

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO EN LA LIGA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012.

Tesis presentada por las alumnas:

KAREN SUSAN OLÍN GONZÁLES
SUNENG SAO MADRIGAL USCA

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AREQUIPA – PERÚ
2013

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **“CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO EN LA LIGA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012”**. Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciada(o) en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2013

KAREN SUSAN OLÍN GONZÁLES

SUNENG SAO MADRIGAL USCA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Lic. Nancy Tejada de Riveros
Lic. María del Pilar Borja Vizcarra

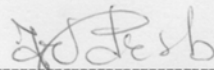
ASUNTO: CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012.

AUTORAS: Karen Susan Olin Gonzáles
Suneng Sao Madrigal Usca

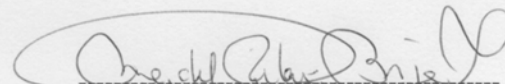
FECHA : 25 de junio del 2013

Reunido el Jurado Dictaminador realizadas las correcciones, de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Facultad, el presente borrador queda APROBADO para pasar a la fase de sustentación.

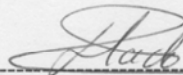
Atentamente,



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
PRESIDENTE



Lic. María del Pilar Borja Vizcarra
SECRETARIA



Lic. Nancy Tejada de Riveros
MIEMBRO

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Dominga Vargas de Flores**
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : **Asesoría de Tesis Titulada:**

CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO EN LA
LIGA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012.

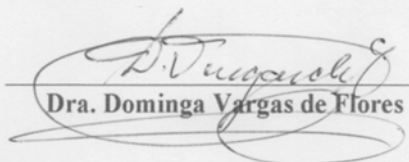
AUTORAS : KAREN SUSAN OLÍN GONZÁLES
SUNENG SAO MADRIGAL USCA

FECHA : Arequipa, 2 de mayo del 2013

Antecedentes: La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Noviembre 2012 a Marzo del 2013, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Hipótesis, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal: Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,



Dra. Dominga Vargas de Flores

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodriguez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Lic. María del Pilar Borja Vizcarra

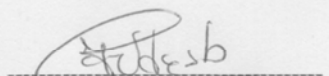
ASUNTO: CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA DIAGNOTICADA EN LA LIGA CONTRA EL CANCER.
AREQUIPA, 2012.

AUTORAS: Karen Susan Oling Gonzáles
Suneng Sao Madrigal Usca

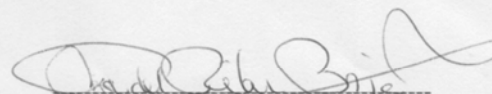
FECHA : 28 de diciembre del 2012

Reunido el Jurado Dictaminador y realizada las correcciones el presente proyecto de investigación queda APROBADO para pasar a la fase de ejecución.

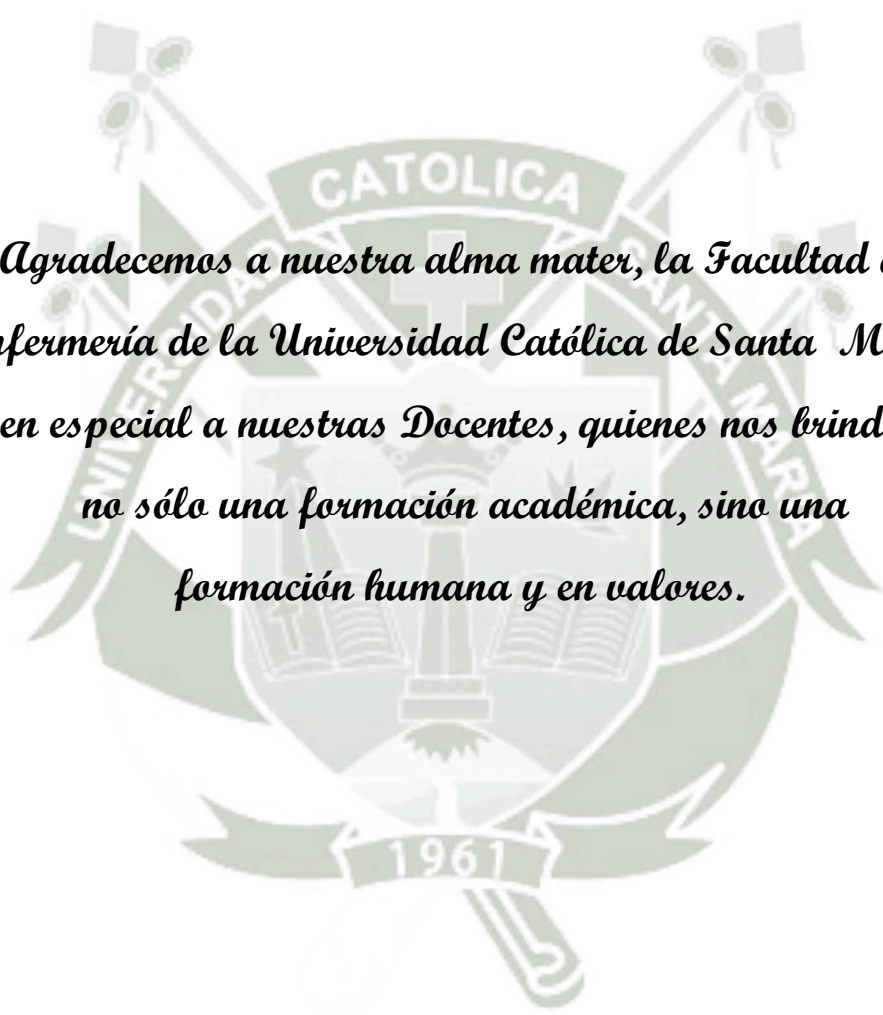
Atentamente,



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra



Lic. María del Pilar Borja Vizcarra



*Agradecemos a nuestra alma mater, la Facultad de
Enfermería de la Universidad Católica de Santa María
y en especial a nuestras Docentes, quienes nos brindaron
no sólo una formación académica, sino una
formación humana y en valores.*

A Dios por su infinita bondad, por haber estado conmigo en los momentos que más lo necesitaba, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Con mucho cariño principalmente a mis padres por su interminable apoyo en todo momento de mi vida, por sus enseñanzas, consejos, comprensión, amor y por su eterna paciencia y perdón antes mis constantes errores.

A mis hermanos gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A mis amigos Jhony, Roberto, Lorena, Antonio: muchas gracias por estar conmigo en todos estos años apoyándome y regañándome cuando era necesario, gracias por ser mis amigos y recuerden que siempre los llevaré en mi corazón.

Karen Susan

Dedico esta tesis A. DIOS

*Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, quien inspiro mi espíritu para la conclusión de esta tesis.
A demás de su infinita bondad y amor.*

A mi Madre Jenny

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ella.

A mi hija Ghaela

Quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme seguir firme y fuerte en mis objetivos y metas y así poder llegar a ser un ejemplo para ella.

A mi novio André

Por siempre estar a mi lado en el cumplimiento de esta meta. Quien me apoyo, alentó y motivo para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mi Padre Marco

Que desde el cielo sé que me está enviando muchas bendiciones y a la vez fortaleza.

A mis Maestros

Quienes nunca desistieron al enseñarme, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

Suneng Sao

INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCION	13

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Enunciado del Problema	15
1.2 Descripción del Problema	15
1.3 Justificación	17
2. OBJETIVOS	18
3. MARCO TEÓRICO	19
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	39
5. HIPÓTESIS	40

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO	41
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	41
2.1. Ámbito Geográfico	41
2.2. Ubicación Temporal	41
2.3. Unidades de Estudio	42
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42

CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	47
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG.
1. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE RELACIONES FAMILIARES. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	48
2. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE DESARROLLO FAMILIAR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	49
3. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE ESTABILIDAD FAMILIAR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	50
4. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN CATEGORIA GLOBAL DE CLIMA FAMILIAR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	51
5. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE ENFRENTAMIENTO Y LUCHA ACTIVA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	52
6. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE AUTOCONTROL Y CONTROL EMOCIONAL. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	53
7. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE APOYO SOCIAL. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	54
8. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE PREOCUPACIÓN ANSIOSA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	55
9. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE RESIGNACION POSITIVA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	56
10. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN LOS INDICADORES DE HUIDA, DISTANCIAMIENTO Y NEGACION. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	57
11. PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN CATEGORIA GLOBAL DEL AFRONTAMIENTO DEL ESTRES. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	58
12. RELACIÓN ENTRE EL CLIMA FAMILIAR Y EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS. LIUGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012	59

RESUMEN

“CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO EN LA LIGA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012”

Presentado por la Bachiller en Enfermería, KAREN SUSAN OLÍN GONZÁLES Y SUNENG SAO MADRIGAL USCA, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Apartado Postal 1350, Arequipa – Perú.

OBJETIVOS

- Precisar las características que presenta el clima familiar en los hogares de las pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la Liga contra el Cáncer de Arequipa
- Determinar el afrontamiento al estrés en las pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la Liga contra el Cáncer de Arequipa
- Determinar la relación que existe entre el clima familiar y el afrontamiento del estrés en las pacientes con cáncer de mama diagnosticadas en la Liga contra el cáncer de Arequipa.

HIPOTESIS

Dado que el afrontamiento del estrés en pacientes con enfermedad crónica irreversible se vincula con diversas situaciones.

Es probable, que el afrontamiento del estrés y el clima familiar se relacionen de manera directa en las pacientes con cáncer de mama diagnosticada en la Liga contra el cáncer de Arequipa.

METODOLOGÍA

La técnica utilizada fue la Encuesta y los Instrumentos Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y el Test de Clima Familiar aplicado a 26 pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Que, el clima familiar de los hogares de las pacientes con cáncer de mama atendidas en la Liga de Lucha contra el Cáncer en la mitad es favorable.

SEGUNDA: Que, el afrontamiento del estrés por parte de las pacientes con cáncer de mama atendidas en la Liga de Lucha contra el Cáncer presenta como categorías similares la de buena regular y deficiente en razón al puntaje obtenido de 176 a 118 puntos; 117 a 59 puntos y de 58 a 0 puntos.

TERCERA: Que, aplicando la prueba estadística de χ^2 , se encuentra que existe diferencia significativa, lo que nos indica que existe dependencia del clima familiar con el afrontamiento del estrés, siendo notorio la dependencia del clima familia desfavorable con un afrontamiento del estrés deficiente.

RECOMENDACIONES

En atención a los resultados, sólo cabe sugerir a la Gerente de la Liga de Lucha contra el Cáncer lo siguiente:

1. Crear programas integrales de prevención y promoción de la salud antes, durante y después del diagnóstico, para potencializar sus habilidades de soporte emocional y cambio de actitud donde puede intervenir el equipo multidisciplinario (médico oncólogo, psicólogo, enfermera, nutricionista, asistente social, personal de salud, familia y amigos) para la mejor recuperación del paciente intramural y extramural.
2. Mantener la base de datos actualizado en cuanto al proceso de sus pacientes, ya que está implica garantizar el seguimiento a sus casos.
3. Propiciar nuevos estudios de investigación referentes al tema del estrés y clima familiar.

KAREN SUSAN OLÍN GONZÁLES, Urb. Encalada I-8 J.L.B. y Rivero. Teléfono: 343080

SUNENG SAO MADRIGAL USCA, Urb. María Isabel Benito Bonifaz – Porcel 20-A. Telf. 986609084

Arequipa – Perú
2013

ABSTRACT

Family Environment and dealing of Stress among Patients Diagnosed with Breast Cancer. Arequipa's Cancer League, 2012

Presented by, Karen Susan Olin Gonzales and Suneng Sao Madrigal Usca, nursing students, to obtain a Bachelors Degree in Nursing at Catolica Santa Maria University, locate at Urbanizacion San Jose w/n Umacollo. Telephone 251210, Fax 054-219283. Zip Code 1350, Arequipa-Peru

Objectives

- Specify the characteristics of the family environment of patients diagnosed with breast cancer at the “Liga de lucha contra el Cáncer”.
- Determine the attitude towards stress of patients diagnosed with breast cancer
- Determine the relationship that exists between family environment and dealing of stress among patients diagnosed with cancer.

Hypothesis

Due to the fact that, the stress coping in patients with chronic irreversible illness is associated with different situations.

It is likely that the stress coping and family environment are related directly in breast cancer patients diagnosed at the “Liga de lucha contra el Cáncer”.

Methodology

The technique used was the interview and the Coping Stress Questionnaire (CSQ) and the FAMILY CLIMAX TEST applied to 26 patients diagnosed with breast cancer.

Conclusions

First: That the family atmosphere in half of the homes of breast cancer patients treated at the League Against Cancer in half is favorable.

Second, the dealing of stress for breast cancer patients treated at the by the Cancer League shows similar categories of good regular and deficient, given the reason that the average obtained was 176-118 points, 117-59 points and 58-0 points.

Third, there is a direct relationship between family environment and stress coping among breast cancer patients treated at the Cancer League. It is shown the relationship between poor family environment and an ineffective stress coping.

Recommendations

In response to the results, we can only suggest to the Manager of the League Against Cancer following:

1. Create preventive and health promotion programs which take into account the person as a whole, in order to be applied before during and after the diagnosis to potentiate the patients emotional skills and attitude with participation of the multidisciplinary team (medical oncologist, psychologist, nurse, nutritionist, social worker, health staff, family and friends) for the best patient recovery.
2. comprehensive prevention and health promotion before, during and after diagnosis, to potentiate emotional support skills and attitude change where the multidisciplinary team (medical oncologist, psychologist, nurse, nutritionist, social worker, personnel health, family and friends) can participate for the best patient recovery.
3. Keep updated database on the process of their patients, as it involves ensuring follow up their cases.
4. Encourage new research studies concerning the issue of stress and family environment.

KAREN SUSAN OLÍN GONZÁLES, Urb. Encalada I-8 J.L.B. y Rivero. Telephone: 343080

SUNENG SAO MADRIGAL USCA, Urb. María Isabel Benito Bonifaz – Porcel 20-A. Telf. 986609084

**Arequipa – Peru
2013**

INTRODUCCION

El cáncer de mama y de cérvix en la actualidad representa un problema de salud que demanda intervenciones prioritarias, tanto en políticas de prevención, como en el diagnóstico y el tratamiento. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad, en las mujeres que las portan.

Los pacientes con cáncer de mama y de cérvix se enfrentan a múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a los diferentes estadios de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Así mismo está obligado a realizar ineludibles cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para sobrellevar esta enfermedad, por lo que los modos de afrontamiento, juegan un papel imprescindible que incidirá en la calidad de vida del paciente, al igual que el soporte familiar.

Cabe destacar que en las últimas décadas, los avances de la tecnología y en la medicina, permiten a las personas sobrevivir a enfermedades de curso fatal, con ello el incremento de sus posibilidades de vida y en mejores condiciones de salud. Pero paralelo a este avance y el aumento de la esperanza de vida, surge el concepto de enfermedad crónica y entre ellos el cáncer de mama y de cérvix en razón a que no es sólo una enfermedad crónica, que amenaza la vida del paciente por la idea de una muerte próxima e inminente, sino también al disminuir su capacidad de control sobre su vida y encontrarse regido por procedimientos que ayudan a su supervivencia, lo torna vulnerable a diferentes reacciones psicológicas incluyendo el miedo a la muerte, a la desfiguración, al abandono, a la ruptura de las relaciones, a la incapacidad, a la pérdida de la independencia personal y económica, así como a mecanismos de negación, reacciones de ansiedad y culpa.

Aproximadamente, la mitad de las pacientes que sufren cáncer de mama y cérvix presentan trastorno adaptativo, seguido por el trastorno mixto ansioso depresivo y el episodio depresivo, los cuales se cree son reactivos al conocimiento del diagnóstico (Kaplan, 1996), por ser una enfermedad que se asocia al dolor y a la muerte. Ante esta situación atribulada, el paciente despliega una serie de esfuerzos tanto cognitivos como conductuales y dependerá del significado subjetivo que tiene para él la enfermedad y la realidad de la misma, para que la tensión se canalice positiva o negativamente, por ende el afrontamiento al estrés tiene un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud (Bayés, 1985).

Considerando lo antes dicho y apreciando el inmenso valor que para la práctica profesional adquiere la participación de la familia en el tratamiento del paciente oncológico, es que ha realizado el presente estudio, cuyo propósito es establecer la relación que puede existir entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en los pacientes con cáncer de mama y de cérvix que nos debe servir para desarrollar un conjunto de alternativas que permitan al paciente y sus familias afrontar de mejor manera esta enfermedad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO EN LA LIGA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo: Ciencias de la Salud
- b. Área: Salud Mental
- c. Línea: Salud Familiar

1.2.2. Análisis de Variables

El estudio tiene dos variables:

- Primera : Clima familiar
- Segunda : Afrontamiento del estrés

Variables	Indicadores	Subindicadores
Primera Clima Familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones 2. Desarrollo 3. Estabilidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Cohesión 1.2. Expresividad 2.1. Autonomía 2.2. Actuación 2.3. Intelectual - cultural 2.4. Social 2.5. Recreativo 2.6. Moral 2.7. Espiritual 3.1. Unión 3.2. Control
Segunda Afrontamiento del estrés	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfrentamiento y lucha activa 2. Autocontrol y control emocional 3. Apoyo social 4. Preocupación ansiosa 5. Resignación pasiva 6. Huida – distanciamiento 7. Negación 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Intento de solución del problema 1.2 Plan de acción y ejecución 1.3 Enfrentamiento del problema con varias soluciones 1.4 Solución del problema con las personas implicadas 1.5 Solución del problema según pasos 2.1. Análisis de causas del problema 2.2. Aspectos positivos del problema 2.3. Consejos para enfrentar mejor el problema 2.4. Expresión de sentimientos 3.1. Ayuda espiritual 3.2. Ayuda de personas que se preocupa de los demás 4.1. Sentimiento de indefensa e incapacidad 4.2. Intervención de terceros para alivio de ansiedad 5.1. Adaptación resignada del problema 5.2. Convencimiento negativo del problema 6.1. Concentración en actividades ajenas al problema 6.2. Olvido del problema 7.1. Negociación del problema 7.2. Negociación de la enfermera

1.2.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Qué características presenta el clima familiar en los hogares de las pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la Liga contra el Cáncer de Arequipa?
- b. ¿Cómo afrontan el estrés las pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la Liga contra el Cáncer de Arequipa?
- c. ¿Qué relación existe entre el clima familiar y el afrontamiento del estrés en las pacientes con cáncer de mama diagnosticadas en la Liga contra el cáncer de Arequipa?

1.2.4. Tipo y Nivel

Tipo: De campo

Nivel: Relacional, de corte transversal

1.2.5. Justificación

El cáncer de mama en la actualidad representa un problema de salud pública por su alta incidencia, la que alcanzan el 12.5% en el año 2010¹, hecho que demanda intervenciones prioritarias tanto en prevención, como en el diagnóstico y el tratamiento. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad en las mujeres que las portan.

Las pacientes con cáncer de mama se enfrentan a múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a los diferentes estadios de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Asimismo, están obligados a realizar ineludibles cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para sobrellevar esta enfermedad, por lo que los modos de afrontamiento, juegan un papel imprescindible que incidirá en la calidad de vida de las pacientes al igual que el soporte familiar.

¹ Revista Confianza. Vol. 41. Pág. 3

El estudio, desde el punto de vista social es relevante por cuanto en las últimas décadas, los avances de la tecnología en la medicina permiten a las personas sobrevivir a enfermedades de curso fatal, con ello el incremento de sus posibilidades de vida y en mejores condiciones de salud. Pero paralelo a este avance y el aumento de la esperanza de vida, surge el concepto de enfermedad crónica y entre ellos el cáncer de mama en razón a que no es sólo una enfermedad crónica, que amenaza la vida de la paciente por la idea de una muerte próxima e inminente, sino también al disminuir su capacidad de control sobre su vida y encontrarse regido por procedimientos que ayudan a su supervivencia, lo torna vulnerable a diferentes reacciones psicológicas, incluyendo el miedo a la muerte, a la desfiguración, al abandono, a la ruptura de las relaciones con la familia, amigos y compañeros de trabajo.

La relevancia científica de este estudio se basa en la oportunidad de investigar a las pacientes con cáncer de mama y su afrontamiento al estrés, los resultados a obtener contribuirán a mejorar la atención psicológica a los pacientes con enfermedad crónica irreversible.

El estudio del tema es factible de realizarlo porque no presenta limitaciones para su ejecución y porque cuenta con estudios anteriores, cuyos resultados y conclusiones servirán de referencia al problema a investigar.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Precisar las características que presenta el clima familiar en los hogares de las pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la Liga contra el Cáncer de Arequipa
- 2.2. Determinar el afrontamiento al estrés en las pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la Liga contra el Cáncer de Arequipa
- 2.3. Determinar la relación que existe entre el clima familiar y el afrontamiento del estrés en las pacientes con cáncer de mama diagnosticadas en la Liga contra el cáncer de Arequipa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. LA FAMILIA

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica y mayoritaria en la cultura de Occidente. Conserva aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte, la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas y representa el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.

Sin embargo, la naturaleza cambiante de la familia en nuestra sociedad actual plantea la necesidad de un enfoque más amplio. Así, pudiera parecer un error identificar a la familia como sólo un grupo de sujetos con una unión particular, y pensar en la familia nuclear convencional compuesta por el padre, la madre y los hijos. Si el término de familia se define más bien como un grupo de sujetos íntimamente relacionados, que comparten una historia y un futuro (Ransom y Vandervoort), se permite que la estructura del grupo varíe sin que cambie su función esencial, admitiéndose la posibilidad de que se encuentren incluidas como tales otras clases de agrupaciones relacionales.²

A. Funciones de la familia.

Cada miembro de una familia tiene necesidades físicas, psíquicas y sociales, pero al mismo tiempo la sociedad ha puesto sobre cada individuo ciertas expectativas, obligaciones y demandas. Las funciones de la familia son las responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan la supervivencia familiar.

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas, y por ello es importante determinar no sólo si la familia cumple estas funciones, sino los mecanismos que utiliza para cumplirlas. Se han descrito un buen número de

² KOUZES, Jim y POSNER Barry. La Familia y su nuevo rol en la sociedad. Granica. Argentina, 2004. Pág. 76

tipologías y de ellas, vamos a especificar cinco funciones como las esenciales.³

a. Socialización: interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y, por ende, de la sociedad. Dicho de otro modo, la socialización trata de transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de ésta, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones. Posteriormente, la responsabilidad de socializar es compartida por las guarderías, los parientes y los profesores, la Iglesia, los clubes, etc. Parte del proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y actitudes de salud. Una forma de medir si una familia es funcional o no consiste en valorar los logros del proceso de adaptación social.

b. Cuidado: significa cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia, es decir, alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud. La respuesta a las demandas de cuidado depende no sólo del acceso que tengan las familias a los recursos de salud, por ejemplo, sino también del nivel de conocimientos de las familias para conocer qué servicios le son accesibles y cómo usarlos.

c. Afecto: significa cubrir las necesidades afectivas de sus miembros con ánimo, cariño y soporte moral. Se dice que el padre desempeña un papel más de instrumento en la familia, en cuanto al establecimiento de esperanza y estándares de esfuerzo, y que la madre responde más a las necesidades emocionales de la familia. Aunque esta generalización puede ser básicamente verdadera, también es cierto que los varones, progresivamente, van adquiriendo responsabilidades afectivas mayores.

³ MENDOZA A. CARAZAS T. Las necesidades de la Familia Actual. Mellín. Colombia 2006. Pág. 68

- d. Reproducción:** implica proveer de nuevos miembros a la sociedad. Históricamente, el matrimonio como una institución legal es designado para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción. La educación sexual ha sido reconocida como una parte importante de la socialización en los niños, pero aún existen controversias tanto en el ámbito de ella en los sistemas escolares como a nivel médico, por lo que se desconoce el consejo adecuado que se debe impartir al paciente, generalmente por falta de entrenamiento.
- e. Estatus:** expresión mal utilizada frecuentemente, ya que su definición implica sustantivo en la diplomacia para indicar el estado de cosas en un determinado momento. Posiblemente su uso indebido provenga de la traducción del inglés, donde status significa condición, estado, reputación y antepuesto al vocablo symbol (status symbol), símbolo de prestigio. Para nosotros resultará más correcto hablar de nivel socioeconómico, entendiéndose esta función como la responsabilidad que tiene la familia de transferir derechos, tradiciones y experiencias educacionales que permitan a cada uno de sus miembros asumir una vocación consistente con sus expectativas.⁴

Los niños garantizan la inmortalidad o la perpetuación social de nombre y tradiciones. La familia socializa al hijo dentro de una clase social y destila en él todas sus aspiraciones relevantes; uno de los problemas que de ello resulta es que lo que esperan los padres muchas veces excede la habilidad de los hijos, ignorándose entonces las necesidades básicas de los mismos.

Cuidado y afecto, aunque se pueden separar desde el punto de vista conceptual, no es fácil distinguir uno del otro, si bien ambos forman parte del proceso de socialización. Cuando ésta es insuficiente puede dar por resultado un estado de privación, que haría que el individuo sea menos capaz de responder desde el punto de vista afectivo a los demás.

Las funciones de la familia pueden ser divididas, a su vez, en funciones nutricias, que incluyen las de seguridad afectiva y de aceptación; y funciones normativas, que serían las de orientación y estímulo y las de ejercicio de la

⁴ MINUCHIN S. Familias y Terapia Familiar. Gedisa. Buenos Aires – Argentina, 2006. Pág. 69

autoridad racional. (Algunos psicoanalistas llaman a las primeras funciones de maternaje y a las normativas, funciones de paternaje, relacionándolas de forma connatural con la condición biológica y psicosocial de la figura materna o paterna en su caso, no siendo privativas de ella). A pesar de que la evolución de la sociedad obliga a ampliar estos conceptos y a compartir roles, hasta no hace tanto, éstos estaban más rígidamente delimitados.⁵

B. Tipos de familias

Las familias pueden ser clasificadas de diversas maneras.

- Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres.
- Familia homoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.

Otros tipos de familia, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.⁶

C. Características de la Familia

La definición de familia asegura que tanto la estructura como el papel de cada una de ellas varía según la sociedad; el modelo más conocido de esta estructura es la denominada **“familia nuclear”** la cual está compuesta por dos adultos con sus respectivos hijos. En otras familias, dicho núcleo se encuentra comandado

⁵ ASEN Y TOMPSON E. El ciclo vital de la Familia. Mimeo. España, 2002. Pág. 94

⁶ HIDALGO C. y CARRASCO E. Salud Familiar. Universidad Católica de Chile. Chile, 2004. Pág. 32

por los abuelos y otros familiares; también tenemos a la familia monoparental, aquí los hijos viven sólo con el padre o con la madre en situación de soltería, divorcio o viudez. La familia no siempre se ha visto como lo es actualmente, diversos antropólogos y sociólogos desarrollaron diferentes teorías que hacer referencia a la evolución de las estructuras familiares como de sus funciones.⁷

Se cree que las sociedades o civilizaciones antiguas contaban con dos o tres núcleos familiares, muchas veces éstos estaban unidos por parentesco y se dispersaban únicamente cuando debían buscar alimentos en épocas extremas. **La familia, hasta el día de hoy, siempre fue una unidad económica:** los hombre se dedicaban a cazar mientras que las mujeres se encargaban de cuidar a los niños, realizar tareas internas del hogar y preparar la comida; la única diferencia que se establece entre épocas antiguas y actuales es el infanticidio: se expulsaba del núcleo familiar a los enfermos que no podían trabajar. Cuando el cristianismo penetró en los seres humanos, varios conceptos cambiaron: el matrimonio y la maternidad se convirtieron casi en obligaciones.⁸

3.2. CLIMA FAMILIAR

El estudio del clima familiar es importante para entender como funciona cada familia y así poderle ofrecer una mejor Atención Integral.

Requerimos ofrecer atención integral a las familias porque sus características están fuertemente relacionadas, no sólo al proceso generador de la enfermedad sino también a su recuperación. De este modo, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas o no, la familia podrá contribuir al desarrollo de la enfermedad o neutralizar en parte sus determinantes, casi en la misma medida en que el proceso de enfermar de uno de los miembros puede afectar el funcionamiento familiar.⁹

Es igualmente importante considerar que las intervenciones preventivas y promocionales en salud, tienen más éxito cuando incorporan a la familia dentro de sus

⁷ ARRIAGADA, Irma. Cambios de la Familia a través del tiempo. CEPAL. México, 2002. Pág. 87

⁸ SANTA CRUZ J. La Familia como unidad de Análisis. IMSS. Colombia, 1999. Pág. 102

⁹ Harper S. "Estudio sobre Dinámica Familiar". Art. Rev. N°8, México 2004

acciones, dado que ésta es el entorno elemental para inculcar los valores y normas sociales, así como constituir las bases de los comportamientos saludables y la interacción humana adecuada.

Habitualmente como se ofrece la Atención a las familias en los servicios de Atención Primaria. Porque?

Cuando los trabajadores de salud, con toda su buena intención deciden ofrecer alguna orientación a las familias sobre como superar sus conflictos o problemas, en la mayoría de los casos lo hacen basados apenas en su sentido común o con base en la cultura popular, sin contar con elementos científicos que les permitan entender las relaciones al interior de los sistemas familiares.

En consecuencia, aunque el Equipo de Atención Integral de Salud se esfuerce por responder a las necesidades de estas familias, el desconocimiento de elementos clave para atender estos requerimientos-que, por otro lado, son ampliamente utilizados por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas familiares y otros profesionales dedicados a atender familias- pueden llevar a una inefectiva, o incluso contraproducente intervención.

Aplicar correctamente los elementos del estudio de la dinámica familiar nos ayudará a entender mejor las raíces de los conflictos familiares observados, y en consecuencia enfocar mejor la orientación a los problemas críticos, o la identificación de casos para referir a personal especializado.

Por todo ello, se recomienda que "un componente fundamental de la Medicina Familiar debe ser la comprensión de la influencia de la familia sobre los individuos, la influencia de los individuos sobre los otros miembros y a menudo sobre toda la familia, y cómo las familias responden al estrés y tensiones precipitados por los

cambios de los ciclos normales de vida y/o por sucesos relacionados con la salud"¹⁰

Podemos resumir con el nombre de *Estudio de la Dinámica Familiar* a los diversos elementos conceptuales que nos ayudan a comprender mejor los componentes, funciones, interacciones e interrelaciones al interior de la familia. Aunque gran parte de los contenidos del Estudio de la Dinámica Familiar, como aquí la describimos, provienen de las escuelas sistémicas de terapia familiar, ellos son ampliamente utilizables por los profesionales de atención primaria y especialmente por el Equipo de Atención Integral de Salud.

El Estudio de la Dinámica Familiar describe y analiza un conjunto amplio de características tales como: la propia definición de familia; los aspectos relacionados a la composición y grado de parentesco de los miembros del grupo familiar; las relaciones entre ellos, incluidos su nivel de integración o disociación, proximidad o rechazo; sus roles, límites e interacciones; los sub-grupos constituidos al interior del grupo familiar, así como las funciones intrínsecas a la familias.

3.3. ESTRÉS

En nuestra actualidad existen varios conceptos sobre el estrés, La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

En 1976 Hans Selye, definió el estrés como “Una respuesta adaptativa mediatizada por las características y/o por los procesos psicológicos del individuo, que es la resultante de alguna acción, situación o suceso externo que plantea exigencias físicas o fisiológicas especiales a una persona”¹¹

Hans Selye considerado como el padre del concepto moderno del estrés, hizo una distinción importante entre factores estresantes y la respuesta del estrés. Por otra parte Selye puso de relieve que los sucesos, tanto positivos como negativos, pueden

¹⁰ HUMER DELOY. Estudio de la Dinámica Familiar: Conceptualizando experiencias. Edit. Amolca. México. 2004. Pág. 34

¹¹ TORO, R Y YEPES, L. Psiquiatría 2004, Pág:209 -210

desencadenar una respuesta idéntica de estrés que puede resultar beneficiosa o nociva.

También observo que:

- ☞ El estrés no se reduce a una simple tensión nerviosa.
- ☞ El estrés puede tener consecuencias positivas.
- ☞ El estrés no es algo que hay que evitar.
- ☞ La completa ausencia de estrés equivale a la muerte.

Estas observaciones ponen de manifiesto que el estrés es inevitable. Los esfuerzos deben orientarse a controlar el estrés y no a hallar la manera de huir del mismo¹²

3.3.1. FISIOPATOLOGIA DEL ESTRES

Se han observado respuestas hormonales diferentes a los estresores, ya sean de índole físico o emocional. El estrés físico está relacionado con un incremento de los niveles de noradrenalina, en tanto que el estrés psicológico se relaciona con un aumento de epinefrina.

La respuesta al estrés es mediada por el hipotálamo, estructura encargada de coordinar las respuestas emocionales, las secreciones hormonales y las funciones vitales y de adaptación, como el sueño, el hambre, la sed y la respuesta sexual y mantener estrechas conexiones con el lóbulo frontal y con la amígdala del hipocampo, estructura encargada de almacenar nuestra memoria sensorial.

El equipo biológico así conformado es perfecto y eficiente. El lóbulo frontal percibe el peligro, la amígdala coteja la información con su archivo emocional y el hipotálamo estimula las secreciones hormonales, que en milésimas de segundo, origina una respuesta de adaptación integral, que será coordinada con el lóbulo frontal. A diferencia de la respuesta originada frente al estresante físico que es universal y autónoma, la respuesta frente al estrés psicológico es variable en duración y puede ser modificada e intensificada por nosotros mismos.

¹² COLEGIO DE PSICOLOGOS: Consejería psicoterapia 2002, Pág. 21

La respuesta frente al estrés corresponde al síndrome general de adaptación de Selye, que se convierte en un substrato biológico, para mantener la energía necesaria, durante el tiempo requerido, para reducir la tensión que origina un desequilibrio entre las necesidades y las exigencias.

La respuesta neuropsicológica a la amenaza se mantiene hasta tanto no se haya logrado restablecer el equilibrio. A la sensación de peligro se suman los efectos de sobrestimulación del sistema reticular la hipervigilancia y la tensión muscular, que pueden aumentar el malestar que origina el estresante.

La hipervigilancia y la tensión muscular impiden la relajación y la conciliación del sueño con lo cual se incrementan las dificultades neuropsicológicas y cognoscitivas y se hace más difícil y ardua la tarea de superar al estresante.¹³

La reacción típica del estrés se desarrolla temporalmente en tres fases: reacción de alarma, estado de resistencia y estado de agotamiento.

a) Fase de Alarma

En esta fase inicial se desencadena una reacción en cadena en el sistema nervioso vegetativo en su componente simpático, el cual comienza con una descarga en el ámbito de las glándulas suprarrenales de la sustancia conocida como adrenalina.

Los efectos que esta adrenalina desencadenada en nuestro organismo van a depender de la cantidad segregada y del modo en que se realice dicha secreción; es decir, si se realiza en un brevísimo instante o si se prolonga en varios segundos.

Estas reacciones van a procurar una aceleración del ritmo cardíaco y de la frecuencia de ventilación pulmonar, un incremento de la concentración de glucosa en sangre (lo que en el ámbito general lo denominamos como azúcar en sangre); una subida en las cifras de la presión arterial; un mayor aporte de sangre a todos los tejidos; un metabolismo más intenso de células de toda la

¹³ TORO, R Y YEPES, L. Psiquiatría 2004, Pág:210

economía; incremento de la coagulación sanguínea para evitar la posibilidad de que por algún motivo pudiera perderse sangre del organismo; incremento de la actividad y rapidez mental.

Al valorar el conjunto y la relación entre los distintos efectos puede llegar a la conclusión de que estos aportan a la persona en estrés unas condiciones energéticas máximas como para poder llevar a cabo una actividad física y mental agotadora durante más tiempo de lo que podría en otras circunstancias.

Es en esta fase existe un peligro potencial negativo para nuestro organismo, ya que una alarma demasiado intensa podría desencadenar una sobre carga cardiaca y de la tensión arterial que provoque una angina de pecho, infarto del miocardio o entrar en una situación de bloqueo total shock.

b) Fase de Resistencia

La primera fase de alarma termina generalmente con bastante rapidez, ya que el organismo humano no es capaz de sostener esta situación más allá de unos cuantos segundos.

Una vez que se haya consumido estos recursos de la primera fase, si no se ha conseguido resolver el motivo de la alarma y sigue vigente la necesidad de respuesta al estímulo exterior, el organismo entonces cambia de táctica.

Los estudios que sobre el estrés realizó el Dr. Hans Seley se localizaron precisamente en esta fase de resistencia.

Descubrió como todos los cambios adaptativos de nuestro comportamiento externo y nuestras reacciones internas se debían a la intervención de tres elementos de nuestro sistema endocrino, denominados como el eje:

Hipotálamo - Hipófisis – Suprarrenal

El hipotálamo situado en la región medial de nuestro cerebro recoge los mensajes - respuestas de nuestra corteza cerebral, que son recibidas por una glándula que es la Hipófisis pituitaria, situada en la base del sistema nervioso central, que se podría llamar como el director de la orquesta, de todo nuestro

sistema endocrino, quien a su vez organiza todo funcionamiento del organismo.

El resultado de esta organización jerarquizada es poder utilizar nuestras reservas energéticas para seguir en la lucha.

La Fase de resistencia aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación.

c) Fase de Agotamiento

En cuanto empieza agotarse nuestra reserva energética de adaptación aparece la fatiga, como un conjunto de signos físicos y psicológicos, que nos indicara con ciertas señales que debemos descansar para reponer nuestro desgaste vital. La importancia de esta señal es tal que si el reposo no llega a su tiempo, la repercusión inmediata será el agotamiento parcial de ciertos tejidos orgánicos, como es el caso de la aparición de las agujetas musculares que aparecen por la ejecución de este.

Según Melgosa (1999), la fase de alarma constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresor la cual es seguida por la fase de resistencia cuando la presencia del estrés supera la primera.

Una vez percibida la situación que genera estrés, los sujetos pueden enfrentarla y resolverla satisfactoriamente y el estrés no llega a concretarse; pero cuando se realiza lo contrario la fase de alarma se prolonga disminuyendo su capacidad de respuesta y la persona acaba por llegar a la fase de agotamiento, en la cual se produce una disminución progresiva en el organismo, la cual conduce a un estado de deterioro que se caracteriza por la presencia de fatiga, ansiedad y depresión, síntomas que pueden aparecer de manera simultánea o individual. (Melgosa, 1999)

3.3.2. TIPOS DE ESTRÉS

3.3.2.1. Según su duración

Se refiere al tiempo al que se prolonga el estrés.

A. Estrés agudo.

El estrés agudo produce un gran impacto a nivel físico y emocional a corto plazo, esta provocado por sucesos intensos y extraordinarios.

El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo es emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador. Exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en distrés psicológico (SPD por sus siglas en inglés), dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal y otros síntomas.

Afortunadamente, la mayoría de las personas reconoce los síntomas de estrés agudo. Es una lista de lo que ha ido mal en sus vidas: La pérdida de un contrato importante, un plazo de entrega que deben cumplir, los problemas ocasionales de su hijo en la escuela, y demás.

Dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo. Los síntomas más comunes son:

Distrés emocional: Una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés; problemas musculares que incluyen dolores de cabeza tensionales, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarros musculares, problemas en tendones y ligamentos; problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable; sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas en las manos, palpitaciones,

mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.

Estrés agudo episódico Por otra parte, están aquellas personas que tienen estrés agudo con frecuencia, cuyas vidas son tan desordenadas que son estudios de caos y crisis. Siempre están apuradas, pero siempre llegan tarde. Si algo puede salir mal, les sale mal. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias auto impuestas ni las presiones que reclaman su atención. Parecen estar perpetuamente en las garras del estrés agudo.

Es común que las personas con reacciones de estrés agudo estén demasiado agitadas, tengan mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas.

Suelen describirse como personas con "mucha energía nerviosa". Siempre apuradas, tienden a ser cortantes y a veces su irritabilidad se transmite como hostilidad. Las relaciones interpersonales se deterioran con rapidez cuando otros responden con hostilidad real. El trabajo se vuelve un lugar muy estresante para ellas.

B. Estrés crónico.

El impacto a nivel físico y emocional es menos intenso que el agudo, pero se mantiene en el tiempo, debido a que los pequeños estresores cotidianos se van sumando y acaban agotando la capacidad adaptativa del cuerpo, por esta razón el estrés crónico puede tener peores consecuencias que el agudo.

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin

esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan que está allí. Las personas toman conciencia de inmediato del estrés agudo porque es nuevo; ignoran al estrés crónico porque es algo viejo, familiar y a veces hasta casi resulta cómodo.

El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer.

Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico, de conducta y manejo del estrés. (Miller y Smith)

3.3.2.2. Según el efecto que produce

A. Eustrés

Es el estrés positivo, la relación con las impresiones del mundo externo y del interior no producen un desequilibrio orgánico, el cuerpo es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello.

El Eustrés no solo incrementa la vitalidad, salud y energía sino que además potencia el mejoramiento del nivel de conocimiento y facilita la toma de decisiones para confrontar y resolver las situaciones que se plantean en cada día de nuestra existencia.

B. Distrés

Es el estrés negativo o desagradable, que es ocasionado por un exceso de esfuerzo en relación con la carga. Va acompañado de un desorden fisiológico.

Si las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, aún agradables, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación del organismo, llegamos al Distrés.

3.3.2.3. Según el plano que afecta

C. Físico

El estrés físico puede producirse principalmente por la fatiga o cansancio físico incluye también la exposición al calor o al frío, al peligro, o a sustancias irritantes.

D. Mental

El estrés mental es aquel que puede ser causado por malas relaciones interpersonales, frustraciones y apegos, conflictos con nuestra cultura o religión o por la preocupación de alguna enfermedad.

3.4. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

3.4.1. Definición

Según Doping se define como "El conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que se encuentran permanentemente cambiantes desarrollados con la finalidad de hacer frente a las demandas específicas internas o externas, evaluadas como desbordante de los propios recursos. Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de los problemas proporcionan alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio.

Lazarus y Folkman (1984) indican que el afrontamiento es un conjunto de procesos cognitivos y conductuales que están constantemente cambiando y que se desarrolla para mejorar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas y utilizadas como recursos del individuo.

Lazarus (1986) indica que el afrontamiento es una respuesta al estrés que tiene dos grandes funciones, la primera implica solucionar el problema y en segundo lugar el afrontamiento nos permite actuar sobre las respuestas emocionales y físicas relacionadas con el estrés para poder mantener nuestro ánimo y

continuar funcionando bien.

Según Roberto SAVAK (1991) indica que el afrontamiento es un proceso muy amplio y repetitivo de introspección, de aprendizaje, de corrección de errores y aplicación de experiencias recogidas de fuentes externas.

Cubrir o afrontar "es un fenómeno dinámico que se puede definir como un juego de acciones cognitivas y afectivas que se levantan en contestación a una preocupación particular. Las contestaciones representan esfuerzos hechos por el individuo que restauran el equilibrio o quitan las turbulencias. Esto puede ser de hecho resolviendo el problema o acomodándose a la preocupación sin provocar una solución".

Finalmente cuando se habla de afrontamiento debe tomarse en cuenta pensamientos, sentimientos y actos específicos, examinados en un contexto concreto de modo que puedan observarse los cambios en función de la demanda y evaluación del entorno.

En conclusión el afrontamiento es un conjunto de procesos cognitivos y conductuales en las que se ponen en juego recursos internos y externos de las personas para dar solución directa o indirecta a un problema que aflige y encontrar su equilibrio.

3.4.2. Fases del Afrontamiento

Fase Diagnóstica:

Cuando en fases anteriores la persona ha recibido apoyo o terapia psicológica específica. En esta fase es frecuente observar síntomas del bloqueo emocional, atribución de preocupación, ocupar el tiempo de forma compulsiva para evitar la ansiedad y anticipación de consecuencias negativas, búsqueda de sentido, rezar y pactar con lo divino anticipar ideas de deterioro, sufrimiento y muerte.

Fase de Tratamiento:

En esta fase se puede observar una evolución en el proceso de afrontamiento en cuanto a la dirección del mismo. Los problemas que suscita la enfermedad y sus

tratamientos pasan a primer plano, el espíritu de lucha, dependencia, vigilancia, preocupación ansiosa, resignación, fatalismo suelen ser frecuentes.

Fase Crónica o Recaída:

En esta fase los pacientes que representaron un estilo de afrontamiento positivo en escalas iniciales tras un periodo regresivo en el que nuevamente pueden aparecer estrategias de afrontamiento dirigidos hacia las emociones suelen retomar el control y mantener sus estilos de afrontamiento.

3.4.3. Métodos de Afrontamiento

Método de Afrontamiento Directo:

El primer paso para un afrontamiento exitoso es la correcta evaluación del problema (es decir, comprender porqué se sufre estrés). Generalmente, esta evaluación implica la identificación de la fuente del estrés y la constatación de los efectos que tiene. El afrontamiento directo implica los intentos de la persona por: identificar la fuente del estrés, y desarrollar e implementar una estrategia de lucha para aliviar el estresor. La esencia de los métodos de afrontamiento directo es la confrontación física o mental de la fuente del estrés. El esfuerzo mental, como por ejemplo la resolución de problemas o el esfuerzo físico, como charlar, cambian las situaciones y por lo tanto son estrategias de afrontamiento directo, entre las cuales podemos considerar:

- **Resolución Planificada de Problemas:** Es la evaluación de las medidas que se han de tomar para reducir o eliminar un estresor, seguido del esfuerzo necesario para aplicarlas, este método de afrontamiento efectivo ya que produce un cambio positivo en la situación, la persona o en ambos.
- **Afrontamiento Confrontativo:** Implica dirigirse directamente a la fuente del estrés e intentar cambiarlo al instante. Folkman y Lazarus, encontraron que la expresión de rabia, hostilidad y agresión que se asocia al afrontamiento confrontativo hace que uno se sienta peor y no mejor. Sin embargo dicho esto el afrontamiento confrontativo puede ser en otras circunstancias un afrontamiento efectivo.

- **Apoyo Social:** Es un término que se refiere a la red de personas a las que uno puede acudir en momentos de necesidad, crisis o malestar emocional, incluyen al cónyuge, parientes, padres, compañeros o amistades de la persona. Es una estrategia de afrontamiento efectiva contra el estrés ya que reduce el impacto perjudicial de los estresores ya que la integración de una red de apoyo social aumenta la probabilidad de adaptarse a los acontecimientos negativos. Así mismo se dice que actúa como un cojín contra el estrés, la certeza y seguridad de poseer una red de apoyo social en momentos de estrés permite a la persona evaluar los acontecimientos vitales como menos amenazantes que de otra forma serían evaluados.
- **Búsqueda de Soluciones:** Conductas que reflejan búsqueda de soluciones por el propio individuo tales como información, planificación de probabilidades, etc.
- **Contabilización de Ventajas:** Expresa respuestas cognitivas del individuo comparando una situación hipotética con otra peor o en el de otras personas.
- **Religiosidad:** Indican conductas aproximativas al problema por medio de prácticas religiosas.

Método de Afrontamiento Defensivo:

Los métodos de afrontamiento directos se orientan hacia el cambio de la fuente del estrés. Los esfuerzos de afrontamiento defensivos, sin embargo, se orientan hacia la supresión de los efectos negativos del estrés. Cuando las personas intentan huir de una situación estresante de forma mental o física o de los síntomas que les provoca la situación estresante, están haciendo uso de métodos de afrontamiento defensivos:

Mecanismos de Defensa: Se manifiesta a menudo a través del uso de mecanismos de defensa, como el uso de la negación, la regresión, la proyección o la forma reactiva, las personas intentan distorsionar la realidad del estresor y evaluarlo (o volver a evaluar) como un acontecimiento no perjudicial y no amenazador.

Culpara Otros: La persona culpa a otros del problema y sus consecuencias, se considera evitativo.

Represión Emocional. Refleja el rechazo o evitación de la expresión de sentimientos y de hacerlo conocer a otra persona.

3.5. ROL DE LA ENFERMERA EN EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

3.5.1. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El rol de enfermería en el afrontamiento del estrés en pacientes diagnosticados con cáncer de mama se circunscribe al factor “Educación”. Las pacientes con enfermedad crónica irreversible presentan sintomatología propia del cuadro de Estrés, porque es producido por el impacto físico y emocional provocado por el Diagnóstico de “Cáncer de Mama”, la paciente suele mostrar fatiga muscular, cefalea tensional, enojo, ansiedad, depresión, dolor de toráx posterior, problemas digestivos.

Este proceso se va haciendo crónico a la parte de su proceso de cáncer, colocando a la paciente en situación difícil porque está sometida a presiones y exigencias fuertes, necesarias y hasta implacables; es aquel donde las pacientes abandonan la búsqueda de soluciones para salir del Estrés.

Enfermería como parte esencial y complementaria en la atención de dichas pacientes interviene con acciones educativas dirigidas a las pacientes a fin de proporcionarles alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio.

3.5.2. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE DIAGNÓSTICA

1. Monitorear en las pacientes síntomas de bloqueo emocional como: preocupaciones intensas, trabajo compulsivo, ansiedad que lo lleva a la angustia, rechazo a la medicación.
2. Educar sobre:
 - Cambio de actividad

- Búsqueda de sentido al tratamiento quirúrgico, quimioterapia, etc.
- Realización de actividades, acciones, cuidados para anticipar consecuencias físicas y negativas emocionales.
- Búsqueda de apoyo psicológico
- Búsqueda de apoyo espiritual
- Negociación con lo divino en procura de aceptación de su problema (y adaptación) (saber vivir con su problema de salud)
- Toma de decisiones para evitar deterioro y sufrimiento

3.5.3. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE DE TRATAMIENTO

1. En el Proceso de Afrontamiento

- Orientar y enseñar acciones de cuidado durante el tratamiento del cáncer de mama.
- Incentivar la toma de decisiones en la etapa de enfrentamiento y lucha activa.
- Dejar a las pacientes en el afrontamiento confrontativo para obtener un afrontamiento efectivo.
- Convocar el concurso de una red de personas que puedan apoyan socialmente, en momentos de necesidad, crisis o malestar emocional.
- Enseñar a las pacientes conductas para la solución de problemas físicos, emocionales y sociales mediante la información y planificación probabilidades y recursos.
- Informar a las pacientes sobre las ventajas del diagnóstico, tratamiento y práctica de estilos saludables.
- Indicar conductas religiosas que ayuden a la solución los problemas individuales y familiares.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Internacionales

MENDEZ, Ricardo (2008) Chile. “El Estrés en Pacientes Crónicos y su relación con su calidad de vida”. Estudio que aborda el tema como un problema social que

afecta a las personas que proceden de familias que mantienen una calidad de vida inadecuada para el desenvolvimiento de los pacientes en el ambiente familiar.

TICONA PALAO, Gianina (2006) España. “Afrontamiento del Estrés Familiar y el Síndrome del Gran Quemado”. De la aplicación de la Estadística descriptiva se derivan el perfil sociodemográfico de las familias. En el análisis descriptivo se incluye la descripción de las características familiares motivacionales. Concluyó que entre el afrontamiento del estrés y el síndrome del Gran Quemado se da una relación directa, a mayor gravedad del paciente gran quemado mayor estrés y menos posibilidades de afrontamiento familiar.

4.2. Nacionales

DÍAZ A., Gloria y YARINGANO L. Juan. (Lima) 2009. “Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos”. El presente estudio se orienta a establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Se empleó el método descriptivo correlacional para describir y relacionar las dimensiones del clima familiar y los modos de afrontamiento de los pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 287 sujetos (hombres y mujeres), con promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior. Los resultados indican que la dimensión familiar Desarrollo se ve afectada significativamente.

4.3. Locales

No se ha encontrado ningún tema relacionado a enfrentamiento del estrés en pacientes oncológicos.

5. HIPÓTESIS

Dado que el afrontamiento del estrés en pacientes con enfermedad crónica irreversible se vincula con entornos sociales: hogar, trabajo, vecindad.

Es probable, que el afrontamiento del estrés y el clima familiar se relacionen de manera directa en las pacientes con cáncer de mama diagnosticada en la Liga contra el cáncer de Arequipa.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Como técnica se usó la encuesta y como instrumento se utilizará el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y el Test de Clima Familiar.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El presente estudio se realizará en la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa, ubicada en la Urb. Alvarez Thomas F-10, atiende de Lunes a Viernes de 8 a.m. a 6 p.m. en las especialidades de Oncología, Ginecología, Cirugía, Urología, Gastroenterología, Dermatología, Medicina, Endocrinología, Cardiología, Radiología realizando ecografías abdominales, endovaginales, mamarias, mamografías. En el ámbito educativo, se llevan a cabo un ciclo de conferencias en los denominados “Jueves Oncológicos”, así como cursos internacionales anuales, sobre Actualidades Oncológicas.

2.2. Ubicación Temporal

Se realizó durante los meses de noviembre 2012 a marzo del 2013.

2.3. Unidades de Estudio

Conforman las unidades de investigación las pacientes diagnosticados de cáncer de mama.

2.3.1. Universo

Estuvo conformado por 26 pacientes con diagnósticas de cáncer de mama en los cuatros trimestres del 2011, y tres trimestres del 2012 seleccionados considerando los siguientes criterios:

De Inclusión:

- Pacientes con reciente diagnóstico de cáncer de mama
- Pacientes de asistencia regular

De Exclusión:

- Pacientes que no desean participar en la investigación

Por ser un universo pequeño se trabajó con la totalidad de la muestra previa aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 3.1. Se coordinó con la Facultad de Enfermería para el trámite a la Dirección de Educación de la Liga contra el Cáncer, a fin de obtener la autorización respectiva.
- 3.2. Los instrumentos fueron validados por:
 - Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), BONIFACIO SANDÍN Y PALOMA CHOROT. Universidad Nacional de Educación a Distancia (Aceptado en noviembre de 2002)
 - Clima Familiar, adaptada al Perú por : César Ruiz Alva - Eva Guerra Turín - Lima 1993
- 3.3. Se captó a las pacientes en su domicilio y/o en la Liga contra el Cáncer los días Lunes a Viernes por las mañanas, previo consentimiento informado.
- 3.4. Se informó sobre el trabajo, los objetivos del estudio y la importancia de los resultados brindándoles confianza, cortesía y amistad.
- 3.5. Se aplicó los instrumentos.
- 3.6. Finalizada la recolección de datos se les agradeció
- 3.7. El procesamiento de la información se realizó en base a los siguientes pasos:

- Codificación de los formularios
- Tabulación y organización de la información
- Elaboración de Tablas
- **Calificación**

- **Clima Familiar Parcial**

Relaciones

Nº de ítems	:	14
Valor máximo por ítem	:	2 pts
Valor total	:	28 pts

Desarrollo

Nº de ítems	:	7
Valor máximo por ítem	:	2 pts
Valor total	:	14 pts

Estabilidad

Nº de ítems	:	10
Valor máximo por ítem	:	2 pts
Valor total	:	20 pts

- **Clima Familiar Global**

Nº de ítems	:	34
Valor máximo por ítem	:	2 pts
Valor total	:	68 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Favorable	68 – 46 pts
Aceptable	45 – 23 pts
Desfavorable	22 – 0 pts

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

- **Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) Parcial**

• **Enfrentamiento y lucha activa**

Nº de ítems : 7
 Valor máximo por ítem : 4 pts
 Valor total : 28 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Bueno	28 – 19 pts
Regular	18 – 10 pts
Deficiente	9 – 0 pts

• **Autocontrol y control emocional**

Nº de ítems : 10
 Valor máximo por ítem : 4 pts
 Valor total : 40 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Bueno	40 – 27 pts
Regular	26 – 13 pts
Deficiente	12 – 0 pts

• **Apoyo Social**

Nº de ítems : 8
 Valor máximo por ítem : 4 pts
 Valor total : 32 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Bueno	28 – 19 pts
Regular	18 – 10 pts
Deficiente	9 – 0 pts

• **Preocupación ansiosa**

Nº de ítems : 7
 Valor máximo por ítem : 4 pts
 Valor total : 28 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Bueno	28 – 19 pts
Regular	18 – 10 pts
Deficiente	9 – 0 pts

• **Resignación pasiva**

Nº de ítems	:	6
Valor máximo por ítem	:	4 pts
Valor total	:	24 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Bueno	24 – 16 pts
Regular	15 – 7 pts
Deficiente	6 – 0 pts

• **Huida - distanciamiento**

Nº de ítems	:	6
Valor máximo por ítem	:	4 pts
Valor total	:	24 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Bueno	24 – 16 pts
Regular	15 – 7 pts
Deficiente	6 – 0 pts

• **Negación**

Nº de ítems	:	6
Valor máximo por ítem	:	4 pts
Valor total	:	24 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Bueno	24 – 16 pts
Regular	15 – 7 pts
Deficiente	6 – 0 pts

- **Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) Global**

Nº de ítems	:	44
Valor máximo por ítem	:	4 pts
Valor total	:	176 pts

Niveles

Categoría	Puntajes
Bueno	176 – 118 pts
Regular	117 – 175 pts
Deficiente	116 – 0 pts

Fuente: BONIFACIO SANDÍN Y PALOMA CHOROT
Universidad Nacional de Educación a Distancia
(Aceptado en noviembre de 2002)





I. CLIMA FAMILIAR

TABLA N° 1

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE RELACIONES
FAMILIARES. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER.
AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Favorable (28-19 ptos)	13	50.0
Aceptable (18-9 ptos)	5	19.2
Desfavorable (8-0 ptos)	8	30.8
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 1, se observa que las pacientes con cáncer de mama investigadas, en lo que se refiere a la práctica de relaciones familiares, en el 50.0% se ubican en la categoría de favorable, seguido de un 30.8% que se da desfavorablemente y un 19.2% que se encuentra en la categoría de aceptable.

Lo que nos permite afirmar, que en un acumulado del 69.2% de las pacientes investigadas percibe que en los miembros de su familia las relaciones son favorable y aceptable, que puede estar dado por la cohesión de opiniones, comunicación y expresividad.

TABLA N° 2

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE DESARROLLO
FAMILIAR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER.
AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Favorable (14-10 ptos)	15	57.6
Aceptable (9-5 ptos)	8	30.8
Desfavorable (4-0 ptos)	3	11.6
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 2, al análisis del indicador de desarrollo familiar se observa que las pacientes diagnosticados con cáncer de mama, presentan un mayor porcentaje en la categoría de favorable (57.6%), seguido de un 30.8% que asume que es aceptable y un 11.6% que cree es desfavorable.

Lo que nos permite, indicar que más de la mitad de las pacientes investigadas perciben que existe un desarrollo familiar favorable, en razón a que existen actitudes sociales, espirituales, recreativas de valores culturales y de respeto a las decisiones y opiniones de cada uno de los miembros de sus familias.

TABLA N° 3

PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE ESTABILIDAD FAMILIAR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012

Categoría	N°	%
Favorable (20-14 ptos)	11	42.3
Aceptable (13-6 ptos)	9	34.6
Desfavorable (5-0 ptos)	6	23.1
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En lo que se refiere al indicador de estabilidad familiar, la tabla muestra que el mayor porcentaje del 42.3% se ubica en la categoría de favorable, seguido de un 34.6% que considera que es aceptable y un 23.1% que indica que es desfavorable.

Un porcentaje cercano a la mitad de las pacientes investigadas considera que existe una estabilidad familiar favorable.

TABLA N° 4

PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN CATEGORÍA GLOBAL DE CLIMA FAMILIAR. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012

Categoría	N°	%
Favorable (68-46 ptos)	13	50.0
Aceptable (45-23 ptos)	7	26.9
Desfavorable (22-0 ptos)	6	23.1
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 4, se aprecia el clima familiar de las pacientes con cáncer de mama investigadas en forma global, en donde el mayor porcentaje (50.0%) representa a las pacientes cuyo clima familiar es favorable, seguido de un 26.9% que considera que es aceptable y un 23.1% que es desfavorable.

Lo que nos indica, que la mitad de las pacientes investigadas perciben el clima familiar como favorable.

II. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

TABLA N° 5

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE
ENFRENTAMIENTO Y LUCHA ACTIVA. LIGA DE
LUCHA CONTRA EL CÁNCER.
AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Bueno (28-19 pts)	10	38.5
Regular (18-9 pts)	7	26.9
Deficiente (8-0 pts)	9	34.6
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 5, en referencia al afrontamiento al estrés, según el indicador enfrentamiento y lucha activa, las pacientes en el 38.5% alcanzaron la categoría de Bueno, seguido de un 34.6% en la categoría de Deficiente y el 26.9% que se encuentra en la categoría de Regular.

Por lo que podemos afirmar, que en un acumulado del 65.4% las pacientes investigadas se ubican en la categoría de bueno y regular.

TABLA N° 6

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE AUTOCONTROL
Y CONTROL EMOCIONAL. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER.
AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Bueno (40-27 ptos)	8	30.8
Regular (26-13 ptos)	12	46.1
Deficiente (12-0 ptos)	6	23.1
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 6, en referencia al indicador de autocontrol y control emocional, tenemos que el mayor porcentaje se ubica en la categoría de Regular, seguido de un 30.8% que corresponde a la categoría de Bueno, y un 23.1% que se ubica en la categoría de Deficiente.

Lo que nos permite indicar que las pacientes investigadas en un porcentaje cercano a la mitad, se encuentran en la categoría de regular.

TABLA N° 7

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE APOYO SOCIAL.
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER.
AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Bueno (32-21 pts)	6	23.1
Regular (20-11 pts)	14	53.8
Deficiente (10-0 pts)	6	23.1
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 7, según el indicador apoyo social, las pacientes investigadas en el mayor porcentaje del 53.8% se ubican en la categoría de Regular; seguido de un 23.1% que se ubican en la categoría de Bueno y Deficiente.

Si tomamos en cuenta los datos obtenidos, podemos afirmar que más de la mitad de las pacientes investigadas se ubican en la categoría de Regular.

TABLA N° 8

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE PREOCUPACIÓN
ANSIOSA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Bueno (28-19 pts)	9	34.6
Regular (18-10 pts)	9	34.6
Deficiente (9-0 pts)	8	30.8
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 8, en cuanto al Indicador de Preocupación ansiosa, tenemos el mismo porcentaje del 34.6% en la categoría de Bueno y Regular y un 30.8% que corresponde a la categoría de Deficiente.

En referencia al indicador de preocupación ansiosa, tenemos una distribución casi igual en las categorías de Bueno, Regular y Deficiente.

TABLA N° 9

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN EL INDICADOR DE RESIGNACION
PASIVA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Bueno (24-16 pts)	9	34.6
Regular (15-7 pts)	6	23.1
Deficiente (6-0 pts)	11	42.3
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 9, según el indicador de resignación pasiva, tenemos que el mayor porcentaje se ubica en la categoría de Deficiente; seguido del 34.6% que se ubica en la categoría de Bueno, y un 23.1% que considera que es regular.

Lo que evidencia que en menos de la mitad, las pacientes investigadas perciben que la resignación pasiva es deficiente.

TABLA N° 10

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN LOS INDICADORES DE HUIDA,
DISTANCIAMIENTO Y NEGACION. LIGA DE LUCHA CONTRA EL
CÁNCER. AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Buena (24-16 ptos)	5	19.3
Regular (15-7 ptos)	6	23.1
Deficiente (6-0 ptos)	15	57.6
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 10, según los indicadores de huida, distanciamiento y negación, observamos que el mayor porcentaje (57.6%) se ubica en la categoría de Deficiente; seguido de un 23.1% que se encuentra en la categoría de Regular, y solo un 19.3% que se ubica en la categoría de Bueno.

Lo que nos permite afirmar, que más de la mitad de las pacientes investigadas perciben que es deficiente el afrontamiento del estrés, en cuanto al indicador de huida distanciamiento y negación.

TABLA N° 11

**PACIENTES INVESTIGADAS SEGÚN CATEGORÍA GLOBAL DEL
AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS. LIGA DE LUCHA CONTRA
EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012**

Categoría	N°	%
Buena (176-118 pts)	8	30.8
Regular (117-59 pts)	9	34.6
Deficiente (58-0 pts)	9	34.6
Total	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 11, según la categoría global del afrontamiento del estrés, en pacientes investigadas con cáncer de mama, se observa que el mayor porcentaje del 34.6% lo comparten la categoría de Regular y Deficiente; seguido del 30.8% que pertenecen a la categoría de Buena.

Lo que nos permite afirmar que existen similares porcentajes en las tres categorías de Bueno, Regular y Deficiente; siendo ligeramente mayor el ítem de Regular y Deficiente; lo que demuestra que el afrontamiento del estrés de las pacientes investigadas con cáncer de mama, no es el más adecuado.

TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE EL CLIMA FAMILIAR Y EL AFRONTAMIENTO DEL
ESTRES. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012

Afrontamiento Clima Familiar	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	7	53.8	5	38.4	1	7.8	13	100.0
Aceptable	1	14.4	4	57.1	2	28.5	7	100.0
Desfavorable	0	0.0	0	0.0	6	100.0	6	100.0
Total	8	30.8	9	34.6	9	34.6	26	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

$$x^2 = 18.06 * (x^2 5\% = 9.49, GL = 4)$$

En la tabla N° 12 se observa que del 100.0% de pacientes con clima familiar favorable, los mayores porcentajes (53.8% y 38.4%) tienen afrontamiento del estrés bueno y regular, sólo en 7.8% lo afrontan deficientemente.

Del 100.0% de pacientes con clima familiar aceptable, el 57.1% y 28.5% afrontan el estrés en forma regular y deficientemente; sólo el 14.4%, lo afrontan bien. El 100.0% de pacientes con clima familiar desfavorable, lo afrontan deficientemente.

Aplicando la prueba estadística de x^2 , se encuentra que existe diferencia significativa, lo que nos indica que existe dependencia del clima familiar con el afrontamiento del Estrés, siendo notorio de dependencia del clima familiar desfavorable con un afrontamiento del estrés deficiente.

CONCLUSIONES

PRIMERA : Que, el clima familiar de los hogares de las pacientes con cáncer de mama atendidas en la Liga de Lucha contra el Cáncer en la mitad es favorable.

SEGUNDA : Que, el afrontamiento del estrés por parte de las pacientes con cáncer de mama atendidas en la Liga de Lucha contra el Cáncer presenta como categorías similares la de buena regular y deficiente en razón al puntaje obtenido de 176 a 118 puntos; 117 a 59 puntos y de 58 a 0 puntos.

TERCERA : Que, aplicando la prueba estadística de χ^2 , se encuentra que existe diferencia significativa, lo que nos indica que existe dependencia del clima familiar con el afrontamiento del estrés, siendo notorio la dependencia del clima familiar desfavorable con un afrontamiento del estrés deficiente.

RECOMENDACIONES

En atención a los resultados, sólo cabe sugerir a la Gerente de la Liga de Lucha contra el Cáncer lo siguiente:

4. Crear programas integrales de prevención y promoción de la salud antes, durante y después del diagnóstico, para potencializar sus habilidades de soporte emocional y cambio de actitud donde puede intervenir el equipo multidisciplinario (médico oncólogo, psicólogo, enfermera, nutricionista, asistente social, personal de salud, familia y amigos) para la mejor recuperación del paciente intramural y extramural.
5. Mantener la base de datos actualizado en cuanto al proceso de sus pacientes, ya que está implica garantizar el seguimiento a sus casos.
6. Propiciar nuevos estudios de investigación referentes al tema del estrés y clima familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALARCÓN Nancy y MÉNDEZ Ricardo. "El Estrés Laboral: mejorando nuestra calidad de vida". Chile 2001
2. BABA, V.V. & HARRIS M.J. El estrés y la ausencia: Una Perspectiva Croos-Cultural, en Feris y Rowland (eds.) Investigación en Personal y Gestión de Recursos Humanos, Suplemento, (Greenwich). C.T. JAI Press. Washington 2005.
3. BELLON DE N. R. Cambiando el Paradigma de nuestros Problemas: Estrés Laboral. Editorial Omega. Colombia 2003.
4. DEZA G. Manejo de Organizaciones: Estrés en el Trabajo. 2da Ed. Interamericana. México 2004.
5. CHOCANO ROSAS, Teresa. Niveles Sintomáticos de Ansiedad y Depresión en Estudiantes de los Programas Profesionales de Comunicación Social y Enfermería de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa 2005.
6. FLORES BARBOZA, J. La Calidad de la Vida, como indicador de la Calidad de Educación Superior. Lima, 2003
7. GUERRERO BARONA, Eloisa. Una investigación sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del quemado. Barcelona-España 2001.
8. HANS SELYE, El Estrés, Edit. Intereuropeo, España 2004.
9. KALIEN J: Estrés. Edit. Interamericana México. 2000.
10. LAZARUS Y FOLKMAN, La Psicología del Estrés. Edit. Nuevo Mundo, 2006.
11. MARQUEZA, ABARCA; Salomen. Estrés Laboral. Editorial Interamericana. México 2003.

12. OLEMAN. Daniel. El Estrés Editorial Kairós, 1ra Ed. Barcelona- España. 2007.
13. RUIZ FIGUEROA, María Josefa. La investigación cualitativa y el estrés laboral en los docentes no-universitarios. Chile (2004)
14. SALA T. El principal problema del Mundo Moderno: El Estrés. Su efecto en el desarrollo de la Persona. Ameluz. España 2006.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

www.saludpsiquiatria.com

www.come.com/ansiedad

www.monografias.com/...estres-laboral/causas-estres-laboral.shtml

www.geosalud.com/Salud%20Ocupacional/estres_laboral.htm





Primer Instrumento

TEST DE CLIMA FAMILIAR

Sírvase responder las siguientes cuestiones:

I. RELACIONES FAMILIARES	Si	No
1. Las personas de nuestra familia no nos criticamos unas a otras		
2. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras		
3. En mi casa cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado		
4. En mi familia a veces discutimos		
5. En mi familia hay poco espíritu de grupo		
6. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente		
7. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz		
8. Realmente en mi familia nos llevamos bien unos a otros		
9. Generalmente tenemos cuidado con lo que decimos		
10. Los miembros de la familia a veces estamos enfrentados unos con otros		
11. En mi familia se presta mucha atención y tiempo a cada uno de nosotros		
12. En mi familia expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo		
13. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz		
II. DESARROLLO		
14. En mi familia se considera y respetan opiniones de sus integrantes		
15. En mi familia se considera y respetan decisiones de sus integrantes		
16. Los miembros familiares cumplen los roles respectivos		
17. En mi familia no hay superposición de roles		
18. En mi familia se culturizan los valores intelectuales		
19. En mi familia se practican valores culturales		
20. En mi familia predomina el dialogo sostenido		
III. ESTABILIDAD FAMILIAR		
21. En mi familia nos apoyamos realmente unos a otros		
22. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para si mismos		
23. En nuestra familia reñimos ocasionalmente		
24. Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos "pasando el rato"		
25. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos		
26. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados		
27. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa		
28. En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo		
29. En mi familia a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo		
30. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión		
31. En mi casa comentamos nuestros problemas personales		
32. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados		
33. Cuando hay que hacer algo en casa no es raro que se ofrezca alguien como voluntario		
34. En casa, si a alguien se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más		

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

A continuación se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Para contestar debe leer cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente para hacer frente a situaciones de estrés. Marque con una X la opción que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones más estresantes vividas recientemente (aproximadamente durante el último mes.)

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado ante situaciones de estrés?

	0	1	2	3	4
1. Trate de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					
4. Descargué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7. Asistí a la Iglesia					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10. Intenté sacar algo positivo del problema					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me enfoqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupar por los demás.					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
19. Salí al cine, a cenar, a dar una vuelta, etc. para olvidarme del problema					

20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionara el problema					
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25. Agredí a algunas personas					
26. Procuré no pensar en el problema					
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”					
32. Me irrité con alguna gente					
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicaran cuál sería el mejor camino a seguir					
35. Recé					
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran					
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos					
40. Intenté olvidarme de todo					
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesitaba manifestar mis sentimientos					
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar					
43. Niega la evidencia de la realidad					
44. Niega la evidencia de la enfermedad					

CODIFICACIÓN DE PREGUNTAS

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

Indicadores	Ítems
Enfrentamiento y lucha activa	36 – 22 – 29 – 15 – 8 – 13
Autocontrol y control emocional	1 – 3 – 5 – 10 – 13 – 16 – 17 – 24 – 30 – 39
Apoyo social	21 – 14 – 17 – 28 – 34 – 41 – 42
Preocupación ansiosa	6 – 23 – 27 – 42 – 46 – 7
Resignación pasiva	38 – 37 – 28 – 2 – 9
Huida – distanciamiento	33 – 40 – 26 – 12
Negación	43 - 44

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACIÓN

Yo..... identificado (a) con DNI..... y con domiciliohabiéndome explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación:

CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO EN LA LIGA CONTRA EL CÁNCER.

AREQUIPA, 2012. Acepto participar en la investigación que publicara los resultados guardando reserva de mi identidad. Habiéndome informado de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que firmo el presente documento.

Fecha:

Firma:.....

DNI:

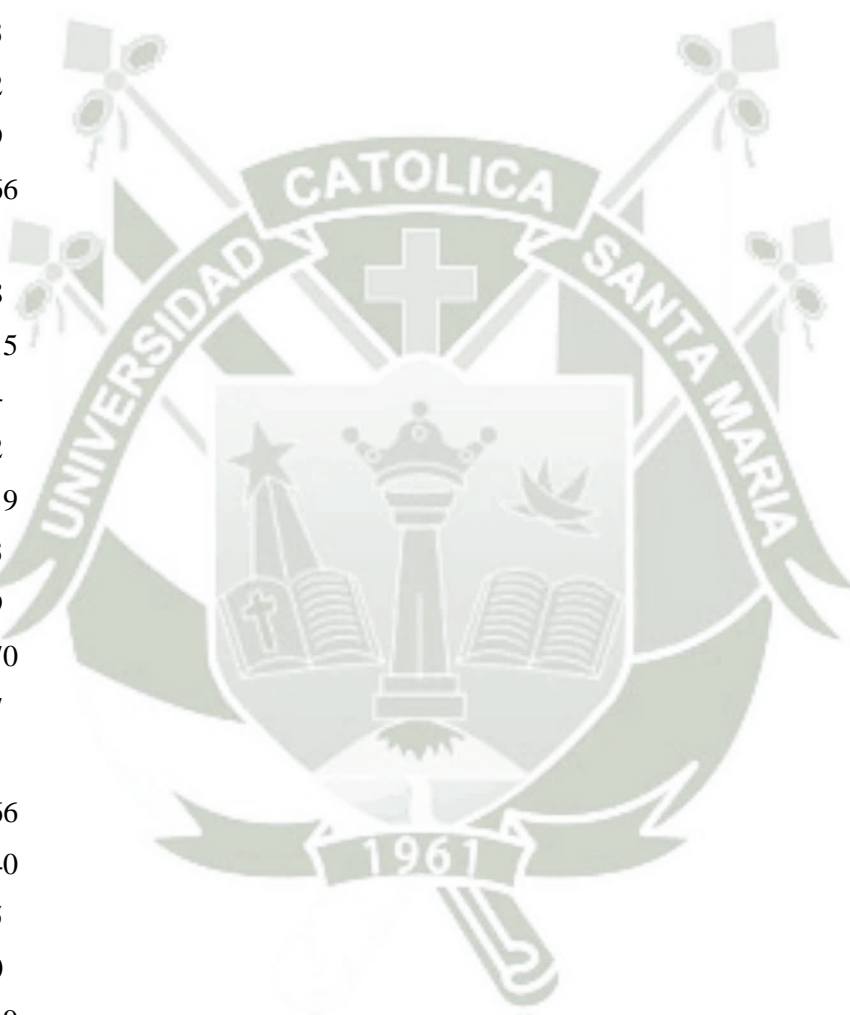
Huella Digital



MATRIZ DE PUNTAJES OBTENIDOS

I. AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

1. 68
2. 66
3. 77
4. 150
5. 93
6. 82
7. 59
8. 166
9. 61
10. 78
11. 115
12. 54
13. 32
14. 119
15. 43
16. 19
17. 170
18. 57
19. 51
20. 166
21. 140
22. 25
23. 40
24. 119
25. 100
26. 39



II. TEST DE CLIMA FAMILIAR

1. 25
2. 59
3. 18
4. 42
5. 52
6. 9
7. 46
8. 49
9. 36
10. 22
11. 53
12. 15
13. 23
14. 51
15. 20
16. 45
17. 21
18. 60
19. 49
20. 32
21. 65
22. 44
23. 16
24. 65
25. 21
26. 33





CONSTANCIA

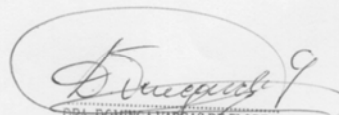
LA QUE SUSCRIBE DRA. DOMINGA VARGAS DE FLORES, DIRECTORA DE EDUCACIÓN DE LA LIGA CONTROL EL CÁNCER FILIAL AREQUIPA.

DA CONSTANCIA QUE:

Las Señoritas Interesadas: **KAREN SUSAN OLÍN GONZÁLES y SUNENG SAO MADRIGAL USCA**, han aplicado un Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y el Test de Clima Familiar, para obtener información como parte de su proyecto de tesis titulado "CLIMA FAMILIAR Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DIAGNOSTICADO EN LA LIGA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2012."

Se otorga la presente a solicitud de las interesadas para los fines que estimen por conveniente.

Arequipa, 24 de abril de 2013



DRA. DOMINGA VARGAS DE FLORES
Directora de Educación
Liga de Lucha Contra el Cáncer
Arequipa

LIGA PERUANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER - FILIAL AREQUIPA

FUNDADA EL 31 DE MARZO DE 1954

URB. ALVAREZ THOMAS E-10 CERCADO - TELEF.: 40-4259 - 214091
E-mail: liganceraqp@star.com.pe - www.ligacontraelcanceraqp.com