

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima

Por:

Karina Angulo Pérez

Asesor:

Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza

Lima, febrero de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Psicología, de la universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS Y PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DEL HNGAI ESSALUD-LIMA", constituye la memoria que presenta la Bachiller Karina Angulo Pérez para aspirar al título de profesional de Psicóloga, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, el 11 de abril del 2019



Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza

“Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en
pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Psicólogo(a)

JURADO CALIFICADOR



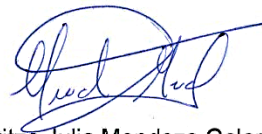
Mg. Daniel Josue Fafán Rodríguez
Presidente



Psic. Cristian Edwin Adriano Rengifo
Secretario



Psic. Josefa Trinidad Ticse
Vocal



Mg. Maritza Julia Mendoza Galarza
Asesora

Ñaña, 25 de febrero del 2019

Dedicatoria

A todas aquellas mujeres valientes, presentes y ausentes; que afrontan con decisión dando cara al cáncer de mama, especialmente a mi madre que hoy lucha por su vida, ante este enemigo implacable.

Gracias por permitirme entrar en su anhelo de vivir y en su difícilmente actitud de prevenir este mal.

Agradecimiento

Primeramente, expreso mi gratitud hacia Dios por permitirme tener una formación profesional en psicología, en la Universidad Peruana Unión, recibiendo el apoyo de los docentes que son parte de mi formación académica y la asesora de la investigación.

Así mismo agradezco:

A la Dra. María Del Rosario Cueva Pérez, jefa del servicio de Mastología y Patología Mamaria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen por aceptar y permitirme recolectar los datos para la muestra de esta investigación.

Al Psic. Gino Ernesto Cavani Grau, por asumir la supervisión, asesoría y por sus aportes e indicaciones durante todo el proceso de la presente investigación.

A mi familia por su permanente apoyo, interés y motivación en los momentos difíciles, como también en los momentos alegres, lo que me impulso a seguir con mi pasión en la psicología clínica e interés en la investigación científica.

A aquellos futuros investigadores que consideren los aportes del presente estudio para futuras investigaciones.

Índice de contenido

Capítulo I: El problema	2
1. Planteamiento de problema	2
2. Pregunta de investigación.....	5
2.1. Pregunta general.....	5
2.2. Preguntas específicas.....	5
3. Justificación	6
4. Objetivos de la investigación.....	7
4.1. Objetivo general	7
4.2. Objetivos específicos.....	7
Capítulo II: Marco teórico	8
1. Presuposición filosófica.....	8
2. Antecedentes de la investigación.....	12
2.1. Antecedentes internacionales	12
2.2. Antecedentes nacionales	15
3. Marco conceptual	17
3.1. Afrontamiento ante el estrés.....	17
3.1.1. Definiciones de afrontamiento ante el estrés.....	17
3.1.2. Tipos de afrontamiento ante el estrés.....	17
3.1.3. Dimensiones.....	18
3.1.4. Modelos teóricos.....	19
3.2. Funcionalidad familiar	22
3.2.1. Definiciones de funcionalidad familiar.....	22
3.2.2. Características.....	22
3.2.3. Dimensiones.....	23
3.2.4. Modelos teóricos.....	24
3.3. Marco teórico referente a la población de estudio	26
3.3.1. Desarrollo del cáncer de mama.....	27
3.3.2. Factores de riesgo del cáncer de mama.....	28
3.3.3. Tratamientos del cáncer.....	29
4. Definición de términos	30
5. Hipótesis de la investigación	31

5.1.	Hipótesis general	31
5.2.	Hipótesis específica.....	31
Capítulo III:	Materiales y métodos	33
1.	Método de la investigación.....	33
2.	Variables de la investigación.....	33
2.1.	Identificación de las variables	33
2.1.1.	Afrontamiento ante el estrés.....	33
2.1.2.	Funcionalidad familiar.	34
2.2.	Operacionalización de las variables	34
2.2.1.	Afrontamiento ante el estrés.....	34
2.2.2.	Funcionalidad familiar.	35
3.	Delimitación geográfica y temporal	35
4.	Participantes	35
4.1.	Característica de los participantes.....	35
4.2.	Criterios de inclusión y exclusión.....	36
4.2.1.	Criterio de inclusión.....	36
4.2.2.	Criterio de exclusión.	36
5.	Instrumentos y ficha sociodemográfica.....	36
5.1.	Instrumentos de investigación.....	36
5.1.1.	Cuestionario de afrontamiento ante el estrés para pacientes oncológicos CAEPO.....	37
5.1.2.	APGAR familiar-adultos.....	38
5.2.	Ficha sociodemográfica.....	39
6.	Proceso de recolección de datos	40
7.	Procesamiento de análisis de datos.....	41
Capítulo IV:	Resultados y discusión	42
1.	Resultados.....	42
1.1.	Análisis descriptivo	42
1.1.1.	Tipos de Afrontamiento ante el estrés.....	42
1.1.2.	Tipos de Afrontamiento ante el estrés y dimensiones según datos sociodemográficos.	42
1.1.3.	Nivel de Funcionalidad Familiar.....	45
1.1.4.	Nivel de Funcionalidad Familiar según datos sociodemográficos.....	45

1.1.5. Análisis de correlación de afrontamiento ante el estrés y funcionalidad familiar.....	48
2. Discusión.....	48
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.....	51
1. Conclusiones.....	51
2. Recomendaciones.....	52
Referencias.....	53

Índice de tablas

Tabla 1	
Matriz de operacionalización de la variable afrontamiento ante el estrés.....	34
Tabla 2	
Matriz de operacionalización de Percepción de la funcionalidad familiar.....	35
Tabla 3	
Tipos de afrontamiento ante el estrés	42
Tabla 4	
Tipos de Afrontamiento ante el estrés según edad.	43
Tabla 5	
Tipos de Afrontamiento ante el estrés según estado civil.	44
Tabla 6	
Tipos de Afrontamiento ante el estrés según estado diagnóstico médico.	45
Tabla 7	
Nivel de Funcionalidad Familiar	45
Tabla 8	
Nivel de Funcionalidad Familiar según edad.	46
Tabla 9	
Nivel de Funcionalidad Familiar según estado civil.	47
Tabla 10	
Nivel de Funcionalidad Familiar según intervención médica.	47
Tabla 12	
Alpha de Cronbach de los instrumentos de las variables	62
Tabla 13	
Correlación de R de Pearson de la variable afrontamiento ante el estrés.....	63
Tabla 14	
Correlacion de R de Pearson de la variable funcionalidad familiar	63

Índice de anexos

Anexo 1	
Fiabilidad de los Instrumentos.....	62
Anexo 2	
Validez de los instrumentos.....	63
Anexo 3	
Matriz de consistencia	64
Anexo 4	
Cuestionario de Afontamiento al estrés para pacientes oncológicos CAEPO	66
Anexo 5	
Cuestionario de funcionamiento familiar APGAR – Adultos.....	69
Anexo 6	
Solicitud para evaluación de protocolo de investigación	70
Anexo 7	
Carta de presentación de la Universidad Peruana Unión	71
Anexo 8	
Carta de aceptación de la gerencia quirúrgica.....	72
Anexo 9	
Carta de revisión del comité de ética de la institución	73
Anexo 10	
Carta de la autorización de la investigación por la institución.....	75
Anexo 11	
Carta de aprobación de la tesis por la institución.....	76

Resumen

En el presente estudio el objetivo fue establecer la relación entre el afrontamiento ante el estrés y la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). Con respecto a la metodología, se empleó el diseño no experimental de corte transversal y de tipo correlacional, porque se buscó relacionar las dos variables de estudio; el muestreo fue consecutivo no probabilístico, conformado por 102 mujeres hospitalizadas con cirugía parcial y radical de la mama, en edades reproductivas y no reproductivas entre los 18- 80 años; en el cual, toda la población de estudio fue elegida ya que cumplía con los requisitos de la investigación. Donde, utilizó el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004) y el APGAR familiar para adultos de Castilla et al. (2014) En relación a los resultados, se encontró que, entre afrontamiento ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar no existe asociación significativa de ($\chi^2 = ,765$; $p < ,05$). Se llegó a concluir que, el afrontamiento ante el estrés no se relaciona significativamente con la percepción de la funcionalidad familiar, en las pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud- Lima. Es decir que, existen factores que intervienen favorablemente en el estilo de afrontamiento ante el estrés, por lo tanto, la capacidad de afrontamiento es independientemente a la funcionalidad familiar.

Palabras clave: *Afrontamiento ante el estrés, Funcionalidad familiar, Cáncer de mama, Mujeres.*

Abstract

In the present study, the objective was to establish the relationship between coping with stress and family functionality in female patients with breast cancer at the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital (HNGAI). With respect to the methodology, the non-experimental cross-sectional and correlational type design was used, because it was sought to relate the two study variables; the sample was consecutive non-probabilistic, consisting of 102 women hospitalized with partial and radical surgery of the breast, in reproductive and non-reproductive ages between 18 and 80 years; in which, the entire study population was chosen as it met the research requirements. Where, he used the Stress Coping Questionnaire in cancer patients - CAEPO de González (2004) and the adult APGAR for adults of Castilla et al. (2014) In relation to the results, it was found that, between coping with stress and the perception of family functionality, there is no significant association of ($X^2 = 765, p < .05$). It was concluded that coping with stress is not significantly related to the perception of family functionality in women patients with breast cancer of HNGAI EsSalud-Lima. that is to say, there are factors that intervene favorably in the style of coping with stress, therefore, the ability to cope is independent of family functionality.

Key words: Coping with stress, family functionality, breast cancer, women.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento de problema

El cáncer de mama, es una de las primeras causalidades de muerte y neoplasia más frecuente presentes en muchas mujeres en el mundo. Por lo tal, la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, varían entre los países a nivel mundial y regional (Gómez et al. 2009). Así mismo el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), reafirma que el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; ya que, en el año 2017 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes. Debido a que, los tipos de cáncer que causan un mayor número anual de muertes son los de pulmón, hígado, estómago, colon y mama.

En nuestro contexto, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2017) señala que el cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. Visto que, el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte en Latinoamérica y en el Perú; ante esto, el registro de cáncer en Lima Metropolitana evidenció, que las tasas de incidencia para todos los tipos de cáncer en hombres y mujeres ha aumentado entre los periodos 2006-2017 de 9 624 a 12 299, en personas de ambos sexos. Ante esta situación de enfermedad asociada al dolor y a la muerte, las pacientes tienden a experimentar inestabilidad emocional y conductual mostrándose más vulnerables; lo cual, dependerá del significado y de la importancia que tiene para ella la enfermedad, para ser afrontada de forma positiva o negativa; por ende, el afrontamiento al

estrés tiene un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.

Por lo tanto, Orjuela et al. (2017) explican que el estilo que utilice cada persona para afrontar los estresores psicológicos, influirá significativamente en su sistema inmune; quienes además postulan la posible incidencia del estrés psicológico en la génesis del cáncer mediante la supresión de la habilidad del sistema inmunitario para defenderse de las células neoplásicas. Por lo tanto, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2014), menciona que el estrés puede ser una reacción a una situación por un corto tiempo o puede durar mucho tiempo y volverse peligroso, siempre y cuando interfiera con la capacidad de vivir una vida normal en un tiempo prolongado.

En este sentido la OMS (2013) define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) el estrés se encuentra catalogado en la guía de consulta de criterios diagnósticos DSM5 como trastorno relacionado traumas y factores de estrés, el cual se puede presentar como un trastorno de adaptación, caracterizado por el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento como respuesta a una situación de estrés identificable. Ocasionando efectos devastadores en la salud. Una de las razones de esto es debido a que el estrés provoca inflamación, que a su vez es la característica de la mayoría de las enfermedades, desde la obesidad y la diabetes hasta enfermedades cardíacas y cáncer (Mercola, 2017).

Asimismo, la sociedad chilena de psicooncología dentro de las cinco dimensiones que reconoce como los factores que influyen en la aparición del cáncer, es la causalidad psiconeuroinmunológica, que involucra al estrés excesivo, depresión, inhibición emocional, entre otros, que actúan como un inmunosupresor psicobiológico (Tamblay y Bañados, 2004). En consecuencia, la imposibilidad de prever, la falta de control, la carencia de recursos para

mitigar la frustración, entre otros, son factores que influyen en el estrés, los cuales influyen en la génesis y progresión del cáncer de mama, de ahí la importancia de conocer los estilos de afrontamiento con el que cuenta la persona afectada y su entorno familiar.

Según Muller (2016) cuando una persona tiene cáncer, toda la familia y entorno cercano sufre la enfermedad; no es fácil escuchar y aceptar un diagnóstico de cáncer. Se presenta desconcierto, alta ansiedad, incertidumbre sobre el futuro. Existe un alto impacto a nivel familiar, ya que se trata de una crisis no esperable que irrumpe la vida actual y los planes futuros del “ahora” paciente y de sus cercanos. En este escenario, los miembros de la familia -esposos, padres, hijos, hermanos, etcétera-, intentan centrar sus esfuerzos en continuar con la vida cotidiana y realizar sus funciones normalmente, con el fin de mantener el equilibrio. En otros casos nace el papel de cuidador, que en la mayoría de estos es asumido por un familiar cercano; también sucede que, ante tal escenario estresante, la enfermedad puede ocasionar la desintegración y disfuncionalidad familiar debido a la escasa capacidad de afrontamiento; vale decir, que el aceptar y estabilizarse emocionalmente ante este factor estresante, así mismo, reanudar su función interaccional adecuada con los miembros de la familia, eso es vencer el desafío.

Camacho (citado por Sigüenza, 2015) refiere, que la funcionalidad familiar es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión, armónica, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud.

Las familias están expuestas a ciclos de vida y situaciones inesperadas como en las crisis de desvalimiento y pérdida. En el caso de las mujeres mastectomizadas, se va generar una situación de crisis en todos los miembros de la familia. Sigüenza (2015) menciona, que la familia es un sistema que atraviesa por conflictos catastróficos producidos en las

interacciones externas e internas, sin embargo logran sobresalir y enfrentar los estímulos estresores.

Por su parte, Mamani (2008) en su investigación, funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama, dónde el objetivo de su estudio fue asociar y comparar las variables con el fin de analizar el funcionamiento familiar y el afrontamiento al estrés en las pacientes con cáncer de mama, y de esa forma pronosticar la adaptación o inadaptación de su enfermedad; llega a la conclusión que existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de familia y su grado de adaptabilidad ante la enfermedad de un integrante de su familia – tipo de familia flexible – lo cual motivará que la mayoría de las pacientes que fueron sometidas a una cirugía radical de la mama, logren tener o experimentar un afrontamiento positivo ante el estrés.

En definitiva, la presente investigación pretende determinar la relación entre el afrontamiento al estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama, del Servicio de Mastología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud-Lima.

2. Pregunta de investigación

Por lo expuesto anteriormente se plantea las siguientes preguntas de investigación:

2.1. Pregunta general

¿Existe relación significativa entre el afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima?

2.2. Preguntas específicas

- ¿Existe relación significativa entre afrontamiento positivo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima?

- ¿Existe relación significativa entre afrontamiento no definido ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima?
- ¿Existe relación significativa entre afrontamiento negativo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima?

3. Justificación

Se ha elegido esta patología oncogénica, porque ocupa un lugar significativo desde el punto de vista de la incidencia y prevalencia epidemiológica en nuestro contexto. El interés por la presente investigación, radica de manera excepcional en descubrir la relación que existiera entre la forma como estas mujeres dolientes, expuestas a una injuria quirúrgica; afrontan el estrés, ante la pérdida de una parte importante de su cuerpo; así mismo la percepción de la funcionalidad de su familia que -de alguna manera- podría o no ser de gran importancia ante el proceso de recuperación y tratamiento.

Así mismo, tiene por objetivo conocer cómo las mujeres afectadas por el cáncer de mama, afrontan esta adversidad y si existe relación con la percepción de la funcionalidad familiar con la que cuentan; es necesario conocer si las fortalezas y/o habilidades emocionales adquiridas por la mujer con cáncer de mama está en relación con el haber convivido en una familia funcionalmente normal o disfuncional.

En cuanto a las implicaciones prácticas en la población, permitirá concientizar la importancia de la salud mental y emocional en las pacientes y sus respectivas familias, ya que el déficit de esta perjudica las áreas psico-socio-emocionales.

Finalmente, este proyecto de investigación contribuye a nivel teórico en el campo científico de la psicología, ya que permitirá brindar mayor conocimiento de los modelos

teóricos, corroborar conceptos y bases teóricas, de este modo formular nuevas preguntas de investigación y así servir como base a posteriores estudios.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento positivo ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.
- Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento no definido ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.
- Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento negativo ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

Diversos autores cristianos y la misma Biblia nos brindan consejos sobre cómo afrontar el estrés; igualmente, a comprender la importancia de tener un hogar armonioso y funcional; buscando de esta manera confortar y animar a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

En cuanto, al afrontamiento ante el estrés; Melgosa (2011) menciona que Jesús es un ejemplo a seguir por la manera de superar notables presiones o estrés como sanar, predicar, alimentar a las multitudes, ser perseguido por los fariseos, sin embargo la cercanía con su padre lo ayudo en gran manera.

Así mismo, Jesús fortalecía su relación con su Padre por medio de la oración y la meditación: “levantándose muy de mañana, siendo aún muy oscuro, salió y se fue a un lugar desierto, y allí oraba” (San Marcos 1:35). A veces Jesús invitaba a sus discípulos a unírsele. Más de una vez les dijo: “Venid vosotros aparte a un lugar desierto, y descansad un poco” (San Marcos 6:31). Orar en la quietud de la mañana o en la noche, puede que sea la única oportunidad que tengan para ser impresionados por la voz de Dios y así recibirán la energía y la sabiduría para enfrentar los desafíos que la vida nos trae.

En la Biblia también menciona que Jesús encontraba alivio al interactuar y hablar con las personas. Así pues, disfrutaba descansar y pasar tiempo en casa de sus amigos; Jesús visitaba la casa de sus amigos, uno de ellos era Lázaro, donde era atendido amablemente por Marta, la cual se preocupaba y afanaba mucho con los quehaceres del hogar; sin embargo, era

admirado y escuchado por María; un día, ante la insistencia de Marta para ser ayudada por María; Jesús le dijo: “Marta, Marta afanada y turbada estás con muchas cosas. Pero solo una cosa es necesaria; y María ha escogido la buena parte, la cual no le será quitada” (San Lucas 10:41-42). De esta manera Jesús daba a conocer la importancia del descanso y de la interacción personal.

Así mismo se aseguraba de que sus discípulos tuvieran alguna recreación. Él sabía que un periodo de descanso y recreación, apartados de la multitud, les daría nuevo vigor, por eso les pedía periódicamente que se retiraran a descansar, les estaba enseñando cómo equilibrar el trabajo con el descanso; si bien es cierto que el estrés es reducido a través del trabajo, pero no de cualquier trabajo, sino el que produce satisfacción personal al hacer cosas buenas por las personas que necesitan de nuestro apoyo, siendo un ejemplo claro para nosotros, la vida de Jesús la cual fue de servicio y bondad hacia los demás. En un sermón, Pedro resumió la vida de Jesús con las siguientes palabras: “Éste anduvo haciendo el bien y sanando a todos los oprimidos por el diablo, porque Dios estaba con él” (Hechos 10:38).

Dejándonos de esta manera una gran promesa en (San Mateo 11:28, 29) donde nos hace una invitación: “Venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados, y yo os haré descansar. Llevad mi yugo sobre vosotros, y aprended de mí, que soy manso y humilde de corazón; y hallaréis descanso para vuestras almas”. Así mismo el apóstol Pedro en la primera epístola de su libro escribe y sugiere “Echando toda vuestra ansiedad sobre él, porque él tiene cuidado de vosotros” (1 Pedro 5:7).

Llegando a concluir que, cuando la vida llega a ser dependiente del trabajo antes que Dios (Sal.127:1,2), llega a generar estrés y enfermedad (Rock, Reid y Kis, 2008).

Por otra parte, cabe mencionar que las personas creyentes demuestran tener mejores herramientas al enfrentarse a situaciones extremas, como el cáncer de mama; afrontando así adecuadamente el estrés y situaciones adversas que se le pueden presentar. Sin embargo, las

personas que no creen o no tienen esperanza en algo o en alguien, suelen mostrarse más vulnerables ante la enfermedad. El hecho de incorporar a su vida la esperanza y una creencia en la providencia de Dios, permite que las adversidades adquieran un sentido diferente y encuentren la armonía (Núñez, 2007).

Considero resaltar que ante esta situación extrema de enfermedad como es el cáncer de mama, la familia juega un papel muy importante, ya que Dios estableció la familia cuando unió a Adán y Eva en matrimonio e instituyó su relación como un pacto y compromiso de por vida para con Dios de igual manera, entre el uno con el otro (Génesis 2:22-24; Isaías 49:15).

Según White (2016) el hogar conformado por la familia que Dios estableció, debe ser un pequeño cielo en la tierra, un lugar donde los afectos son cultivados en vez de ser reprimidos. Nuestra felicidad depende de que se cultive así el amor, la simpatía y la verdadera cortesía mutua. El hogar puede ser sencillo, pero puede ser siempre un lugar donde se pronuncien palabras alentadoras y se realicen acciones bondadosas, donde la cortesía y el amor sean huéspedes permanentes. Cuanto más estrechamente estén unidos los miembros de una familia, así sea en los diferentes roles que desempeñen en el hogar, la influencia que ejerzan los miembros de la familia ante los demás, será un ejemplo de servicio altruista.

Por lo que el apóstol Juan refiere en el libro de (San Juan 13:35) “En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si tuviereis amor los unos con los otros” interpretándose que la interacción entre los miembros de la familia debiese ser un amor justo y bíblico ejercido a través del poder del Espíritu Santo y entregado a pesar del desempeño, actitud o circunstancias en la que puede encontrarse algún miembro de la familia.

Los miembros de la familia, como todos los otros seres humanos deben relacionarse con muestras de amor, gozo, paz, paciencia, benignidad, bondad, fe, mansedumbre y auto-control hacia los miembros de la familia; según (Santiago 2:8, 9 y Gálatas 5:22, 23).

Por lo tanto, dentro de la relación de pareja, el esposo requiere compromiso hacia su esposa y sacrificio desinteresado hacia ella, mostrando sus cualidades únicas y un amor activo en cuidar, valorar y proveer para su pareja (Efesios 5:21-25; Filipenses 2:5-11; Mateo 20:28; Colosenses 3:18, 19; 1 Timoteo 3: 11, 12; 1 Corintios 11:3; 14:34, 35; 1 Pedro 3:7). Así mismo, debe manifestar gran interés en su familia, siendo cuidadoso de los sentimientos de su esposa, de esta manera podrá evitarle muchas enfermedades. Hay que velar con cariño por las fuerzas de la esposa. En vez de permitir que las malgaste en tareas agotadoras, hay que reducir sus cuidados y cargas. Muchas veces el esposo y padre desconoce las leyes físicas que el bienestar de su familia exige que conozca. Muchas veces, el esposo absorbo en la lucha por la vida, permite que caigan sobre la esposa y madre de sus hijos cargas que agotan sus fuerzas en el período más crítico de su vida y le causan debilidad y enfermedad. Las palabras bondadosas, alegres y alentadoras resultarán mucho más eficaces que las medicinas más poderosas. Infundirán ánimo en el corazón de la abatida y desanimada esposa, y la alegría infundida a la familia por los actos y las palabras de bondad, recompensarán diez veces el esfuerzo hecho. White (2016).

Según Ed. Nuevo Tiempo (2013) aun cuando la adversidad azota el hogar por causa de una enfermedad incurable, la pérdida del trabajo o la desaparición de un ser querido, una vez más la fe humilde en Dios obrará maravillas, dando fortaleza y resignación a todos los miembros de la familia. Ante las mismas circunstancias las personas sin esperanza y que no tienen en quien creer caerán en desesperación, sin embargo, el que cree y tiene esperanza en Dios, afrontará las mayores adversidades con total entereza y absoluta confianza en su buen Padre celestial, el cual no permitirá que le ocurra nada, que no sea para su propio bien y el de su familia. Todo lo aceptara con fe y por fe, probablemente esta fe alcance su máxima manifestación cuando el alma está por hundirse "en valle de sombra de muerte" (Salmos

23:4). Los que han cultivado la vida espiritual, tanto en el hogar como en privado, no le temen a la muerte. Saben que es sólo un sueño del cual despertarán.

2. Antecedentes de la investigación

A continuación, se presentará los antecedentes de la investigación, los cuales describen las investigaciones en el panorama mundial, nacional y local.

2.1. Antecedentes internacionales

En el ámbito internacional, las investigaciones previas y cercanas al tema son las siguientes:

Hernández y Landero (2014) en su investigación: “Aspectos psicosociales relacionados con el TEPT en pacientes con cáncer de mama”; realizado en Nuevo León- México. Dónde el objetivo del estudio fue analizar la relación del estrés, la depresión y las estrategias de afrontamiento con el trastorno de estrés postraumático (TEPT). La investigación fue de tipo descriptivo, transversal y de proceso, en una muestra no probabilística de 52 mujeres con cáncer de mama. Donde, utilizaron los instrumentos Mini MAC y las sub escalas del Mini MAC: desesperanza, espíritu de lucha, fatalismo y preocupación ansiosa. Llegando a la conclusión, que el estrés tiene un poder predictivo sobre el TEPT en personas con cáncer de mama, volviéndolas más vulnerables ante la crisis, así mismo la depresión también correlacionó de manera significativa con el TEPT, considerada una respuesta emocional al proceso del cáncer, por lo que, si existen síntomas depresivos en las pacientes, habrá más posibilidades de desarrollar el TEPT.

Jorques (2015) en su investigación “estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama”, realizado en (IVO) España. Dónde el objetivo del estudio fue diferenciar dos grupos, uno solucionador de problemas y el otro grupo de corte más emocional. La investigación fue de tipo descriptivo correlacional, se evaluaron a 150 mujeres después de ser operadas de cáncer

de mama en un plazo de una semana, las cuales habían sido sometidas a una mastectomía o una cuadrectomía, se utilizaron los instrumentos: el cuestionario MAC (Watson, Greer et al. 1988), el Ways of Coping WCS (Susan Folkman y Richard S. Lazarus. 1984), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (Amirkhan, J.H., 1990), y el Inventario multidimensional de afrontamiento COPE (Carver, Scheier y Weintraub 1989). El investigador llegó a la conclusión de la existencia dos grupos, uno solucionador de problemas ante el proceso de la enfermedad en las que las estrategias utilizadas serían aquellas centradas en el problema y el otro grupo de corte más emocional al proceso de la enfermedad es el cual utilizaría más las estrategias centradas en la emoción. Claramente el grupo solucionador de problemas mantiene el uso de estrategias centradas en el problema y obtuvieron una puntuación más baja en las estrategias centradas en la emoción.

Montiel et al. (2016) su investigación; “Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama”; fue realizado en Cuba a mujeres sobrevivientes de cáncer de mama entre febrero y julio de 2015. Se utilizó una muestra no probabilística intencional que incluyó a 115 participantes.; el objetivo fue identificar las principales fuentes de estrés, las estrategias de afrontamiento empleadas, evaluar los estados emocionales (ansiedad y depresión), así como la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama; mediante un estudio descriptivo y desde un paradigma cuantitativo, Fueron utilizadas varias técnicas: entrevista psicológica semiestructurada, escala de modos de afrontamiento de Lazarus, inventario de ansiedad rasgo- estado y prueba de Zung y Conde. Concluyeron con la existencia de un predominio de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. La ansiedad obtuvo niveles medios y la distimia depresiva niveles altos, como indicadores característicos del funcionamiento emocional. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento empleadas no resultaron funcionales para regular el malestar emocional, lo cual aumenta la vulnerabilidad ante la enfermedad.

Torrecilla et al. (2016) su investigación “Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas”; el objetivo es analizar el grado de correlación entre las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas y dimensiones de la calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas de un hospital de atención pública de la provincia de Mendoza-Argentina, con una muestreo no probabilística, entre 21 a 55 años, compuesta por una muestra de 80 mujeres. Utilizaron, el cuestionario EORTC QLQ-C30 (Arraras, Illarramendi y Valerdi, 1996) y el CRIA-A desarrollado por Moos (1993), validación y adaptación argentina de Mikulic y Crespi, (2008), como resultados obtuvieron que las estrategias de evitación hacia la enfermedad correlacionan negativamente con la percepción de la calidad de vida en relación a al diagnóstico de cáncer.

Acosta et al. (2017) En su investigación “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama” el estudio fue realizado en pacientes con cáncer de mama diagnosticadas en el año 2014-2015 del Hospital General de Zona 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco; el objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en las pacientes con cáncer de mama. Fue de tipo descriptivo, transversal de correlación, en el cual participaron 63 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2 a 24 meses de evolución. Se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas mediante una entrevista; las estrategias de afrontamiento con el instrumento “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” y funcionalidad familiar con el cuestionario de Percepción de Función Familiar FFSIL. La información obtenida se procesó mediante el paquete estadístico SPSS 23, se empleó estadística descriptiva y analítica, Pearson, X^2 de prevalencia. Llegaron a la conclusión de que las estrategias de afrontamiento activo son las más utilizadas en las mujeres con cáncer de mama, siendo la resolución de problemas la que predomina en la mayoría de las pacientes, lo cual se encuentra relacionada con factores como la edad, escolaridad y estado civil. No se

encontró relación de las estrategias de afrontamiento con el estadio de la enfermedad, el tratamiento, ni con la presencia de comorbilidades. La mayoría de las pacientes del estudio perciben tener una familia funcional, sin embargo, la dimensión de la comunicación presenta valores bajos.

2.2. Antecedentes nacionales

En el ámbito nacional, las investigaciones previas y más cercanas al tema son las siguientes:

Díaz y Yaringaño (2010) en su investigación: Clima Familiar y Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos; al analizar la relación entre las dimensiones de la Escala de Clima Social Familiar y los modos de Afrontamiento al Estrés en pacientes oncológicos, la investigación se llevó a cabo en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), a muestra estuvo conformada por 287 sujetos (hombres y mujeres), con promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior; se utilizó la Escala de Clima Social Familiar – FES de Moos (1982) y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004); llegaron a la conclusión, de la existencia de una relación significativa de modo directo, entre el Afrontamiento Positivo con las dimensiones del Clima Social Familiar, demostrándose que un buen Clima Social Familiar favorece el afrontamiento positivo al estrés. Confirmándose de este modo que el ajuste familiar frente al cáncer, puede percibirse como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro de la familia (Baider 1995).

Ascencio (2015) en su investigación: Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo; el tipo de investigación es correlacional por asociación. Donde se evaluó a 70 pacientes entre 25 y 60 años de edad, a

quienes se les aplicó instrumentos para la recolección de datos como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Estimación de Afrontamiento-COPE; de los cuales se estableció la confiabilidad, validez y baremación. Finalmente, se llegó a la conclusión que existe asociación altamente significativa entre los niveles de resiliencia y los niveles de los estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital Estatal de Chiclayo.

Lostanau et al. (2017) en su investigación “Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama” donde analizan la contribución que tienen el estrés traumático, el estrés percibido y el afrontamiento sobre los componentes físico y mental de la CVRS de 53 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. La investigación fue realizada en un grupo de pacientes, que asisten a recibir tratamiento a un centro de atención especializada en cáncer en el Perú; los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de salud SF-36, el inventario de estimación del afrontamiento COPE, la escala de estrés percibido EEP y la adaptación peruana de la escala de estrés traumático. Se encontraron niveles promedio y altos de CVRS. La condición de migración, el tipo de tratamiento y el estrés traumático explican el 30% de la variabilidad del componente físico; mientras que, el estrés traumático, el estrés percibido y el estilo orientado a la emoción, explican el 43% de la variabilidad del componente mental. Llegando a la conclusión que la enfermedad en sí misma no produce un impacto devastador en la CVRS de las mujeres con cáncer de mama, sino que son algunas condiciones médicas, sociales, culturales, familiares y personales que lo acompañan, las que facilitan un adecuado ajuste a la enfermedad y, por lo tanto, repercuten en la CVRS de las pacientes.

Espinoza et al. (2017) en su investigación “Relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de cuello uterino en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. Es un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional, observacional, prospectivo y transversal; con una muestra de 278 pacientes de consulta

externa; donde se utilizó la Escala de efectividad de la Funcionalidad Familiar de Marie-Luise Friedman y Escala de Adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas basada en comportamientos explícitos de Nava (2006). Conclusión: se encontró que cuando hay un alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar tenían un buen control y seguimiento de las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos; así mismo en sus conductas efectivas en el cuidado de su salud a largo plazo, de igual manera en lo que hacen en beneficio de su salud.

3. Marco conceptual

3.1. Afrontamiento ante el estrés

3.1.1. Definiciones de afrontamiento ante el estrés.

Según Halstead et al. (1993) el afrontamiento ante el estrés es un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a controlar las demandas externas e internas generadas por el estrés.

Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como voluntades cognitivas y conductuales que se desenvuelven para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como exorbitantes o exuberantes de los recursos del individuo.

Gonzales (2004) menciona que el afrontamiento es una actividad cognitiva y motora que un individuo utiliza para preservar su integridad física y psíquica frente a las demandas externas e internas que puede ser adaptativas o desadaptativas en la medida en que se adecue o no a la situación del paciente.

Cassaretto et al., (2003) refiere que el afrontamiento regula la perturbación emocional y efectiva, para prevenir afectar la salud de manera negativa, aumentando el riesgo de mortalidad y morbilidad.

3.1.2. Tipos de afrontamiento ante el estrés.

Lazarus y Folkman (1984) distinguen dos tipos -que son dos funciones- de afrontamiento:

- Dirigido al problema objetivo. - A la demanda, a la tarea, afrontamiento que trata de solucionar el problema, de realizar la acción requerida.
- Dirigido a la propia emoción del sujeto. - Ante la situación estresante, para modificar el modo de vivir la situación y eso aun en el caso de no poder hacer nada por cambiar esta situación.

La nueva consideración cognitiva y valorativa puede servir a una u otra función y es instrumental, en ella el afrontamiento está dirigida hacia la emoción, tanto como el orientado al problema. Los dos tipos o formas de afrontamiento suelen estar presentes en una misma situación interactiva sujeto-ambiente y ambas formas pueden facilitarse o interferirse entre sí.

3.1.3. Dimensiones.

Folkam, Lazarus et al. (1986) menciona ocho dimensiones para afrontar las situaciones de estrés:

- Confrontación: Son las actuaciones, esfuerzos agresivos para modificar la situación.
- Distanciamiento: Son los esfuerzos para alejarse u olvidar el problema.
- Autocontrol: Son aquellas energías que ayudan a regular sus propios sentimientos y acciones.
- Búsqueda de apoyo social: se busca comprensión, apoyo, consejos e información para fortalecer su estrategias de afronte.
- Aceptación de la responsabilidad: el individuo reconoce y se esfuerza por solucionar el conflicto.
- Huida- evitación: conductas dirigidas a evadir la situación, como dejar de dormir, comer, beber, etc.
- Planificación: Esfuerzos dirigidos a cambiar la situación, acercándose de forma analítica a la solución del problema.

- Revaluación positiva. Esfuerzos para buscar un significado positivo a la situación, centrándose en el desarrollo personal.

3.1.4. Modelos teóricos.

Según Dahab et al. (2010) destacan el modelo cognitivo-transaccional o modelo interactivo del estrés:

3.1.4.1. Modelo interactivo del estrés de Lazarus y Folkman.

Este modelo fue planteado en la década de los 70, siendo destacado como un modelo que propone una definición del estrés centrada en la interacción entre la persona y su medio ambiente. Además, postula un proceso de evaluación del organismo, que se dirige paralelamente en dos direcciones: una hacia el ambiente y otra hacia los propios recursos.

Así mismo el estrés tendría lugar en vida la persona, cuando esta percibe a sus recursos como escasos e insuficientes al hacer frente a las demandas de su entorno. Por lo tanto, define al estrés como un concepto dinámico que vendría a ser el resultado de las discrepancias percibidas ante el medio y los recursos que tiene la persona para afrontarlas.

Aquellos elementos que intervienen en el proceso del estrés son: Los estímulos (acontecimientos externos, eventos cotidianos, físicos, psicológicos y sociales), las respuestas (reacciones subjetivas, cognitivas, comportamentales adecuadas e inadecuadas), los mediadores (se trata de la evaluación de los estímulos como amenazantes y de los recursos del afrontamiento como insuficientes; esto es la clave del modelo) y Los moduladores (son los factores diversos que pueden aumentar o atenuar el proceso del estrés, pero no lo provocan o lo impiden).

3.1.4.2. Modelo del estrés de Hans Selye.

Se basa en dos teorías previas:

- a. La teoría de Bernard (1956): El organismo tiende a mantenerse en conexión con su medio externo.

b. La teoría de Cannon (1932): sobre la homeostasis, es decir la habilidad que posee el organismo para mantener estabilidad y adecuado equilibrio interno.

La idea fundamental que sostiene Selye es la que se refiere al concepto de "Inespecificidad", donde el agente desencadenador del estrés (estresor) es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo.

Por tanto, teóricamente: "cualquier estímulo puede ser estresor siempre que provoque en el organismo la respuesta inespecífica de necesidad de reajuste o estrés". Selye sostiene que esta respuesta implica una activación del eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal y del S.N. Autónomo.

Tal activación si persiste, produce un síndrome de estrés característico y definido por:

- Híper desarrollo de la corteza suprarrenal.
- Involución del timo.
- Desarrollo de úlceras estomacales.

Si un estresor produce un nivel de estrés que supera el nivel normal de resistencia de un organismo determinado, su exposición continuada induce una serie de cambios inespecíficos a través del tiempo, es lo que se llama Síndrome General de Adaptación (SGA) y posee tres fases:

Fase 1: Reacción de alarma.

Es la suma de todos los fenómenos no específicos producidos por la exposición repentina del estresor a la que el organismo no estaba adaptado cualitativa o cuantitativamente. Dentro de esta fase hay dos más:

- a. Choque o shock: es una perturbación intensa, de aparición rápida y general.
- b. Contra-shock: se caracteriza por fenómenos de defensa contra el shock.

Fase 2: Resistencia.

Representa la suma de todas las reacciones sistemáticas no específicas producidas por la exposición prolongada al estímulo, al que se ha adaptado el organismo. Muchos de los cambios biológicos producidos en la primera fase desaparecen o se invierten en esta segunda fase. Se produce una resistencia (adaptación) aumentada al agente estresor a costa de una menor resistencia a otros estímulos.

Fase 3: Agotamiento.

Ocurre cuando desaparece la adaptación de la segunda fase. Conforme se desarrolla el periodo de agotamiento reaparecen muchas lesiones características de la reacción de alarma. La llegada de esta fase puede significar la muerte del organismo.

3.1.4.3. Modelo de Estrés-Afrontamiento Cox y Mackay.

Según Rodríguez (2014) Este modelo propone la forma de afrontar una determinada situación estresante, la cual viene determinada por múltiples factores, ya que cada persona contará con más o menos recursos, de los cuales unos serán más efectivos que otros en función de la situación concreta. Los recursos de afrontamiento se clasifican en:

- Recursos físicos/biológicos: incluyen todos aquellos elementos físicos de la propia persona que contribuyen a un afrontamiento más adecuado: su salud física, su energía, fuerza, resistencia, así como su entorno físico (clima, condiciones de la vivienda).
- Recursos psicológicos/psicosociales: todas aquellas cualidades psíquicas y destrezas que pueden ser importantes en el afrontamiento de una situación estresante, como la capacidad intelectual, autoestima, sentido de control, creencias, capacidad de solución de problemas, autocontrol, etc.
- Recursos culturales: todos aquellos recursos relacionados con los valores y atribuciones causales reconocidos por la cultura y sociedad de la que el sujeto forma parte: normas, símbolos, prejuicios, creencias, costumbres.

- Recursos sociales: se incluye aquí el apoyo social, recurso crucial para hacer frente a los estresores. Por lo tanto, dependiendo de los recursos de los que disponga el individuo, la respuesta de afrontamiento desplegada variará significativamente.

3.2. Funcionalidad familiar

3.2.1. Definiciones de funcionalidad familiar.

Polaino, Lorente y Martínez (citado por Camacho et al., 2009) menciona que es la capacidad de la familia para enfrentar y valorar las crisis, que se producen en la cohesión familiar, adaptabilidad y comunicación familiar.

Para Musitu et al. (2001) el funcionamiento familiar es un conjunto de caracteres que determinan a la familia como sistema y que revelan los métodos encontrados como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta.

3.2.2. Características.

Según Gallego (2012) las características de la funcionalidad familiar son las siguientes:

3.2.2.1. Comunicación.

Agudelo (2005) menciona que existen formas para expresar los sentimientos, pensamiento, creencias e ideas, ya sea de manera verbal (diálogos positivos o negativos), por otro lado la forma no verbal es uno de las formas de comunicar más frecuentes a través de los gestos, posturas entre otros, estos también pueden expresar agrado o desagrado durante la interacción familiar.

3.2.2.2. *Afecto.* El sentirse amado, respetado, reconocido por el grupo familiar, brinda una satisfacción personal mejorando así la dinámica familiar y fortaleciendo los lazos entre integrantes del hogar (Bowlby, 1990).

3.2.2.3. *Autoridad.* Ariza y De Oliveira (1999) afirma que la autoridad familiar esta basa en dos ejes importantes en su organización, según el género y las generaciones, desde éstos se estipula la subordinación de la mujer al varón y de los hijos a los padres.

3.2.2.4. *Roles.* López (1984) hace referencia a los comportamientos, sentimientos y actitudes que se consideran propios del hombre o de la mujer, basando en la cultura y creencias familiares.

3.2.3. *Dimensiones.*

Según el modelo circumplejo de Olson (citado por Sotil y Quintana, 2003 y Condori, 2002), plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: Cohesión, adaptabilidad y comunicación.

3.2.3.1. *Cohesión.*

Es la interacción y conexión que existe entre los miembros de una familia, para el cual se consigue medir y diagnosticar mediante el vínculo emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, el interés y las recreaciones.

3.2.3.2. *Adaptabilidad familiar.*

Es la capacidad de un sistema familiar para cambiar la estructura de roles, reglas y poder en respuesta a un estímulo como el estrés situacional para mejorar el desarrollo familiar, consiguiendo ser más asertivos, con autocontrol, disciplina, para llegar a la negociación mejorando así los roles y las reglas de las relaciones.

3.2.3.3. *Comunicación familiar.*

Tiene que ver con la capacidad del sistema familiar para ser flexible y preparado de cambiar, su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son el poder en la familia (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones.

3.2.4. Modelos teóricos.

La Familia posee una estructura organizativa compuesta por subsistemas, entre los que existen unos límites más o menos claros y una jerarquía que rige la vida familiar y la delegación de roles y funciones. (Minuchin, 2015).

Dentro de esa estructura tienen lugar a una serie de procesos, regidos por diferentes estilos comunicacionales, asociados a la vida emocional e instrumental de la familia y que determinan el grado de rigidez o flexibilidad del sistema.

3.2.4.1. Modelo Circumplejo propuesto por Olson.

Según Ferrer et al. (2013) el modelo Circumplejo de Olson es de gran utilidad para estudiar la familia y su adaptación a través del ciclo vital. Según este modelo la familia se estudia a través de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. La cohesión hace referencia a la ligazón emocional que existe entre sus miembros. La adaptabilidad es definida como la capacidad del sistema de cambiar su estructura de poder, roles y reglas ante los cambios y crisis situacionales o evolutivos.

Cada familia posee cierto grado de autonomía frente a su medio, y su adaptabilidad está orientada hacia el modelo interno del mundo que le es propio. En consecuencia, puede considerarse que la conducta disfuncional es una perturbación de los procesos de desarrollo, mediante los cuales un sistema normal es capaz de modificar su ambiente y éste, al manifestarse una tendencia a la rigidez en el mapa del propio mundo de la familia, así como también en el bloqueo de la co-evolución e individuación necesarias. En estas circunstancias, la tarea de la terapia consiste en eliminar esos obstáculos para el desarrollo; esto sólo puede producirse alterando la relación existente entre la representación simbólica de la cosmovisión propia de la familia y su conducta reguladora. Mientras una determinada cosmovisión sea confirmada en todas las actividades de la familia o sistema, no hay razones para que éste modifique su estructura. (Cavani, 2017).

3.2.4.2. *Modelo estructural del funcionamiento familiar de Salvador Minuchin.*

Según Sánchez (2000, p15) fue próspero en la década de 1970-1979 por Salvador Minuchin, debido a que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían, debido a los problemas familiares, estos jóvenes usualmente pertenecían a familias inmigrantes con limitaciones en el lenguaje. Al observar la necesidad de intervenciones terapéuticas concretas y con acciones orientadas, en lugar de abstractas y verbales, Minuchin junto con Braulio Montalvo modificaron las técnicas ya existentes tomando una nueva alternativa a la que denominaron “más acción menos habla” y emplearon técnicas de acción, técnicas de Rol-playing, técnicas basadas en acciones para la casa o domicilio, así como otras completamente innovadoras, que tuvieron como utilidad el diagnóstico y el tratamiento. La figura central de este modelo es la estructura, la cual ha sido definida por Minuchin como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia, es decir, que el sistema familiar se expresará a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma. A diferencia de otros modelos, ésta perspectiva sistémica, incluyó el contexto y la atribución de responsabilidad compartida entre los miembros de la familia, hay in interés por encontrar como todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma.

3.2.4.3. *Modelo teórico del funcionamiento familiar Mc Master de Epstein, Baldwin y Bishop*

Según Segarra (2017) El modelo teórico del funcionamiento familiar Mc Master, fue desarrollado en el año 1983 por Epstein, Baldwin y Bishop en la universidad Mc Master en Ontario- Canadá. Este modelo teórico considera a la familia como un sistema y un factor importante, para determinar la salud emocional de los miembros de la familia ante situaciones críticas; además, considera a la familia como un sistema interaccional, cuya

estructura, organización y patrón transaccional determinan y modelan la conducta de sus miembros. Cuyas dimensiones son las siguientes:

- Solución de problemas o adaptación: capacidad para resolver problemas y adaptarse a una situación de estrés y crisis que cause una inestabilidad en interacción familiar.
- Comunicación: intercambio de información dentro de la familia mediante cuatro estilos: clara y directa; clara e indirecta; encubierta o directa; encubierta e indirecta.
- Funcionamiento de roles o participación: es la implicación de los miembros familiares en los roles familiares, toma de decisiones y las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- Compromiso afectivo y gradiente de recursos personales: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los miembros de la familia, gracias al interés, apoyo y asesoramiento mutuo que se da entre ellos.
- Afecto o respuesta afectiva: es la relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia.
- Control conductual: son pautas que usan las familias para afrontar: conductas rígidas o de control, conductas flexibles de control, conductas laissez- faire o sin pautas estables y conductas caóticas de control.

3.3. Marco teórico referente a la población de estudio

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2017), el interior de la mama se compone de una serie de glándulas mamarias de mayor y menor tamaño, conectadas entre sí por unos conductos finos (galactóforos) que presentan la apariencia de ramilletes.

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva, las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, allí pueden adherirse a los tejidos y crecer

formando metástasis. El cáncer de mama puede aparecer en mujeres y hombres; sin embargo, más del 99% de los casos se da en las mujeres.

Así mismo el National Cancer Institute (NCI, 2013) define al cáncer de mama como un proceso oncológico en el que células sanas de la glándula mamaria degeneran y se transforman en tumorales, proliferando y multiplicándose posteriormente hasta constituir el tumor.

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, no cancerosos, y son debidos a formaciones fibroquísticas. El quiste es como una bolsa llena de líquido y la fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo, la fibrosis no aumenta el riesgo de desarrollar un tumor y no requiere de un tratamiento especial. Los quistes, si son grandes pueden resultar dolorosos, la eliminación del líquido con una punción suele hacer desaparecer el dolor. La presencia de uno o más quistes no favorece la aparición de tumores malignos.

Los tumores benignos están relacionados en su mayoría con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación, pero no se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

3.3.1. *Desarrollo del cáncer de mama.*

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos esto es de acuerdo a la parte de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio. En algunas ocasiones los tumores se localizan o se extienden, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, dando lugar a la metástasis.

El estadio o etapa del cáncer de mama nos indica el grado de extensión del mismo.

- **Estadio 0:** Las células cancerosas no presentan carácter invasivo y están localizadas únicamente en el interior de los conductos mamarios: el tumor es un cáncer in situ.

- Estadio 1: El cáncer se concreta en un nódulo (bulto) inferior a los 2 cm de diámetro y habitualmente no se extiende aún a otros tejidos fuera de la mama.
- Estadio 2: Hay dos posibilidades:
 - El tumor sigue siendo inferior a 2 cm, pero se extiende a los ganglios de la axila.
 - El nódulo ha crecido, sin sobrepasar los 5 cm, con un 50% de probabilidades de haberse extendido a los ganglios axilares.
- Estadio 3: También hay dos posibilidades:
 - El nódulo no ha alcanzado aún los 5 cm, pero se ha extendido ya a las axilas.
 - El tumor se extiende por los tejidos cercanos a la glándula mamaria.
- Estadio 4: Es cuando las células cancerosas se han extendido a otros tejidos y órganos del cuerpo, proliferando también en alguno de ellos. Este proceso se conoce con el nombre de metástasis.
 - *Sistema de estadificación TGM:* El TGM (tumor, ganglios, metástasis) es un sistema alternativo que ayudará a determinar la estadificación del cáncer, lo cual es utilizado por los patólogos para asignarle un estadio a la enfermedad y el tipo de tratamiento a realizarse.

3.3.2. Factores de riesgo del cáncer de mama.

Según la American Cancer Society (2017), menciona algunos factores de riesgo que intervienen en la aparición del cáncer de mama relacionados con el estilo de vida:

- a) El consumo de bebidas alcohólicas: Está claramente asociado a un aumento en el riesgo de padecer cáncer de mama.
- b) Sobrepeso u obesidad: El sobrepeso o la obesidad, después de la menopausia aumentan el riesgo de cáncer de mama.
- c) La falta de actividad física: Para reducir su riesgo de cáncer de seno, la Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda que los adultos hagan al menos 150 minutos de

actividad física de intensidad moderada o 75 minutos de intensidad vigorosa por semana (o una combinación de ambas), preferiblemente distribuidos durante la semana.

d) Tener hijos después de los treinta años: Las mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen en general un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama.

e) Control de la natalidad: El uso constante de anticonceptivos y la terapia hormonal, después de la menopausia, también incrementan este riesgo.

f) No haber dado de lactar a sus hijos: Ya que la lactancia disminuye el riesgo de desarrollar el cáncer de mama.

3.3.3. *Tratamientos del cáncer.*

Según la American Cancer Society (2017), hay varias maneras de tratar el cáncer de mama, dependiendo de su tipo y etapa:

Tratamientos locales.

Algunos tratamientos se llaman terapias locales, lo que significa que tratan el tumor sin afectar al resto del cuerpo. Algunos tipos de terapia local utilizados para el cáncer de mama son:

- Cirugía
- Radioterapia

Estos tratamientos tienen más probabilidades de ser útiles para los cánceres en etapas más tempranas (menos avanzadas), aunque también se pueden utilizar en otras situaciones.

Tratamientos Sistémicos

El cáncer de mama se puede tratar con medicamentos que pueden administrarse por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. Estas son terapias sistémicas porque pueden alcanzar las células cancerosas en cualquier parte del cuerpo. Dependiendo del tipo de cáncer de mama, pueden utilizarse diferentes tipos de medicamentos, incluyendo:

- Quimioterapia
- Terapia hormonal
- Terapia dirigida

Muchas mujeres recibirán más de un tipo de tratamiento para el cáncer de mama, esto dependerá del diagnóstico y el nivel de estadio en el que se encuentre.

4. Definición de términos

- **Dietilestilbestrol (DES):** Forma sintética de la hormona estrógeno que se recetó a las mujeres embarazadas entre 1940 y 1971 porque se pensaba que prevenía los abortos espontáneos. También se ha relacionado con un aumento del riesgo de contraer un carcinoma de células claras de la vagina o el cuello uterino en las hijas expuestas al dietilestilbestrol antes del nacimiento (Tamblay y Bañados, 2004).
- **Estrés:** Para Pérez y Merino (2012) la palabra estrés, proviene del término inglés stress y está asociado al estado que se produce a partir de hechos que generan agobio o angustia en la persona.
- **Nódulo:** Según el National Cancer Institute, 2013 Protuberancia sólida que se puede palpar.
- **Patología mamaria:** Trastornos mamarios clínicamente significativos se presentan como nódulos en la mama (Tamblay y Bañados, 2004).
- **Percepción:** Según Pérez y Gardey (2012) es una acción y consecuencia de percibir, es decir la capacidad para captar estímulos externos recibidos por los sentidos para comprender y conocer algo.
- **Proliferación:** Aumento de la cantidad de células en un tejido mediante la división por mitosis de las células en dos unidades con idéntico contenido genético y propiedades. La proliferación suele estar en relación inversa con la

diferenciación de las células. Cuanto más diferenciadas son, menor es la tasa de proliferación y viceversa (Tamblay y Bañados, 2004).

- **Sarcoma:** Tumor maligno que afecta al tejido conjuntivo. Según la estructura a la que afecte se clasifican en: osteosarcomas (hueso), condrosarcomas (tendones, cartílagos), liposarcomas (grasa), angiosarcomas (vasos sanguíneos) (OMS, 2017).
- **Tumor:** Masa o bulto producido por crecimiento excesivo de células. Puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). También se denomina neoplasia (INEN, 2017).
- **Tumor Benigno:** Masa de células semejantes a las normales, que permanecen en su localización primaria y no produce metástasis (INEN, 2017).
- **Tumor Maligno:** Masa de células con crecimiento descontrolado que tiene capacidad de invasión o infiltración local y de provocar de metástasis a lugares distantes del tumor primario (INEN, 2017).

5. Hipótesis de la investigación

5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre afrontamiento ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.

5.2. Hipótesis específica

- Existe relación significativa entre afrontamiento positivo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.

- Existe relación significativa entre afrontamiento no definido ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.
- Existe relación significativa entre afrontamiento negativo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Método de la investigación

El estudio es de enfoque cuantitativo, porque se hace uso del proceso estadístico, de alcance correlacional porque busca relacionar dos variables, es de tipo no experimental, ya que no se manipulan las variables. Asimismo, de corte transversal, se hizo en único y determinado tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

2. Variables de la investigación

2.1. Identificación de las variables

Según Lázarus y Folkman (citados por Felipe y león, 2010) mencionan que: “El afrontamiento ante el estrés es una manifestación de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas y/o externas; esto se da, cuando estas demandas son calificadas como excedentes o desbordantes ante los recursos con los que cuenta la persona para afrontarlas” (p. 163).

2.1.1. *Afrontamiento ante el estrés.*

Según Lázarus y Folkman (citados por Felipe y león, 2010) mencionan que: “El afrontamiento ante el estrés es una manifestación de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas y/o externas; esto se da, cuando estas demandas son calificadas como excedentes o desbordantes ante los recursos con los que cuenta la persona para afrontarlas” (p. 163).

2.1.2. *Funcionalidad familiar.*

Según Smilkstein (citado por Moreno et al., 2014), refiere que la funcionalidad familiar es aquella donde la familia, promueve el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable, donde cada uno de ellos manifieste una satisfacción con el cumplimiento de los criterios básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.

2.2. Operacionalización de las variables

2.2.1. *Afrontamiento ante el estrés.*

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable afrontamiento ante el estrés

Definición Operacional	Dimensiones	Ítems	Categoría de Respuesta
La variable de afrontamiento ante el estrés, se mide a través del instrumento CAEPO.	Enfrentamiento y lucha activa (ELA)	9 ítems (1,2,13,16,17,21,24, 31,39)	
	Autocontrol y control emocional (ACE)	7 ítems (3,7,12,19,25,28,40)	
El estilo de afrontamiento se establece al sustraer las puntuaciones decatipo de dos subtotaes: - Las respuestas de los 20 ítems de los sub totales positivos (escalas 1 a 3). - Las respuestas de los 20 ítems de los sub totales negativos (escalas 4 a 7).	Búsqueda de apoyo social (BAS)	4 ítems (5,10,15,33)	0 = nunca
	Ansiedad y preocupación ansiosa (APA)	6 ítems (4,6,14,22,26,32)	1 = algunas veces
	Pasividad y resignación pasiva (PRP)	5 ítems (11,23,34,35,37)	2 = muchas veces
	Huida y distanciamiento (HD)	6 ítems (8,9,18,29,30,38)	3 = casi siempre
	Negación (N)	3 ítems (20,27,36)	

2.2.2. *Funcionalidad familiar.*

Tabla 2

Matriz de operacionalización de Percepción de la funcionalidad familiar

Definición Operacional	Dimensiones	Ítems	Categoría de Respuesta
La variable funcionamiento familiar se mide a través de la Escala APGAR Familiar- Adultos. Donde, la puntuación se obtiene de los ítems correspondientes a la suma de sus dimensiones, que luego son divididos por el número de ítems contestados y se clasifican de la siguiente manera: - funcionalidad normal: 17-20 puntos. - disfunción leve: 16-13 puntos. - disfunción moderada: 12-10 puntos. - disfunción severa: - menor o igual a 9	1. Adaptación	1	0=Nunca
	2. Participación	2	1= Casi nunca
	3. Gradiente de recurso personal (Crecimiento)	3	2= Algunas veces
	4. Afecto	4	3=Casi siempre
	5. Recursos	5,6 y 7	4=Siempre

3. Delimitación geográfica y temporal

El estudio se realizó en pacientes mujeres aseguradas que se atienden en el Servicio de Mastología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, ubicado en la Avenida Grau N° 800, del distrito de La Victoria, provincia y departamento de Lima. La investigación tuvo una extensión de abril del 2018 a enero del 2019.

4. Participantes

4.1. Característica de los participantes.

En la investigación participaron 102 pacientes mujeres entre los 18 y 80 años, que se atienden en el Servicio de Mastología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

EsSalud-Lima, en el periodo comprendido entre noviembre del 2018 a enero del 2019. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, consiste en elegir a todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección durante el periodo de elección fijado para el estudio.

4.2. Criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1. Criterio de inclusión.

- Mujeres entre los 18 y 80 años que se atienden en Servicio de Mastología.
- Mujeres entre los 18 y 80 años con patología mamaria maligna que han sido intervenidas quirúrgicamente, con cirugía radical de una o dos mamas.
- Mujeres entre los 18 y 80 años con patología mamaria maligna que acepten participar del estudio.
- Mujeres entre los 18 y 80 años con patología mamaria benigna en una o ambas mamas.

4.2.2. Criterio de exclusión.

- Hombres con cáncer de mama con patología mamaria benigna y/o maligna o tumores en partes blandas.
- Mujeres entre los 18 y 80 años con comorbilidad severa o que se encuentren en el estadio 4 de malignidad del cáncer de mama.
- Mujeres entre los 18 y 80 años con cáncer de mama, con patología psiquiátrica.

5. Instrumentos y ficha sociodemográfica

5.1. Instrumentos de investigación

En la presente investigación se procedió a la recolección de datos mediante el uso de una ficha sociodemográfica que incluyó el genograma familiar, seguidamente se procedió a

aplicar a las pacientes el Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos CAEPO y el APGAR familiar para adultos.

5.1.1. Cuestionario de afrontamiento ante el estrés para pacientes oncológicos CAEPO.

El cuestionario de afrontamiento ante el estrés para pacientes oncológicos CAEPO, fue diseñado por María Teresa González Martínez en Madrid- España en el año 2004. El instrumento cuenta con 7 escalas y 40 ítems de las cuales 20 ítems pertenecen a las escalas positivas y los 20 restantes a las escalas negativas.

Los valores de la saturación factorial se encuentra entre 0,65 y 0,87 por lo que son muy satisfactorias, asimismo la fiabilidad se ha calculado mediante el coeficiente de consistencia interna, coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach en las 7 escalas. A continuación, se mencionará la fiabilidad de cada escala del CAEPO:

- Escala de enfrentamiento y lucha activa, consta de 9 ítems con fiabilidad 0,916
- Escala de autocontrol y control emocional, consta de 7 ítems con fiabilidad 0,900
- Escala de búsqueda de apoyo social, consta de 4 ítems con fiabilidad 0,889
- Escala de ansiedad y preocupación ansiosa, consta de 6 ítems con fiabilidad 0,912
- Escala de pasividad y resignación pasiva, consta de 5 ítems con fiabilidad 0,883
- Escala de huida o distanciamiento, consta de 6 ítems con fiabilidad 0,905
- Escala de negación, consta de 3 ítems con fiabilidad 0,784

Está conformada por 40 ítems divididos en 7 escalas las cuales son: enfrentamiento y lucha activa (ELA) (1,2,13,16,17,21,24,31,39); autocontrol y control emocional (ACE) (3,7,12,19,25,28,40); búsqueda de apoyo social (BAS) (5,10,15,33); ansiedad y preocupación ansiosa (APA) (4,6,14,22,26,32); pasividad y resignación pasiva (PRP) (11,23,34,35,37); huida y distanciamiento (HD) (8,9,18,29,30,38); negación (N) (20,27,36).

Este instrumento, presenta 4 tipos de respuestas (nunca=0 significa que no coincide en nada; algunas veces=1 si la coincidencia se da en alguna medida; muchas veces=2 si coincide bastante; casi siempre=3 si coincide en gran manera; y la interpretación de los resultados es de acuerdo a los tipos de afrontamiento(positivo, preferentemente positivo, no definido, preferentemente negativo y negativo) La aplicación es de forma colectiva o individual, el tiempo de aplicación consta de 25 minutos aproximadamente.

Para la adaptación en el Perú, Mamani (2008) administró el instrumento en una muestra de 299 pacientes con cáncer de mama, todas mujeres del servicio de Oncología Ginecología y Mamaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú. El método de muestreo fue de tipo no probabilístico, quedando la muestra conformada por 130 pacientes, cuyas edades fluctuaban entre 30 a 83 años, donde los resultados fueron la Ji cuadrada de independencia ($P = 0,980 > \alpha = 0,05$) no estadísticamente significativa. En la presente investigación, al analizar la correlación de R de Pearson de la variable afrontamiento ante el estrés con el tipo de respuesta, se llega a la conclusión de una correlación altamente significativa con el tipo de respuesta negativo ($0,01 < .812$) y significativo con el tipo de respuesta positivo ($0,05 < -.197$). Finalmente, la fiabilidad de constructo se estableció mediante el Alpha de Cronbach ($0,01 < .846$).

5.1.2. APGAR familiar-adultos.

El APGAR familiar fue diseñado por el Dr. Gabriel Smilkstein en Washinton- Estados Unidos en el año de 1978, el APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de las familias consideradas las más importantes por el autor: Adaptación (1 ítem= pregunta n°1), Participación (1 ítem= pregunta n°2), Gradiente de recurso personal (1 ítem= pregunta n°3), Afecto (1 ítem= pregunta n°4), y Recursos (3 ítems= preguntas n°5,6 y 7), cuyas características son las siguientes:

Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (*Pless-Satterwhite Family Function Index*) y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos.

Este instrumento presenta 4 tipos de respuestas, para cada pregunta se debe marcar solo una x, debe ser aplicado y respondido de forma personal. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3. casi siempre, 4: siempre; la Interpretación del puntaje es (funcionalidad normal: 17-20 puntos; disfunción leve: 16-13 puntos; disfunción moderada: 12-10 puntos; disfunción severa: menor o igual a 9) el tiempo de aplicación de la prueba es de 10 minutos aproximadamente.

Para la adaptación en el Perú, Castilla et al. (2014) Administró el instrumento en una muestra de 256 estudiantes varones de 11 a 18 años de edad de un colegio nacional de Lima, donde los resultados fueron un alfa de Cronbach de .788 para valorar la percepción del funcionamiento familiar, así mismo el análisis de correlación ítem-test encontró asociaciones altamente significativas ($p < .001$) para cada uno de los reactivos, indicando que los reactivos evalúan indicadores de un mismo constructo. En la presente investigación, la correlación del con los ítems es altamente significativa ($p < .001$), así mismo la consistencia global del cuestionario de funcionalidad familiar es de .872, considerado como indicador de una adecuada fiabilidad.

5.2. Ficha sociodemográfica

Según Martínez (2002) la ficha demográfica es un instrumento, también una herramienta que sirve para recolectar datos con la finalidad de ser utilizados en una investigación. Primero debemos tener claro qué tipo de investigación queremos realizar,

para entonces poder determinar si puede resultar útil aplicar un cuestionario. Esto debe permitir tomar decisiones sobre qué preguntas son necesarias y cuáles no, y sobre el estilo de redacción de las preguntas. Por ejemplo, no se puede utilizar el mismo lenguaje en un cuestionario dirigido a niños, que en uno dirigido a jóvenes, adultos o gente mayor.

6. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos empezó con la autorización de la institución; así mismo, se coordinó los meses y horarios comprendidos en un periodo de Noviembre del 2018 hasta Enero del 2019, con la jefa del Departamento de Mastología, para la aplicación de las pruebas; dado las coordinaciones previas, se inició la toma de recolección de datos, con la información dada por la licenciada enfermera de la sala de hospitalización del servicio de patología mamaria, acerca de la intervención quirúrgica de las pacientes. Luego, se procedió a la lectura de la historia clínica, para identificar el tipo de diagnóstico, intervención quirúrgica y tiempo de hospitalización; dando inicio, a la entrevista semiestructurada con el saludo y presentación, seguidamente se procedió a la recolección de los datos demográficos y la elaboración del genograma familiar, el conocimiento, la vivencia, el diagnóstico e inicio el padecimiento, así mismo del tratamiento de la enfermedad y las expectativas para afrontar el estrés. Así mismo, se procedió a aplicar el APGAR Familiar- adultos y el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos CAEPO en un tiempo de 45 minutos aproximadamente. En caso de que la paciente requiera un seguimiento, dado la situación emocional ante el afrontamiento de la enfermedad; esta, era derivada a consulta externa del departamento de psicología.

7. Procesamiento de análisis de datos

Los datos obtenidos han sido procesados en el programa estadístico IBM SPS Statistics 22, las puntuaciones obtenidas juntas con los datos procesadas, han sido consignadas y analizadas en una base de datos, considerándose: Para determinar la relación significativa de estas variables estudiadas se utilizó el análisis estadístico Chi^2 (X^2) de Pearson, así mismo, para el análisis descriptivo de las hipótesis se utilizó: frecuencias, correlaciones, tablas cruzadas, fiabilidad y validez de constructo.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. Análisis descriptivo

1.1.1. *Tipos de Afrontamiento ante el estrés.*

En la Tabla 3 se observa que el 92.2% de las mujeres evaluadas evidencian un afrontamiento de tipo positivo., lo cual favorece la adaptación para afrontar una determinada situación crítica; por su parte, el 6.9% no define su forma de afrontar el estrés, es decir no existe una predominancia definitiva de un estilo positivo o negativo. Sin embargo, sólo el 1% muestra estrategias negativas.

Tabla 3

Tipos de afrontamiento ante el estrés

Tipos de afrontamiento ante el estrés	n	%
Negativo	1	1.0 %
No definido	7	6.9 %
Positivo	94	92.2%

1.1.2. *Tipos de Afrontamiento ante el estrés y dimensiones según datos sociodemográficos.*

1.1.2.1. *Tipos de Afrontamiento ante el estrés según edad.*

En la Tabla 4 se visualiza, que el 94.8% de las mujeres que se encuentran en los rangos de edades de 18 a 40 años, expresan de manera positiva el afrontamiento ante el estrés; al igual, que las mujeres cuyas edades oscilan entre los 41 a 60 años obtienen n porcentaje de

90.9%; así mismo las mujeres de 61 a 80 años presentan un estilo de afrontamiento positivo que las ubica en un 92.3%. Este resultado indica, que la mayoría de las mujeres evaluadas, buscan soluciones adecuadas para mejorar la situación por la que están atravesando. No obstante, cabe mencionar también, que un 5.3% de las mujeres entre 18 a 40 años evidencian un afrontamiento no definido; al igual que el 9.1% de las mujeres de 41 a 60 años, lo cual también sucede con las que tienen 61 a 80 años donde la puntuación porcentual es de 5.1% y el 2.6% de las mismas, presenta un tipo de afrontamiento negativo.

Tabla 4

Tipos de Afrontamiento ante el estrés según edad.

Tipos de afrontamiento ante el estrés	18-40 años		41-60 años		61-80 años	
	n	%	n	%	n	%
Negativo	0	0.0 %	0	0.0 %	1	2.6 %
No definido	1	5.3 %	4	9.1 %	2	5.1 %
Positivo	18	94.8 %	40	90.9 %	36	92.3 %

1.1.2.2. Tipos de Afrontamiento ante el estrés según estado civil.

Referente a la Tabla 5, en consideración al estado civil de las evaluadas y el afrontamiento ante el estrés, sostenemos que el 94.1% de las mujeres solteras se caracterizan por afrontar de manera positiva la situación de crisis; cabe señalar que un porcentaje mínimo de ellas mismas de 5.9% no define su tipo de afrontamiento y no se da la presencia de afrontamiento negativo. Al analizar los resultados de las mujeres convivientes se aprecia que el 90% de ellas presenta herramientas adecuadas ante las crisis que se le puedan presentar, a pesar de ello existe un 10.0% que utiliza estilos no definidos ante una dificultad, aunque no se visualiza un afrontamiento negativo en ellas. Al observar los porcentajes de las casadas podemos darnos cuenta que el 91.3% de ellas maneja un estilo positivo, mientras que el 8.7% no define su estilo y ninguna de ellas afronta negativamente. Por su parte en el grupo de las divorciadas el 100.0% utilizan el afrontamiento de tipo positivo, es decir muestran adecuadas estrategias ante la adversidad, cabe resaltar que en este grupo no se da el afrontamiento no definido

ni el negativo. Por último, en el grupo de las viudas el 85.7% muestran estrategias positivas, además no existe la presencia de afrontamiento no definido, pero un 14.3% muestra desequilibrio y negatividad.

Tabla 5

Tipos de Afrontamiento ante el estrés según estado civil.

Tipos de afrontamiento ante el estrés	Soltera		Conviviente		Casada		Divorciada		Viuda	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativo	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0%	1	14.3%
No definido	1	5.9 %	2	10 %	4	8.7 %	0	0.0%	0	0.0 %
Positivo	16	94.1%	18	90 %	42	91.3 %	12	100%	6	85.7%

1.1.2.3. Tipos de Afrontamiento ante el estrés según intervención médica.

En la Tabla 6 se observa que el 100.0% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama e intervenidas con (M.P/m.d), (M.P/a.m) y (M.R/a.m), presentan un afrontamiento positivo y no se visualiza la presencia de afrontamiento no definido ni negativo. Por otro lado, las mujeres diagnosticadas e intervenidas con (M.P/m.i) presentan un porcentaje de 87.5% de afrontamiento positivo y se observa que un 12.5% de ellas no define su estilo de afrontamiento. Seguidamente, apreciamos que un 90.0% de las mujeres con (M.P/m.d) afrontan de manera positiva y un 10.0% de ellas no tiene definido su estilo de afrontamiento. Con respecto a las mujeres con (M.R/m.i) solo un 91.3% de ellas evidencia un estilo positivo, solo un 6.5% de ellas no define su afrontamiento y un 2.2% de ellas afronta de manera negativa.

Tabla 6

Tipos de Afrontamiento ante el estrés según estado diagnóstico médico.

Tipos de afrentamiento ante el estrés	Intervención médica											
	M.P/m.d		M.P/m.i		M.R/m.d		M.R/m.i		M.P/a.m		M.R/a.m	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%
No definido	0	0.0%	1	12.5%	3	10%	3	6.5%	0	0.0%	0	0.0%
Positivo	9	100%	7	87.5%	27	90%	40	91.3%	3	100%	8	100%

M.P= mastectomía parcial M.R=mastectomía radical m.d=mama
derecha m.i=mama izquierda a.m= ambas mamas

1.1.3. Nivel de Funcionalidad Familiar.

En la Tabla 7 se divisa que el 8.8% de las mujeres evaluadas presenta una funcionalidad familiar normal en la interacción familiar. Sin embargo, el 49.0% evidencia una disfunción familiar leve, así mismo, el 42.2% presenta una disfunción familiar moderada, lo que indica la presencia de una inadecuada capacidad para afrontar y superar las crisis familiares. No existe la presencia de funcionalidad severa.

Tabla 7

Nivel de Funcionalidad Familiar

Niveles de funcionalidad familiar	n	%
Disfunción familiar severa	0	0.0%
Disfunción familiar moderada	43	42.2%
Disfunción familiar leve	50	49.0%
Funcionalidad familiar normal	9	8.8%

1.1.4. Nivel de Funcionalidad Familiar según datos sociodemográficos.

1.1.4.1. Nivel de Funcionalidad Familiar según edad.

En la Tabla 8 se visualiza, que las mujeres evaluadas cuyas edades se ubican entre los 18 a 40 años obtienen un porcentaje de 0.0%, ello nos indica que ninguna de ellas tiene una adecuada funcionalidad familiar, a diferencia, de aquellas que sus edades se encuentran entre

los rangos de 41 a 60 años, las cuales obtienen un porcentaje de 11.4%; del mismo modo las mujeres entre 61 a 80 años, presentan un nivel de funcionalidad normal de 10.3% .Es decir que muestran una inadecuada capacidad para afrontar situaciones de crisis dentro de su familia. Sin embargo, el 42.1% de las evaluadas entre los 18 a 40 años, mantienen una disfunción familiar leve, del mismo modo las mujeres de 41 a 60 años el 45.5%, e ellas tratan de manejar sus estados emocionales negativos de forma adecuada; también como es el caso del 56.4% de las mujeres adultas mayores de 61 a 80 años. No obstante, un 57.9% de las mujeres entre 18 a 40 años evidencia una disfunción familiar moderada; al igual, el 43.2% de las mujeres de 41 a 60 años, esto también sucede con las que tienen entre 61 a 80 años donde la puntuación porcentual es de 33.3%. Cabe resaltar que no existe la presencia de un nivel de funcionalidad severa en ninguno de los grupos de edades.

Tabla 8

Nivel de Funcionalidad Familiar según edad.

Niveles de funcionalidad familiar	18-40 años		41-60 años		61-80 años	
	n	%	n	%	n	%
Disfunción familiar severa	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Disfunción familiar moderada	11	57.9%	19	43.2%	13	33.3%
Disfunción familiar leve	8	42.1%	20	45.5%	22	56.4%
Funcionalidad familiar normal	0	0.0%	5	11.4%	4	10.3%

1.1.4.2. Nivel de Funcionalidad Familiar según estado civil.

Al analizar la Tabla 9 podemos apreciar que el 55.0% de las mujeres con estado civil conviviente y el 47.1% de las mujeres solteras presentan disfunción familiar moderada. Sin embargo, el 58.3% de las mujeres divorciadas y el 52.2% de las mujeres casadas presentan disfunción familiar leve. Por último, el 14.3% de las mujeres viudas presenta un nivel de funcionalidad familiar normal.

Tabla 9

Nivel de Funcionalidad Familiar según estado civil.

Niveles de funcionalidad familiar	Soltera		Conviviente		Casada		Divorciada		Viuda	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Disfunción familiar severa	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Disfunción familiar moderada	8	47.1%	11	55%	18	39.1%	4	33.3%	2	28.6%
Disfunción familiar leve	8	47.1%	7	35%	24	52.2%	7	58.3%	4	57.1%
Funcionalidad familiar normal	1	5.9%	2	10%	4	8.7%	1	8.3%	1	14.3%

1.1.4.3. Nivel de Funcionalidad Familiar según intervención médica.

Con respecto a la Tabla 10, se aprecia que el 75.0% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama e intervenidas con (M.R/a.m) presentan una disfunción familiar moderada. Igualmente se observa que el 66.7% de las mujeres con (M.P/m.d) y el 62.5% de las mujeres con (M.P/m.i), presentan una disfunción familiar leve. Sin embargo, el 100.0% de las mujeres con (M.P/a.m) muestra tener una funcionalidad familiar normal. Además, no se visualiza ningún porcentaje en el nivel de funcionalidad severa.

Tabla 10

Nivel de Funcionalidad Familiar según intervención médica.

Niveles de funcionalidad familiar	Intervención médica											
	M.P/m.d		M.P/m.i		M.R/m.d		M.R/m.i		M.P/a.m		M.R/a.m	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Disfunción familiar severa	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Disfunción familiar moderada	3	33.3%	3	37.5%	10	33.3%	20	45.7%	0	0.0%	6	75%
Disfunción familiar leve	6	66.7%	5	62.5%	15	50.0%	21	47.8%	0	0.0%	2	25%
Funcionalidad familiar normal	0	0.0%	0	0.0%	5	16.7%	3	6.5%	3	100%	0	0.0%

M.P= mastectomía parcial derecha M.R=mastectomía radical m.d=mama izquierda
 m.i=mama izquierda a.m= ambas mamas

1.1.5. *Análisis de correlación de afrontamiento ante el estrés y funcionalidad familiar.*

Como se puede observar en la Tabla 11, el Chi cuadrado de Pearson (X^2) indica que no existe una correlación significativa entre el afrontamiento ante el estrés y la funcionalidad familiar al presentar un puntaje de (.765).

Tabla 11

Análisis de correlación de las variables mediante la Chi-cuadrada de Pearson (X^2).

	Funcionalidad familiar		
	Valor	G1	P
Afrontamiento ante el estrés	.842 ^a	4	.765

**la correlación no es significativa a un nivel de ,09

2. Discusión

Actualmente la incidencia del cáncer de mama es alta, entre otros tipos de cáncer, es así que llega a ser uno de las enfermedades más tratados dentro de nuestra sociedad; a nivel local, nacional e internacional, desde la prevención, diagnóstico y tratamiento. Según Acosta et al. (2017) el cáncer de mama es un acontecimiento estresante y amenazante hacia las facultades físicas y mentales de la mujer e influyentes en su ambiente social y familiar.

En ese sentido, la hipótesis general del presente estudio, plantea la existencia de la relación significativa entre afrontamiento ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en las pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. No encontrándose relación significativa entre las variables, estos resultados podrían deberse a la presencia de variables intervinientes, debido a que la familia, ante un diagnóstico como el cáncer sufre un desequilibrio en las interacciones y funcionalidad de los miembros; por ende, la el afrontamiento de la enfermedad está relacionada a factores internos que influyen en el afrontamiento a la enfermedad, esto puede

darse de manera positiva como: la resiliencia, el optimismo, la esperanza y la espiritualidad; los que permiten reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal, por el contrario, la forma negativa de afrontar la enfermedad es con depresión, ansiedad, baja autoestima, entre otros, causando deterioro y exacerbación de la enfermedad. (García y Gonzales, 2007; Montes y Romo, 2017). Resultados similares encontró Mamani (2008), en mujeres con cáncer de mama, referente a la relación de las dos variables en mención, afirma que en este tipo de pacientes evidentemente se va a producir cambios en su vida familiar y social. Además, menciona que el afrontamiento ante el estrés se da de acuerdo al significado subjetivo (gravedad, marginación, entre otros) y la realidad (dolor, secuelas físicas, emocionales y otras) que el paciente da a la su enfermedad.

En cuanto a la primera hipótesis específica, se halló que no existe una relación significativa entre afrontamiento positivo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama; debido a que cada paciente tiene formas de afrontar su enfermedad y percibir el apoyo social o familiar, evidenciando que estas mujeres en su mayoría presentan un afrontamiento positivo ante el estrés caracterizado por: la aceptación de la crisis, la capacidad para resolver problemas, el autocontrol, la lucha activa y la redefinición del significado del cáncer (Mamani, 2008; Montes y Romo, 2017). Sin embargo, la mitad de ellas percibe en su familia una disfunción familiar moderada con interacciones inadecuadas tales como: la falta de adaptación y cooperación de los familiares (padres, esposo, pareja e hijos) ante las situaciones de crisis al tener un miembro significativo con cáncer (Díaz y Yaringaño, 2010).

En relación a la segunda hipótesis, se encontró que no existe una relación significativa entre afrontamiento no definido ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, ya que las mujeres evaluadas presentan un porcentaje bajo de afrontamiento no definido ante el estrés, ya que cada individuo mantiene una peculiaridad al afrontar el estrés y la forma de

percibir la dinámica familiar (Mamani, 2008). Así mismo, Suarez y Alcalá, (2014) mencionan que en algunas familias se evidencian dificultades al tomar decisiones, al organizarse ante la situación de enfermedad, así mismo, al asignarse responsabilidades relacionadas al mantenimiento del hogar y al comunicarse entre ellos. Sin embargo, el paciente logra afrontar su enfermedad haciendo uso de factores internos positivos como la resiliencia, espiritualidad entre otros (Montes y Romo, 2017).

Por último, al analizar la tercera hipótesis se halló que no existe una relación significativa entre afrontamiento negativo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama. Según Mamani (2008) cada individuo hace uso de diferentes estrategias (positivas y negativas) para hacer frente al estrés, estas estrategias llegan a ser negativas e internas del individuo debido a que se centran en la frustración, ansiedad, depresión, dolor que les ocasiona la enfermedad, tomando en cuenta la gravedad y el tratamiento de esta. A pesar de que perciba una adecuada funcionalidad familiar, es decir, que la familia le muestra afecto, atención, apoyo constante, tratando de brindarle un hogar cálido.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Respecto a los resultados y datos obtenidos en la este estudio sobre el afrontamiento ante el estrés en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital Nacional Guillermo Almenara, se establece las siguientes conclusiones:

En cuanto al objetivo general, se encontró que el afrontamiento ante el estrés no se relaciona significativamente con la percepción de la funcionalidad familiar, en las pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud- Lima. es decir que, existen factores que intervienen favorablemente en el estilo de afrontamiento ante el estrés, por lo tanto, la capacidad de afrontamiento es independientemente a la funcionalidad familiar.

Así mismo, en cuanto al primer objetivo específico, se halló que no existe una relación significativa entre el afrontamiento positivo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, debido a que estas mujeres afrontan el estrés de manera positiva, pese a la percepción de una disfunción familiar moderada.

Respecto al segundo objetivo, se encontró que no existe una relación significativa entre afrontamiento no definido ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en las pacientes mujeres con cáncer de mama, ya que estas mujeres utilizan una visión optimista y a la vez una visión negativa, lo cual produce una inestabilidad emocional, percibiendo a su familia con una disfuncionalidad leve.

Para finalizar, en el tercer objetivo, se halló que no existe relación significativa entre afrontamiento negativo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en las mujeres con cáncer de mama, debido a que una paciente enfrenta de manera negativa al estrés producido por la enfermedad, aunque no identifique disfunción familiar en su hogar.

2. Recomendaciones

Respecto a los resultados encontrados en nuestro estudio, se sugiere lo siguiente:

- En relación a los resultados, se puede establecer programas de acompañamiento terapeuta-paciente; además, se recomienda también incluir al eje conyugal (esposo o pareja), al eje parento-filial (hijos) y a la familia de origen (padres, hermanos, etc.). Ya que las pacientes viven un proceso ante el diagnóstico de la enfermedad y la cirugía de la mama (negación, aceptación y duelo)
- Se recomienda aumentar la muestra de las pacientes oncológicas, con el fin de generalizar los resultados en futuras investigaciones.
- Considerar también otras variables de estudio tales como: la resiliencia, el optimismo, la esperanza, la espiritualidad, clima familiar, entre otras, en pacientes con cáncer de mama.

Referencias

- Acosta, E., López, C., Martínez, M. E. y Zapata, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Investigación psicológica*, México. Recuperado de: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1629>
- American Cancer Society. (2016) ¿Qué es el Cáncer de Seno? *Last Medical Review*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>.
- American Psychological Association (2013). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association. Recuperado de: <http://www.apa.org/search.aspx?query=ESTRÉS>.
- Ascencio, A. J. (2015). Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un Hospital estatal de Chiclayo 2013. (tesis de especialidad). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. Recuperado de: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/336>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía Consulta de los criterios diagnósticos del DSM5. Arlington, VA.
- Camacho, P. L. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en adolescentes. *Revista de Enfermería Herediana*, (6), 51-58. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamientofamili>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP*, XXI (2). Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6849>
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M. y Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la escala APGAR-familiar en

- adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-78. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>.
- Castillo, C. y Ledesma, E. (2012). "El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. Cuba". Recuperado de: www.eumed.net/rev/cccss/21/
- Cavani, G. (2017). Hacia una construcción sistémica de la familia . Art. de estudio del internado de psicología, Lima- Perú. Recuperado de: <https://terapiafamiliarsistemica.wordpress.com/>
- Condori, L. J. (2002) Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores de Lima Metropolitana. Lima- Perú 2002. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2733/Condori_il%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed
- Dahab, J. R., Rivadeneira, C. y Minici, A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 18 (1-6). Recuperado de: <http://cognitivoconductual.org/content.php?a=68>
- Diaz A. y Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3737>
- Ed. Nuevo Tiempo (2013). "Familia Feliz". Lima, Perú. Recuperado de: http://www.hayundios.com/doc/hogar_feliz.pdf
- Espinoza, L. A., Luna, L. E. y Pérez, M. (2017). Relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de cuello uterino en una institución de salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/719>.

- Felipe, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 245-257. Obtenido de: <https://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estr-ES.p>
- Ferrer, P., Miscán, A., Pino, M. y Pérez, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Rev enferm Herediana*. Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1984/1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estr-ES.pdf>
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), 326-345. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN>
- García, C. y Gonzalez, M. (2007). Bienestar psicologico y cancer de mama. Avances en latinoamerica. Colombia. Recupeardo de: [file:///C:/User/Downloads/Dialnet-BienestarPsicologicoYCancerDeMama-2542695%20\(1\).pdf](file:///C:/User/Downloads/Dialnet-BienestarPsicologicoYCancerDeMama-2542695%20(1).pdf)
- Gómez, H., Lewis, S., Torres, L. y López, L. (2009). El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad y carga de la enfermedad. Mexico. Recuperado de: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/E1%20cancer%20de%20mama%20en%20America%20Latina.pdf>
- Gonzales, M. T. (2004). *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos CAEPO*. Madrid, España. Doi:[file:///C:/Users/gino/Downloads/54436-104610-4-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/gino/Downloads/54436-104610-4-PB%20(4).pdf)

- Halsted, M., Bennet, S. y Cunningham, W. (1993). Measuring Coping in Adolescents: An Application of the ways of Coping Checklist. *Journal of Clinical child Psychology*, 22(3) 337-344.
- Hernández, F. P. y Landero, R. (2014). Aspectos psicosociales relacionados con el TEPT en pacientes con cáncer de mama. Recuperado de: [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_a/Acta_Inv._Psicol._2015_5\(1\)_1881_1891_Aspectos_Psicosociales_Relacionados_con_el_TEPT_en_Pacientes_con_C_incer.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_a/Acta_Inv._Psicol._2015_5(1)_1881_1891_Aspectos_Psicosociales_Relacionados_con_el_TEPT_en_Pacientes_con_C_incer.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2016). Metodología de la investigación. México. McGraw-Hill. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017). Datos Epidemiológicos. Recuperado de: <http://www.inen.sld.pe/pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Jorques, M. J. (2015) “Estrategias de Afrontamiento ante el Cáncer de Mama” (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de: <file:///G:/TESIS/Estrategias%20de%20Afrontamiento%20tesis%20doctoral.pdf>
- Lostanau, V., Torrejón, C. y Cassaretto, M. (2017) “Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama” *Pontificia Universidad Católica del Perú. Actualidades en Psicología*, 31(122) 75-90. Recuperado de: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades>
- Mamani, A. E. (2008). funcionamiento familiar y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/620>

- Martínez, F. (2002) El cuestionario. Un instrumento para la investigación en las ciencias sociales. Barcelona: Laertes Psicopedagogía. Recuperado de: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha8-cast.pdf>
- Melgosa, J. (2011). Cómo manejar el estrés según la Biblia. Recuperado de: <http://ojoadventista-vidasana.blogspot.pe/2011/06/como-manejar-el-estres-segun-la-biblia.html>
- Mercola, J. M. (2017). Como el estrés crónico propicia el cáncer y qué puede hacer al respecto. Estados Unidos. Recuperado de: <http://espanol.mercola.com/acerca-del-dr-mercola.aspx>.
- Minuchin, S., (2015). Familias y terapia familiar. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Montes, I. y Romo, T. (2017). El estrés y su relación con el cáncer de mama. Revista Psicología Científica. Xalapa, México. Recuperado de: <file:///C:/Users/Downloads/Elstressurelacinconelcncerdemama.pdf>
- Montiel, V., Álvarez, O. L., Vivian, C. y Guerra M. (2016). Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Universidad Central de las Villas. Santa Clara, Cuba. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000200004
- Moos, R. H. (1982). *Life stressors and coping resources influence health and well-being. Evaluación psicológica / Psychological assessment*, 4 (2), 133-158.
- Moos, R. H. y Schaefer, J.A. (Eds). (1993). *Coping resources and processes. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Free Press.
- Moreno, J. H., Echavarría, K. L., Pardo, A. y Quiñones, Y. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolecentes de la ciudad de Bogotá. *Psicología. Avances de la disciplina*, 8(2), 37-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297232756003.pdf>

- Muller, A. (2016). Impacto del cáncer en la familia . Universidad Autónoma de Chile.
 Recuperado de: <http://blog.uautonoma.cl/index.php/2016/05/27/impacto-del-cancer-en-la-familia/>
- Musitu, G. B. (2001). Familia y adolescencia: Síntesis y adaptación. *Revista Mexicana de Psicología*. <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016300009.pdf>
- National Cancer Intitute Departamento de salud (enero de 2013). Investigaciones sobre el cancer EE.UU. Recuperado de: [doi:https://cancerdemama.wikispaces.com/Marco+Teorico+Cancer+de+Mama](https://cancerdemama.wikispaces.com/Marco+Teorico+Cancer+de+Mama)
- Núñez, M. (2007). ¡Estrés!: Cómo vivir con equilibrio y control. Buenos Aires, Argentina: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Ojeda, S. y Martinez, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú. Recuperado de: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2012/febrero/04%20CANCER%20D E%20MAMA.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Datos y Cifras sobre el cancer. Recuperado de: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). Diez cuestiones de Salud que la OMS aborda este año. Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Orjuela, B. P., Sánchez, I. P., Culebras, N. y Davidoch, C. (2017). Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer. Universidad de Barcelona, España. Recupeardo de: <https://es.scribd.com/document/148859149/INFLUENCIA-DE-DETERMINADOS-FACTORES-PSICOLO-GICOS-EN-LA-GE-NESIS-DEL-CANCER>
- Pérez, J. y Gardey, A. (2012). Definición de percepción. Recuperado de: <http://definicion.de/percepcion/>

- Pérez, J. y Merino, M. (2012). Definición de estrés. Recuperado de:
<http://definicion.de/estres/>
- Rock, C., Reid, G., Kis, M. (2008). Teología: Fundamentos bíblicos de nuestra fe Florida, Estados Unidos: Asociación Publicadora Interamericana (APIA).
- Rodríguez, J. (2014). Psicología social de la salud. Madrid, España: Síntesis, S.A.
- Sánchez, D. G. (2000). Terapia Familiar: Modelos y Técnicas. Manual Moderno, México D.F.
- SEAS. (2013). Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y Estrés. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Madrid, España.
- Segarra, M.V. (2017). Calidad de vida y funcionalidad familiar en adultos mayores de la parroquia Guaraynag, Azuay. (tesis de especialidad). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- SEOM. (2017). Sociedad Española de Oncología Médica. Recuperado de:
<http://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=1#content>
- Sigüenza, W. G. (2015). Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson. (Tesis de Magister). Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/1>
- Smilkstein, G. (1978). *The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Sotil, A. y Quintana, A. (2003). Influencias del clima familiar, estrategias de aprendizaje e inteligencia emocional en el rendimiento académico. . *Revista de Investigación en Psicología UNMSM*, 2(6), 53-69. Obtenido de:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/5055>
- Suarez, M.A y Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar la disfunción familiar. *Revista Médica La Paz* 20(1) 53-57. Obtenido de:
http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf

Tamblay, A. y Bañados, B. (2004). Psicooncología del cáncer de mama. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile. Recupeardo de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf

Torrecilla, M., Casari, L y Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Recuperado de:http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/22424/CONICET_Digital_Nro.24942.pdf?sequence=1&isAllowed=y

White, E. (2016). Felicidad y Armonía en el Hogar. Buenos Aires, Argentina: Asociación Casa Editora Sudamericana. Recupeardo de: http://www.hayundios.com/doc/felicidad_en_el_hogar.pdf

Anexos

Anexo 1

Fiabilidad de los Instrumentos

La fiabilidad de los instrumentos de las variables de la investigación, para esta población se valoraron calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 12 permite apreciar que la consistencia interna global del cuestionario de afrontamiento ante el estrés es de .846. Asimismo, la consistencia global del cuestionario de funcionalidad familiar es de .872, considerado como indicador una adecuada fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica.

Tabla 12

Alpha de Cronbach de los instrumentos de las variables

Variabes	Items	Alpha de Cronbach
Afrontamiento ante el estrés	40	.846
Funcionalidad familiar	9	.872

Anexo 2

Validez de los instrumentos

En la tabla 13, se observa la correlación de R de Pearson de la variable afrontamiento ante el estrés con el tipo de respuesta, evidenciando una correlación altamente significativa con el tipo de respuesta negativo (.812**) y significativo con el tipo de respuesta positivo (-.197*).

Tabla 13

Correlación de R de Pearson de la variable afrontamiento ante el estrés

	Tipo de respuestas	
	Negativo	Positivo
Afrontamiento ante el estrés	.812**	-.197*

Correlación significativa en el nivel 0,01**

Correlación significativa en el nivel 0,05*

En la tabla 14, se muestra la correlación del cuestionario de funcionalidad familiar con los ítems, donde se evidencia una correlación altamente significativa, con todos los ítems.

Tabla 14

Correlacion de R de Pearson de la variable funcionalidad familiar

	ITE M 1	ITE M 2	ITE M 3	ITE M 4	ITEM5 A	ITEM 5B	ITEM 5C	ITE M 6	ITE M 7
Funcionali dad Familiar	.788* *	.796* *	.742* *	.787* *	.836**	.799**	.729**	.401* *	.502* *

Correlación significativa en el nivel 0,01**

Correlación significativa en el nivel 0,05*

Se concluye que el cuestionario de afrontamiento estrés y el cuestionario de funcionalidad familiar son válidos.

Anexo 3

Matriz de consistencia

“Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MARCO TEÓRICO	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Existe relación significativa entre el afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima?</p>	<p>Objetivo general Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.</p>	<p>Hipótesis general •Existe relación significativa entre afrontamiento ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.</p>	<p>Marco Bíblico Filosófico Explicación de la perspectiva del marco bíblico filosófico en el contexto del bienestar psicológico ante el estrés y de la importancia de la funcionalidad familiar.</p>	<p>Variable 1: Afrontamiento ante el estrés - Definiciones - Tipos - Dimensiones - Modelos teóricos</p>	<p>Tipo y diseño de estudio El diseño de la investigación es de tipo no experimental. De corte transversal; el enfoque es cuantitativo. Finalmente se concluye que es de alcance correlacional.</p>
<p>Problemas específicos • ¿Existe relación significativa entre afrontamiento positivo ante el estrés y la percepción de la</p>	<p>Objetivos específicos • Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento positivo ante el estrés y percepción de</p>	<p>Hipótesis específicas • Existe relación significativa entre afrontamiento negativo ante el estrés y la percepción de la</p>	<p>Antecedentes de la Investigación Los cuales describen las investigaciones en el panorama mundial, nacional y local. - Antecedentes Internacionales - Antecedentes Nacionales</p>	<p>Variable 2: Funcionamiento familiar -Definición -Características -Dimensiones - Modelos teóricos</p>	<p>Población y Muestra - Delimitación geográfica y temporal - Participantes - Característica de los participantes - Criterios de inclusión y exclusión.</p>

<p>funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima?</p> <p>• ¿Existe relación significativa entre afrontamiento no definido ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima?</p> <p>• ¿Existe relación significativa entre afrontamiento negativo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima?</p>	<p>la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.</p> <p>• Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento no definido ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.</p> <p>• Determinar si existe relación significativa entre afrontamiento negativo ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.</p>	<p>funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.</p> <p>• Existe relación significativa entre afrontamiento positivo ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.</p> <p>• Existe relación significativa entre afrontamiento no definido ante el estrés y la percepción de la funcionalidad familiar, en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.</p>	<p>Marco teórico referente a la población de estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del Cáncer de mama. - Factores de riesgo - Tratamientos <p>Definición de Términos</p> <p>Se definirán términos no muy comunes, encontrados en la investigación.</p>		<p>Instrumentos y ficha sociodemográfica</p> <p>Instrumentos de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de afrontamiento ante el estrés para pacientes oncológicos CAEPO. - APGAR familiar-adultos - Ficha Sociodemográfica <p>Proceso de recolección de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista - Consentimiento informado <p>Proceso de análisis de datos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.El análisis descriptivo de las hipótesis 2.La asociación entre las variables.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo 4

Cuestionario de Afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos CAEPO

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés

Nombre :..... Fecha:.....

Edad :.....

Grado de instrucción:.....

N° Asegurado :.....

Dx. Médico :.....

INSTRUCCIONES

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

Hay 4 opciones posibles en cada afirmación:

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

		Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3

10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Pienso que los otros exageran y que en realidad lo que me ocurre no tiene importancia.	0	1	2	3
21	Procuró ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuró controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedaré muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuró evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3

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

Anexo 5

Cuestionario de funcionamiento familiar APGAR – Adultos

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad en la familia APGAR
Familiar Adultos

Apellidos y Nombres :

Estado Civil :

Grado de Instrucción :

Diagnóstico :

Sexo:

Edad:

Fecha:

PREGUNTAS	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	ALGUNAS VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					
PUNTAJE ESCALAR:					
PUNTAJE TOTAL					
INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE					

Anexo 6

Solicitud para evaluación de protocolo de investigación

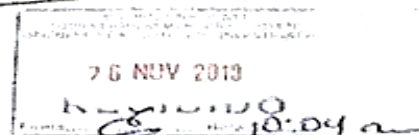
ANEXO 7

SOLICITUD PARA EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 16 de noviembre del 2018

Señor Doctor:
JOSÉ QUIÑONES LOZANO
Jefe de la Oficina de Investigación y Docencia-
Red Prestacional Almenara- EsSalud
Presente. -

NIT: 753-2018-2311



Asunto : Solicitud de Evaluación y aprobación de proyecto de investigación

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitarle la evaluación y aprobación del proyecto de Investigación denominado "*Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima*", por parte del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación; así como la autorización respectiva de la Gerencia/Dirección.


Se trata de un estudio tipo cuantitativo, no experimental y de corte transversal, cuyo Investigador Principal es la Srta. Karina Angulo Pérez, interna del servicio de Psicología, bajo la supervisión del Psic. Gino Ernesto Cavani Grau el cual pertenece al Servicio de Psicología del Departamento de Asistencia a la salud, del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

El proyecto se llevará a cabo en el servicio de Mastología perteneciente a la gerencia de Medicina Quirúrgica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,


Nombre y firma
Investigador Principal
DNI 41624928

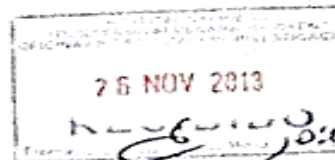

Ps. GINO CAVANI GRAU
C.Ps. 808
Departamento de Psicología
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
RED ASISTENCIAL ALMENARA
Nombre y firma
Asesor del Proyecto
DNI 40474508

Anexo 7

Carta de presentación de la Universidad Peruana Unión



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
NIT: 753-2018-2311



Villa Unión, 12 de noviembre de 2018

Doctor
José Quiñones Lozano
Jefe de la Oficina de Investigación y docencia – Red Prestacional Almenara
ESSALUD

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted y expresarle un cordial saludo, deseándole éxitos en la dirección de la institución que usted dirige.

El motivo de la presente tiene como finalidad presentar a nuestra bachiller **Angulo Pérez Karina**, con código universitario N°**9910164**, quien se encuentra realizando una investigación titulada: **"Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima"**.

Por tal motivo, se solicita el permiso respectivo y las facilidades del caso para ejecutar la aplicación de las pruebas en pacientes mujeres del servicio de Mastología, de su digna dirección.

Para mayor información se puede comunicar al correo de la dirección de escuela: psicologia_fcs@upeu.edu.pe o al teléfono 6186300 anexo 3072.

Agradezco desde ya por el apoyo que se brinde a nuestros estudiantes con la investigación a realizarse y al mismo tiempo aprovecho la oportunidad para manifestarle mi estima personal.

Atentamente,



Mtro. Ciro Gabriel Marca Dueñas
Director de la EP de Psicología

Villa Unión - Ñaña, altura Km 19 de la Carretera Central, Lurigancho - Chosica, Lima 15 - Perú
Teléfono: (01) 618-6300 Web: www.upeu.edu.pe e-mail: universidadperuanaunion@upeu.edu.pe

Anexo 8

Carta de aceptación de la gerencia quirúrgica



"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

CARTA N° 279-SM- DCE-II-GQ-GHNGAI-GRPA-ESSALUD-2018

Lima, 22 de Noviembre del 2018

Señor Doctor
ROBERTO MIGUEL VALDERRAMA BARRIENTOS
Gerente Quirúrgico
Red Asistencial Almenara
Presente.-

ASUNTO: ACEPTACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIO DE MASTOLOGIA

De mi consideración;

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a la vez informarle que esta Jefatura, no tiene inconveniente en presentar a la Srta. Karina Angulo Pérez a fin de que realice el trabajo de investigación de: " Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con 'cáncer de mama del HNGAI Essalud-LIMA"

Así mismo, solicito que al final del desarrollo de dicho proyecto, deberán alcanzar un ejemplar al Servicio de Mastología.

Informo a su despacho para los trámites correspondientes.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Dra. MARIA DEL ROSARIO CUEVA PEREZ
Jefe del Servicio de Mastología
C.M.P. 17001 R.M.C. 2699-12029
Hospital Nro. Guillermo Almenara I.
ESSALUD

LUIS MIRANDA QUALLE
Gerente Quirúrgico Especializado
13926 RNE 1924 OROURDO
RED ASISTENCIAL ALMENARA
ESSALUD

NIT: 1148-2018-~~195~~.....

Anexo 9

Carta de revisión del comité de ética de la institución



“Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad”

CARTA N° 068 CIEI-OIyD-GRPA-ESSALUD-2019

Lima, 08 de marzo del 2019

Medico:

JOSÉ QUIÑONES LOZANO

Jefe de la Oficina de Investigación y Docencia

Red Prestacional Almenara - EsSalud

Presente. –

Asunto : Revisión por parte del Comité de Ética a Estudio Observacional

Referencia : a) Prov. S/N° -OIyD-GRPA-ESSALUD-2019 de fecha 26 noviembre 2018

Es grato dirigirme a usted muy cordialmente y a la vez informarle que, en representación del Comité Institucional de Ética en Investigación, he verificado que el protocolo:

N° 16-2019 Afrentamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.

Autor: Karina Angulo Pérez
Interna de Psicología

Tutor: Psic. Gino Ernesto Cavani Grau

Cumple con los requisitos para ser **EXCEPTUADO** de la Revisión por parte del pleno del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. En consideración a lo estipulado por la Directiva de N° 04–IETSI-ESSALUD-2016.

Específicamente, el presente estudio fue exceptuado de la revisión por el Comité de Ética en Investigación por pertenecer a la Categoría N° 2 del Anexo 6 de la mencionada directiva: Las investigaciones que impliquen la recolección o el estudio de los datos existentes, si estas fuentes están públicamente disponibles o si la información es recolectada por el investigador de tal manera que los sujetos no pueden ser identificados.

El estudio tendrá una duración de 12 meses aproximadamente, el estudio se llevará a cabo en el Servicio de Mastología del Departamento de Quirúrgico Especializado del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, que emitió la correspondiente carta en la que da el visto bueno a la realización del estudio.

Así mismo, se recuerda que el equipo de investigación deberá:

- Cumplir lo establecido por la Declaración de Helsinki y las Directivas de investigación de EsSalud velando en todo momento por un tratamiento responsable y ético de los datos y de las personas involucradas en la investigación.
- Ejecutar la investigación cumpliendo estrictamente con lo estipulado en el protocolo de investigación remitido a este comité. En caso de modificaciones que pudieran implicar el cambio de estatus de protocolo exceptuado, éstas deben ser remitidas previamente a este comité.



- Remitir los Informes de Avance semestrales e Informe Final, en los plazos establecidos.
- Remitir las publicaciones respectivas.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO VERBANA RIGOLEN
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Dr. DEMETRIO MOLERO CASTRO
PRESIDENTE
ESSALUD

NIT: 753-2018-2311

Anexo 10

Carta de autorización de la investigación por la institución



"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

CARTA N° 1574 GRPA-ESSALUD-2019

Lima, 03 ABR 2019

Psi.:
GINO ERNESTO CAVANI GRAU
Servicio de Psicología
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud
Presente. -

Atención:
KARINA ANGULO PÉREZ
Investigador Principal

Asunto: AUTORIZACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Ref. : CARTA N° 1128 OIyD-GRPA-ESSALUD-2019

De mi consideración:

Mediante la presente me dirijo a usted en atención al documento de la referencia en el cual usted solicita la autorización del Proyecto de Investigación N° 016-2019 Estudio Observacional: "Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima".



Al respecto, habiendo sido el proyecto de investigación en mención evaluado y aprobado por el Comité de Investigación y revisado como exceptuado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud, los cuales velan por el cumplimiento de las directrices metodológicas y éticas correspondientes, incluyendo las Buenas Prácticas Clínicas, los principios de protección de los sujetos de investigación contenidos en la Declaración de Helsinki, y la Directiva N° 04-IETSI-ESSALUD-2016 de investigación en EsSalud y habiendo cumplido con presentar la documentación correspondiente, incluyendo los documentos de aprobación de los comités respectivos y el proyecto de investigación observacional, esta Gerencia AUTORIZA la realización del proyecto de investigación señalado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Muy atentamente,

RED PRESTACIONAL ALMENARA

Dr. JORGE E. AMOROS CASTAÑEDA
GERENTE
ESSALUD

JAC/JDQL/ecf
NIT: 753-2018-2311

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

RECIBIDO
FECHA: 04/04/2019

www.essalud.gob.pe

Av. Grau 800
La Victoria
Lima 13, Perú
T. 3242983

Anexo 11

Carta de aprobación de la tesis por la institución



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

CARTA N° 02 CI-OlyD-GRPA-ESSALUD-2019

Lima, 26 de febrero del 2019

Doctor:

JOSE QUIÑONES LOZANO

Jefe de la Oficina de Investigación y Docencia

Red Prestacional Almenara

EsSalud

Presente. -

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y a la vez informarle que el proyecto de investigación:

N° 016-2019

Afrontamiento ante el estrés y percepción de la funcionalidad familiar en pacientes mujeres con cáncer de mama del HNGAI EsSalud-Lima.

Autor: Karina Angulo Pérez
Interna de Psicología

Fue evaluado en Reunión del Comité de Investigación de nuestro Hospital el día 12 de febrero del 2019, con la presencia de sus miembros: Dr. Javier Tovar Brandán, Dr. Juan Villacorta Santamato, Dra. Marlene León Barros, Dra. Elsa Zegarra Ojeda, Dra. Edith Luque Cuba, Lic. Gaby Chavez Zegarra, Lic. Silas Alvarado Rivadeneyra y T.M. David Parra Reyes siendo **APROBADO**.

Sirva la ocasión para transmitirle mi especial consideración.

Atentamente,



Dr. Javier Tovar Brandán
CMP: 018348
Presidente del Comité de Investigación

www.essalud.gob.pe

Av. Grau 800
LA VICTORIA
Lima - Perú
Tel.: 3242983