superior.				

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y nivel de investigación

3.1.1. Tipo

El tipo de investigación que se ejecutó es descriptivo correlacional pues se determinó el grado de relación existente entre la funcionalidad familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico en el Hospital III Goyeneche, es de enfoque cuantitativo ya que es una investigación medible, bivariado ya que maneja dos variables: funcionalidad familiar y afrontamiento a la enfermedad.

Según su número de mediciones es transversal, ya que se trabajó en un periodo determinado de tiempo, con una temporalidad prospectiva.

Y es una investigación de campo ya que se aplicó 02 encuestas a las unidades de estudio previo a la firma del consentimiento informado.

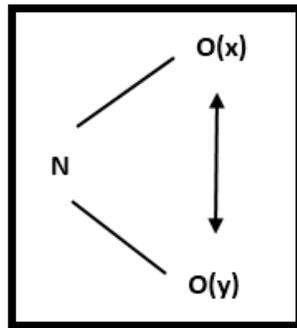
3.1.2. Nivel de investigación

Descriptivo porque se especificó distintos conceptos de las variables en estudio. (Funcionamiento familiar y afrontamiento a la enfermedad).

Correlacional porque se buscó la información necesaria para determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad de paciente oncológicos del hospital III Goyeneche.

3.1.3. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental, descriptivo, correlacional transversal.



N : Población

O(x): Funcionalidad familiar

O(y): Afrontamiento a la enfermedad

3.2. Descripción del ámbito de investigación

A. Ubicación espacial

Hospital III Goyeneche

El Hospital Goyeneche de Nivel III es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud de Arequipa y administrativamente depende del Gobierno Regional de Arequipa. Tiene su domicilio legal en la Av. Goyeneche N° 100 Distrito del Cercado. Fue fundado el 11 de febrero de 1912, tiene una extensión de 55,000 metros cuadrados, su construcción arquitectónica es antigua tipo colonial, con techos altos tipo bóveda.

El Hospital tiene 534 trabajadores entre nombrados, contratados a plazo fijo y por servicios no personales. De ellos, 212 son profesionales de la salud (78

médicos, 78 enfermeras, 13 obstétricas, y otros profesionales que suman 16), 18 profesionales de apoyo, 236 técnicos categorizados, 54 auxiliares categorizados y 14 funcionarios y directivos.

El departamento de oncología brinda las tres grandes ramas del tratamiento oncológico:

- **Medicina Oncológica:** Atención brindada en el servicio de hospitalización Van Grimmer, tiene 22 camas para pacientes hospitalizados y 3 camas de recuperación post anestesia quirúrgica.
- **Consultorios Externos:** Brinda atención de diagnóstico y atención ambulatoria en pacientes con tratamiento de cirugía y quimioterapia.
- **Radioterapia:** Actualmente atiende a un promedio de 35 pacientes diarios, con 70 aplicaciones o campos de tratamiento diversos de acuerdo a la patología tumoral por día.

Los recursos humanos profesionales incluyen

- 1 Radioterapeuta.
- 3 Cirujanos oncológicos.
- 6 Enfermeras especializadas.
- 7 Técnicos de enfermería en manejo de pacientes oncológicos y quimioterapia.

El personal especializado del departamento de oncología y radioterapia no trabaja adecuadamente debido a que se ven limitados en sus labores por falta de infraestructura, equipos necesarios y por insuficiente personal.

B. Ubicación temporal

La investigación se ejecutó en el periodo de 6 meses, desde julio del 2018 hasta enero del 2019.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por 110 pacientes oncológicos, entre hospitalizados y los que asistían a recibir quimioterapia en el hospital III Goyeneche.

3.3.2. Muestra

No probabilístico censal.

3.3.3. Criterios de inclusión

- Unidad de estudio con diagnóstico confirmado de cáncer.
- Unidad de estudio masculino y femenino.
- Todos los grados de cáncer.

3.3.4. Criterios de exclusión

- Unidad de estudio que no ha completado los cuestionarios.
- Unidad de estudio que no ha firmado el consentimiento informado.
- Pacientes que residan en otro departamento diferente a Arequipa.
- Pacientes con compromiso de la esfera mental.
- Discapacidad del paciente que imposibilite la comunicación.

3.4. Técnicas e instrumentos

3.4.1. Técnicas

- Variable X (Funcionalidad familiar): se utilizó encuesta.
- Variable Y (Afrontamiento): se utilizó encuesta.

3.4.2. Instrumentos

- Variable X (Funcionalidad familiar) se utilizó cuestionario de “**FF-SIL**”.

Componentes.	Cohesión.	1 y 8	Familia funcional : 70 a 57 puntos Familia moderadamente funcional: 56 a 43 puntos Familia disfuncional: 42 a 28 puntos Familia severamente disfuncional: 27 a 14 puntos
	Armonía.	2 y 13	
	Comunicación.	5 y 11	
	Permeabilidad.	7 y 12	
	Afectividad.	4 y 14	
	Roles.	3 y 9	
	Adaptabilidad.	6 y 10	

- Casi siempre : 5.
- Con frecuencia : 4.
- A veces : 3.
- Pocas veces : 2.
- Casi nunca : 1.

- Variable Y (Afrontamiento): Se utilizó cuestionario “**Cuestionario de estimación de afrontamiento de COPE**”.

Enfocado al área del problema.	Afrontamiento activo	1, 14, 27, 40	Alto: 61 - 80 Medio: 41 - 60 Bajo: 20 - 40
	Planificación	2, 15, 28, 41	
	Supresión de actividades competentes	3, 16, 29, 42	
	Postergación	4, 17, 30, 43	
	Búsqueda de apoyo especializado	5, 18, 31, 44	
Enfocado al área de la emoción.	Búsqueda de soporte emocional	6, 19, 32, 45	Alto: 61 - 80 Medio: 41 - 60 Bajo: 20 - 40
	Reinterpretación positiva y desarrollo personal	7, 20, 33, 46	
	Aceptación	8, 21, 34, 47	
	Negación	11, 24, 37, 50	
	Acudir a la religión	9, 22, 35, 48	
Enfocado al área de la percepción.	Enfocar y liberar emociones	10, 23, 36, 49	Alto: 37 - 48 Medio: 25 - 36 Bajo: 12 - 24
	Desentendimiento conductual	12, 25, 38, 51	
	Desentendimiento mental	13, 26, 3, 52	

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento

3.5.1. FF- SIL

A. Validez

De la investigación “Funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2013” realizada por la Bach. Kharina Yolanda Mamani Cahuaya, utilizando el test de FF - SIL modificada compuesta por 14 ítems. Sobre la calidad de vida en pacientes oncológicos, fue sometido a las propiedades psicométricas para la validez del constructo mediante los expertos y la prueba de las distancias múltiples, con la ecuación de distancia de puntos múltiples (prueba de DPP), se ubicó en la zona "A", por lo que se deduce su aceptabilidad. (17) (ver anexo N°07).

B. Coeficiente de confiabilidad

Con el cálculo del Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach se obtuvieron valores de 0.926 y 0.650 para el funcionamiento familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos respectivamente, esto nos indica que el instrumento empleado posee un grado de confiabilidad aceptable. Para ambas variables de estudio dieron positivo para su aplicación en confiabilidad y validez. (ver anexo N°08).

3.5.2. Cuestionario de estimación de afrontamiento de COPE

A. Validez

La validez del instrumento se realizó a través de un juicio de expertos. Se consultó a 8 expertos: 4 Licenciados en enfermería, 3 Licenciados en psicología y 1 médico psiquiatra. No fue eliminado ningún ítem solo hubo algunas observaciones mínimas en relación a la redacción, mas no en el sentido del ítem.

En cuanto a la validez del contenido, los valores de P de la prueba binomial son $p < 0.05$, lo que determina que el grado de acuerdo entre los jueces es estadísticamente significativo. (ver anexo N° 05)

B. Coeficiente de confiabilidad

Se realizó a través de una prueba piloto, fue aplicada a 64 estudiantes que no formaron parte de la población. El alfa de Cronbach obtenido en cada dimensión fue:

- Dimensión centrada en el problema el alfa de Cronbach es 0.70 que muestra un resultado confiable.
- Dimensión centrada en la emoción el alfa de Cronbach es 0.74 mostrando un resultado confiable.
- Dimensión centrada en la evitación del problema el alfa de Cronbach es 0.68 mostrando un resultado confiable.

El alfa de Cronbach total del instrumento es 0.78, este resultado indica una apropiada consistencia interna de las dimensiones. Se realizaron modificaciones en la redacción de cinco ítems para hacerlo más comprensible, utilizando expresiones cotidianas. Además, en la escala ordinal tipo Likert se cambiaron los adverbios de tiempo por términos cotidianos: casi nunca por a veces, casi siempre por usualmente. (Ver anexo N°06)

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos

Para ejecutar el estudio se realizó el trámite administrativo pertinente, mediante un oficio por la coordinadora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando una autorización pertinente al Director del hospital y el comité de Investigación, luego se realizó la coordinación pertinente con la enfermera jefe del departamento del Hospital III Goyeneche.

Las encuestas se realizaron de lunes a sábado por la mañana, debido a la mayor concurrencia de pacientes para recibir tratamiento. Primero se les informó a los pacientes sobre el objetivo del estudio, luego se obtuvo el consentimiento informado firmado y por último se aplicó los dos cuestionarios con una duración entre 20 y 25 minutos por paciente.

Una vez obtenida la información se ordenó y se codificó los datos, después se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2013; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.0, con serie de permiso validado. Para el análisis univariado se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada) y para el análisis univariado de relación entre el funcionamiento familiar y afrontamiento a la enfermedad de pacientes oncológicos se utilizó el test estadístico Chi cuadrado. Se consideró un nivel de confianza del 95% y un valor $p < 0.05$.

Para la presentación de información, se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada, basado en los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Análisis de tablas

A continuación, se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación de las encuestas.

Para el análisis de los datos socio demográficos como edad, sexo, etc. se utilizaron las medidas de tendencia central. Para evaluar las hipótesis se utilizó como prueba estadística el Chi cuadrado de independencia.

Tabla N° 1

Distribución de frecuencias sobre las características personales de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

Características	fi	%
Edad	20-30	9,2
	31-40	20,0
	41-50	10,9
	51-60	35,5
	61-70	20,0
	Más de 71	5,5
Sexo	Femenino	61,8
	Masculino	38,2
Estado civil	Conviviente	49,1
	Casado/a	36,4
	Soltero/a	11,8
	Otro	2,7
Grado de instrucción	Primaria	24,5
	Secundaria	43,6
	Técnica	22,7
	Superior	9,1
Total	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$\bar{X} = 50,10; \quad \sigma = 12,949$$

En la presente tabla se aprecia que la edad promedio (\bar{X}) de la población estudiada es de 50.10 años, con una desviación estándar (σ) de 12.949, el 61,8% de la población estudiada es de sexo femenino mientras que el 38,2% es de sexo masculino, el estado civil del 49,1% de la población estudiada es conviviente y el grado de instrucción del 43,6% de la población estudiada es secundaria.

Tabla N° 2

Distribución de frecuencias sobre el afrontamiento enfocado al área del problema de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

Afrontamiento enfocado al área del problema	fi	%
Afrontamiento activo	22	21,5
Planificación	24	23,8
Supresión de actividades Competentes	22	21,7
Postergación	22	21,5
Búsqueda de apoyo especializado	20	11,5
Total	110	100,0

Fuente: encuesta. Elaboración propia. 2018

En la presente tabla se observa que el afrontamiento activo es 21.5 %, en planificación es 23.8%, en supresión de actividades es 21.7%, en postergación es 21.5%, y en búsqueda de apoyo especializado es 11.5%.

Tabla N° 3

Población en estudio según nivel de afrontamiento enfocado al área del problema. Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

Nivel de afrontamiento enfocado al área del problema	Frecuencia	%
Alto	67	60,9
Medio	40	36,4
Bajo	3	2,7
Total	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

En la presente tabla se tiene que el nivel de afrontamiento enfocado al área del problema de la familia es alto en un 60.9%, es medio en el 36.4% mientras que solo un 2.7 tiene un nivel bajo.

Tabla N° 4

Distribución de frecuencias sobre el afrontamiento enfocado al área de la emoción de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

Afrontamiento enfocado al área de la emoción	fi	%
Búsqueda de soporte emocional	16	16.55
Reinterpretación positiva y desarrollo personal	22	21.8
Aceptación	22	24.5
Negación	16	13.76
Acudir a la religión	24	23.45
Total	100	100.00

Fuente: encuesta. Elaboración propia. 2018

En la presente tabla se observa que búsqueda de soporte emocional es 16.5 %, en reinterpretación positiva es 21.8%, en aceptación es 24.5%, en negación es 13.76 %, y acudir a la religión es 23.45%.

Tabla N° 5

Población en estudio según nivel de afrontamiento enfocado al área de la emoción, Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018.

Nivel de afrontamiento enfocado al área de la emoción	fi	%
Alto	10	9,1
Medio	97	88,2
Bajo	3	2,7
Total	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

En la presente tabla se observa que el nivel de afrontamiento enfocado al área de la emoción de la familia es medio en un 88.2%, es alto en el 9.1% mientras que solo un 2.7% tiene un nivel bajo.

Tabla N°6

Distribución de frecuencias sobre el afrontamiento enfocado al área de la percepción de los pacientes oncológicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

Afrontamiento enfocado al área de la percepción	fi	%
Enfocar y liberar emociones	58	57.3
Desentendimiento conductual	19	19.7
Desentendimiento mental	23	23
Total	100	100

Fuente: encuesta. Elaboración propia. 2018

En la presente tabla se observa que en enfocar y liberar emociones es 57.3 %, en desentendimiento conductual es 19.7%, en desentendimiento mental es 23%.

Tabla N° 7

Población en estudio según nivel de afrontamiento enfocado al área de la percepción. Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

Nivel de afrontamiento enfocado al área de la percepción	fi	%
Alto	2	1,8
Medio	88	80,0
Bajo	20	18,2
Total	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

En la presente tabla se observa que el nivel de afrontamiento enfocado al área de la percepción de la familia es medio en un 80.0%, es bajo en el 18.2% mientras que solo un 1.8% tiene un nivel alto.

Tabla N° 8

***Población en estudio según nivel de afrontamiento a la enfermedad.
Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018***

Afrontamiento a la enfermedad	fi	%
Malo	22	20,0
Regular	73	66,4
Bueno	15	13,6
Total	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia, 2018

En la presente tabla se observa que el 13,6% de la población estudiada tiene un afrontamiento bueno a la enfermedad, el 66,4% tiene un afrontamiento regular y el 20,0% tiene un mal afrontamiento.

Tabla N° 9

Población en estudio según funcionalidad familiar. Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

Funcionalidad familiar	fi	%
Familia funcional	18	16,4
Familia moderadamente funcional	83	75,5
Familia disfuncional	9	8,2
Familia severamente disfuncional	0	0.0
Total	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

En la presente tabla se observa que el 75.5% de la población estudiada tiene una familia moderadamente funcional; el 16.4% tiene una familia funcional; un 8,2% tiene una familia disfuncional. No se encontró ningún caso de familia severamente disfuncional.

Tabla N° 10

Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

		Cohesión familiar						Total	
		Mala		Regular		Buena			
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nivel de afrontamiento	Bajo	3	2,7	14	12,7	5	4,5	22	20,0
	Medio	4	3,6	53	48,2	16	14,5	73	66,4
	Alto	0	0,0	12	10,9	3	2,7	15	13,6
Total		7	6,4	79	71,8	24	21,8	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$p = 0.516 \quad X^2 = 3,255 \quad gl = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 48.2% de la población estudiada cuyo nivel de afrontamiento es medio, tiene un nivel de cohesión familiar regular.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% no existe relación significativa ($p = 0.516 > 0.05$) entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar.

Tabla N° 11

Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

		Armonía familiar							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nivel de afrontamiento	Bajo	3	2,7	19	17,3	0	0,0	22	20,0
	Medio	48	43,6	4	3,6	21	19,1	73	66,4
	Alto	6	5,5	0	0,0	9	8,2	15	13,6
Total		57	51,8	23	20,9	30	27,3	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$p = 0.000 \quad X^2 = 77,807 \quad gl = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 43.6% de la población estudiada tiene nivel de afrontamiento es medio y nivel de armonía familiar malo.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existe relación significativa ($p = 0.000 < 0.05$) entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar.

Tabla N° 12

Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

		Comunicación familiar							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nivel de afrontamiento	Bajo	11	10,0	11	10,0	0	0,0	22	20,0
	Medio	58	52,7	13	11,8	2	1,8	73	66,4
	Alto	3	2,7	3	2,7	9	8,2	15	13,6
Total		72	65,5	27	24,5	11	10,0	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$p = 0.000 \quad X^2 = 58,554 \quad gl = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 52,7% de la población estudiada tiene nivel de afrontamiento es medio y nivel de comunicación familiar malo.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existe relación significativa ($p = 0.000 < 0.05$) entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar.

Tabla N° 13

Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

		Permeabilidad familiar							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nivel de afrontamiento	Bajo	17	15,5	5	4,5	0	0,0	22	20,0
	Medio	50	45,5	15	13,6	8	7,3	73	66,4
	Alto	6	5,5	0	0,0	9	8,2	15	13,6
Total		73	66,4	20	18,2	17	15,5	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$p = 0.000 \quad X^2 = 28,831 \quad gl = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 45,5% de la población estudiada tiene nivel de afrontamiento es medio y nivel de permeabilidad familiar malo.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existe relación significativa ($p = 0.000 < 0.05$) entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar.

Tabla N° 14

Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

		Afectividad familiar							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nivel de afrontamiento	Bajo	7	6,4	10	9,1	5	4,5	22	20,0
	Medio	16	14,5	20	18,2	37	33,6	73	66,4
	Alto	3	2,7	3	2,7	9	8,2	15	13,6
Total		26	23,6	33	30,0	51	46,4	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$p = 0.149 \quad X^2 = 6,761 \quad gl = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 33,6% de la población estudiada tiene nivel de afrontamiento es medio y nivel de afectividad familiar bueno.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% no existe relación significativa ($p = 0.149 > 0.05$) entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar.

Tabla N° 15

Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

		Roles familiares							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nivel de afrontamiento	Bajo	5	4,5	13	11,8	4	3,6	22	20,0
	Medio	18	16,4	37	33,6	18	16,4	73	66,4
	Alto	0	0,0	3	2,7	12	10,9	15	13,6
Total		23	20,9	53	48,2	34	30,9	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$p = 0.000 \quad X^2 = 20,544 \quad gl = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 33,6% de la población estudiada tiene nivel de afrontamiento es medio y roles familiares de regular nivel.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existe relación significativa ($p = 0.000 < 0.05$) entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares.

Tabla N° 16

Relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

		Adaptabilidad familiar							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nivel de afrontamiento	Bajo	7	6,4	15	13,6	0	0,0	22	20,0
	Medio	23	20,9	35	31,8	15	13,6	73	66,4
	Alto	6	5,5	9	8,2	0	0,0	15	13,6
Total		36	32,7	59	53,6	15	13,6	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$p = 0.054 \quad X^2 = 9,306 \quad gl = 4$$

En la presente tabla se aprecia que el 31,8% de la población estudiada tiene nivel de afrontamiento es medio y adaptabilidad familiar regular.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% no existe relación significativa ($p = 0.054 > 0.05$) entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar.

Tabla N° 17

Relación entre funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018

		Afrontamiento a la enfermedad del paciente							
		Mala		Regular		Buena		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Funcionamiento familiar	Familia disfuncional	3	2,7	6	5,5	0	0,0	9	8,2
	Familia moderadamente disfuncional	19	17,3	58	52,7	6	5,5	83	75,5
	Familia funcional	0	0,0	9	8,2	9	8,2	18	16,4
Total		22	20,0	73	66,4	15	13,6	110	100,0

Fuente: encuesta, elaboración propia. 2018

$$p = 0.000 \quad X^2 = 26,809 \quad gl = 4$$

En la presente tabla se observa que el 52,7% de la población estudiada cuyo nivel de funcionamiento familiar es medio, tienen Afrontamiento a la enfermedad del paciente.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% existe relación significativa ($p = 0.000 < 0.05$) entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la tabla N° 1, respecto a los pacientes oncológicos encuestados se encontró que la mayor cantidad de pacientes tienen edades que fluctúan entre 51 a 70 años. Igual que Chamba encontró que en su población de 40 pacientes la mayoría tienen más de 65 años y de sexo femenino. Asimismo, Manrique y Mejía dicen que en su población de 46 a 61 años hay 52.86%, se encontró que uno de cada dos pacientes es de sexo femenino, Chamba también afirma que en su población hay un alto porcentaje de población femenina.

Se ha encontrado también que casi la mitad de la población es conviviente (49,1%) y uno de cada diez pacientes es soltero/a, el estado civil puede influir en el afrontamiento ya que en el caso de los pacientes solteros y de otro estado civil pueden tener sentimientos de soledad en cuanto a la vida conyugal, a diferencia de los que son casados o convivientes pues esos tienen a su pareja para poder apoyarse emocionalmente. Además, Acosta afirma en su investigación que la familia es un factor protector para las estrategias de afrontamiento, por tal motivo es muy importante que una persona que esté pasando por una crisis situacional

como es una enfermedad es necesario que se sienta apoyado por su entorno, caso contrario puede deprimirse y en consecuencia no afrontar bien la problemática que pasa.

También indica que más de la mitad de la población solo tiene estudios hasta la secundaria y tres de cada diez pacientes tienen estudios superiores, esto quiere decir que se les tiene que explicar con palabras sencillas la situación en la que se encuentran y hay un riesgo de que estos sigan recomendaciones de conocidos y/o familiares sobre ingerir sustancias que pueden agravar su estado de salud; sin embargo, la población restante puede buscar distintas opiniones de diferentes especialistas y tomar mejores decisiones en cuanto a su recuperación.

En la tabla N° 2 y 3, indica que en cuanto al afrontamiento enfocado al área del problema más de la mitad tiene un afrontamiento alto, dos de cada diez pacientes tienen un afrontamiento medio, dentro de esta área se ha encontrado que uno de cada dos pacientes tiene un afrontamiento activo y este puede ser influenciado por sus familiares y/o amigos cercanos, se ha encontrado también que solo uno de cada diez pacientes buscan apoyo especializado, es decir, una vez que han recibido un primer diagnóstico estos hicieron lo posible por estar totalmente seguros de esto consultando con varios especialistas.

Además, que dos de cada diez pacientes al ser diagnosticados han postergado todas sus actividades y se enfocaron totalmente a su recuperación, la población restante además de seguir con su tratamiento sigue trabajando, esto puede ser así ya que las personas diagnosticadas son padres o madres de familia y son el único sustento de su familia, también solo tres de cada diez pacientes planifican que harán en un futuro, esto indica que no están totalmente convencidos del tratamiento que reciben y están resignados a la muerte. Asimismo, Acosta afirma que el 68% de la población que estudio tuvo un afrontamiento activo, y esto puede ser porque tuvieron amplio apoyo de todo su entorno.

En la tabla N° 4 y 5, se ha encontrado que, en cuanto al afrontamiento enfocado al área de la emoción, ocho de cada diez pacientes tienen un afrontamiento medio y uno de cada diez tienen un alto nivel de afrontamiento, en cuanto a sus indicadores de encontró que tres de cada diez pacientes buscan un soporte emocional en sus familiares o amigos más cercanos, la población restante que reserva sus sentimientos puede sugerir que no hay un buen funcionamiento familiar o caso contrario el paciente no quiere lastimar a sus familiares con sus sentimientos, dos de cada diez pacientes han logrado aceptar lo que les sucede, esto puede verse influenciado porque anteriormente han consultado con distintos especialistas o el apoyo de sus familiares; sin embargo, uno de cada diez pacientes aun niega lo que les sucede y esto puede suceder a que recién han sido diagnosticados y están en proceso de aceptación, también tres de cada diez pacientes han acudido a la religión.

En la tabla N° 6 y 7, se ha encontrado que en cuanto al afrontamiento enfocado al área de la percepción ocho de cada diez pacientes tienen un afrontamiento medio, uno de cada diez pacientes tienen un bajo afrontamiento, en sus indicadores se encontró que cinco de cada diez pacientes enfocan y liberan sus emociones, esto puede deberse a que tienen buena comunicación con sus familiares más cercanos y se sienten en la confianza para poder conversar de sus sentimientos, dos de cada diez pacientes tienen un desentendimiento conductual, es decir, no buscan maneras de distraerse y tratar de relajarse sino que están totalmente enfocados en su enfermedad y síntomas, también dos de cada diez pacientes tienen desentendimiento mental, esto puede darse a que no tienen un familiar alentando a que ellos lograrán superar la enfermedad y los pacientes solo están enfocados en lo negativo que esta patología trajo a sus vidas.

En la tabla N° 9, se ha encontrado que siete de cada diez familias es moderadamente funcional, esto puede significar que previo a la enfermedad fueron familias funcionales y cuando se diagnosticó a su familiar con cáncer esto produjo inestabilidad para manejar bien la situación; sin embargo, dos de cada diez familias son funcionales y esto avala bien la teoría de Callista Roy ya que plantea que el ser

Humano es un ser capaz de adaptarse a diferentes situaciones y afrontarlo de una manera adecuada.

En la tabla N°10, afirma que cuatro de cada diez pacientes tiene cohesión familiar regular y un nivel medio de afrontamiento. Lo cual quiere decir que casi la mitad de la población tiene un vínculo emocional con los miembros de su familia, lo cual es positivo para el afrontamiento de la enfermedad del paciente.

En la tabla N° 11, afirma que dos de cada diez pacientes tiene una buena armonía familiar y un alto nivel de afrontamiento; sin embargo, cuatro de cada diez tienen una mala armonía familiar, pero un nivel medio de afrontamiento, lo cual quiere decir que no hay mucho apoyo familiar ya que armonía quiere decir que los miembros de la familia brindan apoyo cuando uno de ellos tiene algún problema y/o dificultad.

En la Tabla N° 12, se ha encontrado que uno de cada diez pacientes tiene buena comunicación, pero nivel medio de afrontamiento, cinco de cada diez pacientes tienen buena comunicación y alto nivel de afrontamiento.

En la tabla N° 13, afirma que dos de cada diez pacientes tienen buena permeabilidad y un alto nivel de afrontamiento; sin embargo, cinco de cada diez pacientes tienen mala permeabilidad y un nivel medio de afrontamiento, lo cual quiere decir que gran porcentaje de estos no solicitan experiencias de otras familias e instituciones, es decir, no permiten la ayuda desde fuera del sistema familiar.

En la tabla N° 14, se afirma que no hay relación significativa entre la afectividad familiar y el paciente oncológico; sin embargo, si hay relación entre el afrontamiento a la enfermedad y el funcionamiento familiar, entonces puede justificarse en que los familiares no expresan sentimientos de cariño al paciente, pero si están haciendo compañía para que este no se sienta solo.

En la tabla N° 15, se ha encontrado que hay un 10.9% de población que tiene buenos roles familiares y un alto nivel de afrontamiento, un 33.6% que tiene regulares roles familiares y nivel medio de afrontamiento, lo cual indica que el

porcentaje de familias que dividen las actividades y cada miembro tiene su respectivo rol no es muy alto.

En la tabla N° 16, indica que hay un 31.8% de unidades de estudio con regular adaptabilidad familiar y nivel medio de afrontamiento, es decir, 35 familias cambian y/o modifican algunos aspectos dependiendo de la etapa por la que pasa un miembro de la familia.

En la tabla N° 17, se ha encontrado que solo dos de cada diez familias es funcional, ocho de cada diez es moderadamente funcional, esto puede ser pues como plantea Roy si bien es cierto el ser humano es adaptable, es probable que esas familias estén en proceso de convertirse en familias funcionales, además que es un tema que actualmente es muy complicado de manejar, una de cada diez familias es disfuncional. Para Mamani, el 50% de su población estudiada tenía familias moderadamente funcionales, 38.3% familias funcionales y 11.7% eran familias disfuncionales. Asimismo, para Ávila era un 88.9% de familias altamente funcionales, esto pudo deberse a que la población con la que trabajó ya eran pacientes que tenían la enfermedad ya un tiempo considerable dando tiempo a la familia y al paciente de poder adaptarse.

Teniendo en cuenta lo teórico, nos dice que esto constituye una situación problema para los sujetos diagnosticados con cáncer, pues afecta notablemente su desarrollo biopsicosocial. Al enfrentar esta patología, sus diferentes áreas como la conductual, cognitiva y afectiva se alteran a tal punto que generan un cambio comportamental, en muchos casos no funcional, que no contribuye al buen manejo por parte del paciente de su enfermedad, ocasionando abandono del tratamiento, mayor percepción de dolor, progresión de la neoplasia, desórdenes psicológicos asociados, como depresión, ansiedad, etc., es por eso que se considera que el paciente en el momento que recibe el diagnóstico experimenta una crisis situacional, pero esto analiza la situación progresivamente pasando por distintas etapas hasta lograr la aceptación absoluta y así un buen manejo del afrontamiento ante la enfermedad.

Roy nos explica que salud es la adaptación resultante de éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión. Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida y es aquí donde la familia cumple una de sus funciones que es apoyar a su familiar que está pasando por una crisis, pero no solo es labor de la familia sino que también de todo el equipo multidisciplinario de salud, brindarle la información que el paciente considere de relevancia y explicarle de una manera adecuada, ahora bien no solo se trata de comprender al paciente, sino de tratar de que este se sienta incluido en la sociedad y no marginarlo por su patología.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, cualquier persona puede tener cáncer, pero todo depende de la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

También nos explica que el entorno son las condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona. Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse, por tal motivo es muy importante que el funcionamiento de la familia sea el mejor posible, caso contrario eso puede arremeter en el afrontamiento del paciente ya que si hay constantes discusiones y un ambiente conflictivo la persona puede sentir que todos los problemas surgen a partir de su enfermedad lo cual a la vez puede generar depresión y en consecuencia un mal afrontamiento a la enfermedad.

Sin embargo, uno de los resultados encontrados es que de los 110 pacientes estudiados 83 tienen familias moderadamente funcionales, a su vez 73 tienen un regular afrontamiento, es un factor que puede mejorar, como lo explica Roy la adaptación es un proceso, y depende la participación del personal de salud y de la familia que esto mejore.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.** Se determinó que, el tipo de funcionamiento familiar de los pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche es moderadamente funcional en 75,5%.
- SEGUNDA.** Se determinó que, el tipo de afrontamiento a la enfermedad de los pacientes oncológicos del hospital III Goyeneche es regular en 66,4%
- TERCERA.** Se determinó que, no existe relación significativa entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar.
- CUARTA.** Se determinó que, si existe relación significativa entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar, ambos son favorables en 8,2%.
- QUINTA.** Se determinó que, si existe relación significativa entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar, ambos regulares en 11,8%.
- SEXTA.** Se determinó que, si existe relación significativa entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar, ambos regulares en 13,6%.
- SEPTIMA.** Se determinó que, no existe relación significativa entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar.

- OCTAVA.** Se determinó que, si existe relación significativa entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares, ambos regulares en 33,6%.
- NOVENA.** Se determinó que, si existe relación significativa entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar, ambos regulares en 31,8%.
- DÉCIMA.** Se determinó que, si existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad de los pacientes oncológicos.

RECOMENDACIONES

1. A personal de enfermería del servicio de oncología del Hospital III Goyeneche realizar las coordinaciones con los profesionales que correspondan para una intervención más amplia y oportuna.
2. Al médico oncólogo jefe del servicio del Hospital III Goyeneche que promueva la revisión del protocolo de atención del paciente oncológico y trate de efectivizarlo.
3. Que la enfermera del Hospital III Goyeneche realice programas en los que se mejore la relación del paciente oncológico con sus familiares.
4. A personal de enfermería del servicio de oncología del Hospital III Goyeneche que continúe realizando la vigilancia del afrontamiento de los pacientes oncológicos e identifique oportunamente algún problema.
5. A personal de enfermería que siga realizando visitas domiciliarias para hacer seguimiento a los pacientes cuando estos tengan referencias y contrareferencias.
6. A los estudiantes de enfermería formular investigaciones relacionadas a la depresión, lo que va a permitir encontrar una estrategia local que garantice el buen estado emocional de los pacientes oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVARADO S., OCHOA F., GUERRA H., et al. Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (perspectivas del oncólogo). Revista GAMO. Vol. 10. Núm. 3. Mayo-junio. 2011. [Sede Web]. México. [Acceso el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-adherencia-terapeutica-del-paciente-con-90024243>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Actualizado febrero 2015]. [Acceso 25 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. SEOM – Sociedad Española de Oncología Médica. [Actualizado 11 de Marzo del 2013]. [Acceso 25 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/infotiposcancer/ginecologico/cervix?start=2#content>
4. FERNANDEZ O. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 47. Núm. 6. 2004. [Sede Web], México. [Acceso el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
5. CLEMENTE C. “Definición de familia según la OMS”. 2009. Recuperado de: <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>
6. FUENTES A., MERINO J. “Validation of an instrument of family functionality”. Tesis de magister. Universidad de Concepción. Chile. 2016.
7. CANO A., Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés – SEAS. España. 2011. Recuperado de: <http://www.ansiedadyestres.org/ques-el-afrontamiento>
8. FERLAY J, SOERJOMATARAM I, ERVIK M, DIKSHIT R, ESER S, MATHERS C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cáncer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 Lyon, France: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2013.
9. OMS. 2018.

10. OPS. 2016. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es
11. INEN. 2017. Recuperado de: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
12. IREN sur. Departamento de control del cáncer unidad de registro de cáncer y epidemiología. 2015. Recuperado de:
<http://www.irensur.gob.pe/index.php/control-del-cancer/epidemiologia>
13. ACOSTA E., CONCEPCION R., MARTINEZ M., ZAPATA R. “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama”. México. 2017. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v16n2/2007-7459-hs-16-02-00139.pdf>
14. ÁVILA E. “Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos” Universidad de Salamanca. México. 2015. Recuperado de:
https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/128489/1/DME_AvilaEspinozaE_Calidadpacientesc%C3%A1ncer.pdf
15. CHAMBA J. “Influencia del cáncer en la dinámica familiar de los pacientes atendidos en Solca – Loja, marzo – septiembre del 2013”. Ecuador. 2014. Recuperado de:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12474/1/TESIS%20PREVIA%20A%20LA%20OBTENCI%C3%93N%20DEL%20T%C3%8DTULO%20DE%20M%C3%89DICO%20GENERALDin%C3%A1mica%20Familiar%20en%20Pacientes%20Atendidos.pdf>
16. BRACAMONTE A., DIAZ D. “Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013”. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. 2015. Recuperado de:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/672/1/TL_BracamonteAlejandriaAna_DiazNizamaDiana.pdf

17. MAMANI K. "Funcionamiento Familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud. Tacna. 2013". Perú. 2013. Recuperado de:
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/389/TG0189.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. MANRIQUE E., MEJÍA K. "Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, servicio de oncología. Hospital III Goyeneche. Arequipa. 2014". Arequipa. 2014. Recuperado de:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2321/ENmaraej.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. COPA G., ESPINOZA L. "Vulnerabilidad al estrés relacionada al manejo de las emociones y afrontamiento al cáncer. Pacientes con cáncer gástrico del hospital Goyeneche. 2013" Arequipa. 2013. Recuperado de:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2276/ENcobog.pdf?sequence=1>
20. CISNEROS F. "Teorías de enfermería". Colombia. 2005. Recuperado de:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
21. CLEMENTE C. Definición de Familia según la OMS, (actualizada el 16 de octubre del 2009; acceso 28 de junio del 2013). Disponible en:
<http://cbitis149ctsv31c2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familiasegun-la-oms.html>
22. García, Alejandro (2016). Familia concepto y funciones. Recuperado de:
psicologiayconducta.com
23. Quiroz, Cynthia (s/f). La Familia: sus necesidades y funciones. Recuperado de:
medicosfamiliares.com
24. Ericka, (2009). Familia, tipos y funciones. Recuperado de:
familia-nucleoprimary.blogspot.com
25. FERRER P., MIZCANA., PINO M., PEREZ V. "Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental" Perú. 2013. Recuperado de:

<https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamientofamiliarsegundelmodelocircumplejodeolson.pdf>

26. Olson D, Russell C, dSprenkle D. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. 1era Ed. EE.UU. Editorial Routledge; 1989.
27. Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (2005) Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer, 15(3), 164-168.
28. MINUCHIN S. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. México. 1980.
29. Pérez, A., Reinoza, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. Educere, 15(52), 629-634.
30. Mejía, R. (s.f.) Qué es una familia disfuncional. [Artículo en línea]. Disponible: <http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=2195> [Consulta: 2010, Noviembre 27]
31. Báez, L. (2013). Las familias disfuncionales y su incidencia en el comportamiento de las niñas de quinto grado de educación básica de la escuela sagrado corazón de Jesús de la parroquia la magdalena provincia de pichincha (Tesis de disertación, Universidad Técnica de Ambato). Recuperada de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/5670>
32. Riofrio, V. (2013). Influencia del abuso sexual sufrido durante la infancia, la disfuncionalidad familiar, y el maltrato infantil en los procesos por abuso sexual en el Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores, en el período Enero-Septiembre 2011 (Tesis de disertación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato). Recuperada de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/575>
33. ZUMBA D. "Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto Don Bosco". Ecuador. 2017. Recuperado de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1941/1/76442.pdf>
34. ARESCA L., BIRGIN D., BLUM S., BUCETA E., FIGINI C., GULIAS S.,

- ICONIKOFF R., KORS B. y ROSENFELD C. "Psico-oncología". Diferentes Miradas. Editorial Lugar- Buenos Aires. Argentina, 2004
35. ASTUDILLO W. y MENDINUETA C. El síndrome del agotamiento en los Cuidados Paliativos. En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. EUNSA, Barañain. 4to Edición, 2002. Pp514-525
36. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos cognitivos. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
37. Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psico-oncología. Boletín de Psicología, 75, 73-85.
38. Watson, M., Greer, S. (2008). Personality and Coping. J Holland, Psycho-Oncology, 91-98, New York: Oxford University Press.
39. Ferrero, J. (1993). El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: Promolibro
40. Bayés, R. (2001, 2006). Psicología Oncológica. Barcelona: Ed. Martínez-Roca.
41. Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56, 267- 283.
42. Boyle P, Levin B, editors. World Cancer Report 2008. Lyon, Francia: International Agency for Research on Cancer; 2008.
43. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. Int J Cancer. 2013; 132(5):1133-45.
44. Sturgis EM. International head and neck cancer epidemiology consortium: Update no. 14. Head Neck. 2013; En prensa.
45. Wyss A, Hashibe M, Chuang SC, Lee YC, Zhang ZF, Yu GP, et al. Cigarette, cigar, and pipe smoking and the risk of head and neck cancers: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. Am J Epidemiol. 2013; 178(5):679-90.
46. Navarro Silvera SA, Mayne ST, Gammon MD, Vaughan TL, Chow WH, Dubin JA, et al. Diet and lifestyle factors and risk of subtypes of esophageal and

- gastric cancers: classification tree analysis. *Ann Epidemiol.* 2014; 24(1):50-7.
47. Mota OM, Curado MP, Oliveira JC, Martins E, Cardoso DM. Diabetes mellitus. Risk factors for esophageal cancer in a low-incidence area of Brazil. *Sao Paulo Med J.* 2013; 131(1):27-34.
48. Carr JS, Zafar SF, Saba N, Khuri FR, El-Rayes BF. Risk factors for rising incidence of esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. *J Gastrointest Cancer.* 2013; 44(2):143-51.
49. Dorji D, Dendup T, Malaty HM, Wangchuk K, Yangzom D, Richter JM. Epidemiology of *Helicobacter pylori* in Bhutan: The Role of Environment and Geographic Location. *Helicobacter.* 2014; 19(1):69-73.
50. Song HR, Kim HN, Kweon SS, Choi JS, Shim HJ, Cho SH, et al. Genetic variations in the PRKAA1 and ZBTB20 genes and gastric cancer susceptibility in a Korean population. *Mol Carcinog.* 2013; 52 Suppl 1:E155-60.
51. Wang MY, Chen C, Gao XZ, Li J, Yue J, Ling F, et al. Distribution of *Helicobacter pylori* virulence markers in patients with gastroduodenal diseases in a region at high risk of gastric cancer. *Microb Pathog.* 2013; 59-60:13-8.
52. Bertuccio P, Rosato V, Andreano A, Ferraroni M, Decarli A, Edefonti V, et al. Dietary patterns and gastric cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2013; 24(6):1450-8.
53. Dhanasekaran R, Limaye A, Cabrera R. Hepatocellular carcinoma: current trends in worldwide epidemiology, risk factors, diagnosis, and therapeutics. *Hepat Med.* 2012; 4:19-37.
54. Gomes MA, Priolli DG, Tralhão JG, Botelho MF. Hepatocellular carcinoma: epidemiology, biology, diagnosis, and therapies. *Rev Assoc Med Bras.* 2013; 59(5):514-24.
55. Tsan YT, Lee CH, Ho WC, Lin MH, Wang JD, Chen PC. Statins and the risk of hepatocellular carcinoma in patients with hepatitis C virus infection. *J Clin Oncol.* 2013; 31(12):1514-21
56. Ralphs S, Khan SA. The role of the hepatitis viruses in cholangiocarcinoma. *J Viral Hepat.* 2013; 20(5):297-305.

57. Palliyaguru DL, Wu F. Global geographical overlap of aflatoxin and hepatitis C: controlling risk factors for liver cancer worldwide. *Food Addit Contam Part A Chem Anal Control Expo Risk Assess.* 2013; 30(3):534-40.
58. Shin SH, Kim SC, Hong SM, Kim YH, Song KB, Park KM, et al. Genetic alterations of K-ras, p53, c-erbB-2, and DPC4 in pancreatic ductal adenocarcinoma and their correlation with patient survival. *Pancreas.* 2013; 42(2):216-22.
59. Partensky C. Toward a better understanding of pancreatic ductal adenocarcinoma: glimmers of hope? *Pancreas.* 2013; 42(5):729-39.
60. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology.* 2013; 144(6):1252-61.
61. Amin S, Lucas AL, Frucht H. Evidence for treatment and survival disparities by age in pancreatic adenocarcinoma: a population-based analysis. *Pancreas.* 2013; 42(2):249-53.
62. Olson SH, Kurtz RC. Epidemiology of pancreatic cancer and the role of family history. *J Surg Oncol.* 2013; 107(1):1-7.
63. D'Hondt M, Lapointe R, Benamira Z, Pottel H, Plasse M, Letourneau R, et al. Carcinoma of the gallbladder: patterns of presentation, prognostic factors and survival rate. An 11-year single centre experience. *Eur J Surg Oncol.* 2013; 39(6):548-53.
64. Hari Diabetes mellitus, Howard JH, Leung AM, Chui CG, Sim MS, Bilchik AJ. A 21-year analysis of stage I gallbladder carcinoma: is cholecystectomy alone adequate? *HPB (Oxford).* 2013; 15(1):40-8.
65. Jain K, Sreenivas V, Velpandian T, Kapil U, Garg PK. Risk factors for gallbladder cancer: a case-control study. *Int J Cancer.* 2013; 132(7):1660-6.
66. Turati F, Negri E, Vecchia CL. Family history and the risk of cancer: genetic factors influencing multiple cancer sites. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2013; En prensa.
67. Pericleous M, Mandair D, Caplin ME. Diet and supplements and their impact on colorectal cancer. *J Gastrointest Oncol.* 2013; 4(4):409-23.

68. Crous-Bou M, Rennert G, Cuadras D, Salazar R, Cordero D, Saltz Rennert H, et al. Polymorphisms in Alcohol Metabolism Genes ADH1B and ALDH2, Alcohol Consumption and Colorectal Cancer. *PLoS One*. 2013; 8(11):e80158.
69. Shaikat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS, et al. Longterm mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2013; 369(12):1106-14.
70. Su WH, Hildesheim A, Chang YS. Human Leukocyte Antigens and Epstein-Barr Virus-Associated Nasopharyngeal Carcinoma: Old Associations Offer New Clues into the Role of Immunity in Infection-Associated Cancers. *Front Oncol*. 2013; 3:299.
71. Chan KC, Hung EC, Woo JK, Chan PK, Leung SF, Lai FP, et al. Early detection of nasopharyngeal carcinoma by plasma Epstein-Barr virus DNA analysis in a surveillance program. *Cancer*. 2013; 119(10):1838-44.
72. Bidoli E, Pelucchi C, Polesel J, Negri E, Barzan L, Franchin G, et al. Fiber intake and risk of nasopharyngeal carcinoma: a case-control study. *Nutr Cancer*. 2013; 65(8):1157-63.
73. Moore PS, Chang Y. The conundrum of causality in tumor virology: The cases of KSHV and MCV. *Semin Cancer Biol*. 2013; En prensa.
74. Lacombe JM, Boue F, Grabar S, Viget N, Gazonigues S, Lascaux-Cametz AS, et al. Risk of Kaposi sarcoma during the first months on combination antiretroviral therapy. *AIDS*. 2013; 27(4):635-43.
75. Aissani B, Wiener HW, Zhang K, Kaslow RA, Ogwaro KM, Shrestha S, et al. A candidate gene approach for virally induced cancer with application to HIV-related Kaposi's sarcoma. *Int J Cancer*. 2013; En prensa.
76. Letang E, Lewis JJ, Bower M, Mosam A, Borok M, Campbell TB, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with Kaposi sarcoma: higher incidence and mortality in Africa than in the UK. *AIDS*. 2013; 27(10):1603-13.
77. Chaabna K, Bray F, Wabinga HR, Chokunonga E, Borok M, Vanhems P, et al. Kaposi sarcoma trends in Uganda and Zimbabwe: a sustained decline in incidence? *Int J Cancer*. 2013; 133(5):1197-203.

78. Alberg AJ, Brock MV, Ford JG, Samet JM, Spivack SD. Epidemiology of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2013; 143(5 Suppl):e1S-29S
79. Tsugane S. Tobacco smoking and cancer risk: epidemiological evidence. *Nihon Rinsho*. 2013; 71(3):390-6.
80. Markowitz SB, Levin SM, Miller A, Morabia A. Asbestos, asbestosis, smoking, and lung cancer. New findings from the North American insulator cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013; 188(1):90-6.
81. Vizcaya D, Christensen KY, Lavoué J, Siemiatycki J. Risk of lung cancer associated with six types of chlorinated solvents: results from two case-control studies in Montreal, Canada. *Occup Environ Med*. 2013; 70(2):81-5.
82. Poullis M, McShane J, Shaw M, Shackcloth M, Page R, Mediratta N, et al. Smoking status at diagnosis and histology type as determinants of long-term outcomes of lung cancer patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2013; 43(5):919-24.
83. Lo YL, Hsiao CF, Chang GC, Tsai YH, Huang MS, Su WC, et al. Risk factors for primary lung cancer among never smokers by gender in a matched case-control study. *Cancer Causes Control*. 2013; 24(3):567-76.
84. Neumann V, Löseke S, Nowak D, Herth FJ, Tannapfel A. Malignant pleural mesothelioma: incidence, etiology, diagnosis, treatment, and occupational health. *Dtsch Arztebl Int*. 2013; 110(18):319-26.
85. Tarrés J, Albertí C, Martínez-Artés X, Abós-Herràndiz R, Rosell-Murphy M, García-Allas I, et al. Pleural mesothelioma in relation to meteorological conditions and residential distance from an industrial source of asbestos. *Occup Environ Med*. 2013; 70(8):588-90.
86. Gibb H, Fulcher K, Nagarajan S, McCord S, Fallahian NA, Hoffman HJ, et al. Analyses of radiation and mesothelioma in the US Transuranium and Uranium Registries. *Am J Public Health*. 2013; 103(4):710-6.
87. Gordon R. Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. *Semin Oncol Nurs*. 2013; 29(3):160-9.

88. Wheeler BW, Kothencz G, Pollard AS. Geography of non-melanoma skin cancer and ecological associations with environmental risk factors in England. *Br J Cancer*. 2013; 109(1):235-41.
89. Kornek T, Augustin M. Skin cancer prevention. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2013; 11(4):283-96.
90. Nikolaou V, Stratigos AJ. Emerging trends in the epidemiology of melanoma. *Br J Dermatol*. 2013; En prensa.
91. Gamba CS, Clarke CA, Keegan TH, Tao L, Swetter SM. Melanoma survival disadvantage in young, non-Hispanic white males compared with females. *JAMA Dermatol*. 2013; 149(8):912-20.
92. Chen ST, Geller AC, Tsao H. Update on the Epidemiology of Melanoma. *Curr Dermatol Rep*. 2013; 2(1):24-34.
93. Nakaya N. Effect of Psychosocial Factors on Cancer Risk and Survival. *J Epidemiol*. 2013; En prensa.
94. Abbastabar H, Hamidifard P, Roustazadeh A, Mousavi SH, Mohseni S, Sepandi M, et al. Relationships between breast cancer and common non-communicable disease risk factors: an ecological study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013; 14(9):5123-5.
95. Desantis C, Ma J, Bryan L, Jemal A. Breast cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin*. 2013; En prensa.
96. Thulaseedharan JV, Malila N, Hakama M, Esmey PO, Cherian M, Swaminathan R, et al. Effect of screening on the risk estimates of socio demographic factors on cervical cancer - a large cohort study from rural India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013; 14(1):589-94.
97. Luostarinen T, Namujju PB, Merikukka M, Dillner J, Hakulinen T, Koskela P, et al. Order of HPV/Chlamydia infections and cervical high-grade precancer risk: a case-cohort study. *Int J Cancer*. 2013; 133(7):1756-9.
98. Pearce CL, Rossing MA, Lee AW, Ness RB, Webb PM; for Australian Cancer Study (Ovarian Cancer); Australian Ovarian Cancer Study Group, Chenevix-Trench G, et al.; Ovarian Cancer Association Consortium. Combined and interactive effects of environmental and GWAS-identified risk factors in

- ovarian cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013; 22(5):880-90.
99. Guha M. The pill and ovarian cancer prevention. *J Natl Cancer Inst.* 2013; 105(3):154-6.
100. Setiawan VW, Yang HP, Pike MC, McCann SE, Yu H, Xiang YB, et al.; Australian National Endometrial Cancer Study Group, et al. Type I and II endometrial cancers: have they different risk factors? *J Clin Oncol.* 2013; 31(20):2607-18.
101. Amankwah EK, Friedenreich CM, Magliocco AM, Brant R, Courneya KS, Speidel T, et al. Anthropometric measures and the risk of endometrial cancer, overall and by tumor microsatellite status and histological subtype. *Am J Epidemiol.* 2013; 177(12):1378-87.
102. Fedirko V, Jenab M, Rinaldi S, Biessy C, Allen NE, Dossus L, et al. Alcohol drinking and endometrial cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Ann Epidemiol.* 2013; 23(2):93-8.
103. Verhoeven RH, Gondos A, Janssen-Heijnen ML, Saum KU, Brewster DH, Holleczeck B, et al. EUNICE Survival Working Group. Testicular cancer in Europe and the USA: survival still rising among older patients. *Ann Oncol.* 2013; 24(2):508-13.
104. Levine H, Afek A, Shamiss A, Derazne E, Tzur D, Zavdy O, et al. Risk of germ cell testicular cancer according to origin: a migrant cohort study in 1,100,000 Israeli men. *Int J Cancer.* 2013; 132(8):1878-85.
105. Macleod LC, Hotaling JM, Wright JL, Davenport MT, Gore JL, Harper J, et al. Risk factors for renal cell carcinoma in the VITAL study. *J Urol.* 2013; 190(5):1657-61.
106. Behrens G, Leitzmann MF. The association between physical activity and renal cancer: systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer.* 2013; 108(4):798-811.
107. Ferrís J, Garcia J, Berbel O, Ortega JA. Constitutional and occupational risk factors associated with bladder cancer. *Actas Urol Esp.* 2013; 37(8):513-22.
108. Urbanowicz RJ, Andrew AS, Karagas MR, Moore JH. Role of genetic heterogeneity and epistasis in bladder cancer susceptibility and outcome: a

- learning classifier system approach. *J Am Med Inform Assoc.* 2013; 20(4):603
109. Goerlitz D, Amr S, Dash C, Saleh DA, El Daly M, Abdel-Hamid M, et al. Genetic polymorphisms in NQO1 and SOD2: Interactions with smoking, schistosoma infection, and bladder cancer risk in Egypt. *Urol Oncol.* 2014; 32(1):47.e15-20.
110. Sawada N, Inoue M, Iwasaki M, Sasazuki S, Yamaji T, Shimazu T, et al. Alcohol and smoking and subsequent risk of prostate cancer in Japanese men: The Japan Public Health Center-based prospective study. *Int J Cancer.* 2014; 134(4):971-8.
111. Carter HB. American Urological Association (AUA) guideline on prostate cancer detection: process and rationale. *BJU Int.* 2013; 112(5):543-7
112. Gathirua-Mwangi WG, Zhang J. Dietary factors and risk for advanced prostate cancer. *Eur J Cancer Prev.* 2013; En prensa.
113. Pellegriti G, Frasca F, Regalbuto C, Squatrito S, Vigneri R. Worldwide increasing incidence of thyroid cancer: update on epidemiology and risk factors. *J Cancer Epidemiol.* 2013; 2013:965212.
114. Brenner AV, Neta G, Sturgis EM, Pfeiffer RM, Hutchinson A, Yeager M, et al. Common single nucleotide polymorphisms in genes related to immune function and risk of papillary thyroid cancer. *PLoS One.* 2013;8(3):e57243.
115. Marsh GM, Youk AO, Buchanich JM, Xu H, Downing S, Kennedy KJ, et al. Longterm health experience of jet engine manufacturing workers: VI: incidence of malignant central nervous system neoplasms in relation to estimated workplace exposures. *J Occup Environ Med.* 2013; 55(6):654-75.
116. De Vocht F, Hannam K, Buchan I. Environmental risk factors for cancers of the brain and nervous system: the use of ecological data to generate hypotheses. *Occup Environ Med.* 2013; 70(5):349-56.
117. Skrabek P, Turner D, Seftel M. Epidemiology of non-hodgkin lymphoma. *Transfus Apher Sci.* 2013; 49(2):133-8.
118. Kamper-Jørgensen M, Rostgaard K, Glaser SL, Zahm SH, Cozen W, Smedby KE, et al. Cigarette smoking and risk of Hodgkin lymphoma and its subtypes: a pooled

- analysis from the International Lymphoma Epidemiology Consortium (InterLymph). *Ann Oncol.* 2013; 24(9):2245-55.
119. Usuki K. Leukemia: recent progress in diagnosis and treatment. *Topics: III. Diagnosis and treatments: 2. Treatment for acute lymphoblastic leukemia.* *Nihon Naika Gakkai Zasshi.* 2013; 102(7):1696-704.
120. Costa LJ, Xavier AC, Wahlquist AE, Hill EG. Trends in survival of patients with Burkitt lymphoma/leukemia in the USA: an analysis of 3691 cases. *Blood.* 2013; 121(24):4861-6.
121. Puumala SE, Ross JA, Aplenc R, Spector LG. Epidemiology of childhood acute myeloid leukemia. *Pediatr Blood Cancer.* 2013; 60(5):728-33.
122. Ponce Serrano S. *El proceso salud enfermedad.* Hermosillo: UNISON. 2007.
123. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Med Clin (Barc).* 1994; 102(1):S5-S12.
124. Boyle P, d'Onofrio A, Maisonneuve P, Severi G, Robertson C, Tubiana M, et al. Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about? *Ann Oncol.* 2003; 14(8):1312-25.
125. GARRIDO J., GARRIDO F. "Diccionario de terminología médica"

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION PREVIA

Estimado(a) Sr(a):

La presente investigación es conducida por LLERENA PRADO LAURA MARÍA, bachiller de la escuela de Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, realizando el estudio titulado: "Funcionamiento familiar y su relación en el afrontamiento a la enfermedad del paciente con cáncer del hospital III Goyeneche, Arequipa 2018", esto con el fin de optar el título profesional de enfermería.

Para esta investigación necesitamos de su participación, y a la información que se obtenga será mantenida bajo estricta confidencialidad y no se usará para ningún otro propósito que no sea este.

Se le pedirá responder 2 formularios, que tomará un tiempo aproximado de 15 minutos. Este estudio es sin fines de lucro y no conlleva ningún riesgo físico ni psicológico.

ACEPTACIÓN

Yo, Luego de haber recibido toda la información acepto participar en el presente estudio de investigación, ya que se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del estudio, así como la importancia que tiene mi participación en el mismo. Por lo que accedo participar voluntariamente en el estudio, brindando información con total veracidad.

Firma de participante

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO DE ESTIMACION DE AFRONTAMIENTO DE COPE

Edad: _____ **Sexo:** a) Masculino b) Femenino

Estado civil: a) Soltero/a b) Casado/a c) Conviviente d) Otros _____

Grado de instrucción: a) Primaria b) Secundaria c) Técnica d) Superior

Estimado Sr(a) a continuación le presentamos una serie de enunciados, los cuales mencionan de qué forma enfrenta la situación a partir de su experiencia como paciente. Le pedimos que responda con sinceridad

MARCANDO CON UNA (X) SEGÚN SEA EL CASO.

N°	ENUNCIADOS	NUNCA	A VECES	GENERAL- MENTE	SIEMPRE
1	Hago mucho esfuerzo con tal de superar este problema.	1	2	3	4
2	Trato de encontrar cuales son los pasos que tengo que dar para solucionar este problema.	1	2	3	4
3	Dejo todo de lado para dedicarme al problema.	1	2	3	4
4	Me esfuerzo a esperar el momento adecuado para encontrarle una solución a esto que estoy viviendo.	1	2	3	4
5	Le pregunto a aquellas personas que han pasado por experiencias parecidas que cosas han hecho.	1	2	3	4
6	Le cuento a alguien como me siento.	1	2	3	4
7	Trato de encontrar el lado bueno de lo que estoy viviendo.	1	2	3	4
8	aprendo a vivir con este problema.	1	2	3	4
9	Le pido a Dios que me ayude.	1	2	3	4
10	Me molesto y expreso todo lo que siento.	1	2	3	4
11	Me resisto a creer que todo esto me haya pasado	1	2	3	4
12	Ya no hago ningún esfuerzo para conseguir lo que quiero.	1	2	3	4
13	Me pongo a trabajar o a hacer cualquier cosa para no pensar en lo que me está pasando.	1	2	3	4
14	Dedico todas mis fuerzas para hacer algo en relación al problema.	1	2	3	4

15	Frente al problema pienso bien las cosas que tengo que hacer para solucionarlas.	1	2	3	4
16	Me dedico totalmente a este asunto y si hace falta dejo de lado otras cosas.	1	2	3	4
17	No hago nada hasta que la situación me lo permita.	1	2	3	4
18	Busco alguien que me aconseje que es lo que tengo que hacer.	1	2	3	4
19	Busco amigos o parientes que me comprendan.	1	2	3	4
20	Busco otras formas de entender el problema para que se vea más favorable.	1	2	3	4
21	Acepto lo que pasó y que no puedo cambiarlo.	1	2	3	4
22	Pongo mi confianza en Dios.	1	2	3	4
23	Dejo salir todo lo que siento.	1	2	3	4
24	Me hago la idea que nada ha pasado.	1	2	3	4
25	Dejo de insistir en lograr lo que quería.	1	2	3	4
26	Voy a pasear y veo TV para no pensar tanto en el problema.	1	2	3	4
27	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse para solucionar el problema.	1	2	3	4
28	Pienso bien que cosas tengo que hacer para solucionar el problema.	1	2	3	4
29	Trato de no distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
30	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar rápidamente.	1	2	3	4
31	Hablo con quien pueda darme más información sobre la situación que estoy viviendo.	1	2	3	4
32	Hablo con alguien acerca de cómo me siento.	1	2	3	4
33	Saco algún provecho de lo que me está pasando.	1	2	3	4
34	Me hago la idea de que el problema ya sucedió.	1	2	3	4
35	Trato de encontrar consuelo en mi religión.	1	2	3	4
36	Siento que me altero mucho y que expreso demasiado todo lo que siento.	1	2	3	4
37	Hago como si nada hubiera pasado.	1	2	3	4

38	Reconozco que ya no puedo con el problema y ya no trato de resolverlo.	1	2	3	4
39	Sueño despierto sobre las cosas diferentes al problema.	1	2	3	4
40	Hago lo que tengo que hacer para solucionar el problema.	1	2	3	4
41	Pienso que debo manejar mejor el problema.	1	2	3	4
42	Trato de evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos para poder arreglar el problema.	1	2	3	4
43	Me controlo para no hacer las cosas apresuradamente.	1	2	3	4
44	Hablo con quien pueda hacer algo preciso sobre el problema.	1	2	3	4
45	Voy donde alguien que me acepte y me comprenda.	1	2	3	4
46	Trato de que esta experiencia me sirva para cambiar.	1	2	3	4
47	Acepto la realidad de lo que sucedió.	1	2	3	4
48	Rezo más que de costumbre.	1	2	3	4
49	Pierdo el control y me doy cuenta de ello.	1	2	3	4
50	Me digo no puedo creer que esto me esté pasando.	1	2	3	4
51	Reduzco los esfuerzos que dedico a la solución del problema.	1	2	3	4
52	Duermo más de lo acostumbrado.	1	2	3	4

ANEXO N° 03

TEST DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF – SIL)

A continuación, se presenta una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Indique, por favor, con qué frecuencia le ocurren a usted:

N°	SITUACIONES	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	1	2	3	4	5
2	En mi casa predomina la armonía.	1	2	3	4	5
3	En mi casa cada uno cumple las responsabilidades.	1	2	3	4	5
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida.	1	2	3	4	5
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	1	2	3	4	5
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	1	2	3	4	5
7	Tomamos en consideración las experiencia de otras familias.	1	2	3	4	5
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.	1	2	3	4	5
9	Se distribuyen las tareas para que nadie este sobrecargado.	1	2	3	4	5
10	Las costumbres familiares pueden modificarse, ante determinadas situaciones.	1	2	3	4	5
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.	1	2	3	4	5
12	Ante una situación familiar difícil, buscamos ayuda en otros.	1	2	3	4	5
13	Los intereses y necesidades de cada cuál son respetados en el núcleo familiar.	1	2	3	4	5
14	Nos demostramos el cariño de nos tenemos.	1	2	3	4	5

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF – SIL.	
Familia funcional.	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional.	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional.	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional.	De 27 a 14 puntos

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU RELACION EN EL AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Interrogante general ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche Arequipa 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche Arequipa 2018.</p>	<p>Hipótesis General Es probable que exista relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche Arequipa 2018.</p>	<p>VARIABLE X: Funcionalidad familiar Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohesión. • Armonía. • Comunicación. • Permeabilidad. • Afectividad. • Roles. • Adaptabilidad. 	<p>Tipo El tipo de investigación es descriptivo correlacional pues la información que se va a recaudar servirá para determinar el grado de relación existente entre la funcionalidad familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico en el Hospital III Goyeneche, es de enfoque cuantitativo ya que es una investigación medible, bi-</p>

<p>Interrogantes Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es el funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer del Hospital III Goyeneche? • ¿Cuál es el tipo de afrontamiento a la enfermedad del paciente con cáncer del Hospital III Goyeneche? • ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar? 	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el tipo de afrontamiento a la enfermedad del paciente con cáncer del Hospital Goyeneche. • Determinar el tipo de funcionamiento familiar de los pacientes con cáncer del Hospital Goyeneche. • Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar. 	<p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la cohesión familiar. 	<p>VARIABLE Y:</p> <p>Afrontamiento a la enfermedad</p> <p>Dimensiones e Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfocado al área del problema <ul style="list-style-type: none"> ○ Afrontamiento activo. ○ Planificación. ○ Supresión de actividades Competentes. ○ Postergación. ○ Búsqueda de apoyo especializado. 	<p>variado ya que maneja dos variables: funcionalidad familiar y afrontamiento a la enfermedad.</p> <p>Según su número de mediciones es: transversal pues se va a trabajar en un periodo determinado de tiempo, con una temporalidad prospectiva ya que se está iniciando con la exposición de una supuesta relación, y luego seguir a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición de tal relación.</p>
---	---	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar? • ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar? • ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar. • Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar. • Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la permeabilidad familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la armonía familiar. • Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la comunicación familiar. • Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfocado al área de la emoción <ul style="list-style-type: none"> ○ Búsqueda de soporte emocional. ○ Reinterpretación positiva y desarrollo personal. ○ Aceptación. ○ Negación. ○ Acudir a la religión. • Enfocado al área de la percepción <ul style="list-style-type: none"> ○ Enfocar y liberar emociones. ○ Desentendimiento conductual. ○ Desentendimiento mental. 	<p>Y será una investigación de campo ya que se aplicarán 02 encuestas a las unidades de estudio previo a la firma del consentimiento informado.</p> <p>Nivel</p> <p>Descriptivo porque se especificará distintos conceptos de las variables en estudio. (Funcionalidad familiar y afrontamiento a la enfermedad)</p> <p>Correlacional porque se busca la información necesaria para determinar la relación entre la funcionalidad</p>
---	---	--	--	--

<p>permeabilidad familiar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar? • ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar. • Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares. 	<p>oncológico y la permeabilidad familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la afectividad familiar. • Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y los roles familiares. 		<p>familiar y el afrontamiento a la enfermedad de paciente oncológicos del hospital III Goyeneche.</p> <p>Población La población está constituida por 110 pacientes oncológicos atendidos en el hospital III Goyeneche.</p> <p>Muestra No probabilístico censal.</p> <p>Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable X: (Funcionalidad familiar) se utilizó encuesta.
--	---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es probable que exista relación entre el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico y la adaptabilidad familiar. 		<ul style="list-style-type: none"> • Variable Y: (Afrontamiento) Se utilizó encuesta. <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variable X: (Funcionalidad familiar) se utilizó cuestionario de “FF-SIL”. • Variable Y: (Afrontamiento): Se utilizó cuestionario “Cuestionario de estimación de afrontamiento de COPE”. <p>Ubicación espacial Hospital III Goyeneche – servicio de oncología.</p>
--	--	---	--	--

				Ubicación temporal La investigación se llevó a cabo en el periodo de seis meses, desde junio del 2018 hasta enero del 2019.
--	--	--	--	---

ANEXO N°05

1. Validez de contenido

ITEMS	EXPERTOS								VALOR DE P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03516
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
5	1	1	1	0	1	1	1	1	0,03516
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
12	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
13	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
15	1	1	0	1	1	1	1	1	0,03516
16	1	1	0	1	1	1	1	1	0,03516
17	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
18	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
19	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
20	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
21	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
22	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
23	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
24	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
25	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
26	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391
27	1	1	0	1	1	1	1	1	0,00391
28	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00391

Si $p < 0.05$ en todas las preguntas se puede decir que el grado de acuerdo entre los jueces es significativo.

ANEXO N°06

**Confiabilidad: Consistencia interna con el coeficiente de α de Cronbach
(Cuestionario de estimación de afrontamiento de COPE)**

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde: K = N° de ítems

S_i^2 = Varianza de un ítem

S_T^2 = Varianza del total

Cálculo de α para coeficiente total:

K = 28

$\sum S_i^2 = 18.06$

$S_T^2 = 73.29$

$\alpha = 28/27 * [1 - 18,06/73.29]$

$\alpha = 0.78$

Estrategias de afrontamiento	α de Cronbach
Centrado en el problema	0.70
Centrado en la emoción	0.74
Centrado en la evitación del problema	0.68
Total	0.78

ANEXO N°07

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA, 2013"

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. Que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. Que los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. Que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Considera Ud. Que las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° DE ITEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	3	3	4	4	3,50
2	4	3	4	3	3,50
3	4	3	4	4	3,75
4	4	4	4	4	4,00
5	3	4	3	4	3,50
6	5	4	5	4	4,50
7	5	5	5	3	4,50
8	4	4	4	4	4,00
9	5	4	4	3	4,00

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: DPP = 1.52

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{max} = \sqrt{(X_1-1)^2 + (X_2-1)^2 + \dots + (X_9-1)^2}$$

$$D_{max} = 10,10$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

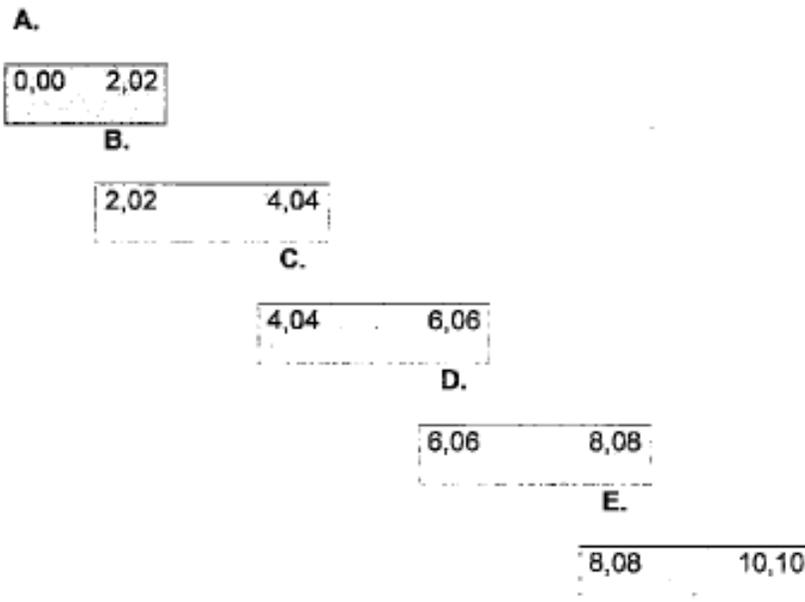
Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación



6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1,52** cayendo en la zona "A" lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N°08

Confiabilidad: Consistencia interna con el coeficiente de α de Cronbach
(FF – SIL)

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
Funcionamiento Familiar	0,926	14

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	10	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,926	,926	14

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
Calidad de Vida en pacientes oncológicos	0,650	30

Análisis de fiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,779	,650	30

La confiabilidad se determinó a través del coeficiente de ALFA DE CRONBACH al haber realizado la prueba piloto. Encontrándose dentro del rango aceptable para la ejecución del instrumento.