

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA
EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE
ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA
PUERTA – TRUJILLO, 2016

TESIS

Para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

Bach. ELIZABETH PASCUALA ABANTO CUEVA

Bach. LUCIANA DEL CARMEN SACHÚN BUSTINZA

ASESORA:

Ms. Enf. FLOR EMPERATRIZ CUEVA LOYOLA

TRUJILLO – PERÚ
2016

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA
EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE
ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA
PUERTA – TRUJILLO, 2016

TESIS

Para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

Bach. ELIZABETH PASCUALA ABANTO CUEVA

Bach. LUCIANA DEL CARMEN SACHÚN BUSTINZA

ASESORA:

Ms. Enf. FLOR EMPERATRIZ CUEVA LOYOLA

TRUJILLO – PERÚ
2016

DEDICATORIAS

*A **mi familia** por su amor y sacrificios, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. A mi Sr. padre **Segundo Abanto Duran** por ser el pilar fundamental en toda mi educación por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo.*

*En memoria de mi Sra. Madre **Genoveva Cueva Vargas +**, por haberme dado la vida y por tu inmensa fortaleza, que desde el cielo guías e iluminas mi camino.*

*A mi compañero inseparable **GILMER**, por su apoyo y amor incondicional fuente de calma y consejos en todo momento. Gracias por todo lo que aportas a mi vida.*

Elizabeth

DEDICATORIAS

*En memoria de mi padre
LUCIANO + que desde el cielo
me cuida, protege y dejó en mí
el mejor ejemplo a seguir.*

*A mi madre querida **EMILIA
CARMEN** por demostrarme su
amor, esmero y dedicación,
velando siempre por mi
bienestar y gracias a ella pude
culminar mi carrera. A mi
hermana **JAQUELINE** y mis
hermanos por sus buenos
deseos.*

*Al amor de mi vida **JUAN
DIEGO**, por estar a mi lado
dándome aliento, fortaleza, sus
sabios consejos y su apoyo
incondicional. Gracias de todo
corazón.*

Luciana

AGRADECIMIENTO

A:

Nuestro padre y creador, por brindarnos amor y la dicha de la vida por guiar nuestros pasos a cada instante; quien es nuestra fuente de energía espiritual y sosiego.

Nuestra gratitud imperecedera a nuestra asesora Ms. Enf. Flor Emperatriz Cueva Loyola quien nos brindó sus valiosos conocimientos, por las sugerencias recibidas para culminar nuestro trabajo investigativo con éxito; y sobre todo por su ejemplo como profesional y como persona.

A todos los pacientes con cáncer que colaboraron con nuestro estudio, que día a día nos enseñaron a cuidar y a valorar la vida.

Elizabeth y Luciana

TABLA DE CONTENIDOS

| | Pág. |
|-------------------------------|-------------|
| DEDICATORIA..... | i |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| TABLA DE CONTENIDOS..... | iv |
| ÍNDICE DE TABLAS | v |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | vii |
| RESUMEN | ix |
| ABSTRACT | x |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 28 |
| III. RESULTADOS | 38 |
| IV. DISCUSIÓN | 48 |
| V. CONCLUSIONES..... | 60 |
| VI. RECOMENDACIONES..... | 61 |
| VII. BIBLIOGRAFÍA..... | 62 |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| TABLA N°1: | |
| DISTRIBUCIÓN DE NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DEL ADULTO ONCOLÓGICO, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO - 2016..... | 39 |
| TABLA N°2 | |
| DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO ONCOLÓGICO, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO – 2016. | 41 |
| TABLA N°3 | |
| DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA EN EL ADULTO ONCOLOGICO, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016..... | 43 |
| TABLA N°4 | |
| NIVEL RESILIENCIA Y NIVEL DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016. | 45 |

TABLA N°5

NIVEL DE RESILIENCIA Y NIVEL DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR EN EL ADULTO ONCOLOGICO. HOSPITAL DE
ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO
2016.....47

ÍNCICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| GRÁFICO N°1: | |
| NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL ADULTO ONCOLÓGICO, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016..... | 40 |
| GRÁFICO N°2 | |
| NIVEL DE APOYO SOCIAL DEL ADULTO ONCOLÓGICO, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016..... | 42 |
| GRÁFICO N°3 | |
| NIVEL DE RESILIENCIA EN EL ADULTO ONCOLOGICO, HODPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016..... | 44 |
| GRÁFICO N°4 | |
| NIVEL RESILIENCIA Y NIVEL DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016..... | 46 |

GRÁFICO N°5

NIVEL DE RESILIENCIA Y NIVEL DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR EN EL ADULTO ONCOLOGICO. HOSPITAL DE ALTA
COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, 2016.....48

RESUMEN

La presente investigación de tipo correlacional y de corte transversal, se realizó con la finalidad de determinar la relación entre el funcionamiento familiar, apoyo social y la resiliencia en el adulto oncológico. La población en estudio estuvo conformada por 80 adultos oncológicos. Se encontró que el funcionamiento familiar en el adulto oncológico es severamente disfuncional en el 23.8%, disfuncional 30%, moderadamente funcional el 25 % y funcional el 21.2%. Respecto al apoyo social presentan apoyo social máximo el 46.2%, el 36.3% medio, y el 17.5% mínimo. En cuanto a la resiliencia el 36.3% es alta, el 38.8% se media y el 25% baja. En relación al nivel de funcionamiento familiar y nivel de resiliencia se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 25.873 con un p-valor de significancia de 0.000 ($p < 0.05$). Respecto al nivel de apoyo social y el nivel de resiliencia se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 19.126 con un p-valor de significancia de 0.001 ($p < 0.05$). Concluyendo que existe una relación significativa entre el nivel de funcionamiento familiar con el nivel de resiliencia y el nivel de apoyo social con el nivel de resiliencia.

Palabras claves: Funcionamiento familiar - Apoyo social - Resiliencia – Adulto oncológico

ABSTRACT

The present cross-sectional and correlational research was carried out with the purpose of determining the relationship between family functioning, social support and resilience in adult oncology. The study population consisted of 80 oncological adults. It was found that family functioning in the oncological adult is severely dysfunctional in 23.8%, dysfunctional 30%, moderately functional in 25% and functional in 21.2%. With respect to social support, social support has maximum 46.2%, 36.3% average, and 17.5% minimum. As for resilience, 36.3% are high, 38.8% are average and 25% are low. In relation to the level of family functioning and level of resilience we can see that the Chi-square test statistic has a value of 25,873 with a p-value of 0.000 ($p < 0.05$). Regarding the level of social support and the level of resilience we can see that the Chi-square test statistic has a value of 19,126 with a p-value of significance of 0.001 ($p < 0.05$). Concluding that there is a significant relationship between the level of family functioning with the level of resilience and the level of social support with the level of resilience.

Keywords: Family functioning - Social support - Resilience - Adult oncology.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que demanda mucha atención en el mundo entero pues su incidencia y prevalencia vienen incrementándose debido a la transición epidemiológica y demográfica que el mundo está viviendo como consecuencia de la mayor expectativa de vida, el estilo de vida sedentario, cambios en la alimentación, consumo de tabaco, alcohol, las condiciones ambientales cambiantes, la exposición a diversos químicos, infecciones virales de diversas índole, el estrés, entre otros. (42) (7)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2012 se le atribuyeron 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer en todo el mundo, se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre el 2007 y 2030; es así como se asume que una de cada tres personas desarrollará cáncer en el futuro a pesar de que los avances de la ciencia han permitido que un mayor número de personas se curen, una de cada cuatro morirá como consecuencia de esta enfermedad. (47)

En el Perú, según el análisis de la situación de cáncer del Ministerio de Salud (MINSA) (2013), estimó que para el año 2015 se presentarán 46 264 nuevos casos; el 70% de estos cánceres serán diagnosticados en etapa avanzada; así mismo se afirma cada día 42 peruanas y 32 peruanos mueren por cáncer. Se calcula que a nivel nacional en el año 2011 se produjeron 30 792 muertes por cáncer, lo que equivaldría a 107 muertes por 100 000 personas al año. De todo

ello, 15 854 correspondieron al sexo masculino (51.4%); mientras que, 14 978 (48.6%) correspondieron al sexo femenino. Los cánceres con mayor número de defunciones fueron: estómago (15.8%), pulmón, (9.9%). (42) (33)

En la región La Libertad durante el año 2010 - 2011, se diagnosticaron 2 214 casos de cáncer, siendo el de mayor incidencia el cáncer de cuello uterino (16,5%), seguido por el cáncer de mama (13.3%), cáncer de estómago (10,3%). El 75.1% de los casos de la región norte procedían del departamento de La Libertad y en menor frecuencia de Ancash (8.7%), Cajamarca (8.1%) y Lambayeque (2.7%). Los casos de La Libertad precedían con mayor frecuencia de la provincia de Trujillo (74%), seguido de Ascope (7%), Pacasmayo (5%) y Chepén (3.2%). (34)

Según estadísticas de la Red Asistencial de EsSalud - La Libertad, anualmente se registran entre 850 a 900 casos de cáncer, ocupando así el tercer lugar en el listado de prioridades sanitarias institucionales; durante el año 2015 en el hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, realizó 4 298 consultas en oncología médica, 2 121 en cirugía oncológica y 615 en radioterapia; así mismo en sólo cuatro meses (julio, agosto, setiembre y octubre), realizó un total de 310 cirugías a pacientes con neoplasias malignas. (61)

De esta manera, cada año aumentan las familias en las que alguno de sus miembros es diagnosticado de cáncer es innegable todas las crisis e implicancias que a ella se le vinculan. El impacto del diagnóstico de la enfermedad

desestabiliza a todo el sistema familiar provocando: tensión, incertidumbre, miedo a la muerte, a las discapacidades, alteración de los roles habituales, problemas económicos, sexuales y la necesidad de dar y recibir distintos tipos de apoyo. A pesar de que actualmente el cáncer no debe ser sinónimo de muerte, y de que en muchos casos se convierte en una enfermedad crónica potencialmente curable. (51)

Las respuestas en la familia ante esta situación dependen de una estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas de afrontamientos, el diagnóstico de una enfermedad oncológica en uno de los miembros, se torna en un hecho, no esperado, que al aparecer provoca cambios vivenciados por todos como algo negativo. Será un momento importante en la familia que definirá su crecimiento y enriquecimiento como grupo, o su total disfunción. Así lo demuestra una encuesta realizada en Lima y Callao, por el grupo opinión pública de la universidad de lima, los tres principales problemas en las relaciones familiares son la falta de comunicación con un 34.9%, problemas económicos con 24,4% y desconfianza con un 11,6%. (52) (19)

En estas circunstancias, se acrecienta la necesidad de apoyo social, que se constituye en uno de los recursos más importantes para paliar el efecto de la enfermedad que reduce las consecuencias negativas. Durante el proceso de la enfermedad se ha demostrado en los pacientes con un bajo nivel de apoyo social presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión, tener hospitalizaciones más largas y mayores tasas de mortalidad, el mayor o menor impacto que tendrá

dependerá del resultado del balance entre las amenazas y los recursos con los que cuenta. (6) (16)

Este sufrimiento que envuelve al paciente oncológico lleva a considerar que cualquier acción que se realice, resulte de suma importancia y va a ser recepcionada como algo de gran valor. El apoyo social es un importante “amortiguador” frente al estrés que puede servir como una herramienta importante para auxiliar a los que vivencian la trayectoria del cáncer; se genera un desorden que particularmente afecta el diario funcionamiento del individuo, pueden perturbar el desempeño en el trabajo, en las interacciones sociales, relaciones familiares y en los propios sentimientos que tenga el individuo sobre sí mismo. (51) (54)

Las repercusiones de la enfermedad oncológica, conduce a un proceso de respuestas emocionales; quedan debilitados, desesperados, angustiados, hasta traumatizados, y posiblemente pueden asumir una actitud negativa y una forma de impedimento a su recuperación. Sin embargo, un gran número de pacientes oncológicos han salido fortalecidos, observando sus vidas progresar, despertando nuevamente deseos de reiniciar sus vidas, cambiar los estilos de vida, paciencia, tolerancia, pensamientos e ideas positivas, hasta lograr superar por completo toda situación de intolerancia, angustia, negatividad hacia la enfermedad oncológica. (36)

En este sentido, surge la resiliencia que se edifica desde la zona luminosa del ser humano, desde sus fortalezas, asumiendo la potencialidad de cada persona para desarrollarse; la resiliencia cobra significado a partir de las diferencias en la reacción ante circunstancias adversas generadoras de estrés como el cáncer; mientras algunos, sucumben a dichas circunstancias evidenciando desequilibrios y trastornos a diversos niveles, otros se desarrollan exitosamente a pesar de la adversidad. Ya que la resiliencia se caracteriza por tener un fuerte sentido de autoestima, de capacidad para aprender de las experiencias y de desarrollar la adaptación, siendo esta última fundamental para sobrellevar la enfermedad oncológica. (3) (53)

La familia, aun en medio de esta situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento al problema de salud que se presenta, teniendo como resultado el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. La propia familia crea un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a otros. (25) (60)

La Teoría General de Sistemas; desarrollada por Von Bertalanffy introduce una novedosa perspectiva de la familia, mirándola como un sistema abierto, en interacción permanente, compuesto a su vez por subsistemas, unos estables y otros ocasionales. Entonces familia es un sistema abierto y dentro de este sistema actúan fuerzas negativas como positivas, que determinan un buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Donde existen factores

biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad. (40) (26)

De este modo, todas las familias, independiente del tipo de estructura que tengan, atraviesan a lo largo de su existencia, por etapas que tienen relación con los ciclos de vida de sus integrantes, etapas que pueden llegar a constituirse en una dificultad para sus miembros, y que se denominan crisis normativas, pero algunas familias, también se ven perturbadas por hechos no esperados: crisis paranormativas, no transitorias, ya que no dependen del ciclo vital; como por ejemplo la aparición de una enfermedad; pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros. (44) (43)

La familia como grupo social debe cumplir determinadas funciones básicas, tales como la función socializadora; se ha dicho que esta función es la principal de la familia, y le da su grado de especialidad. Al ser la familia la unidad primaria de la sociedad, entre sus miembros se desarrollan diversas funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples, que le permiten tener una dinámica específica y propia. (8)

Función biológica; es el sistema de parentesco de una sociedad consiste en cierto tipo de organización social en el cual sus miembros son elegidos en función de orientaciones definitivas según normas de descendencia biológica y/o

intercambio sexual organizado. En las familias se dan procesos elementales de socialización, por lo que la función reproductiva ocurre dentro de unidad familiar en tres vías, básicamente; biológica, laboral y cultural. (8)

La Función económica; la familia cubre las necesidades materiales básicas se orienta a proveer los alimentos, el abrigo y todos aquellos elementos necesarios para la subsistencia. La Función Educativa; en la formación de sus integrantes, contribuyendo a la formación de valores, debe poder orientar y dirigir el comportamiento, actitudes y valores de una forma coherente con el estilo familiar que sea aceptable para el entorno. Asimismo tiene la tarea de preparar a los individuos para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales. La funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de estas necesidades. (8)

Con este enfoque el Funcionamiento familiar adquiere diferentes denominaciones, Medalie (1987) citado por Osorio y Alvares, lo denomina dinámica familiar. Argumenta que existen fuerzas que continuamente modifican, condicionan y determinan las interacciones de los miembros que la integran, produciendo resultados que cambian la dinámica familiar. Puede decirse que no es solo la suma de ellos, sino el resultado de las interacciones de los integrantes lo que define la dinámica de una familia. (49)

Así mismo Horwitz y Florenzano (2004) lo denomina como indicador de la salud familiar, que evidencia el estado en que se halla la vida familiar interna. Permite tener una idea global de la forma como la familia satisface sus necesidades. Desde otro punto de vista se plantea que el funcionamiento de la familia es el resultado de las interacciones afectivas y emocionales que caracterizan la relación de los componentes de una familia. (32)

Las dimensiones de funcionamiento familiar definidas como las diferentes categorías o elementos que poseen la característica de estar en una medida importante relacionados entre sí, de modo que un cambio en cualquiera de ellos va a conllevar un cambio en los otros. Se menciona al afecto, poder, comunicación y límites, como dimensiones del funcionamiento familiar, entre otras. (45)

Por su parte Olson, (2008) plantea que las familias funcionales se caracterizan por recibir apoyo, comprensión y ánimo entre sus miembros, lo que le permite progresar a través de los estados normales de crecimiento y desarrollo, reflejándose en los miembros de la familia la reproducción de ciertas pautas de funcionalidad semejantes a las de sus hogares y en menor grado el impacto que la escuela, religión o grupos de iguales pueden generar en sus patrones de vida familiar. (45)

Herrera, 1997 considera que una familia funcional es aquella que sea capaz de promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr en ellos el

mantenimiento de estados de salud favorables; en tanto que una familia disfuncional debe ser considerada como un factor de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de conductas inadecuadas, síntomas y enfermedades en sus miembros. (30)

La funcionalidad familiar está constituida por los procesos familiares saludables que permiten a cada miembro obtener congruencia personal y controlar la ansiedad, a través de los propósitos de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad mediante las estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación; y así lograr la congruencia en la familia, con la cual enfrenta las etapas del ciclo vital, las crisis y el logro de sus metas de tal forma que permita la satisfacción de sus miembros y garantizar la permanencia del grupo familiar. (22)

La funcionalidad familiar, está íntimamente relacionada al proceso de salud - enfermedad de sus miembros, y a pesar de que aún no existe suficiente convergencia sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones apuntan a evidenciar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial. (21)

Las familias funcionales enfrentan las crisis familiares unidos, cada miembro acepta un papel para enfrentarlas e identifican los problemas respetando la

autonomía, a la vez que el espacio y los roles están bien definidos. En ellas se estimula la creatividad y se favorece el cambio, se respeta la individualidad y la diversidad, así como se cumple con la misión social de cada uno, sin afectar negativamente el proceso de interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual según los requerimientos de cada etapa. (39)

Valdés, 2001 refiere que en las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros, es decir sus miembros suelen expresar de una manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras, temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad, lo cual potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar, crisis y problemas que puedan presentarse. (66)

El funcionamiento familiar como Indicador de la Salud Familiar, que evidencia el estado en que se halla la vida familiar interna. ha sido objetivizado al aplicar una variedad de instrumentos y escalas, así tenemos el APGAR FAMILIAR de Smilkstein 1978, el cual es un instrumento mide la funcionalidad familiar y muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. (63)

Así también tenemos el TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL) de Ortega, De la Cuesta y Días, definen el Funcionamiento Familiar como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una

familia; a través las siguientes dimensiones. Cohesión; unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. (48)

Comunicación; los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. Permeabilidad; capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad; capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Adaptabilidad; habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. (46)

La correlación de las dimensiones determina la funcionalidad familiar o disfuncionalidad familiar puede estar en la base de los problemas de salud y los problemas de salud pueden proporcionar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar. Es decir tiene líneas intergeneracionales borrosas, falta de actitud negociadora, hay poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. (27)

GABRIELLI Raquel y VILELA Marli (2010). Brasil, investigaron la Percepción del funcionamiento familiar entre familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer

de mama: diferencias de género; estudio cualitativo. Participaron 23 familiares constituyentes de 10 familias. Los resultados mostraron que, en el proceso de adaptación al cáncer de mama, ambos géneros utilizan la comunicación clara para la búsqueda del equilibrio familiar y presentan interacciones caracterizadas por sentimientos de mutualidad e individuación. A las hijas es atribuida la responsabilidad por la manutención de la familia y los elementos del género masculino demuestran mayor desorganización en el funcionamiento familiar. (23)

DÍAZ Ismara y VÁSQUEZ Oriana (2012) Venezuela, estudiaron la dinámica familiar en el proceso de atención a pacientes con cáncer de cuello uterino atendidas en el Hospital Universitario, estudio cualitativo de carácter explicativo-interpretativo. Como resultado se resalta la importancia de la dinámica familiar en el proceso de atención, la recuperación positiva o negativa de las pacientes con este tipo de patología va a depender del apoyo familiar. Todos los elementos de la dinámica familiar se pueden constituir tanto en factores positivos como negativos al proceso de recuperación que viven las pacientes junto a su grupo familiar. (15)

Ante situaciones el apoyo social se convierte en un constructo estudiado y definido por numerosos autores a partir de los años 70; en pacientes con cáncer el apoyo social se considera una variable que influye en su respuesta emocional ante la enfermedad que es útil para el mantenimiento de la salud, prevención otras psicopatologías a través de la hipótesis amortiguadora que describe su

efecto como atenuante de los estresores sociales. (17) En los últimos años se ha desarrollado un interés creciente por conceptos tales como redes sociales, apoyo social, recursos del entorno; (servicios, instalaciones comunitarias, prestaciones económicas, etc.) como a los que surgen de las relaciones sociales. (55)

Thoits (1982), lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación etc. (62) Asimismo, para Vega y González (2009) es un proceso de interacción entre personas o grupos que, a través del contacto sistemático, establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional para la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis. (68)

Fernández y Manrique (2010) conciben que el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Así, en la referencia a provisiones instrumentales o expresivas destaca su carácter o dimensión funcional. Asimismo, estableció que el apoyo social es un componente de interacción social con la familia, amigos, vecinos y otras personas con quienes se llega a tener contacto personal. Además, agrega que el apoyo social es teóricamente definido como un intercambio de afecto positivo, un sentido de integración social, interés emocional y ayuda directa o de servicios entre dos personas. (20) (18)

El apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos vitales estresantes; está asociado a la valoración que una persona tiene sobre su red social y los recursos que esta le provea el sistema de relaciones formales e informales por las cuales los individuos reciben ayuda emocional, material o de información. (27)

Pero además, es entendido como un proceso dinámico e interactivo, debe atender en su evaluación a otros aspectos contextuales: naturaleza del estresor (ej. padecer cáncer), estabilidad o cambios en el proceso de apoyo, características de los participantes (proveedores y receptor) y de la relación entre ellos (conflictiva/ cohesionada), así como, comparar el apoyo ofrecido por los proveedores y el percibido por el receptor en la situación específica de la interacción. (9)

Las dimensiones del apoyo social: a) Apoyo estructural o cuantitativo; también denominado red social. Se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver los problemas planteados (por ejemplo familia, amigos, situación marital o pertenencia al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes. Esta red social tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencia de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza. En función de estas características una red puede resolver mejor unas necesidades que otras (13) (62)

La segunda dimensión; b) Apoyo funcional o cualitativo. Tiene un carácter subjetivo y se refiere a las percepciones de disponibilidad de soporte; que lleva el individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes más importantes son el apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva: Apoyo emocional; relacionado con el cariño y empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes; en general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional. (4) (64)

Este carácter multidimensional del apoyo social es objeto de controversia. No todos los investigadores están de acuerdo con la idea de la existencia de varias dimensiones en el apoyo social. Para Sherbourne y Stewart (1991) hay cuatro dimensiones distintas: emocional/informacional; (es el soporte emocional, orientación y consejos); instrumental (caracterizado por la conducta o material de apoyo); afectivo (caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales puede hacer cosas divertidas) interacción social positiva; (incluye las expresiones de amor y afecto) cada una de ellas con características diferentes respecto al resto. (62) (10) (12)

En este sentido, una de las propuestas nuestro estudio es el cuestionario MOS-SSS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey), propuesto y validado por Sherbourne y Stewart (1991) que consideremos al apoyo social como proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental,

o económica de la red social en la que se encuentra, es un proceso recíproco que genera efectos positivos para el sujeto que los recibe así como para quien ofrece el apoyo, permitiendo que ambos tengan más control sobre su vida. (62) (12)

Los componentes del apoyo social; el concepto de soporte social y su operacionalización puede ser organizada en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo. Redes sociales: es el concepto referido a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio ambiente social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad. Las teorías sobre el soporte social están de acuerdo en considerar que las redes sociales proveen un número de funciones de soporte a los cuales los individuos recurren cuando la necesitan; tales como los amigos, la pareja, los parientes, etc. Aun cuando algunas de ellas no necesariamente den soporte, la vinculación significativa a un conjunto de personas provee de seguridad para afrontar la vida personal. (4)

Soporte social percibido; es la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de situaciones estresantes. Soporte social efectivo: que está referido a las acciones de soporte mismas, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. (55)

GÓMEZ Margarita y LAGOUEYTE María (2012). Colombia investigaron El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Estudio cualitativo y exploratorio. La muestra fue 14 mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de cérvix, que se contactaron por intermedio de instituciones encargadas de brindar el tratamiento. Los resultados revelan que el apoyo social, brindado por personal de salud, familia, vecinos y amigos, emergió como una estrategia de afrontamiento importante durante la trayectoria de la enfermedad. (25)

DÍAZ Carmen. (2012) Lima, investigó la Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social Hospital Santa Rosa. Los resultados indican que en relación a la calidad de vida el 41% (30) percibe un nivel medio, 30% (22) nivel bajo y 29%(21) nivel alto. La percepción del apoyo social medio y bajo están dados por que no tienen a alguien quien le ayude en sus tareas cuando tienen mucho malestar, no disponen de alguien con quien compartir sus temores o problemas y no tienen a alguien con quien puedan relajarse y el nivel alto de apoyo social está dado por que tienen a alguien que le lleve al médico cuando lo necesita, tienen a alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones y hay alguien que les demuestra amor y afecto. (14)

En los pacientes con cáncer, el optimismo, el autocontrol y la habilidad para encontrar significado a las experiencias de la vida promueven que el paciente salga airoso frente a este hecho. Es cierto que hay seres humanos que nacen con grandes recursos de resistencia y habilidades para su supervivencia, se enfrentan

a la angustia inevitable de su primera reacción, se orientan rápidamente en la nueva realidad y se adaptan a nuevos retos inmediatos, y a menudo entran en una espiral positiva de la que terminan saliendo más fortalecidos que antes. Son las personas que han hecho uso de la resiliencia, capacidad que se utiliza para sobreponerse a las crisis, como es la enfermedad oncológica. (59)

En el campo de la psicología, se considera que la resiliencia no debe ser entendida como la animada negación de las difíciles experiencias de la vida, dolores y cicatrices: es más bien, la habilidad para seguir adelante a pesar de ello. La herida o el daño es un hecho real, pero a pesar de las heridas infringidas, para muchos el trauma también ha sido instructivo y correctivo. El ambiente continuamente presenta demandas, estresores, retos y oportunidades. En algunos casos estos podrían convertirse en obstáculos, para el desarrollo de la fuerza, de la resiliencia o producir una disminución en la capacidad para enfrentar a la adversidad. (56) (53)

De esta manera, Rutter (1993) afirma que la resiliencia es la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades. Caracteriza a aquellas personas que a pesar de nacer en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos gracias a los factores protectores o características individuales de la persona. (56)

Resiliencia como el proceso de lidiar con acontecimientos vitales disociadores, estresantes o amenazadores de un modo que proporciona al individuo destrezas

protectoras y defensivas adicionales previas a la disociación resultante del acontecimiento. (1) Si bien, la resiliencia se refiere a un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa, lo que implica que el sujeto, por una parte, va a ser expuesto a una amenaza significativa o a una adversidad severa y, por otra parte, lleva a cabo una adaptación positiva a pesar de las importantes agresiones sobre el proceso de desarrollo. (41)

La resiliencia es la capacidad que tienen los individuos de resistir, sobreponerse y salir adelante positivamente después de haber sido pauperizados económicamente y haber sufrido daños graves en la vida psíquica, moral y social (56) Para Vanistendael, (2005) la resiliencia es la capacidad que tiene el individuo o un grupo para superar grandes dificultades y crecer; se trata de una capacidad de reconstruir la vida y a veces, incluso transformar una desgracia en algo positivo. (67)

La resiliencia es un proceso dinámico, que tienen lugar a lo largo del tiempo, y se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar, y puede variar en con el transcurso del tiempo y con los cambios de contexto. Implica algo más que sobrevivir, más o menos indemne, al acontecimiento traumático, a las circunstancias adversas. (5) (53)

Los pilares fundamentales de la resiliencia para Wolin (1993) son; Autoestima consistente: Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente en un adulto. Introspección: es la descripción de la experiencia consciente desmenuzada; tiene como fundamento la capacidad reflexiva que la mente posee de referirse o ser consciente de forma inmediata de sus propios estados. Independencia; es el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Capacidad de relacionarse; es la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. (70)

Iniciativa; el gusto de exigirse y ponerse a prueba es la cualidad personal que tiende a generar proyectos o propuestas. Humor; Se refiere a la capacidad de hacer que las adversidades puedan visualizarse de una manera cómica. Creatividad; es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden; se desarrolla a partir del juego en la infancia. Capacidad de pensamiento crítico; es un pilar de segundo grado, fruto de la combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto. (70)

Algunos autores emplean el concepto de la resiliencia como sinónimo de adaptabilidad a situaciones ambientales de riesgo, resistencia al estrés, fortaleza de carácter e invulnerabilidad. Durante la década del 70 ganó popularidad el concepto invulnerable, con el que se aludía a persona que parecían constitucionalmente tan fuertes, que no cedían frente a las presiones del estrés y la adversidad. También está relacionado con resistencia que significa ser capaz de recuperarse de eventos vitales que, a primera vista, pueden ser totalmente abrumadores. (36) (37)

Un proceso ligado de manera estrecha a la resiliencia es el afrontamiento a pesar de las precisiones que se han realizado sobre la primera; esta llega a hacer equiparada como el afrontamiento, lo cual es comprensible ya que con frecuencia forma parte de los recursos que intervienen en el desarrollo de patrones resilientes. No obstante, hay que reiterar que la resiliencia es un constructo más amplio y supra ordenado que involucra presencia de riesgo significativo mientras que el afrontamiento no solo se activa ante situaciones de adversidad. (38)

Para Wagnild y Young (1993), la resiliencia sería una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida. (69)

Estas características de la resiliencia son: Habilidad para enfrentar eficaz y adecuadamente situaciones adversas y eventos traumáticos, además del desarrollo potencial de ajuste individual o del sistema. Es dinámica, varía a lo largo del tiempo de acuerdo con las circunstancias. Con el desarrollo del individuo o del sistema y con la calidad de estímulos a los que están expuestos. Para nutrirse y fortalecerse requiere del apoyo social y de la disponibilidad de recursos, oportunidades y alternativas de ajuste como factores protectores. (38)

Los factores, refleja cada uno de ellos la definición teórica de resiliencia. Tenemos: Factor I: Se le denominó competencia personal e indica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia. Factor II: Se le llamó aceptación de uno mismo y de la vida; y representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Esto refleja aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. (57)

Estos dos factores toman en consideración las siguientes características: a) Satisfacción personal: está referida al comprender que la vida tienen un significado y evaluar las propias contribuciones. Se refleja cuando observan resultados factibles. La satisfacción con la vida es el componente cognitivo del constructo bienestar subjetivo y se define como el sentimiento de bienestar en relación consigo mismo en la propia vida, diferenciándose de la aprobación – desaprobarción o el grado de satisfacción con las condiciones objetivas de vida; es básicamente una estimación subjetiva. (57)

b) Ecuanimidad; denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad. La ecuanimidad en los pacientes con cáncer se manifiesta posteriormente a la fase de adaptación. Forero manifiesta que los pacientes con cáncer, cuando logran ejercer control sobre la enfermedad, ven al diagnóstico, como una amenaza menor; por ello el resultado es aceptado con ecuanimidad, mostrando una actitud pasiva. (57)

c) Sentirse bien solo; referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias; quedan otras que deben enfrentarse solo, el sentirse bien solo nos da el significado de libertad y un significado de ser únicos e importantes. Este elemento favorece un afrontamiento óptimo ante situaciones no esperadas y hacen posible el crecimiento personal; siendo las expectativas de eficacia las que mejor pueden predecir los acontecimientos. Todo esto hace posible que las personas dominen un locus de control interno, pues se sienten capaces de sobrellevar lo que ocurra. (57)

d) Confianza en sí mismo; es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades; también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones. Esto se presenta cuando se encuentran próximos a culminar su tratamiento. En cuanto a esta característica en personas que han sido afectadas por el cáncer presentan una

personalidad manifestada a través de alta confianza en sí mismos, son abiertos a nuevas ideas, son más tolerantes y autónomos. e) Perseverancia: está referida al acto de persistencia ante la adversidad o el desaliento; tener un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de uno mismo, permanecer involucrando y de practicar la autodisciplina. (57)

AGUILAR Adriana (2016) Ecuador, investigaron la resiliencia y su incidencia en el proceso terapéutico de las pacientes con cáncer de mama, de la sociedad de lucha contra el cáncer, estudio cuali-cuantitativo descriptivo de carácter explicativo-interpretativo. Los resultados indican que el 33.33% de las pacientes presentan un nivel de resiliencia alto; el 40% nivel medio alto; y el 26.66% un nivel medio. Mediante la aplicación del test de Wagnild y Young determinó un 22% presentaron factores protectores como la confianza en sí mismo y la satisfacción personal, un 20% a factores como la perseverancia, y un 18% factores como la Independencia y ecuanimidad. Así mismo se determinó que el apoyo por parte de la familia constituye una característica esencial tanto en el proceso de la enfermedad y durante el tratamiento médico de la misma. (2)

SAN MARTIN Evelyn. (2012). Chile, investigó la Resiliencia y espiritualidad en situaciones de crisis familiar, desde una perspectiva teórica y empírica. El estudio es cualitativo de carácter reflexivo, la muestra estuvo conformada por 4 hombres y 2 mujeres con distintas nacionalidades, este grupo se encuentra entre 30 a 60 años de edad. Los resultados fueron la existente relación entre espiritualidad y resiliencia, posesionando la espiritualidad como un recurso

eficaz para proteger, promover y/o potenciar la resiliencia en situaciones de crisis familiar. (58)

Motiva la realización de la presente investigación, la experiencia personal que tenemos como internas de enfermería en los diferentes hospitales y como egresadas en los diferentes trabajos particulares que hemos tenido la oportunidad de vivenciar la enfermedad día a día y observar cómo afecta la enfermedad no solo al sufrimiento del paciente sino de la familia y el entorno. Asimismo, el estudio se enmarca en una relevancia científica por el hecho que nos permite tener la oportunidad de revisar bibliografía en relación al tema de la investigación.

Una enfermedad degenerativa como el cáncer es un tema de actualidad que se ha convertido en una problemática mundial debido al incremento de personas que lo padecen; generando un desequilibrio en sus dimensiones físico, emocional, mental y social de la persona; que lo asocian con la muerte y el sufrimiento; provocando no solo en el sistema familiar distanciamiento, abandono afectivo, crisis marital, patrones disfuncionales de comunicación, escasa adaptabilidad y cohesión familiar; si no también en su entorno social, con sus amigos, vecinos, parientes, trabajo, escuela, etc.

El propósito de esta investigación permitirá tener un marco referencial de las necesidades sentidas, permitiendo un acercamiento y mayor comprensión de los cambios que se ve expuesto por la enfermedad frente a su familia, amigos, vecinos y ante sí mismo. Esta información permitirá el fortalecimiento de

conocimientos de los profesionales de enfermería en las instituciones de salud; para establecer acciones de cuidado por y con las personas que viven la experiencia de la enfermedad oncológica, y de quienes fungen como cuidadores.

Finalmente, los resultados de esta investigación aportará información válida y real que servirá a los nuevos profesionales en formación fortalecer sus habilidades y de esta manera plantar una base para futuras investigaciones como fuente informativa que les permitirá la formulación de estrategias y/o programas de apoyo enfocados a promover el fortalecimiento o desarrollo la resiliencia, teniendo en cuenta el rol que le corresponde a la familia en este proceso. Y conocer la relación que existe entre el funcionamiento familiar, apoyo social y resiliencia en los pacientes oncológicos y de esta manera tomar conciencia sobre la realidad y ayudar a mejorar esta problemática.

Frente a esta problemática se formula el siguiente problema de investigación:

¿Existe relación entre el funcionamiento familiar, apoyo social y la resiliencia del adulto oncológico atendido en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta - Trujillo, 2016?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar, apoyo social y la resiliencia en el adulto oncológico, atendido en el Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” Trujillo, 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de funcionamiento familiar en el adulto oncológico.
- Identificar el nivel de apoyo social en el adulto oncológico.
- Identificar el nivel de resiliencia en el adulto oncológico.
- Identificar la relación entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de resiliencia en el adulto oncológico.
- Identificar la relación entre el nivel de apoyo social y el nivel de resiliencia en el adulto oncológico.

HIPÓTESIS

Hi: El Funcionamiento Familiar y el Apoyo Social están significativamente relacionados con la resiliencia en el adulto oncológico atendido en el Hospital de Alta complejidad “Virgen de la Puerta”.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 MATERIAL

2.1.1 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por 80 adultos oncológicos atendidos en el Consultorio Externo de Oncología del Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta”.

2.1.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adulto oncológico de 20 años a más.

Adulto con diagnóstico de cáncer.

2.1.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adulto oncológico que se niegue a participar en el estudio.

Adulto oncológico con trastorno de conciencia, de comunicación, psiquiátrico.

2.1.4 UNIVERSO MUESTRAL

Se consideró al 100 % de los adultos oncológicos por tratarse de una población pequeña, constituyéndose en 80.

2.1.5 Unidad de análisis

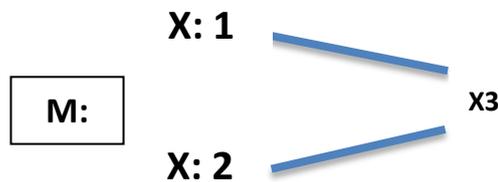
Adulto con diagnóstico de cáncer.

2.2 METODO

2.2.1 Tipo de estudio y diseño.

El presente estudio de investigación es de tipo correlacional porque buscó determinar la relación entre las variables en estudio, y de corte transversal porque la recolección de los datos fue en un tiempo único. (29)

Correspondiéndole el siguiente diseño:



DÓNDE:

M= Adultos con diagnóstico de cáncer

X1 = Funcionamiento Familiar

X2 = Apoyo Social

X3= Resiliencia

2.2.2 Variables y Operacionalización de Variables

X1: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Definición Conceptual:

El funcionamiento familiar es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia; a través de:

cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, roles y adaptabilidad.

(48)

Definición Operacional:

Fue medido a través de la siguiente escala de niveles:

- Familia funcional: 59 – 70 puntos
- Familia moderadamente funcional: 44 – 58 puntos
- Familia disfuncional: 29 – 43 puntos
- Familia severamente disfuncional: 14 – 28 puntos

X2: APOYO SOCIAL.

Definición Conceptual:

El apoyo social es el proceso en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental, o económica de la red social en la que se encuentra, en un proceso recíproco que genera efectos positivos (62).

Definición Operacional:

Fue medida a través de la siguiente escala de niveles:

- Apoyo social máximo: 71 a 95 puntos
- Apoyo social medio: 45 a 70 puntos
- Apoyo social mínimo: 19 – 44 puntos.

X3: RESILIENCIA.

Definición Conceptual:

Característica de la personalidad del adulto oncológico que moderando el efecto negativo del estrés por la enfermedad, fomenta su adaptación y sale fortalecido de ésta (66).

Definición Operacional:

Fue medida a través de la siguiente escala de niveles:

- Resiliencia alta: 126 a 175 puntos.
- Resiliencia media: 76 a 125 puntos.
- Resiliencia baja: 25 a 75 puntos.

2.2.3 Procedimientos para la recolección de datos, instrumentos a utilizar

Se solicitó la autorización del Director del Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” para realizar la investigación. Luego se ubicó a cada uno de los adultos oncológicos previo a su ingreso al consultorio externo, se les explicó el objetivo del estudio, se solicita su participación libre y voluntaria y con su asentimiento informado se aclaran todas las dudas que plantearon a la recolección de información a través de los 3 instrumentos en un tiempo aproximadamente de 10 minutos cada uno. (Anexo N° 1, 2)

El primer Instrumento: denominado **Test de percepción de funcionamiento familiar FF-SIL**, fue diseñado y valorado en Cuba, por Ortega, De la Cuesta, y Días, (1999) La prueba de confiabilidad del instrumento fue a través del Alfa de Cronbach, que arrojó una confiabilidad de 0.75, en todos los casos. El test consta de 14 proposiciones y 7 dimensiones que definen el funcionamiento familiar: cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 4 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10). Los 14 ítems califican los siguientes criterios: Cohesión, Armonía, Comunicación, Permeabilidad, Afectividad, Roles y Adaptabilidad. (48) (Anexo N° 3)

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos que son, casi nunca 1 pto, pocas veces 2 ptos, a veces 3 ptos, muchas veces 4 ptos, casi siempre 5 ptos. Cada situación fue respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realizó la sumatoria de los puntos, la cual correspondieron con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera, de 59 a 70 puntos se considera familias funcionales, de 44 a 58 puntos son familias moderadamente funcional, de 29 a 43 puntos son familias

disfuncionales y de 14 a 28 puntos se consideran familias severamente disfuncionales (48) (Anexo N°04)

El segundo instrumento es el **Cuestionario MOS** de Sherbourne y Stewart (1991) del grupo el MOSS – SSS, The Medical Outcomes Study Social Support Survey y centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un periodo largo de tiempo esto no quiere decir que no disponga de apoyo. (62) (Anexo N° 5).

Este instrumento está concebido para evaluar a pacientes con patologías crónicas. Ha sido validado en España por De la Revilla (2005) para su empleo en contextos clínicos. El cuestionario ha sido ampliamente utilizado para medir apoyo social en pacientes con enfermedad mental. (12)

Es un cuestionario que permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño de la red social) y aspectos cualitativos (dimensiones del apoyo social). Consta de 20 ítems. El ítem número uno hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, instrumental, interacción social positiva y afecto/cariño. Se pregunta, mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. La distribución original de los

se presenta de la siguiente manera: apoyo emocional (ítems 3,4, 8,9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7,11, 14 y 18) y afectivo (ítems 6, 10 y 20) (10). (Anexo N°6)

La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa = 0.97) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es elevada (0.78). La correlación entre las cuatro subescala es razonable (0.69 a 0.82) (62).

El tercer instrumento: es la **Escala de Resiliencia** fue elaborada por **Wagnild y Young**, adaptada y validada por Novella (2002) la prueba de confiabilidad del instrumento fue a través del Alfa de Cronbach, que arrojó una confiabilidad de 0.85, formulada, con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual y colectiva, consta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos; donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicaran el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, en el rango de puntaje varía entre 25 a 175 puntos (69) (Anexo N° 7)

Está conformada por dos factores, cada uno de los cuales refleja la definición teórica de resiliencia:

Factor 1: Denominado competencia personal: integrado por 17 ítems que indican: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor 2: Denominado aceptación de uno mismo y de la vida representados por 8 ítems y reflejan la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Estos dos factores toman en consideración las dimensiones de la resiliencia: Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseverancia (7 ítems), (54) (Anexo N° 8).

En relación de cada ítems por cada factor de la escala de Resiliencia.

| FACTOR | ÍTEMS |
|------------------------------|--------------------|
| Satisfacción Personal | 16, 21, 22, 25 |
| Ecuanimidad | 7,8,11,12 |
| Sentirse Bien Solo | 5,3,19 |
| Confianza En Sí Mismo | 6,9,10,13,17,18,24 |
| Perseverancia | 1,2,4,14,15,20,23 |

2.2.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.

Para garantizar el anonimato. A los participantes se les explicó que los instrumentos eran anónimos, con el fin de proveer a los participantes una clara explicación de la naturaleza de la investigación, así como su rol en ella como participantes.

Se aplicaron los principios éticos en la realización de la presente investigación. Asimismo el adulto oncológico, tuvo conocimiento que no compartiremos con nadie la información que se recolectó a través de los instrumentos garantizando de este modo la confidencialidad, la información será utilizado sólo en la presente investigación.

2.2.4 Método y Análisis de los datos

Para la investigación, se construyó una base de datos en Excel 2010, resultado del registro de la información de los tres instrumentos.

Luego se pasó a construir distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, concernientes a identificar el nivel de funcionamiento familiar, el nivel de apoyo social y nivel de resiliencia del adulto oncológico en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta. Asimismo se construyó las respectivas gráficas de barras para confrontar con los estudios realizados mencionados en los antecedentes.

Se construyó tablas de entrada (bidimensional) considerando las variables en estudio y se aplicó la tabla de contingencia para determinar la relación entre el funcionamiento familiar y apoyo social con el nivel de resiliencia, y también se aplicó la prueba de Chi cuadrado (χ^2); utilizando el Software estadístico SPSS versión 21.0.

TABLA N° 1

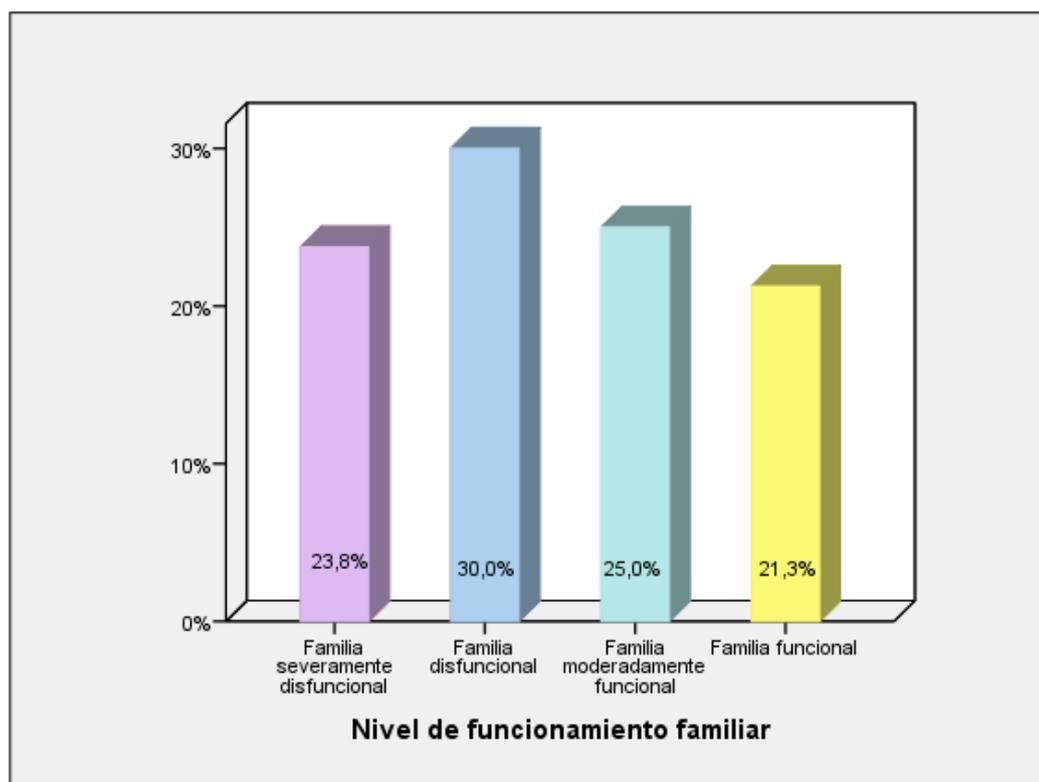
**DISTRIBUCIÓN DE NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL
ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD
VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016.**

| NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR | N° | % |
|---|-----------|------------|
| Severamente disfuncional | 19 | 23.8 |
| Disfuncional | 24 | 30.0 |
| Moderadamente funcional | 20 | 25.0 |
| Funcional | 17 | 21.3 |
| TOTAL | 80 | 100 |

Fuente: Aplicación de Test de percepción de funcionamiento familiar FF-SIL

GRAFICO N°1

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016



Fuente: Tabla 1

TABLA N° 2

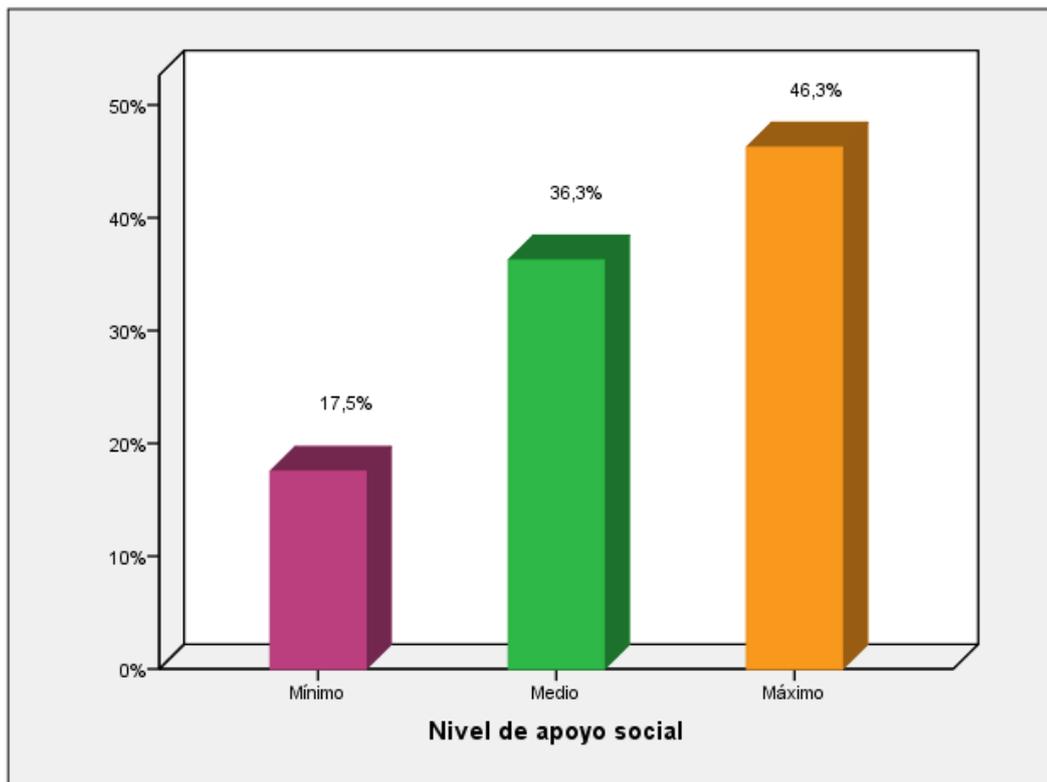
**DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO
ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN
DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016**

| NIVEL DE APOYO SOCIAL | N° | % |
|----------------------------------|-----------|------------|
| Mínimo | 14 | 17.5 |
| Medio | 29 | 36.3 |
| Máximo | 37 | 46.3 |
| TOTAL | 80 | 100 |

Fuente: Aplicación Cuestionario MOS

GRÁFICO 2

NIVEL DE APOYO SOCIAL EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016



Fuente: Tabla 2

TABLA N° 3

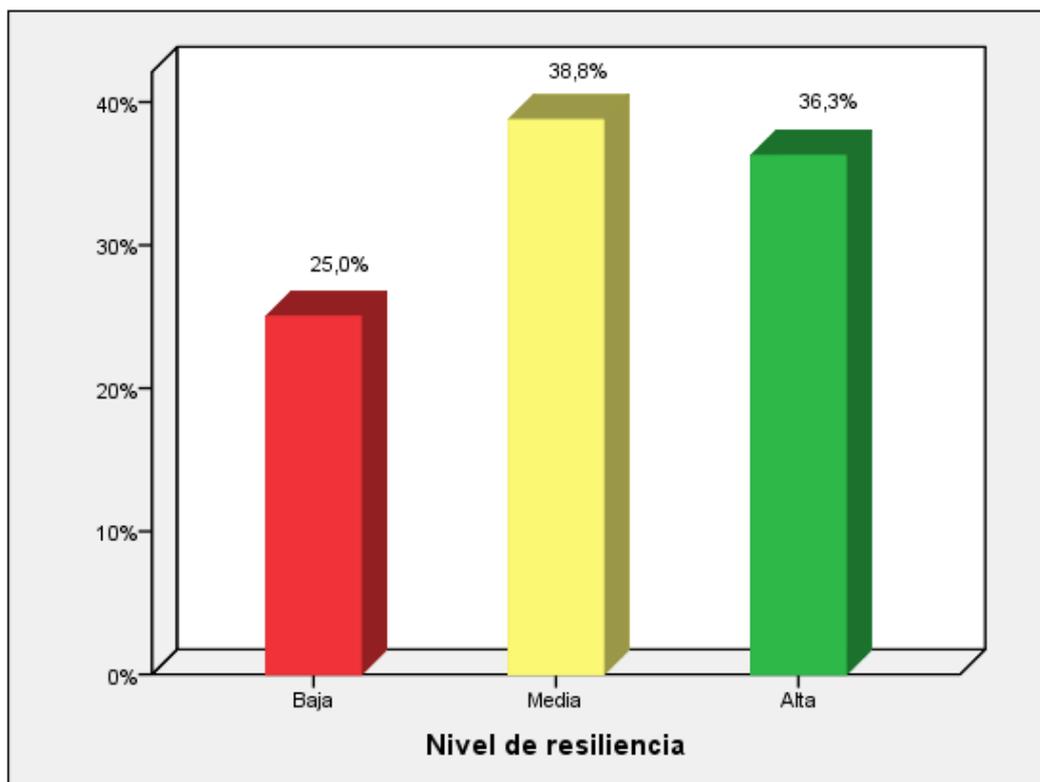
**DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA EN EL ADULTO
ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD
VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016**

| NIVEL DE RESILIENCIA | N° | % |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Baja | 20 | 25.0 |
| Media | 31 | 38.8 |
| Alta | 29 | 36.3 |
| TOTAL | 80 | 100 |

Fuente: Aplicación de la Escala de Resiliencia Wagnild y Young.

GRAFICO N°3

NIVEL DE RESILIENCIA EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016



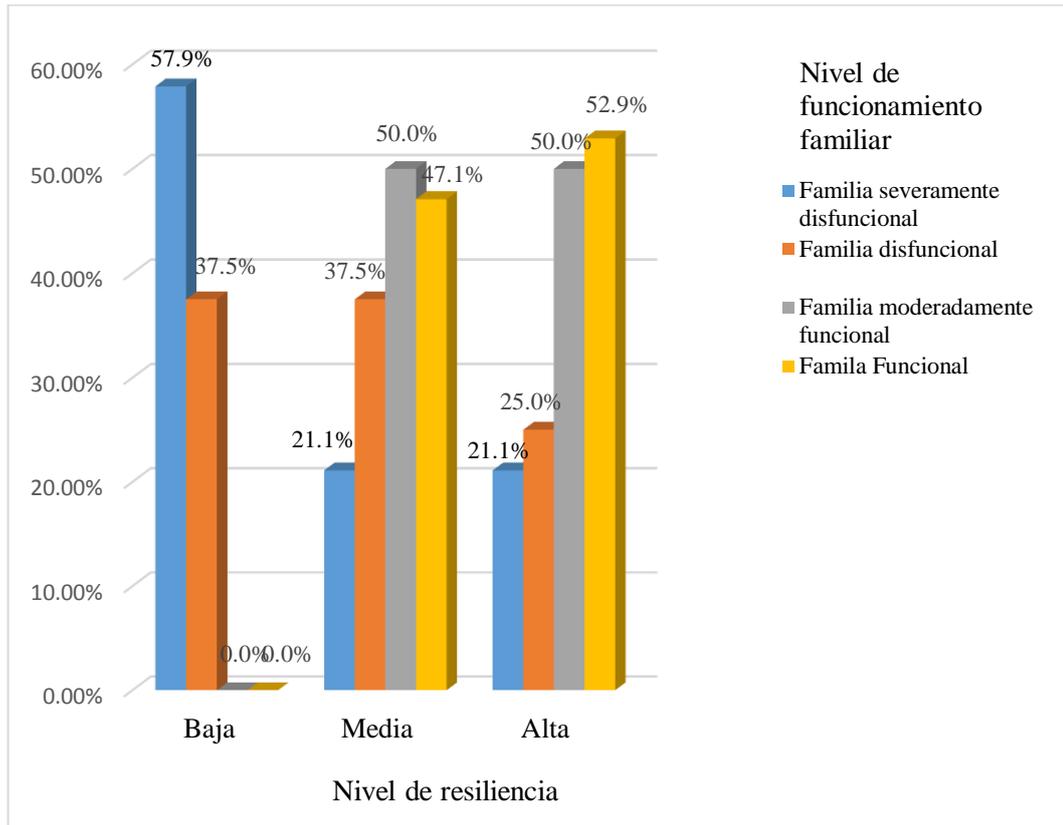
Fuente: Tabla N° 3

TABLA N° 4
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y NIVEL RESILIENCIA EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016.

| Nivel de resiliencia | Nivel de Funcionamiento familiar | | | | | | | | TOTAL | | |
|------------------------|----------------------------------|------------------|----------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------|------------|-----------|------------|--|
| | Familia severamente disfuncional | | Familia disfuncional | | Familia moderadamente funcional | | Familia funcional | | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Baja | 11 | 57.9 | 9 | 37.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 25 | |
| Media | 4 | 21.1 | 9 | 37.5 | 10 | 50.0 | 8 | 47.1 | 31 | 38.8 | |
| Alta | 4 | 21.1 | 6 | 25.0 | 10 | 50.0 | 9 | 52.9 | 29 | 36.2 | |
| TOTAL | 19 | 100 | 24 | 100 | 20 | 100 | 17 | 100 | 80 | 100 | |
| Fuente: Tabla N° 1 y 3 | | α : 0.005 | | chi cuadrado de Pearson: 25.873 | | | | p: 0.000 | | | |

GRAFICA N° 4

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y NIVEL DE RESILIENCIA EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016.



Fuente: Tabla N° 4

TABLA N° 5
NIVEL DE APOYO SOCIAL Y NIVEL DE RESILIENCIA EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA
COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016.

| Nivel de resiliencia | Nivel de apoyo social | | | | | | TOTAL | |
|----------------------|-----------------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Mínimo | | Medio | | Máximo | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | |
| Baja | 7 | 50.0 | 9 | 31.0 | 4 | 10.8 | 20 | 25.0 |
| Media | 6 | 42.9 | 14 | 48.3 | 11 | 29.7 | 31 | 38.7 |
| Alta | 1 | 7.1 | 6 | 20.7 | 22 | 59.5 | 29 | 36.3 |
| TOTAL | 14 | 100 | 29 | 100 | 37 | 100 | 80 | 100 |

Fuente: Tabla N° 2 y 3

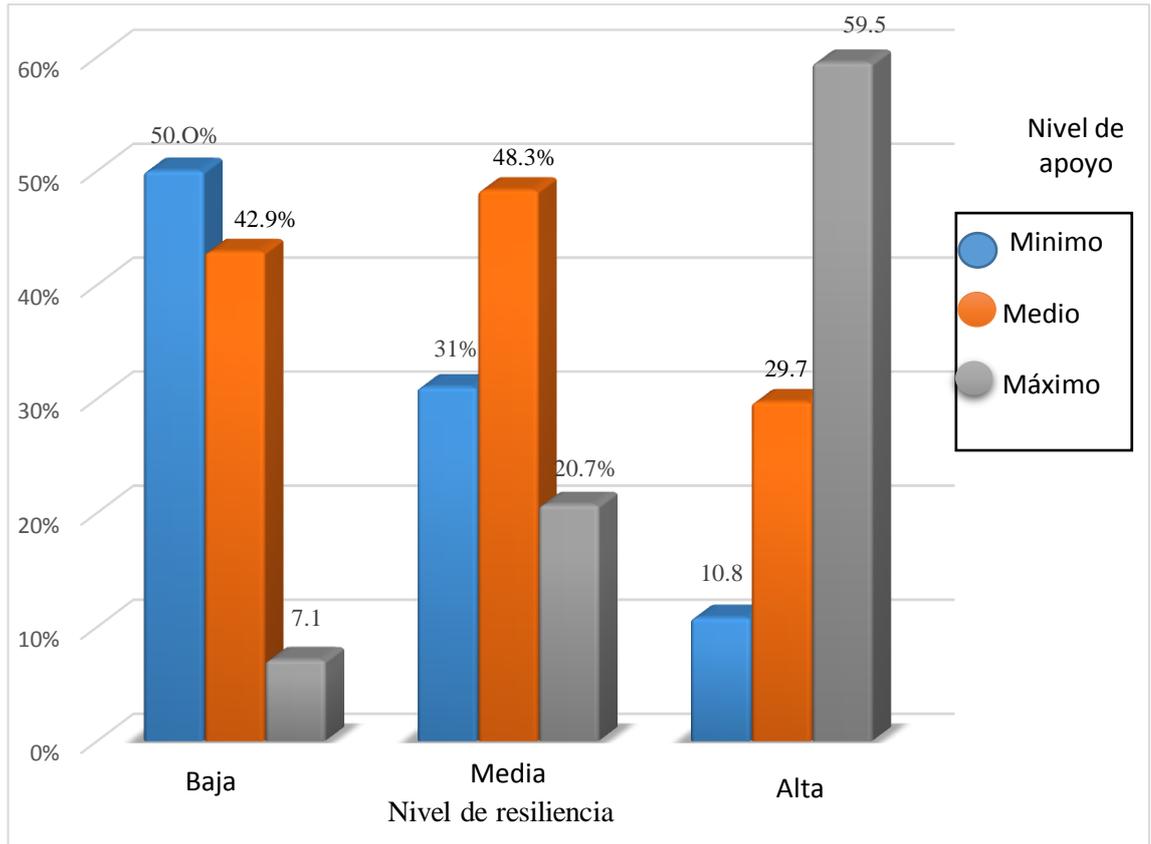
α : 0.05

chi cuadrado de Pearson: 19.126

p: 0.001

GRAFICA N°5

NIVEL DE APOYO SOCIAL Y NIVEL DE RESILIENCIA EN EL ADULTO ONCOLÓGICO. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, TRUJILLO 2016.



Fuente: Tabla N° 5

III. DISCUSIÓN

En la tabla N° 1: Se observa la distribución del nivel de funcionamiento familiar en el adulto oncológico; dónde el 30% es disfuncional, el 23.8% severamente disfuncional, , el 25 % moderadamente funcional y el 21.2% funcional. Estos resultados lo podemos apreciar en el gráfico N°1.

No se ha encontrado estudios similares pero si diferentes como el de ZAMANI Kharina (2013), que encontró que el 50,0% de los pacientes oncológicos presentan familias moderadamente funcionales, el 38,3% familias funcionales y sólo el 11 ,7% familias disfuncionales. (71)

Los problemas de salud pueden proporcionar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar; es decir que existen sentimientos negativos entre los miembros de familias por la presencia de una enfermedad como el cáncer. (27)

En los resultados encontrados se aprecia que el 53.8% de adultos oncológicos presentan disfuncionalidad familiar, esto se puede deber a que estén asumiendo diversas conductas y actitudes negativas debido a la aparición de un acontecimiento inesperado como es el cáncer. (30)

Muchas de las enfermedades crónicas, así como las que tienen riesgo de muerte generan en el seno de la familia un impacto negativo. El cáncer impone estrictas e inmediatas demandas a la totalidad del sistema familiar, las que

dependerán de la severidad, grado de incapacidad, percepción de la deformación, pronóstico de vida y tipo de tratamiento”. (15)

El cáncer y cualquier enfermedad crónica/terminal en la familia representan un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros (23).

Durante la larga trayectoria de la enfermedad oncológica, muchas familias pasan por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. La confrontación de esta experiencia (diagnóstico de cáncer y/o su reaparición) crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo por ello genera emociones como las ya mencionadas y siendo estas familias más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia. (30)

En la tabla N° 2: Se observa la distribución del nivel de apoyo social en el adulto oncológico, dónde el 46.3% presenta un nivel de apoyo social máximo, el 36.3% un nivel de apoyo social medio, y el 17.5% un nivel de apoyo social mínimo. Estos resultados lo podemos apreciar en el Gráfico N°2.

No se encontraron estudios similares al nuestro sin embargo GÓMEZ Margarita y LAGOUEYTE María (2012). Encontraron que el apoyo social, brindado por personal de salud, familia, vecinos y amigos, emerge como una estrategia de afrontamiento importante durante la trayectoria de la enfermedad. (25)

Vega y González (2009) afirman que el apoyo social es un proceso de interacción entre personas o grupos que, a través del contacto sistemático, establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional para la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis. (68)

Este recurso es imprescindible en tiempos de crisis convirtiéndose en una herramienta de apoyo para la expresión de emociones y la búsqueda de información de manera general. Los beneficios del apoyo social “inciden de manera directa en las cogniciones, emociones y conductas de los enfermos oncológicos y de manera indirecta se convierten en un lastre de las emociones negativas generadoras de estrés, proveyendo al individuo de estilos de afrontamiento favorables que se convierten en la fuente de prácticas emocionales de apoyo. (4)

El padecimiento de la enfermedad crónica como el cáncer puede estropear el apoyo social, señalando que algunos adultos oncológicos o no reciben suficiente apoyo social, o no reciben apoyo social adecuado, porque pueden haber

sido victimizados inadvertidamente por sus familiares y amigos. El cáncer produce dos reacciones conflictivas entre las personas significativas para el adulto oncológico: primero, sentimientos de miedo y aversión al cáncer y, segundo la creencia de que la conducta apropiada con respecto a las personas con cáncer es mantenerse optimista y alegre, el conflicto entre ambas reacciones pueden producir evitación física o de comunicación abierta acerca de la enfermedad con el resto de personas que la rodean, generando en el enfermo sentimientos negativos. (6)

El 82.5 % de adultos oncológicos tiene un nivel de apoyo social de medio a máximo; esto se puede deber a que tienen un seguro de Salud a través de ESSALUD; por lo tanto los pacientes durante el trayecto de su enfermedad reciben apoyo no sólo en la atención en enfermedad por parte de los profesionales de salud, sino también en la parte económica.

En la tabla N°3: Se observa la distribución del nivel de resiliencia en el adulto oncológico, dónde el 36.3% presenta resiliencia alta, el 38.8%, resiliencia media y el 25% resiliencia baja. Estos resultados lo podemos apreciar en el gráfico N°3.

Estudio similar como el de AGUILAR Adriana (2016) , al estudiar la resiliencia y su incidencia en el proceso terapéutico de las pacientes con cáncer de mama, encontró que el 33.33% de las pacientes presentan un nivel de resiliencia alto; el 40% nivel medio alto; y el 26.66% un nivel medio. (2)

No se encontraron estudios diferentes sin embargo SAN MARTIN Evelyn. (2012), al estudiar la relación entre espiritualidad y resiliencia, posee la espiritualidad como un recurso eficaz para proteger, promover y/o potenciar la resiliencia en situaciones de crisis familiar. Los resultados indican que aproximadamente 8 de cada 10 adultos oncológicos tienen un nivel de resiliencia media a alta, esto caracteriza a aquellas personas que a pesar de encontrarse en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos gracias a los factores protectores o características individuales de la persona. (56) (58)

En los adultos oncológicos, el optimismo, el autocontrol y la habilidad para encontrar significado a las experiencias de la vida promueven que el paciente salga airoso frente a este hecho. Es cierto que hay seres humanos que nacen con grandes recursos de resistencia y habilidades para su supervivencia, se enfrentan a la angustia inevitable de su primera reacción, se orientan rápidamente en la nueva realidad y se adaptan a nuevos retos inmediatos, y a menudo entran en una espiral positiva de la que terminan saliendo más fortalecidos que antes. Son las personas que han hecho uso de la resiliencia, capacidad que se utiliza para sobreponerse a las crisis, como la que genera la enfermedad oncológica. (59)

En la tabla N°4 se muestra la relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de funcionamiento familiar en el adulto oncológico. Los resultados mostraron que del total (19) adultos oncológicos con familias severamente disfuncional, el 57.9% presenta resiliencia baja, el 21 % resiliencia media y 21%

resiliencia alta; del total (24) adultos oncológicos con familia disfuncional, el 37.5% presenta resiliencia baja, el 37.5% resiliencia media y el 25% resiliencia alta, del total (20) adultos oncológicos con familia moderadamente funcional el 50% presenta resiliencia alta, el 50% resiliencia media y el 0% resiliencia baja , del total (17) adultos oncológicos con familia funcional, el 53% presenta resiliencia alta, el 47% resiliencia media y el 0% resiliencia baja. Estos resultados se observan en el Gráfico n° 4.

Además se muestra la prueba Chi cuadrado que demuestra la relación entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de resiliencia en el adulto oncológico, se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 25.873 con un p-valor de significancia de 0.000 ($p < 0.05$), por consiguiente existe una relación altamente significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de resiliencia, con lo cual se demuestra la hipótesis de investigación.

No se han encontrado estudios similares sin embargo DÍAZ Ismara y VÁSQUEZ Oriana (2012). Resaltan la importancia de la dinámica familiar en el proceso de atención, la recuperación positiva o negativa de las pacientes con este tipo de patología dando valor al apoyo familiar. Todos los elementos de la dinámica familiar se pueden constituir tanto en factores positivos como negativos al proceso de recuperación que viven las personas con cáncer junto a su grupo familiar. (15)

Al respecto Cyrulnik (2005), afirma que ciertas familias, grupos humanos y culturas facilitan la resiliencia, mientras que otros los impiden. Por lo tanto si la familia es funcional van a enfrentar la crisis familiar que se da por la presencia de la enfermedad oncológica de una forma unida, cada miembro va a aceptar un papel para enfrentarlas e identificar los problemas respetando la autonomía, espacio y roles. Así mismo el adulto oncológico va a tener la capacidad de hacer frente a este suceso que impacta su vida y la de su familia. (39) (11)

En los resultados se observa que mientras el nivel funcionamiento familiar, se clasifica como severamente disfuncional o disfuncional, el nivel de resiliencia de mayores porcentajes del total de adultos oncológicos es de baja a media esto se debe a que cuando el funcionamiento familiar se ve afectada, se produce cambios en la relación de los roles habituales, estos cambios, por sí mismo, generan sentimientos negativos y por ende afecte la resiliencia en la persona que la padece.

En las personas con enfermedades crónicas como el cáncer el funcionamiento familiar constituye un soporte fundamental para apoyarlo en situaciones de déficit, de debilidad y de angustia. Aquí el familiar viene a ser un complemento que da fuerza, conocimiento y voluntad, fortaleciendo de ésta manera la resiliencia del adulto oncológico, pudiendo éste enfrentar la enfermedad y considerar como una oportunidad en su vida. (52)

La enfermedad crónica como el cáncer puede percibirse entonces como potencial de peligro de desintegración o como oportunidad para el

fortalecimiento de la familia y de la persona que la padece, en la recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de éste. (32)

El funcionamiento familiar permite conocer los recursos y limitaciones que tiene el propio sistema familiar, y en ello se incluye la capacidad que tiene la persona que padece cáncer para resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y el manejo de las dificultades, la unión y el apoyo. Cuando la familia y el paciente están concientes de la enfermedad oncológica, el control control y riesgos tienen independencia para poder afrontar situaciones propias de la enfermedad, que muchas veces desgasta emocionalmente a la persona y a la familia como un todo, afectando así la resiliencia de la persona. (43)

En la tabla N°5 Se muestra la relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de apoyo social en el adulto oncológico. Los resultados mostraron que del total (14) adultos oncológicos con apoyo social mínimo, el 50% presenta resiliencia baja, el 40 % resiliencia media y el 10% resiliencia alta, del total (19) adultos oncológicos con apoyo social medio, el 31% presentan resiliencia baja, 48.2% resiliencia media y el 20.7% resiliencia alta, del total (37) adultos oncológicos con apoyo social máximo, el 59.5% presenta resiliencia alta, el 29.7% resiliencia media y el 10.8% presenta resiliencia baja. Estos resultados se observar en el Gráfico N°5.

Además se muestra la prueba Chi cuadrado para demostrar la relación entre el nivel de apoyo social y el nivel de resiliencia en el adulto con cáncer, se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 19.126 con un p-valor de significancia de 0.001 ($p < 0.05$), por consiguiente existe una relación significativa entre el nivel de apoyo social y el nivel de resiliencia y, con lo cual se demuestra la hipótesis de investigación.

No se encontraron investigaciones similares o diferentes a la nuestra; sin embargo teóricamente en pacientes con cáncer el apoyo social se considera una variable que influye en su respuesta emocional ante la enfermedad que es útil para el mantenimiento de la salud, prevención de otras psicopatologías a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto como atenuante de los estresores sociales. (17)

Según Hoover, J. (2006), durante la fase de tratamiento, generalmente la persona con cáncer ha de realizar cambios importantes en sus actividades y en su vida, donde la persona resiliente no se ve obligado a interrumpir su actividad profesional o sus responsabilidades domésticas. En algunos casos los efectos secundarios de la quimioterapia, la radioterapia y las visitas frecuentes al hospital, pueden o no alterar la vida que llevaban antes del diagnóstico, sentirse físicamente mal, o tener que someterse frecuentemente a revisiones médicas, son algunos de estos motivos que impacientan tanto al paciente, como a los dolientes del mismo. (31)

Los sentimientos de culpabilidad son muy frecuentes, en muchas ocasiones el adulto oncológico se siente culpable por considerarse una carga para los demás, otras veces por su incapacidad para poder llevar a cabo las tareas domésticas o profesionales y en ocasiones por no poder controlar sus sentimientos en cuanto a tristeza y depresión debido a la enfermedad. (31)

También suelen sentirse ansiosos, enojados y deprimidos. Estos sentimientos pueden influir negativamente en la recuperación de ésta enfermedad, contar con alguien que les escuche y le brinde apoyo puede aliviar éstos sentimientos y también contribuir a sobrellevar los síntomas físicos, lo cual pueden tratarse coordinando esfuerzos entre las personas que lo rodean. (33)

De ésta manera el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos vitales estresantes; está asociado a la valoración que una persona tiene sobre su red social y los recursos que esta le provea el sistema de relaciones formales e informales por las cuales los individuos reciben ayuda emocional, material o de información. (28)

Por lo tanto podemos afirmar que el nivel apoyo social y el nivel de resiliencia tienen una significativa relación, como se evidencia en los resultados, donde a mayor nivel de apoyo social, mayor nivel de resiliencia en el adulto oncológico, ,siendo el apoyo social el proceso en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental, o económica de la red social en la que se encuentra, en

un proceso recíproco que genera efectos positivos, siendo uno de ellos la resiliencia, si existe un nivel de resiliencia baja se vincula que el apoyo social brindado por el personal sanitario, la familia y los amigos es insuficiente ante las demandas del adulto oncológico. (61)

Con respecto a la relación de Funcionamiento familiar y apoyo social con el nivel de resiliencia, no se han encontrado estudios similares o diferentes, sin embargo en la investigación se observa la prueba Chi cuadrado para demostrar la relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de funcionamiento familiar en el adulto con cáncer, se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 25.873 con un p-valor de significancia de 0.000 ($p < 0.05$), al igual que se muestra la prueba Chi cuadrado para demostrar la relación entre el nivel de resiliencia y el nivel de apoyo social en el adulto con cáncer, se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 19.126 con un p-valor de significancia de 0.001 ($p < 0.05$), por consiguiente existe una relación significativa entre el nivel de resiliencia y nivel de apoyo social, con lo cual se demuestra la hipótesis de investigación. Concluyendo que existe relación significativa entre el Funcionamiento familiar y el apoyo social con el nivel de resiliencia.

Cuando las personas escuchan la palabra cáncer se sienten atemorizadas especialmente cuando algún familiar o amigo cercano se le ha diagnosticado esta grave enfermedad que desencadena problemas físicos, sociales, psicológicos. En estas circunstancias, se acrecienta la necesidad de apoyo social y familiar, que se

constituye en uno de los recursos personales más importantes para sobrellevar el efecto de la enfermedad.(68)

Tras este impacto, se producen cambios en todos los miembros de la familia en la sociedad, y si el funcionamiento familiar al igual que el apoyo social se ve afectado, el funcionamiento familiar porque se desintegra la familia y en ellos nacen sentimientos negativos y el apoyo social porque impacta en ellos que la persona más cercana sufra de esta enfermedad como es el cáncer; influye en el nivel de resiliencia, de los adultos oncológicos ya que al ver que la familia funcionalmente se ve afectada y que existe insuficiente apoyo social, no van a tener la capacidad de afrontar este evento adverso como es la presencia del cáncer.
(68) (59) (67)

V. CONCLUSIONES

1. El 30% de los adultos oncológicos presentan familia disfuncional, el 23.8% familia severamente disfuncional, el 25% familia moderadamente funcional y el 21.1 familia funcional.
2. El 46.3% de los adultos oncológicos presentan apoyo social máximo, el 36.3% apoyo social medio, y el 17.5% apoyo social mínimo..
3. El 38.8% de los adultos oncológicos presentan resiliencia media, el 36.3% resiliencia alta y el 25% resiliencia baja.
4. Existe relación significativa entre el nivel de funcionamiento familiar y el nivel de resiliencia en el adulto oncológico p- valor de 0.000 ($p < 0.005$).
5. Existe relación significativa entre el nivel de apoyo social y el nivel de resiliencia en el adulto oncológico p- valor de 0.001 ($p < 0.005$).

V.I RECOMENDACIONES

Que las instituciones de salud y organizaciones comprometidas en la lucha contra el cáncer deben:

1. Generar iniciativas de cambio como la creación de programas de apoyo a la persona con cáncer y su familia con la finalidad de reforzar los lazos afectivos y la comunicación entre el paciente y la familia, sirviéndole además como red de apoyo.
2. Diseñar y ejecutar campañas de sensibilización sobre la importancia del apoyo a familias y personas con cáncer.
3. Formular estrategias y/o programas de apoyo enfocados a promover el fortalecimiento o desarrollo de la resiliencia, teniendo en cuenta el rol que le corresponde a la familia en este proceso.
4. Diseñar y ejecutar programas de apoyo de capacitación dirigido a los profesionales de enfermería sobre estrategias para fortalecer el funcionamiento familiar, apoyo social y resiliencia en la persona con cáncer y sus familias.
5. Realizar investigación sobre las principales necesidades de las familias de personas con cáncer.

I. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACERO P. La otra cara de la tragedia. Resiliencia y crecimiento postraumático. San Pablo; Bogotá: Publicaciones ISBN; 2011.p. 28 -30.
2. AGUILAR A. La resiliencia y su incidencia en el proceso terapéutico de las pacientes con cáncer de mama, de la sociedad de lucha contra el cáncer. [Tesis de licenciatura de psicóloga clínica] Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2016. p. 30 - 40.
3. ÁLAMO G. SÁNCHEZ M. CARDOZO M. Resiliencia en personas con cáncer. Rev. de Form. Gerencial, ISSN; 2012. 11(2). p. 268-271.
4. ALONSO A. MENENDEZ M. CASTRO L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad Crónica. Rev. Dialnet; 2013. 19(02).p.118-123.
5. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. El Camino a la resiliencia. [Online]. Washington, DC, 2015. [citado 10 abril 2016] Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>.
6. BARRÓN A. Apoyo psicosocial al paciente con cáncer. Huma. Méd. Psi. de la Salud; 2005. 1(02). p. 76-78.
7. CALDAS O. Representaciones del cáncer en pacientes oncológicos jóvenes. [Tesis de licenciatura en Psicología] Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014. p. 3 - 4
8. CAMPOS M. y SMITH M. Técnicas de diagnóstico familiar y comunal. Ed. Universidad estatal a distancia. Editor EUNED; 2000.p.18 -26.
9. CASTRO R. CAMPERO L. y HERNÁNDEZ B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Rev. Salud Pública, 1997. 31(4).p. 28-33.
10. COSTA G. SALAMEROB M. Y GILA F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. Med Clin (Barc). 2007. 128(18).p.687-91.

11. CYRULNIK B. El amor que nos cura. España.: Gedisa. [2005].
12. DE LA REVILLA L, LUNA DEL CASTILLO J, BAILÓN E, MEDINA I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención Primaria. Rev. Med. de Familia, 2005. 6(1).p.10-23
13. DE LA REVILLA L. y FLEITAS L. El apoyo social y la atención primaria de Salud. Aten Primaria; 1991. 8(9).p.664-6.
14. DÍAZ C. Percepción del Paciente Oncológico sobre su calidad de vida y apoyo social. [Tesis de especialidad de enfermería en Salud Pública] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. 2013. p. 4 – 18.
15. DÍAZ I y VÁSQUEZ, O. La dinámica familiar en el proceso de atención a pacientes con cáncer de cuello uterino. [Tesis de licenciatura en Trabajo Social]. Venezuela: Universidad del Oriente, 2012. p. 5 – 18.
16. DÍAZ A. y YARINGAÑO L. Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes. Rev. IIPS, 2010. 13(1). p. 69 – 86.
17. DICCIONARIO BÁSICO Latín-Español/Español-Latín. Barcelona, 1982.
18. DURÁ E y GARCÉS J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Rev Psicol Social, 1991.6(2).p.57-71
19. ESTUDIO 220. Grupo de Opinión Pública. Encuesta en Lima Metropolitana y Callao, el 24 y 25 de Abril 2011. [Online]; [citado 11 marzo 2016] Disponible en: <http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/gopba?OpenDocument&dn=8.1.2>
20. FERNÁNDEZ R. Y MANRIQUE A. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Rev. Electrónica Enfermería Global; 2010. 19(1).p. 1-2.
21. FLORENZANO R. Familia y salud de los jóvenes. Ed: Universidad Católica de Chile. Santiago; 1994. Pág. 56-66.

22. FRIEDEMANN M. La Estructura de la Organización Sistémica. Una Aproximación Conceptual a las Familias y a la Enfermería. California: Sage; 1995. 7(1).p. 77-78.
23. GABRIELLI R y VILELA M. Percepción del Funcionamiento Familiar entre Familiares de Mujeres Sobrevivientes de Cáncer de Mama: Diferencias de Género. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2010. 18(2).p. 2-6.
24. GIBERTI E. La Familia a Pesar de Todo. Ed. Buenos Aires; Noveduc; 2007. p. 64 – 70.
25. GÓMEZ M. y LAGOUEYTE M. El Apoyo Social: Estrategia para Afrontar el Cáncer de Cérvix. [Tesis Magistral en Salud Colectiva] Colombia: Universidad de Antioquia; 2004.
26. GONZÁLEZ C. Teoría Estructural Familiar. Rev. Chil. de Salud Púb. 2008. 34(3). 2010. p. 25-26.
27. GONZÁLEZ E, DE LA CUESTA F, LOURO B, Funcionamiento Familiar. Construcción y Validación de un Instrumento. Rev. Cie. de la Salud; 1997. 4(1). p. 63 - 66.
28. GRACIA E. El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria. Páidos ibérica S.A .México BA; 1997. p. 33 - 34.
29. HERNANDEZ R, FERNANDEZ C. BAPTISTA P. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 2003. Pág. 270 – 273
30. HERRERA P. La Familia Funcional y Disfuncional, un Indicador de Salud. Rev Cub. Med gen Integr, 1997. 13(6). p. 2 - 3.
31. HOOVER J Guía de Cura Natural del Cáncer. Revista Barcelona (2006). No. 6046(21) pp.50- 72.
32. HORWITZ, N y FLORENZANO, R. Familia y Salud Familiar. Un Enfoque para la Atención Primaria. Bol Of Sanit Panam, 2004. 98(02). p. 144 - 149.

33. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. Resumen de Indicadores de Salud 2012. [Online]; Lima [Citado 12 de enero 2016] Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadísticos/06032013_RESUMEN_INDICADORES_INTRANET.pdf.
34. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL NORTE. Indicadores Hospitalarios Año 2014. [Online]; [citado 23 marzo 2016] Disponible en: www.irennorte.gob.pe/pdf/estadistica/IGHIS2014.pdf
35. JIMENEZ A. FERRADIZ E. CASTEJON R. ALEMANY P. BLANQUER J. La atención al paciente con Cáncer fase terminal en sus últimos días de vida (III) Apoyo Emocional y Comunicación. Revista Grupo de Atención Domiciliaria.
36. KRIKORIAN, A. Factores que Contribuyen a la Experiencia de Sufrimiento en Enfermos con Cáncer en Situación Avanzada/Terminal que Reciben Tratamientos Paliativos. [Tesis doctoral] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2012. p. 4 - 6.
37. LEMOS S. Variables cognitivas. En L. Ezpeleta: Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Barcelona: Masson.; 2005. p. 147-176.
38. LÓPEZ M. Aproximación al Concepto de Resiliencia. [Online]; Lima 2010 [citado 03/04/2016]. Disponible en: www.cedro.org.pe/lugar/articulos/resiliencia.htm
39. LOURO I. Modelo Teórico Metodológico para la Evaluación de Salud del Grupo Familiar en la Atención Primaria. Rev. Cub. de Salud Púb, 2004. 29(1). p. 17-19.
40. LUDWIG B. Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, Desarrollo, Aplicaciones. México - ISBN, 1992. p. 30 - 45.
41. LUTHAR S. CICCHETTI D y BECKER B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 2003. 71(3),p. 543-562.

42. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima. Askha EIRL; [Citado 02/02/2016] Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.
43. MINUCHIN S, FISHMAN H. Técnicas de Terapia Familiar. Argentina: Paidós, 2004. p.19-26. p. 543-562.
44. NAVARRETE C. y ZICAVO N. Enfermedad y Familia. 2ª ed. México, Instituto Literario 100 ote, 2014. p. 10 - 22.
45. OLIVA A. Relaciones Familiares y Desarrollo Adolescente. Rev. Anuario Psic, 2006. 37(3). p. 209 - 223.
46. OLSON D. Tipos de Familia, Estrés Familiar y Satisfacción con la Familia: Una Perspectiva del Desarrollo Familiar. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2008. p. 120 - 121.
47. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Temas de Salud Cáncer. Nota descriptiva N°297. Región las Américas: Comité Editorial - febrero de 2015. [citado 10/01/16] Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
48. ORTEGA T. DE LA CUESTA D. y DÍAS C. Propuesta de un Instrumento para la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en Familias Disfuncionales. Rev Cub. Enf, 1999. 15(3).p. 164-168.
49. OSORIO A. y ALVAREZ A. Introducción a la Salud Familiar. Costa Rica. San José, 2004.p. 12 – 20.
50. OVELAR I. Impacto del cáncer en la familia: Trabajo Final 3º Psicoterapia de Familia y de Pareja. Escuela Vasco Navarra. 2014. (Consultado 16/04/16). Disponible en: [URL:http://www.avntfevntf.com/imagenes/biblioteca/Ovelar,%20Irene%20Trab.%203%C2%BA%20online%202014.pdf](http://www.avntfevntf.com/imagenes/biblioteca/Ovelar,%20Irene%20Trab.%203%C2%BA%20online%202014.pdf)
51. PÉREZ C. RODRÍGUEZ F. Diagnóstico oncológico: reacción emocional y comportamiento familiar asumido. procesos de salud enfermedad y bienestar social. Psi. Am. Lat.; 2006. 2(06) .p. 15-18.

52. PRADO y DEL ÁGUILA. Estructura y funcionamiento familiar en adolescentes resilientes y no resilientes, Universidad Nacional Federico Villareal de Lima, 2000.
53. QUICENO J. VINACCIA, S. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pens. Psic; 2011. 9(17). p. 69-82.
54. RAYMUNDO O. Tratamiento en Pacientes con Cáncer: Impacto y Adherencia. [Tesis Magistral en Psicología] Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú; 2014. (Consultado 12/02/16). [En línea] URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3522/3/Raymundo_vo.pdf
55. RODRIGUEZ J. PASTOR A. LOPEZ S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema, 1995. vol. 5.p. 349-352.
56. RUTTER M. Resistencia ante la Adversidad. Factores de protección y de la resistencia a los trastornos psiquiátricos. Rev. Británica de Psiquiatría; 1993. 147(12).p.598-611.
57. SALGADO A. Métodos e instrumentos para medir la resiliencia. Una alternativa peruana; Lieberabit Rev. de Psic. Lima; 2005.p.41-48.
58. SAN MARTIN E. resiliencia y espiritualidad en situaciones de crisis familiar: desde una perspectiva teórica y empírica. [Tesis Magistral en familia] Chile. Universidad del Bio Bio; 2014. p. 3 -4.
59. SANTOS R. Levantarse y luchar. Como superar la adversidad con la resiliencia. Editor Penguin Random House Grupo Editorial España, 2013. p. 36 -40.
60. SAUCEDA G. MALDONADO D. La Familia: Su dinámica y tratamiento. Washington D.C. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Instituto Mexicano de Seguridad Social; 2003. Pág. 20-28.
61. SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD. Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria. Boletín Epidemiológico. La Libertad - 2015. [Online]; [acceso 20 agosto 2016] Disponible URL: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-mas-de-310-cirugias-oncologicas-realizo-hospital-virgen-de-la-puerta-en-la-libertad/>

62. SHERBOURNE C y STEWART A. The MOS Social Support Survey. Soc Sci Med; 1991; 32:705-14.
63. SMILKSTEIN G, the Family Apgar: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. J Fam Pract; 1998. 6(9) .p. 29
64. TEROL C. LÓPEZ S.et al. Evaluación de las dimensiones de apoyo social en pacientes oncológicos. Rev. de Psic. Soc. Aplicada, 2000. 10(2).p. 64-69.
65. THOITS P. Los problemas conceptuales, metodológicos y teóricos en el estudio de apoyo social como amortiguar los efectos de la vida. J Salud Behav social, 1982. p.145-59.
66. VALDÉZ L. Programa de intervención para elevar los niveles de autoestima. Chile Rev. Estud. Pedagóg; 2001. 27(1).p.63-70
67. VANISTENDAEL S. La Resiliencia: desde una Inspiración hacia cambios prácticos 2º Congreso Internacional de los trastornos de comportamiento en niños adolescentes. Madrid.2005.
68. VEGA A. Y GONZÁLEZ D. Apoyo Social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Rev. Elect. Enf. Global; 2009. 16(1).p. 1-7.
69. WAGNILD G. y YOUNG H. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. Journal of Nursing Measurement; 1993.1(2).p. 165-176.
70. WOLIN S.J. Y WOLIN, S. The resilient self. New York: Willard. Rutter, M. (1979). Protective factors in children ´s responses to stress and disadvantages. En M.W. Kent y J.E. Rolf (Eds.). Primary prevention of psychopathology, Hanover, NH: University Press of New England; 1993. N°3 .p.49-74

ANEXOS

III. RESULTADOS



ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Identificado
(a) con DNI N°.....después de haber recibido la información acerca de la investigación a realizar por las Bachilleres en Enfermería Elizabeth Abanto y Luciana Sachun; acepto ser entrevistado(a) y llenar los instrumentos, con el fin de contribuir a la investigación sobre **Funcionamiento Familiar, Apoyo Social y Resiliencia en el Adulto Oncológico, Hospital de Alta Complejidad “Virgen de la Puerta” - Trujillo, 2016**; el día y la hora que se acuerde, cuyo tiempo para su resolución del mismo será de aproximadamente 40 minutos.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante, y por el cual no recibiré ningún beneficio directo como resultado de mi participación ya que es totalmente voluntario y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Además recibo como garantía que la información será tratada con criterio y con confidencialidad y nuestra identidad en el anonimato.

Entiendo que: Los resultados de la información se me serán proporcionados si los solicito.

Trujillo,.....de.....del 2016

Elizabeth Abanto
DNI N°45467727

Luciana Sachun
DNI N° 72670295

ANEXO N° 02

Trujillo, 28 de noviembre del 2016.

Dra. Elsa Vargas Diaz
Directora de la Escuela Profesional de Enfermería
Universidad Privada Antenor Orrego
Presente.

Asunto: Ejecución de Proyecto de Tesis.

De mi especial consideración:

Por intermedio de la presente, le hago llegar mi saludo muy cordial y a la vez para hacer de su conocimiento de que las bachilleres: Elizabeth Pascual Abanto Cueva y Luciana del Carmen Sachún Bustinza de la Escuela Profesional de Enfermería, han ejecutado su Proyecto de Tesis titulado: **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA EN EL ADULTO ONCOLÓGICO, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA – TRUJILLO, 2016**, en consultorios externos del Área de Oncología de este hospital, en el mes de noviembre del presente año.

Sin otro particular, agradezco por la atención que se sirva prestar a la presente.

Atentamente.



ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TEST DE PERCEPCION DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

AUTORAS: ORTEGA, DE LA TUESTA, DIAZ (1999)

Edad: _____ **Estado civil:** _____ **otros:** _____

INSTRUCCIONES: A continuación les presenta una serie de situaciones que puedan ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique y marque con un X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

| SITUACIONES | CASI NUNCA | POCAS VECES | A VECES | MUCHAS VECES | CASI SIEMPRE |
|--|------------|-------------|---------|--------------|--------------|
| 1. En mi familia se toman decisiones para cosas importantes. | | | | | |
| 2. En mi casa predomina la armonía. | | | | | |
| 3. En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades. | | | | | |
| 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. | | | | | |
| 5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa. | | | | | |
| 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | | | | | |
| 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | | | | | |
| 8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan. | | | | | |
| 9. Se distribuyen las tareas de modo que nadie este sobrecargado. | | | | | |
| 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | | | | | |
| 11. Podemos conversar diverso temas sin temor. | | | | | |
| 12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas. | | | | | |
| 13. Los intereses y necesidades de cada cual respetados por el núcleo familiar. | | | | | |
| 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. | | | | | |



ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TEST DE PERCEPCION DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

AUTORAS: ORTEGA, DE LA TUESTA, DIAZ (1999)

Edad: _____ **Estado civil:** _____ **otros:** _____

INSTRUCCIONES: A continuación les presenta una serie de situaciones que puedan ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique y marque con un X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

| SITUACIONES | NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|--|-------|------------|---------|--------------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. En mi familia se toman decisiones para cosas importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. En mi casa predomina la armonía. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Se distribuyen las tareas de modo que nadie este sobrecargado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Podemos conversar diverso temas sin temor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Los interese y necesidades de cada cual respetados por el núcleo familiar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



ANEXO N°5

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO MOS

AUTORAS: SHERBOURNE y STEWART (1991)
Validada por Requena, Salmeron y Gila (2006)

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones referidas a diferentes aspectos de su vida, donde tendrá que leer cada una de ellas y marcar con un aspa que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas. Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. Dispone:

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

ESCRIBA EL NÚMERO DE:

| Amigos | Familiares |
|--------|------------|
| | |

| | NUNCA | POCAS VECES | ALGUNAS VECES | LA MAYORIA DE VECES | SIEMPRE |
|--|-------|----------------|------------------|------------------------|---------|
| 1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Alguien que le muestre amor y afecto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Alguien con quien pasar un buen rato. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Alguien en quien confiar y con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Alguien que lo abrace. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Alguien con quien pueda relajarse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Alguien cuyo consejo realmente desee. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 14. Alguien que le ayude con sus tareas domésticas si está enfermo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Alguien con quien divertirse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Alguien que comprenda sus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



ANEXO N°6

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO MOS

AUTORAS: SHERBOURNE y STEWART (1991)
Validada por Requena, Salamerob y Gila (2006)

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones referidas a diferentes aspectos de su vida, donde tendrá que leer cada una de ellas y marcar con un aspa que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas. Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. Dispone:

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

ESCRIBA EL NUMERO DE AMIGOS Y FAMILIARES:

| Amigos | Familiares |
|--------|------------|
| | |

| | NUNCA | POCAS VECES | ALGUNAS VECES | LA MAYORIA DE VECES | SIEMPRE |
|--|-------|-------------|---------------|---------------------|---------|
| 1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama. | | | | | |
| 2. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar. | | | | | |
| 3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas. | | | | | |
| 4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita. | | | | | |
| 5. Alguien que le muestre amor y afecto. | | | | | |
| 6. Alguien con quien pasar un buen rato. | | | | | |
| 7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación. | | | | | |
| 8. Alguien en quien confiar y con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones. | | | | | |
| 9. Alguien que lo abrace. | | | | | |
| 10. Alguien con quien pueda relajarse | | | | | |
| 11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo. | | | | | |
| 12. Alguien cuyo consejo realmente desee. | | | | | |
| 13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 14. Alguien que le ayude con sus tareas domésticas si está enfermo. | | | | | |
| 15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos. | | | | | |
| 16. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales. | | | | | |
| 17. Alguien con quien divertirse. | | | | | |
| 18. Alguien que comprenda sus problemas. | | | | | |
| 19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. | | | | | |



ANEXO N°7

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Adaptada y Validada por Novella (2002)

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones referidas a diferentes aspectos de su vida, donde tendrá que leer cada una de ellas y marcar con un aspa que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas.

| ÍTEMS | | En desacuerdo De acuerdo | | | | | | |
|-------|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Cuando Planeo algo lo realizo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Generalmente me las arreglo de una manera u otra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Dependo de mí mismo (a) que de otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Es importante para mí mantenerme interesado (a) en las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Puedo estar solo (a) si tengo que hacerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Me siento orgulloso (a) de haber logrado cosas al mismo tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Soy amigo (a) de mí mismo (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Soy decidido (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Tomo las cosas una por una. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Puedo enfrentar las dificultades porque lo he experimentado anteriormente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Tengo autodisciplina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Me mantengo interesado (a) en las cosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Por lo general encuentro algo de que reírme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | El creer en mí mismo (a) me permite atravesar tiempo difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar. | 11 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | Generalmente puedo ver una situación de varias maneras. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20 | Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21 | Mi vida tiene significado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22 | No me lamento de las cosas por lo que no pudo hacer nada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23 | Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24 | Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25 | Acepto que hay personas a las que yo no les agrado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |



ANEXO N° 8

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones referidas a diferentes aspectos de su vida, donde tendrá que leer cada una de ellas y marcar con un aspa que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas.

| ÍTEMS | | En desacuerdo | | | | De acuerdo | | | |
|-------|---|---------------|--|--|--|------------|--|--|--|
| 1. | Cuando Planeo algo lo realizo. | | | | | | | | |
| 2. | Generalmente me las arreglo de una manera u otra. | | | | | | | | |
| 3. | Dependo de mí mismo (a) que de otras personas. | | | | | | | | |
| 4. | Es importante para mí mantenerme interesado (a) en las cosas. | | | | | | | | |
| 5. | Puedo estar solo (a) si tengo que hacerlo. | | | | | | | | |
| 6. | Me siento orgulloso (a) de haber logrado cosas al mismo tiempo. | | | | | | | | |
| 7. | Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. | | | | | | | | |
| 8. | Soy amigo (a) de mí mismo (a). | | | | | | | | |
| 9. | Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo. | | | | | | | | |
| 10 | Soy decidido (a). | | | | | | | | |
| 11 | Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo. | | | | | | | | |
| 12 | Tomo las cosas una por una. | | | | | | | | |
| 13 | Puedo enfrentar las dificultades porque lo he experimentado anteriormente. | | | | | | | | |
| 14 | Tengo autodisciplina. | | | | | | | | |
| 15 | Me mantengo interesado (a) en las cosas. | | | | | | | | |
| 16 | Por lo general encuentro algo de que reírme. | | | | | | | | |
| 17 | El creer en mí mismo (a) me permite atravesar tiempo difíciles. | | | | | | | | |
| 18 | En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar. | | | | | | | | |
| 19 | Generalmente puedo ver una situación de varias maneras. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 20 | Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera. | | | | | | | |
| 21 | Mi vida tiene significado | | | | | | | |
| 22 | No me lamento de las cosas por lo que no pudo hacer nada | | | | | | | |
| 23 | Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida. | | | | | | | |
| 24 | Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer. | | | | | | | |
| 25 | Acepto que hay personas a las que yo no les agrado | | | | | | | |

**POR SU COOPERACIÓN,
¡MUCHAS GRACIAS!**