

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUÍZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

“Afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer en un hospital del MINSA-Chiclayo 2018”

Para Optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

INVESTIGADORAS:

- Bach. Huaman Racchumi Maryury Ivon
- Bach. Yarleque Cordova Erika Vanessa

ASESORA:

- Mg. Sánchez de García, Nora.

LAMBAYEQUE, 2019

TESIS APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino

PRESIDENTA

**Mg. Nora Mercedes Monsalve
Requejo**

SECRETARIA

**Lic. Dennie Shirley Rojas
Manrique**

VOCAL

Mg. Nora Elisa Sánchez de García

ASESORA



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH-P

DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Libro de Actas N° 04 Expediente N° 2094 Folio N° 184
Graduado: Maryory Iyon Huamán Racchumi

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a los 03 días del mes de Septiembre de 2019 a horas 9 am se reunieron los señores Miembros del Jurado designados mediante Decreto N° 048 - 2018 - D - FE

Presidente: Mg. Rosario Elotilde Castro Ngumó
Secretario: Mg. Nora Mercedes Monsalve Requiza
Vocal: Mg. Dennie Shirley Rojas Manrique

Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: "Afrontamiento Del Familiar Cuidador Primario Frente al Proceso de Hospitalización de Personas con Cáncer en un Hospital del MINSA - Chiclayo 2018" patrocinado por la profesora Mg. Nora Elisa Sánchez de García y presentado por la (s) bachiller (es) en enfermería: Maryory Iyon Huamán Racchumi

optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró --- Aprobado por Unanimidad la tesis con el calificativo de Muy bueno debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

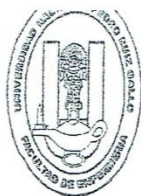
Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL


PATROCINADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH-P

DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Libro de Actas N° 07 Expediente N° 2095 Folio N° 184
Graduado: ERIKA VANESSA YARLEQUE CORDOVA

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a los 03 días
del mes de Setiembre de 2019 a horas 9am se reunieron los señores Miembros del Jurado
designados mediante Decreto N° 048-2018-D-FE

Presidente: Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino
Secretario: Mg. Nora Mercedes Monsalve Requijo
Vocal: Mg. Dennie Shirley Rojas Manrique

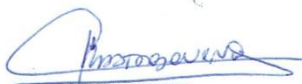
Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: "Afrontamiento del
Familias Cuidados Primarios Frente al Proceso de Hospitalización
de personas con Cáncer en un Hospital del MINSA - Chiclayo
2018"

patrocinado por la profesora-
Mg. Nora Elisa Sánchez de García y presentado por
la (s) bachiller (es) en enfermería: Erika Vanessa Yarleque Cordova
Maryory Ivon Huamán Ruchumi

optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.


Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró —
Aprobado por Unanimidad la tesis con el calificativo de Muy bueno
debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL


PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Huamán Racchumi Maryury Ivon y Yarleque Cordova Erika Vanessa, investigadoras principales y Mg. Sánchez de García Nora Elisa, asesora del trabajo de investigación “Afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer en un hospital del MINSA-Chiclayo 2018” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar, que puede conducir a la anulación del Título o Grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 19 de julio del 2019

**Bach. Enf. Maryury Ivon
Huamán Racchumi**
INVESTIGADORA

**Bach. Enf. Erika Vanessa
Yarleque Cordova**
INVESTIGADORA

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, que día a día guía nuestro camino, brindándonos sabiduría y fortaleza, permitiéndonos llegar a este momento tan importante de nuestra formación.

A nuestros padres y familia, por ser siempre el motor y motivo de cada uno de nuestros logros, y por su inmenso cariño y apoyo que nos brindan siempre.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

A Dios, por protegernos durante todo nuestro camino, por guiarnos con sabiduría para poder llegar a la culminación del presente trabajo.

A nuestra estimada Asesora, por su incondicional ayuda y aportes, durante el desarrollo y culminación de la presente investigación.

A nuestro Jurado por los aportes y sugerencias que han permitido mejorar el presente estudio.

A las Licenciadas de Enfermería del Servicio de Medicina Interna, que nos brindaron las facilidades para realizar el presente estudio.

A los familiares cuidadores primarios del Servicio de Medicina Interna, que con su participación hicieron posible la realización de nuestra investigación.

A la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y a todos los docentes que formaron parte de nuestro proceso de formación por permitirnos convertirnos en unas profesionales humanas, comprometidas con nuestra labor.

Las autoras.

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	11
CAPÍTULO I.....	15
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	16
1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.2. BASE TEÓRICA - CONCEPTUAL.....	18
1.3. MARCO CONTEXTUAL:	37
CAPÍTULO II.....	38
2. MARCO METODOLÓGICO.	39
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	39
2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	39
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	43
2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
2.5. MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	45
2.6. PRINCIPIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	46
2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	47
CAPÍTULO III	49
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO IV	71
4.1. CONSIDERACIOES FINALES	72
4.2. RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad cuya tasa de morbi-mortalidad ha aumentado en los últimos años, ocasionando mayor demanda de hospitalización, generando así, que el familiar que asume el rol de cuidador primario se involucre en el proceso de enfermedad, por lo cual necesitará desarrollar estrategias de afrontamiento para superar esta crisis situacional; motivadas por este contexto, se realizó la investigación: “Afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer en un hospital del MINSA-Chiclayo 2018” teniendo como objetivo analizar y comprender las estrategias de afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer. La presente investigación es de tipo cualitativa, con abordaje de estudio de caso. Se desarrolló con una muestra determinada por saturación de los discursos, constituidos por 10 familiares cuidadores primarios; los datos fueron recolectados a través de la entrevista semiestructurada y procesados con el análisis de contenido, generándose tres categorías: Categoría I: Afrontamiento centrado en la emoción, Categoría II: Afrontamiento centrado en el problema, Categoría III: Situaciones que limitan el afrontamiento positivo. Después de haber realizado el análisis, se obtuvo que, el familiar cuidador primario en algunas situaciones utilizan estrategias centradas en la emoción destacando de todas ellas, el apoyo en la fe, la revaluación positiva y la auto focalización negativa; por otro lado, utilizan estrategias centradas en el problema destacando el uso del apoyo social, asimismo el familiar cuidador primario, reconoce que existen situaciones internas y externas que limitan usar estrategias de afrontamiento positivo repercutiendo en su capacidad para superar crisis como esta.

Palabras Claves: Familia, Cáncer, Estrategias de Afrontamiento, Cuidador primario

ABSTRACT

Cancer is a disease whose morbidity and mortality rate has increased in recent years, causing greater demand for hospitalization, thus generating that the family member who assumes the role of primary caregiver is involved in the disease process, so he will need to develop coping strategies to overcome this situational crisis; motivated by this context, the investigation was carried out: “Coping with the primary care family relative in front of the hospitalization process of people with cancer in a MINSA-Chiclayo 2018 hospital” with the objective of analyzing and understanding the coping strategies of the primary care family relative to the hospitalization process of people with cancer. This research is qualitative, with a case study approach. It was developed with a sample determined by saturation of the speeches, consisting of 10 primary caregiver relatives; The data were collected through the semi-structured interview and processed with the content analysis, generating three categories: Category I: Emotion-centered coping, Category II: Problem-centered coping, Category III: Situations that limit positive coping. After having carried out the analysis, it was obtained that, the primary family caregiver in some situations uses strategies focused on emotion, highlighting all of them, faith support, positive revaluation and negative self-targeting; On the other hand, they use strategies focused on the problem, highlighting the use of social support, as well as the family primary caregiver, recognizes that there are internal and external situations that limit the use of positive coping strategies, impacting on their ability to overcome crises such as this.

Keywords: *Family, Cancer, Coping Strategies, Primary Caregiver*

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la vida los seres humanos se ven expuestos a una serie de factores externos e internos, los cuales si son positivos les permiten desarrollar sus capacidades, aspiraciones y habilidades, creando una sensación de tranquilidad y bienestar, sin embargo, esa situación aparentemente imperturbable puede verse seriamente afectada por múltiples factores negativos, uno de ellos y que se presenta de forma repentina o inesperada es el cáncer ¹.

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) el cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad. En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el registro de cáncer de Lima Metropolitana registrado por el INEN evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado ². Presentándose cerca de 47 000 nuevos casos y más de 25 000 muertes a causa de ésta ³.

Además, según el MINSA, en el Perú los tipos de cáncer más frecuentes en mujeres, son el cáncer de mama y de cuello uterino, siendo estos la primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional; mientras que, en varones, los tipos más comunes son el cáncer de estómago, pulmón y próstata ⁴.

El cáncer provoca reacciones múltiples en la persona que enferma, tales como angustia, miedo, preocupación y dolor, por ser una enfermedad crónica que implica un riesgo de muerte, situación que se extiende a la familia nuclear y a veces con gran impacto en la familia extensa, conllevando a su vez a una gran cantidad de demandas y cambios en la estructura familiar, las cuales dependerán de lo severo que resulte el diagnóstico, el grado de incapacidad que implique, el tipo de tratamiento que vaya a efectuarse, la percepción que

se tenga de la deformación que comporta, el pronóstico de vida que se espere y el grado de afrontamiento que presente la familia ⁵.

El afrontamiento familiar es la capacidad de la familia de movilizarse y poner en acción las medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, este tipo de afrontamiento puede ser constructivo cuando se asumen actitudes y comportamientos favorables a la salud, tales como cambios de comportamientos, hábitos, ajuste de roles, flexibilización de las normas y solicitud de apoyo cuando este sea necesario ¹. En otros casos pueden tornarse no ideales afectando aún más la dinámica familiar y por ende a la persona hospitalizada con diagnóstico de cáncer. Sin embargo, comprendiendo que varios miembros de la familia están relacionados en este proceso, generalmente, en la mayoría de los casos presentados, la responsabilidad cae solamente en un familiar el cual asume la responsabilidad total de la persona enferma ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo, al que se le conoce como cuidador primario ⁶.

La hospitalización a la que es sometida la persona con diagnóstico de cáncer crea en su entorno más cercano, la familia, principalmente al familiar cuidador primario, situaciones sumadas a las anteriormente mencionadas, ya que en ocasiones no se acostumbra al ambiente hospitalario, que muchas veces es reducido, lo cual resulta incómodo, asimismo percibe que su privacidad ha sido o está siendo invadida, al compartir habitación con otras personas; por ello, las investigadoras durante su experiencia práctica de pre grado tuvieron la oportunidad de escuchar en los familiares cuidadores primarios que acompañaban a la persona con diagnóstico de cáncer algunas expresiones como: *“lo afronto preocupada, estresada no puedo dormir bien” “dejo abandonada prácticamente a mi niña... a la hora de visita salgo una carrerita a verla” “nos sentimos mal toda la familia, hasta ahora no lo podemos creer” “estoy afrontándolo muy mal”* asimismo conductas tales como evitar a la persona hospitalizada, llanto y enojo. Sin embargo, algunos familiares cuidadores primarios

expresaron discursos como: *“le pedí a Dios bastante, que me dé fuerzas para poder aceptarlo”* *“Dios es el único que puede, le pedí que me diera entendimiento y energía para poder seguir adelante”* *“nos estamos turnando con mis hermanos”*

Frente ante esta problemática surgen algunas interrogantes como ¿Qué estrategias utiliza el cuidador primario para afrontar el proceso de hospitalización de su familiar con cáncer? ¿El afrontamiento del cuidador primario es positivo o negativo?

En base a ello, las autoras determinaron desarrollar esta investigación, dando origen al siguiente problema: ¿Cómo es el afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer en un hospital del MINSA - Chiclayo 2018?, siendo el objeto de estudio el afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización en las personas con cáncer y planteándose como objetivo: Analizar y comprender las estrategias de afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer.

Este trabajo de investigación se justificó, porque la competencia del profesional de enfermería es la de brindar un cuidado personalizado, holístico y humanizado en todas las etapas de vida, en este caso a la persona con diagnóstico médico de cáncer y a su familia, especialmente al familiar cuidador primario que es aquel que se ve mucho más involucrado en el proceso de enfermedad, muchas veces sin saber hacer frente a esta crisis situacional, pues se encuentra preocupado por la persona enferma, su curación y las responsabilidades adicionales que tendrá que asumir; de allí que es importante conocer como es el afrontamiento que estos experimentan frente a ésta crisis situacional.

La importancia de esta investigación radica en, que los resultados obtenidos sirvan de reflexión y motivación al profesional de enfermería para brindar un cuidado holístico y humanizado tanto a la persona con diagnóstico de cáncer, como al familiar cuidador

primario, además de ser posible proponer a las instituciones prestadoras de servicios de salud; la elaboración e implementación de programas de apoyo, para un seguimiento adecuado que ayude al familiar cuidador primario a desarrollar un afrontamiento con estrategias positivas durante el proceso de hospitalización contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

Además, el presente estudio servirá también como material de consulta para otras investigaciones futuras que tengan relación con el objeto de investigación.

El presente informe de investigación está estructurado de la siguiente manera:

Introducción, que contiene la problemática que da lugar al planteamiento del problema y se tiene en cuenta los objetivos, la justificación y la importancia.

Capítulo I: Marco teórico conceptual, que fundamenta la comprensión del fenómeno estudiado a la luz de los antecedentes de investigación y base teórica.

Capítulo II: El marco metodológico, donde se señala el tipo de investigación, población y muestra; así como las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos; el rigor científico y los principios éticos que se tuvieron en cuenta en la investigación.

Capítulo III: Resultados y discusión, donde se presentan los discursos del objeto en estudio con su respectivo análisis y sustento teórico.

Capítulo IV: Consideraciones finales a la que se llegaron en la investigación y las recomendaciones y sugerencias que derivan de ellas.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Cabe destacar que existen pocas investigaciones relacionadas al tema de afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer, sin embargo, damos a conocer las siguientes que podrían contribuir al análisis y discusión de los resultados:

Antecedente nacional:

Pérez J.⁷, en su investigación titulada “Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI – 2015”, que tuvo como objetivo determinar el nivel de uso de las estrategias de afrontamiento de la familia para disminuir su estrés, ante la hospitalización de un pariente adulto en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2015. Encontró que los familiares utilizan estrategias de afrontamiento cognitivo (nivel medio) caracterizado por buscar un significado al suceso, encontrando aquí la búsqueda de solución del problema y la auto focalización negativa. Estrategias de afrontamiento afectivo (nivel medio), en el cual se hacen evidentes las respuestas psicológicas o expresiones verbales de gustos y disgustos encontrando que las familias hacen uso del apoyo social y la evitación. Y por último estrategias de afrontamiento conductuales, en el cual a la persona le corresponde enfrentar la situación estresante de forma directa, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de las anteriores, encontrando aquí la reevaluación positiva y el apoyo en la religión. De los

familiares que participaron en el estudio el 35% (14) tienen un nivel de afrontamiento familiar medio, 35% (14) tienen un nivel de afrontamiento familiar bajo y 30% (12) tienen un nivel de afrontamiento familiar alto.

Antecedente local:

Ortiz D, Vásquez A ⁸, en su investigación titulada “Mecanismos de afrontamiento del familiar cuidador de una persona con insuficiencia renal crónica terminal en diálisis peritoneal, en un hospital de Chiclayo 2015”, la cual tuvo como objetivo comprender dichos mecanismos de afrontamiento del familiar cuidador, llegaron a la consideración final: que los familiares cuidadores desarrollan diversos mecanismos de afrontamiento como al conocer el diagnóstico de IRCT y el tratamiento de diálisis peritoneal ellos buscan apoyo emocional en el personal de salud, amigos y algunos se refugian en Dios o asumen un afrontamiento no productivo para no sufrir, así mismo buscan distracción para sobrellevar el problema familiar.

1.2. BASE TEÓRICA - CONCEPTUAL

Siendo nuestro objeto de trabajo el afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer, se empezara revisando algunos aspectos conceptuales sobre el tema.

El Afrontamiento según Stone citado por Vásquez ⁹, se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles. Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales.

Por otro lado, Lazarus y Folkman citado por Walter Rizo ¹⁰, define al afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluados como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos.

Coincidiendo con lo antes mencionado, para las autoras afrontamiento es un proceso que reúne esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, las cuales son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona con la finalidad de manejar determinada situación.

Según Lazarus y Folkman citados por Rizo ¹⁰, las dos funciones de manejo más importantes son las que se centran en el problema y las que se centran en la emoción.

En el afrontamiento dirigido al problema, al individuo le interesa buscar información sobre qué hacer para eliminar definitivamente el problema, sus acciones están encaminadas a modificar la problemática en sí. Pueden ser externas (definición del problema, vencer obstáculos, búsqueda de soluciones alternativas y recursos de planeación) o internas

(aprender procedimientos nuevos de enfrentamiento, modificar niveles de aspiración reevaluaciones cognitivas); mientras que el afrontamiento centrado en la emoción tiene como finalidad disminuir el grado de discomfort o de malestar emocional mediante estrategias como la evitación comportamental, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, la revaloración positiva, la reevaluación cognitiva, la negación entre otras. No se pretende modificar la situación problemática sino modular los estados emocionales negativos y sobrevivir a ellos, el objetivo es tranquilizarse o no estar peor ¹⁰.

Según Rizo ¹⁰, Lazarus y Folkman hacen referencia a las condiciones de ocurrencia de las estrategias orientadas a la emoción al problema. Ellos refieren que por lo general las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Sin embargo estas formas de afrontamiento en la familia depende además de otros factores según Mc Cubbin & Patterson ¹¹, se puede afirmar que la capacidad de afrontamiento depende de: el tipo de estresor y su severidad, la acumulación de varias demandas o acontecimientos estresantes en un mismo periodo, el tiempo de ocurrencia de los mismos, la existencia de perturbaciones en el sistema familiar, y por otro lado, de la resistencia familiar, es decir, de la disponibilidad y de la capacidad para utilizar los recursos intrafamiliares y comunitarios por parte de la familia y, también, de que la familia haya tenido que hacer anteriormente frente a un acontecimiento similar.

Folkman y Lazarus citados por Rizo ¹⁰, hallaron ocho factores en la elaboración de un cuestionario sobre formas de manejo: manejo confrontador, distanciamiento, autocontrol,

búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape- evitación, resolución planificada de problemas y revaloración positiva.

Las estrategias pueden estar focalizadas en el problema o en la emoción; en la primera se puede hacer algo constructivo, mientras que en el segundo favorece a la aceptación ¹⁰.

Estrategias focalizadas en el problema: a) Confrontación; b) Planificación, c) Retrasar el afrontamiento, d) Autocontrol; e) Movilización y búsqueda de apoyo instrumental ¹⁰.

a) *La confrontación*; constituyen los esfuerzos de un sujeto para cambiar la situación; mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas. Sin embargo esta estrategia de afrontamiento puede asociarse a la depresión, ansiedad y minimización del stress. b) *Planificación*; Pensar y estudiar el problema, analizando los diferentes puntos de vista u opciones, y desarrollar estrategias para solucionarlo. c) *Retrasar el afrontamiento*; Esperar que aparezca la ocasión adecuada para actuar, postergar todo tipo de actividades hasta adquirir mayor y mejor información sobre la situación ⁷. d) *Autocontrol*; constituyen los esfuerzos para controlar y moderar sus propios pensamientos, actos y expresiones de respuestas emocionales ¹². Y por último e) *movilización y búsqueda de apoyo instrumental o social*; se describe como un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis ¹³.

Estrategias focalizadas en la emoción: a) Auto focalización negativa: Escape o evitación; b) Aceptación; c) Negación; d) Búsqueda de apoyo espiritual; e) Retraimiento conductual, f) Retraimiento mental; g) Reevaluación; h) Buscar apoyo emocional ¹⁰.

a) Auto focalización negativa: Caracterizada por indefensión, culpa, sentimientos de incapacidad. Esta auto focalización en un estado depresivo puede tener consecuencias nefastas para la propia persona ya que la auto focalización es sesgada, parcial, es decir, la persona se centra en ella misma y todo lo que le acontece, centrándose especialmente en los aspectos negativos y olvidando al mismo tiempo todos los positivos, sin darle importancia a estos últimos. Las consecuencias que puede traer el focalizar la atención en nosotros mismos cuando estamos en un estado depresivo son las siguientes: 1. Tendencia a autoevaluarse en la que la persona compara su estado actual, el cual es bajo, con el inalcanzable estado deseado. Esto da lugar a un mayor sentimiento de desesperanza, tristeza, infelicidad, ya que la persona encuentra un abismo entre cómo ve su vida y como la desearía. 2. El estado de ánimo negativo la tristeza, desesperanza, desconsuelo o desesperación se intensifica. 3. La persona crea una imagen de sí misma negativa que va a disminuir aún más su autoestima. 4. Tendencia a responsabilizarse de sus fracasos, lo que va a provocar: una disminución en la motivación para afrontar nuevas tareas, sentimientos de incompetencia, menor rendimiento. Sus expectativas futuras ante nuevos desafíos serán de fracaso en lugar de éxitos ⁷.

Es así que la persona puede reaccionar de dos formas: Negación: se define como rehusarse a creer que el estresor existe o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existente. O mediante resignación: aceptación con paciencia y conformidad de una adversidad o de cualquier estado o situación perjudicial ⁷. *b) Negación;* la cual implica ignorar el estresor puede en ocasiones reducir el estrés y favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa ¹⁴. *c) Búsqueda de apoyo espiritual;* el apoyo en la religión, es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. De tal manera que en un estudio denominado afrontamiento religioso y

ajuste psicológico para el estrés, encontró que personas que buscan apoyo espiritual, realizan obras de beneficencia y se integran a grupos de crecimiento espiritual, disminuyen la tensión causada por los diferentes estresores y aumentan su autoestima, además se adaptan de manera más adecuada a las circunstancias ¹⁴. d) *Reevaluación positiva*; La reevaluación positiva consiste en el intento de definir el significado de las situaciones, e incluye estrategias como: Análisis lógico: intentos para identificar la causa del problema, enfatizando en algún aspecto de la situación, analizando experiencias previas relevantes y reevaluando posibles acciones y sus respectivas consecuencias. Redefinición cognitiva: consiste en que el sujeto puede aceptar la situación, pero la reestructura para obtener algo favorable, concentrándose en lo positivo que pueda surgir de esa situación. Evitación cognitiva: incluye la evasión como intento de olvidar la situación perturbadora y rechazarla, refugiándose en la fantasía y el “soñar despierto” como modo de negar la situación estresante ⁷.

Además, la reevaluación positiva tiene fases que permiten llevar a cabo el proceso de afrontamiento como: Expresión emocional abierta, se dirigen a disminuir o eliminar reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante. La planificación de actividades: proceso consistente en pensar cómo manejarse frente al estresor, organizando y planificando estrategias de acción, escogiendo y estableciendo cual será la mejor estrategia para manejar el problema. Y por último centrarse en las emociones y liberarlas: Ocurre cuando el individuo se focaliza en las consecuencias emocionales desagradables; expresando abiertamente dichas emociones ⁷. e) *Buscar apoyo emocional*, el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento, ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación ¹⁴.

Asimismo, existen los determinantes del afrontamiento o factores moduladores que son aquellos que influyen en la preferencia o en la elección de las estrategias de

afrontamiento: a. Personalidad, la personalidad determina un estilo de afrontamiento, y es un evidente determinante del afrontamiento b. Búsqueda de sensaciones, según Zuckerman, las personas buscadoras de sensaciones, según la Escala de Búsqueda de Sensaciones, son individuos a los que no les importa tomar riesgos y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia a la estimulación, el conflicto y los estresores que otras personas. c. Sensación de control, una de las variables más importantes que modulan los efectos de un estresor potencial es la sensación de control sobre el mismo. Multitud de investigaciones experimentales con animales y humanos han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales. El modelo de depresión de la desesperanza o indefensión aprendida propone que inevitablemente se desarrollará un estado depresivo cuando una persona perciba que no dispone de ninguna estrategia, ni ahora ni el futuro, para cambiar una situación aversiva personal, o cuando el individuo considera que absolutamente ningún modo de afrontamiento va a ser eficaz para controlar una situación negativa. d. Optimismo, consiste en una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos. Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas como, por ejemplo, cáncer o cirugía cardíaca y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar el lado positivo de la experiencia estresante. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor. Asimismo, tenemos otras variables, que pudieran afectar la eficacia del afrontamiento (sentido del humor, sensación de coherencia de la propia vida, inteligencia, no tomarse las cosas muy en serio, etc.) ninguna de ellas ha sido objeto de una investigación profunda. No obstante, parece cada vez emerger más claramente un

patrón de personalidad proclive a la buena salud y caracterizado por el optimismo, sensación de control y capacidad de adaptación ¹⁵.

Lazarus y Folkman ¹⁵, enfatizan que las habilidades sociales constituyen un recurso determinante del afrontamiento debido al papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con otras personas, facilitando la resolución de los problemas en cooperación social.

Las estrategias centradas en el problema se dividen en Afrontamiento Activo y Afrontamiento Demorado. El Afrontamiento Activo se refiere a todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales. El Afrontamiento Demorado se considera como una respuesta necesaria y funcional, dirigida a buscar la oportunidad apropiada para actuar de forma no prematura ¹⁴.

El segundo grupo centrado en las emociones tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, revaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno. De tal manera que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación en donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes, amenazantes o desafiantes del entorno ¹⁴.

Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. ¹⁴

Sin embargo, como la familia afronta el proceso de enfermedad depende de algunos factores como: *El ciclo de vida familiar*: El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra. De igual forma, no es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha afrontado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos. La flexibilidad familiar: el proceso de enfermedad supone una profunda crisis familiar a la que podrían responder mejor cuanto más flexibles puedan ser las familias. En el momento que aparezca la enfermedad puede ocurrir que esta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. El rol de cuidador que asume el cargo principalmente del enfermo, genera conflictos porque implican el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los otros hijos, tener que dejar el empleo u otras actividades, desvinculándose poco a poco de su rutina o entorno social. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por una enfermedad crónica, ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar que la misma enfermedad y su afrontamiento exigen ¹⁶.

La Comunicación familiar: Generalmente existe una fuerte tendencia por ocultarle al enfermo información relacionada con la enfermedad o sus efectos, convirtiendo el asunto en algo prohibido o negado, conocido como “pacto de silencio”, supuestamente para la protección del enfermo o de otros familiares. En muchas ocasiones, familia, y los profesionales encargados de su atención deciden ocultarle la información no dándole opciones para hablar del tema, preguntar, aclarar, etc. El hecho de que el paciente sospeche lo que va a ocurrir sin que pueda confirmarlo, lo sumerge en una gran soledad, miedo e incertidumbre. Y, por último, *El grado de dependencia del enfermo*: El impacto de la enfermedad y el cómo evoluciona, dependerá así mismo del grado de dependencia del enfermo. Existen tipos de dependencia: Grado I (Dependencia moderada): cuando la persona

necesita ayuda para realizar diversas actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Grado II (Dependencia severa): cuando una persona necesita ayuda para realizar diversas actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no el apoyo permanente de un cuidador, o tiene necesidad de un apoyo extenso para su autonomía personal. Grado III (Gran dependencia): cuando la persona necesita ayuda para realizar diversas actividades de la vida diaria varias veces al día, y por la pérdida total de autonomía física, mental o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía persona ¹⁶.

Entonces concluimos con que el objetivo final del afrontamiento es conseguir el equilibrio, mediante su adaptación al nuevo acontecimiento o situación vivida por la familia. En ocasiones se confunden los conceptos de afrontamiento y adaptación al considerarlos como sinónimos. Sin embargo, el primero se podría referir a un conjunto de estrategias utilizadas, mientras que el segundo se podría referir a los éxitos conseguidos con dichas estrategias ¹¹.

Como ya se mencionó anteriormente, las crisis situacionales requieren utilizar un proceso de afrontamiento en especial cuando se tratan de crisis muy graves como es el caso de tener un familiar con cáncer, de allí que se describirá brevemente este proceso ¹⁷:

El cáncer según la OMS; es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer ¹⁷.

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes; carcinógenos químicos, como los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida); y carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos ¹⁸.

El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad ¹⁸.

El consumo de tabaco y alcohol, la dieta mal sana y la inactividad física son los principales factores de riesgo de cáncer en todo el mundo. Las infecciones crónicas por VHB (virus hepatitis B), VHC (virus de la hepatitis C) y algunos tipos de PVH (virus papiloma humano) son factores de riesgo destacados en los países de ingresos bajos y medianos ¹⁷.

La enfermedad de cáncer, al igual que muchas enfermedades crónicas, así como las que implican un riesgo de muerte, genera un impacto negativo en la familia. Este impacto conlleva a su vez una gran cantidad de demandas y cambios en la estructura familiar, las cuales dependerán de lo severo que resulte el diagnóstico, el grado de incapacidad que implique, el tipo de tratamiento que vaya a efectuarse, la percepción que se tenga y el pronóstico de vida que se espere ⁵.

En general, se sabe que el cáncer implica una serie de tratamientos continuos, efectos secundarios y diversos cambios en la vida cotidiana, pero no se ahonda en cómo afecta a la dinámica familiar. La dinámica familiar hace referencia al sistema de intercambio que se da en las interacciones de la familia, es decir, en los roles, límites, reglas, niveles de poder y autonomía de sus miembros. Los cambios que se dan en la dinámica de la familia se intuyen, pero no suelen expresarse, y si se expresan suele ser cuando la familia ha claudicado ⁵.

Cada miembro del sistema familiar se ve afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta diaria, así como en la percepción del sentido de la vida. Sin embargo; la manera de afrontar el cáncer de cada miembro será diferente, y la implicación del riesgo de vida de su familiar será enfrentada de manera diferente también. Las reacciones más expresadas suelen incluir el dolor, la pena, la ira, el enfado, y la angustia. Todas ellas son emociones normales y esperables ante una situación de crisis ⁵.

La crisis producida por la enfermedad hará que cada miembro del sistema familiar y de la red social del paciente provea uno u otro tipo de apoyo; de esta manera, los miembros del sistema familiar nuclear serán quienes habitualmente ofrezcan mayor apoyo emocional, mientras que los equipos de salud serán quienes se encarguen del apoyo más informacional. El apoyo que la familia brinda al paciente con cáncer se considera indiscutible, ya que permite una mejor calidad de vida; mientras que el apoyo social influye igualmente de manera notable en las situaciones de crisis familiar, siendo determinante en la superación de la situación estresante. Entendemos por apoyo social al conjunto de recursos humanos con los que cuenta tanto la persona enferma como su familia para hacer frente a la situación de enfermedad. Podríamos diferenciar dos tipos de apoyo social, siendo el primero el formado por la red social del paciente y la familia, como familia extensa, amigos, compañeros, etc. y el segundo el formado por la red más asistencial, como equipo de salud, asociaciones de ayuda, etc ⁵.

El desarrollo dinámico del cáncer a lo largo del transcurso del tiempo hace que cada fase de la enfermedad tenga demandas psicosociales específicas que exigen tanto a la persona enferma como a su familia fortalezas, actitudes o cambios diferentes; al hablar de ‘hacer frente al cáncer’ a menudo simplificamos y olvidamos que a medida que el tiempo transcurre, las exigencias de la enfermedad y los apoyos requeridos también. Las personas pueden sentirse tan abrumadas y desbordadas por la angustia que se muestren incapaces de seguir adelante con su trabajo, su propio cuidado, el de sus familiares y el de su hogar ¹⁹.

En general; en la familia con un miembro enfermo pueden ocurrir diferentes cambios, que según Bárbara Kosier ¹⁹ son los siguientes: los cambios de rol, la nueva asignación de tareas y mayor exigencia con el tiempo, mayor estrés debido a la ansiedad que se produce por el resultado de la enfermedad y el conflicto que se crea por las nuevas responsabilidades, problemas económicos y cambios en las costumbres sociales.

Además de ello, cuando las personas presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizados, originando tanto en ellas mismas como en su familia una gran incomodidad interrumpiendo su función familiar ²⁰.

La hospitalización en los pacientes con cáncer, ocasiona dificultades en la familia, por la necesidad de que un familiar lo acompañe, lo que ha originado tanto en él como en su familia un gran estrés e interrumpe su función familiar; en situaciones contrarias, la familia queda aislada y desinformada acerca de su pariente y no se le tiene en cuenta para el cuidado del mismo. La hospitalización ocasiona un discomfort en todo el grupo familiar, lo que afecta su comodidad, la cual es un factor importante y relevante para el bienestar de un paciente y de su familia ²⁰.

Sin embargo, durante todo el proceso de enfermedad, existe un ente que está implicado implícitamente: La familia. Esta es la agrupación humana más elemental que

conecta a los individuos con la sociedad, es el lugar donde se construye la identidad individual y social de las personas, es el lugar del aprendizaje social y psicológico del individuo. Este individuo se identifica a sí mismo en relación con otros cercanos a él, que son los miembros de su familia y en relación con el conjunto de la sociedad ²¹.

Las definiciones de familia suelen referirse a las relaciones de consanguinidad y a un sistema compartido de valores, pero las familias son tan diversas como lo individuos que los conforman; por ello actualmente existen diversos tipos de familias como, por ejemplo: las familias extensas, monoparental, tradicional institucional, etc ²¹.

Las familias a lo largo de su ciclo vital, y para crecer de forma saludable, se desarrollan de acuerdo con las demandas de la sociedad a la cual pertenecen. A lo largo de sus etapas de desarrollo las familias están sujetas a unos deberes, responsabilidades, funciones o tareas que les permiten satisfacer sus necesidades biológicas psicológicas, espirituales y culturales y conseguir una aprobación social ²¹.

Sin embargo, en el caso de aquellas familias que tiene un familiar con alguna enfermedad crónica como es el cáncer, se ven afectadas, de tal manera que no logran desarrollar por completo cada uno de estos deberes, alterando la organización familiar, haciendo que los miembros de la familia adopten otras actividades tratando de satisfacer las necesidades de la persona enferma; observando en varios casos que esta responsabilidad recae solo en una persona, siendo este llamado: cuidador primario ⁶.

Según Astudillo, citado por Aguilar y Barron ⁶, el cuidador primario es la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para la persona enferma. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con

los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa a la persona enferma, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.

Para Armstrong, citado por Aguilar y Barron ⁶; el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino).

Entonces para las autoras concordando con lo mencionado por ambos autores el familiar cuidador primario es aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para la persona enferma. asumiendo la responsabilidad total de la persona enferma ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo.

Por otro lado; la preocupación constante y la tensión que origina el cuidado del enfermo, la cantidad de tiempo invertido y el esfuerzo físico, repercute en el desarrollo normal de las actividades laborales, produce problemas con la pareja, con los hijos; as mismo restringe la vida social del cuidador ¹⁶.

Entre las áreas más afectadas del cuidador primario están; el físico, ya que sufren cansancio, cefaleas y dolores articulares; en lo psíquico; que pueden generar trastornos depresivos, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad; en lo social, puede haber una disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento; y en lo laboral, desinterés por el trabajo, entre otros. Todas estas alteraciones repercuten en la vida de la persona de tal

forma que pueden llevarla a una situación en la que su papel de cuidador se verá desgastado y disfuncional ¹⁶.

Esta investigación tiene como sustento teórico a Jean Watson, quien citado por Rivera y Triana ²², nos dice que el cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden de “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos, el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro. Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo Yo y el conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado.

Así mismo Watson citado por Urrea ²³, basa su teoría en seis supuestos y en factores caritativos de cuidados. Los supuestos son premisas asumidas como verdad sin comprobación, y se detallan a continuación:

- *El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal*, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.
- *El cuidado está condicionado a factores de cuidado*, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.

- *El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar,* El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.

- *Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial,* que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.

- *La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa,* El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.

- *La práctica del cuidado es central en la enfermería.* Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

Watson citado por Urra²³ denomina a los factores de cuidados como Proceso caritas de cuidados, en el que ofrece un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas. Siendo estos:

“Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”, Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. Watson, por tanto, integra el cuidado amoroso con la ecuanimidad, esto requiere de un desarrollo evolutivo moral, no sólo de un desarrollo del conocimiento.

“Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”; Este factor habla de la importancia de la fe y

la esperanza para el cuidado y la sanación. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud.

“El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”; Para Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, y destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación valórica. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto.

“Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”; Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que, si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental.

“Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”; Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson

son “una ventana por la cual se visualiza el alma”; esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés.

“El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”; Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. El no delimitar el campo propio de realización de enfermería y referirlo a un campo biomédico no hacen posible la autonomía y la creatividad. Para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas. En resumen, es vital desarrollar un marco de conocimientos respecto al cuidado.

“Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”; Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. Personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población. La

educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que, según Watson, es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas.

“Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”; Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo, del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que, de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar.

“La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”; Las necesidades humanas están estratificadas. Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

“El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”; Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades.

Los diez factores expuestos por Watson citado por Urra ²³; ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver

problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/ usuario resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad.

1.3. MARCO CONTEXTUAL:

El Hospital Regional Docente "Las Mercedes" de Chiclayo, es un establecimiento de salud de mayor complejidad del departamento y la Región, atendiendo en las diferentes especialidades, en la actualidad es considerado el Hospital referencial más importante del Departamento de Lambayeque; y ha sido re categorizado al nivel II-I, brinda servicios integrales accesibles de salud individual y colectiva, en el proceso de salud - enfermedad de la población de la macro Región Norte Oriente del Perú, con calidad, equidad y eficiencia, contando con un equipo multidisciplinario ²⁴.

Para ello cuenta con un servicio de Hospitalización en Medicina, con 22 camas en el Servicio de Medicina Mujeres, 20 camas en el Servicio de Medicina Varones, 11 camas en la Unidad Especializada en pacientes con tuberculosis, 01 coche de paro equipado, 01 Electrocardiógrafo ²⁵.

Este servicio atiende a pacientes desde la etapa de adolescencia hasta la etapa de adulto mayor; siendo en mayor proporción los pacientes en edad adulta sobre todo Varones. La mayoría de ellos cuentan con un seguro, que, si bien es cierto, muchas veces no cubre todas sus necesidades requeridas, debido a que el hospital no cuenta con algunos insumos que requieren para su tratamiento.

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO.

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cualitativa; ya que permitió obtener descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorporando sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son sentidas y expresadas por los participantes y no como el investigador describe, posteriormente son estudiados con profundidad a fin de encontrar las explicaciones ²⁶.

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El abordaje utilizado fue el estudio de caso, el cual está dirigido a investigar a profundidad sobre individuos instituciones u otras entidades sociales. Determina la dinámica del porqué, el sujeto, piensa, se comporta o se desarrolla de cierta manera en particular brindando al investigador la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, pensamientos, sentimientos, actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno del sujeto ²⁷.

Por ello las investigadoras optaron por este tipo de diseño para la investigación ya que de esta manera se pudo analizar y comprender las estrategias de afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer.

Las investigadoras tuvieron en cuenta los principios del estudio de caso según el modelo de Ludke y André ²⁷:

1° *“El estudio de caso se dirige al descubrimiento”*, Esta característica se fundamenta en que el conocimiento no es algo acabado. A pesar que el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, él procurará mantenerse atento a nuevos elementos importantes que pueden surgir durante el estudio. En el presente estudio se construyó un marco teórico previo, respecto a cómo el familiar cuidador primario afronta el proceso de hospitalización de una persona con cáncer, los cuales ayudaron a la comprensión e importancia del afrontamiento que tiene la familia, sin embargo, este se pudo ampliar gracias a los resultados expresados por el familiar cuidador primario.

2° *“El estudio de caso enfatiza la interpretación en el contexto”*, Este principio establece que para tener una comprensión más completa del objeto de estudio es preciso tener en cuenta el contexto, donde él se sitúa. El presente estudio de caso enfatizó sobre el afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de uno de sus seres queridos que padecen de cáncer, siendo captados en un hospital del MINSA, esto permitió el contacto con la familia y el cuidador primario para posteriormente hacerse la entrevista determinando a su vez el contexto en que se presenta el caso, por ejemplo, el tipo de parentesco con la persona que padece cáncer.

3° *“El estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda”*, El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problemas enfocándolo como un todo. Enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes. Este principio fue aplicado con la finalidad de profundizar en el estudio sobre como el familiar cuidador primario afronta el proceso de hospitalización de uno de sus miembros que padece de cáncer; se utilizó una

entrevista semi estructurada al familiar cuidador primario que vivencia este proceso de enfermedad de uno de sus seres queridos.

4° *“El estudio de caso utiliza una variedad de fuentes de información”*, El investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas con una diversidad de informantes. En el presente caso los informantes fueron los familiares cuidadores primarios a quienes se les realizó la entrevista.

5° *“El estudio de caso revela experiencias vicarias que permiten generalizaciones naturales”*, El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario pueda realizar sus generalizaciones naturales.

Permitió a las investigadoras describir los resultados del estudio, en un estudio descriptivo, narrativo, con citas verbales, de modo que facilitó al lector la interpretación y valoración, de tal manera mejora la comprensión y propuesta de cambio, en el contexto, de la investigación con la realidad, mediante el surgimiento de las categorías.

6° *“El estudio de caso procura representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social”*, Cuando el objeto o situación estudiada puedan suscitar opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. En la presente investigación se tuvo en cuenta la variedad de discursos respecto a las vivencias de las personas entrevistadas.

7° *“Los relatos del estudio de caso utilizaron un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros informes de investigación”*, Los relatos escritos se presentaron

generalmente con estilos informal, narrativo, ilustrado por figuras del lenguaje dependiendo del tipo de usuario a que se destina. En este estudio, el caso se construyó en forma narrativa y descriptiva a partir de un marco teórico y el uso del pensamiento crítico el cual permitió representar la realidad con respecto al objeto estudiado.

Nisbest e Watt ²⁸ caracterizaron el estudio de caso en tres fases o momentos:

Fase Exploratoria: El estudio de caso comienza con un plan incipiente que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. La fase exploratoria es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio.

En la presente investigación se inició con la determinación del tema e identificación del objeto de estudio el cual es el afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer.

Fase de delimitación del Estudio: Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador pudo proceder a recolectar sistemáticamente la información utilizando la entrevista abierta semiestructurada lo que permitió registrar los datos de forma completa.

La recolección de datos se realizó a través de la técnica de entrevista abierta a profundidad, con su respectiva guía de entrevista que contiene preguntas orientadoras sobre el afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer.

Fase de análisis sistemático y elaboración del informe: Desde el principio de la fase exploratoria surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado.

Esta fase se realizó mediante la transcripción de las diferentes entrevistas obteniéndose de los discursos del familiar cuidador primario, para ser leídos y releídos, buscando unidades de significado dando lugar a la descontextualización de los discursos, ordenados y agrupados según criterio de repetición y relevancia, sin perder de vista el objeto de estudio y los objetivos de la investigación y por último elaborar el presente informe donde se plasmó los resultados obtenidos de la investigación.

2.3. POBLACION Y MUESTRA

2.3.1. Población:

La población en estudio estuvo constituida por familiares que asumen el rol de cuidador primario de personas con cáncer que se encuentran hospitalizados en el Servicio de Medicina de un hospital del MINSA-Chiclayo en los meses de Agosto y Setiembre.

Los criterios de inclusión fueron: familiar cuidador primario de personas con cáncer que se encontraron hospitalizados en el servicio de medicina de un hospital del MINSA y que permanezcan con él la mayoría del tiempo de hospitalización; familiar cuidador primario con un grado de consanguinidad directa (papa, mama e hijos) o según grado de afinidad (esposo, esposa o conviviente) y familiares que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: familiares de personas con cáncer, menores de edad.

2.3.2. Muestra:

La muestra se determinó por saturación y redundancia; se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen otros elementos; llegando a la repetición excesiva de ideas. Cuando no aparecen informaciones nuevas que abran nuevos campos de significado, la muestra se habrá completado ²⁹. La muestra se completó entrevistando a 10 familiares cuidadores primarios.

2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo de esta investigación se ha utilizado la técnica de la Entrevista Semiestructurada a profundidad. La entrevista semiestructurada, es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. Como método de recolección de datos la entrevista tiene muchas ventajas: es aplicable a toda persona, también es útil en aquellas investigaciones sobre aspectos psicológicos o de otra índole donde se desee profundizar en el tema, otra ventaja es que permite captar mejor el fenómeno estudiado pues hay la posibilidad de observar los gestos, los movimientos, las reacciones, los tonos de voz, las pausas, etc. de la persona entrevistada ³⁰.

La entrevista estuvo dirigida a los familiares cuidadores primarios de personas con cáncer que se encuentran hospitalizados en el Servicio de Medicina de un hospital del MINSA- Chiclayo; con quienes se conversó dentro del hospital, previa coordinación con las autoridades responsables y bajo el consentimiento de ellos.

La entrevista fue anónima y las preguntas propuestas buscaron conocer de qué manera las familias afrontan el proceso de hospitalización y con qué dificultades se encuentran al estar como cuidadores.

Este instrumento fue previamente validado mediante una prueba piloto aplicada en el servicio de oncología de otro hospital del MINSA

2.5. MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procedimiento de la recolección de datos se llevó a cabo de la siguiente manera:

Una vez que se obtuvo la autorización de la institución en donde se realizó la presente investigación, se procedió a la recolección de datos, previo consentimiento y firma del formato del consentimiento informado. Los datos fueron obtenidos a través de la técnica de la entrevista semiestructurada aplicada a los familiares cuidadores primarios de una persona con la enfermedad de cáncer y para almacenar esta información se hizo uso de una grabadora.

Toda la información obtenida, se registró y transcribió en un formato que sea perfectamente legible. Posteriormente, se agrupó en categorías o subcategorías que concentren ideas o conceptos similares descubiertos por las investigadoras para relacionarlos con los fundamentos teóricos de la investigación.

2.6. PRINCIPIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

El rigor científico de la presente investigación estuvo basado en los principios propuestos por Pedro Demo ³¹:

Coherencia: las investigadoras se basaron en este criterio por tanto el presente informe ha sido elaborado con una estructura de manera progresiva respetando el orden del tema con un principio, medio y final.

Consistencia: significa la capacidad de resistir las argumentaciones contrarias. Es la consistencia estrictamente lógica, mientras que también se conecta con el argumento de hoy.

Esta investigación estuvo basada en este principio ya que, la información expuesta aquí ha sido contrastada con la realidad actual.

Originalidad: La investigación es ingeniosa, basándose en la investigación creativa, no sólo repetitiva. Las investigadoras han cumplido este criterio debido a que luego de haber revisado fuentes bibliográficas el conocimiento adquirido se ha analizado y plasmado en este trabajo.

Objetividad: significa descubrir la realidad social tal como es, no como nos gustaría que fuera. Esto se evidencia a través en los datos mostrados en la investigación ya que fueron obtenidos de la realidad sin alteración alguna.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante todo el proceso de la investigación se tuvo en cuenta los aspectos éticos desde el reconocimiento de los Derechos Humanos según Decreto Supremo N° 011-2011-JUS ³² con el fin de asegurar el rigor y la ética en la presente investigación:

Principio de respeto de la dignidad humana: La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad constituyen fin supremo de la sociedad y del estado y fundamento para el ejercicio de los derechos que son propios. Para cumplir con este principio, no se excluyó y se respetó a las personas por sus diversidades culturales, creencias o algún tipo de religión diferente al de las investigadoras.

Principio de autonomía y responsabilidad personal: La autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. Por ello, las investigadoras han respetado este principio, porque, para realizar la investigación se informó de manera previa, libre y expresa en que consiste dicho estudio siendo la persona libre de participar o no.

Principio de beneficencia y ausencia de daño: Al fomentar y aplicar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas se deberán tener como objetivo el bien del paciente. Ese bien abarca el bien total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar y social. Existe la obligación de no producir daño intencionalmente. Se respetó este principio ya que los testimonios obtenidos por las investigadoras, se mantuvieron en absoluto anonimato y fueron utilizados de manera estricta

para fines de investigación siendo el único beneficio obtener resultados que permitan adoptar estrategias en beneficio a los familiares que asumen el rol de cuidador primario.

Principio de igualdad, justicia y equidad: Toda investigación y aplicación científica y tecnológica en tono a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que estos atraviesen. De acuerdo a las necesidades sanitarias y la disponibilidad de recursos, se adoptarán medidas adecuadas para garantizar el acceso a la atención de salud de manera justa y equitativa. Este principio orientó a las investigadoras a respetar, valorar y analizar a todas las personas implicadas en el estudio por igual sin hacer diferencias por sexo, religión, etc.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cáncer, al igual que muchas enfermedades crónicas, que implican un riesgo de muerte, genera impacto en la familia, el cual conlleva a su vez a una gran cantidad de demandas y cambios en la estructura familiar, los cuales dependerán de la severidad del diagnóstico, el grado de incapacidad que implique, el tipo de tratamiento que se efectuará, la percepción que se tenga y el pronóstico de vida que se espere ⁵.

Ante ello, las respuestas de las familias dependen de una estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas de afrontamientos a eventos importantes y una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen alrededor de la enfermedad que les ha tocado enfrentar ³³.

Sin embargo, pese a que cada uno de los miembros de una familia se ven involucrados en el proceso de enfermedad, siempre sobresale una persona que dependiendo del grado de vinculación con el familiar se compromete de forma más profunda con la persona que presenta el problema de salud, a quien se le conoce comúnmente como el cuidador primario, quién, en pocas ocasiones, es el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a las personas con enfermedades crónicas, es decir. En ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro ³⁴.

Ante esta responsabilidad, estos familiares requieren utilizar métodos que le permitan adecuarse a diferentes contextos, lo que conlleva a que desarrollen un proceso de afrontamiento y estrategias para ajustarse a nuevos escenarios.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento ³⁵.

Siendo motivo el objetivo de investigación, analizar y comprender las estrategias de afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer; se presentan las estrategias de afrontamiento que los familiares cuidadores utilizan, dando origen a las siguientes categorías y subcategorías:

CATEGORIA I: AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN

- 1.1. *APOYÁNDOSE EN LA FE*
- 1.2. *REVALUACIÓN POSITIVA*
- 1.3. *AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA*

CATEGORIA II: AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL PROBLEMA

- 2.1. *MOVILIZACIÓN Y BÚSQUEDA DE APOYO INSTRUMENTAL O SOCIAL*
- 2.2. *RETRASAR EL AFRONTAMIENTO*

CATEGORIA III: RECONOCIENDO SITUACIONES QUE LIMITAN EL AFRONTAMIENTO POSITIVO

CATEGORIA I: AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN

Esta estrategia de afrontamiento tiene como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante ¹⁴, en este caso la persona no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento ³⁶.

Aquí la persona realiza una evaluación, en donde, observa que no puede modificar las condiciones amenazantes del entorno, por lo que recurre a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional ³⁵, como son la evitación comportamental, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, la revaloración positiva, la reevaluación cognitiva, la negación, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos ¹⁰.

El afrontamiento activo está dirigido a la modificación, solución o eliminación de la situación o acontecimientos percibidos como estresantes, y donde tendrían cabida todos aquellos intentos de manipulación o alteración de las condiciones del entorno ³⁷.

Por el contrario, los estilos de afrontamiento pasivos implican una tendencia a perder el control sobre la situación, se caracterizan por estados de depresión y afecto negativo. Entre ellos está la auto focalización negativa, caracterizada por indefensión, culpa, sentimientos de incapacidad para afrontar la situación ³⁸.

Por ello de la realidad encontrada emergen las siguientes subcategorías:

1.1. APOYÁNDOSE EN LA FE

Espiritualidad, es aquella dimensión del ser, básica y trascendente formada por creencias y valores; incluye la religión, pero no es igual a ella; es un concepto más amplio, un fenómeno no confinado a templos, iglesias o ritos ³⁹.

Es una dimensión única de la persona que se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento. En determinados momentos y circunstancias de la vida adquiere una mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad y la muerte como es el caso de estar atravesando una enfermedad degenerativa como es el cáncer ³⁹.

Stoll ³⁹; describe la espiritualidad como un concepto bidimensional. La dimensión vertical es la relación del yo, con lo trascendente (Dios), con el valor supremo y los valores que guían la vida de la persona. La dimensión horizontal es la relación de la persona con su yo, con su entorno y con los otros.

Para Watson⁴⁰ el ser trasciende en la naturaleza. La dimensión espiritual hace referencia a la esencia, al yo interior y a la trascendencia del ser. El bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción.

Además, Watson dentro de su teoría de cuidados transpersonales expuso los diez FC: Factores Caritas después denominados PCC: Proceso Caritas de Cuidados (14), dentro de ellos encontramos a: Incorporación de la fe – esperanza, el que se convierte luego en “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas

del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”. Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud. Esto proviene de una costumbre arcaica, ya que en muchas culturas la fe y la sanación eran resorte del mismo oficiante. Entonces, y de acuerdo al viejo aforismo, “no siempre es factible curar, pero siempre cuidar”, la fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado ⁴¹.

Uno de los aspectos en los que se centran los familiares cuidadores primarios es en la relación del yo con lo trascendente (Dios). ⁴²

Wachholtz y Pearce citado por Zuluaga ⁴², exponen que la religión como estrategia de afrontamiento se refiere a la búsqueda de ayuda espiritual por parte de la persona, tomar a otras personas como modelos espirituales en la manera en que enfrentan los problemas, buscan el significado de la situación, usan la religión como una forma de distracción y trabajan de manera colaborativa con Dios; las personas usan la religión como una forma de entender aspectos dolorosos de la vida tales como la muerte, enfermedad, sufrimiento y el significado de la vida.

Lo descrito, se evidencia en el siguiente discurso realizado al familiar cuidador primario:

“...Le pedí a Dios bastante, que me de fuerzas para poder aceptarlo, para poder estar con el...” (Hijo E08, padre diagnosticado con cáncer de próstata, hace 5 meses)

Sandin y Chorot citado por Gantiva, Luna y Salgado ⁴³, consideran que el rezo y la oración es importante para poder tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. Soportada en la creencia de un Dios paternalista, el cual interviene en todas las situaciones estresantes.

Evidenciándose en el siguiente discurso realizado al familiar cuidador primario:

“...Dios es el único que puede, le pedí que me diera entendimiento, y energía para poder seguir adelante...” (Sobrina E07, tío diagnosticado con cáncer de estómago, hace 4 años)

Por la fe el hombre somete completamente su inteligencia y su voluntad a Dios. La virtud de la fe es una virtud sobrenatural que capacita al hombre, ilustrando su inteligencia y moviendo su voluntad, a asentir firmemente a todo lo que Dios ha revelado, no por su evidencia intrínseca sino por la autoridad de Dios que revela. ⁴⁴

La espiritualidad puede proveer un sentido de propósito, significado y autointegración después de crisis de salud y otros eventos importantes de la vida. Puede ser un recurso de afrontamiento para las personas mayores con estrés y enfermedades y una ayuda para la preparación para la muerte. ⁴²

Evidenciándose en discursos como:

“...Aquí voy estar y voy a seguir apoyándola hasta donde Dios le diga te vas o te quedas...” (Hija E04, madre diagnosticada con cáncer de mama, hace 7 años)

El dolor y el sufrimiento que se asocian con la enfermedad y la hospitalización de algún familiar, son circunstancias en que generan sentimientos de miedo y desconfianza, donde el dolor y la soledad terminan por aislar al familiar cuidador primario. Hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores. Es aquí donde la enfermera debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía donde el familiar cuidador primario sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales; debe estar presente en el momento indicado, escuchar, tender una mano, demostrando preocupación y deseo de ayudar, colaborando de esta manera en fortalecer y renovar la espiritualidad del cuidador primario.⁴⁰

Además, como hemos evidenciado la fe y religión son de gran importancia ya que al servir como apoyo emocional para los familiares cuidadores primarios facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos¹⁴.

1.2. REVALUACIÓN POSITIVA

A través de esta estrategia se busca reconocer y aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema, esto contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos positivos que favorecen enfrentar la situación⁴³.

Su objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor; mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema¹⁴.

Cómo se evidencia en los siguientes discursos:

“...traté de no bajearme...me digo a mí misma: no es algo de lo que se va a morir...” (Hija E10, madre diagnosticada con cáncer de mamá, hace 6 meses)

“...si lo estoy superando ya acepte la enfermedad...” (Hermana E01, hermana diagnosticada con cáncer de mama, hace 5 años)

La reevaluación positiva consiste en el intento de definir el significado de las situaciones, e incluye estrategias como: Análisis lógico: intentos para identificar la causa del problema, enfatizando en algún aspecto de la situación, analizando experiencias previas relevantes y reevaluando posibles acciones y sus respectivas consecuencias. Redefinición cognitiva: consiste en que el sujeto puede aceptar la situación, pero la reestructura para obtener algo favorable, concentrándose en lo positivo que pueda surgir de esa situación. Evitación cognitiva: incluye la evasión como intento de olvidar la situación perturbadora y rechazarla, refugiándose en la fantasía y el “soñar despierto” como modo de negar la situación estresante ⁷.

Además, la revaluación positiva tiene fases que permiten llevar a cabo el proceso de afrontamiento como: Expresión emocional abierta, se dirigen a disminuir o eliminar reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante. La planificación de actividades: proceso consistente en pensar cómo manejarse frente al estresor, organizando y planificando estrategias de acción, escogiendo y estableciendo cual será la mejor estrategia para manejar el problema. Y por último centrarse en las emociones y liberarlas: Ocurre cuando el individuo se focaliza en las consecuencias emocionales desagradables; expresando abiertamente dichas emociones ⁷.

Además, un instrumento personal que facilita el uso de esta estrategia es el conocimiento previo que se tiene de la enfermedad o de la situación vivida. Por conocimiento

se entiende, como el conjunto de habilidades, experiencias y saberes que una persona posee en relación con un determinado tema. Es un recurso que reúne un conjunto de requisitos que lo hacen especialmente interesante: se puede generar, almacenar, utilizar, movilizar y desarrollar, es decir, gestionar de diferentes formas. Por tanto, constituye un activo estratégico para todas las organizaciones ⁴⁶.

Cómo se evidencia en los siguientes discursos:

“...Lo he tomado tranquilo porque ya sabía de la enfermedad y ya me habían explicado de las etapas de cáncer...” (Hija E 06, madre diagnosticada con cáncer de estómago, hace 1 año)

Las personas que utilizan la reevaluación logran tener una visión positiva de los problemas, lo que les da fuerza y motivación para seguir adelante ⁴⁷.

1.3. AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA

Esta estrategia está caracterizada por indefensión, culpa, sentimientos de incapacidad. Esta auto focalización en un estado depresivo puede tener consecuencias nefastas para la propia persona ya que la auto focalización es sesgada, parcial, es decir, la persona se centra en ella misma y todo lo que le acontece, centrándose especialmente en los aspectos negativos y olvidando al mismo tiempo todos los positivos, sin darle importancia a estos últimos ⁷.

Las consecuencias que puede traer el focalizar la atención en nosotros mismos cuando estamos en un estado depresivo pueden ser acciones como la de tener una tendencia a autoevaluarse, en la que la persona compara su estado actual; el cual es demasiado bajo con el inalcanzable estado deseado; esto da lugar a un mayor sentimiento de desesperanza, tristeza, infelicidad ya que la persona encuentra un abismo entre cómo ve su vida y como la

desearía; además, el estado de ánimo negativo (tristeza, desesperanza, desconsuelo, desesperación) se intensifica. También otra consecuencia es que la persona crea una imagen de sí misma negativa (“no valgo nada”, “no soy nadie sin...”, “soy horrible”) que va a disminuir aún más su autoestima y la tendencia a responsabilizarse de sus fracasos, lo que va a provocar: una disminución en la motivación para afrontar nuevas tareas, sentimientos de incompetencia y menor rendimiento ⁷.

Pudiéndose evidenciar en el siguiente discurso.

“...Nos sentimos mal toda la familia, y hasta ahora aun no lo podemos creer...”

(Hija E03, padre diagnosticado con cáncer de próstata terminal, hace 4 meses)

Sus expectativas futuras ante nuevos desafíos serán de fracaso en lugar de éxitos. La persona puede reaccionar de dos maneras, con la Negación: la cual se define como rehusarse a creer que el estresor existe o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existente. O la resignación: que es la aceptación con paciencia y conformidad de una adversidad o de cualquier estado o situación perjudicial ⁷.

CATEGORIA II: AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL PROBLEMA

La mayoría de los familiares cuidadores primarios, no cuentan con experiencia previa en el cuidado de un enfermo crónico, como es el paciente con Cáncer. Por este motivo los familiares cuidadores primarios utilizan diferentes tipos de estrategias, siendo una de ellas la estrategia de afrontamiento centradas en el problema ⁴⁸.

Esta; es la capacidad del familiar cuidador primario para modificar las actuales condiciones que han podido desestabilizar su equilibrio. Con este tipo de afrontamiento el familiar cuidador primario percibe sus propias competencias, así mismo la capacidad para

manejarlas o enfocarlas a un nuevo resultado. Este intenta pensar de manera racional las variables que influyen en su problemática, así como en las capacidades para solucionarla.

Sin embargo; se pueden utilizar diferentes estrategias dirigidas a resolver el problema o a "hacer algo" o realizar acciones preventivas o correctoras para modificar los eventos ambientales causantes del estrés ⁴⁵. Es así que esta categoría emerge de las siguientes subcategorías:

2.1.MOVILIZACIÓN Y BÚSQUEDA DE APOYO INSTRUMENTAL O SOCIAL

La enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo; por ello es de suma importancia el apoyo social ¹³.

El apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades crónicas y de los cuidadores familiares. Se describe como; un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis ¹³.

Para Saranson citado por Vega y Gonzales ¹³, el apoyo social es un término referido a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal.

Sin embargo; según Muñoz citado por Vega y Gonzales ¹³; nos dice que el soporte social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona. El apoyo social se expresa

como la transacción interpersonal que incluye tres aspectos: la expresión de afecto de una persona hacia otra (Apoyo Afectivo), la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona (Apoyo Confidencial) y la prestación de ayuda de tipo material (Apoyo Instrumental).

Como se evidencia en los siguientes discursos:

“...tengo un hijo que está estudiando... lo dejo encargado para que vaya temprano al colegio... mi nuera me apoya ella le cocina...” (***Esposa E02, esposo diagnosticado con cáncer de estómago, hace 1 mes***)

“... nos estamos turnando con mis hermanos... dejo a mis hijos encargados con mi cuñada...” (***Hija E03, padre diagnosticado con cáncer de próstata terminal, hace 4 meses***)

“...Estamos dejando a nuestros hijos, pero a la vez tratando de organizarnos para poder estar con ella un momento, a mí me han dado licencia en el trabajo y mis hermanos que se turnan por la noche por que en el transcurso del día lo vemos nosotras las dos.” (***Hija E05, madre diagnosticado con cáncer de pulmón, hace 1 año***)

“...me turno con otra persona...intercambiamos turno entre hermanos e incluso mi señora también...” (***Hijo E08, cáncer de próstata terminal, diagnosticado hace 4 meses***)

Para Peplau; citado por Ramos ⁴⁹; el apoyo social es una relación interpersonal donde se llegan a conocer lo suficiente como para enfrentar en forma conjunta los problemas, con el fin de que los pacientes y sus familias, comprendan los procesos de enfermedad, identificando el Apoyo Social como una “oportunidad de clarificar la situación a través de la discusión e interacciones de apoyo con otros”.

Las redes de apoyo social, juegan un papel importante en el bienestar de los cuidadores, los protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento ⁴⁹.

Por ello, la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta la persona enferma para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacándose el papel del cuidador primario, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional ⁴⁹.

Independientemente del apoyo brindado; la enfermera debe reconocer esta situación como una oportunidad de ayuda mutua en la que, si bien el paciente recibe un beneficio, ésta puede convertirse en un referente no sólo para el paciente y su familia, sino también para el equipo de salud, como profesional de los cuidados ⁴⁹.

2.2.RETRASAR EL AFRONTAMIENTO

Un problema es una situación para la que no tenemos una respuesta o una forma de actuar eficaz, convirtiéndose en malestar, preocupación, ansiedad y “bloqueo” en la toma de decisiones, haciendo cada vez más difícil buscar o generar soluciones. Por lo que conlleva al familiar cuidador primario a la falta de afrontamiento retrasándola ⁵⁰.

El retraso del afrontamiento, es esperar que aparezca la ocasión adecuada para actuar y postergar todo tipo de actividades hasta adquirir mayor y mejor información sobre la situación ⁷.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

“... lo afronto preocupada, estresada, no puedo dormir bien, a veces no hay para el pasaje y yo vivo lejos... y todos los días para venir que voy hacer pues” (Esposa E02, esposo diagnosticado con cáncer de estómago, hace 1 mes)

“... dejo abandonada prácticamente a mi niña... a la hora de visita salgo una carrerita a verla y luego regreso...” (Hermana E01, hermana diagnosticada con cáncer de mama, hace 5 años)

Por ello, la familia o familiar cuidador debe ser capaz de evaluar la situación, enfrentarse al problema (o estresor) redefiniendo sus roles y modificando sus metas, si es necesario, para poder adoptar una actitud practica y flexible que le permita hacer frente a la situación ⁵¹.

CATEGORIA III: RECONOCIENDO SITUACIONES QUE LIMITAN EL AFRONTAMIENTO POSITIVO

La familia ante el diagnóstico de cáncer sufre un colapso generalizado caracterizado por una crisis de organización, todo el sistema se tambalea y requiere una reestructuración para adaptarse a las necesidades de atención y cuidado que deben proporcionar a la persona con diagnóstico de cáncer. Acompañada además a esta crisis, el desgaste físico, económico y emocional en la familia, lo que ocasiona un desequilibrio total en el ritmo y estilo de vida. En ocasiones se requiere incluso de apoyo de familiares y amigos para cubrir estas necesidades. En el subsistema filial los hijos de estas pacientes sufren de distanciamiento con la madre, en ocasiones son los hermanos mayores los que quedan a cargo de su cuidado; esto ocasiona un fuerte cambio en las atenciones que reciben como el cuidado personal, alimentación y apoyo en general que la madre proporciona. Hay familias en las que la enfermedad además de lo antes mencionado produce la separación de los padres, provocando

una mayor afectación a los niños, ya que sufren la pérdida de la madre y la ausencia del padre. Con respecto al subsistema conyugal, para la mayoría de las mujeres el apoyo de sus parejas durante la enfermedad es imprescindible siendo considerados el mejor soporte físico y psicológico posible. En algunos casos la enfermedad fortalece su relación, especialmente cuando son capaces de expresar sus preocupaciones y miedos a la otra persona.⁵⁴. Sin embargo, cuando no es el caso causan situaciones externas a la enfermedad que limitan a las personas cuidadoras primarias a utilizar estrategias de afrontamiento.

La falta de estrategias para el uso de un afrontamiento positivo es la característica por elementos que indican temor por el futuro, así como la felicidad futura, más aún cuando se trata de la disfunción familiar por la enfermedad de uno de sus miembros, influye en la afectividad del sujeto por originarse asociaciones desligadas de lo afectivo. Se almacenan emociones y cargas tensionales que generan irritación, dudas, temor y ansiedad como forma de liberación por lo sucedido, expresándose por medio de síntomas externos. Al principio comienza con una pequeña preocupación, probablemente justificada, porque permite reflexionar sobre su origen, causa, significación, modalidades y sus consecuencias tratando de encontrar respuesta a los misterios que la enfermedad de un ser querido produce, sin encontrarlos.⁸.

Refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar síntomas psicosomáticos, o reacciones depresivas: “No tengo forma de afrontar la situación”⁷.

Evidenciándose en:

“...estoy afrontándolo muy mal...” (Hija E03, padre diagnosticado con cáncer de próstata terminal, hace 4 meses)

Asimismo, algo que está directamente relacionado con la falta de estrategias de afrontamiento positivo son los determinantes del afrontamiento o factores moduladores

Asimismo, existen los determinantes del afrontamiento o factores moduladores que son aquellos que influyen en la preferencia o en la elección del uso de estrategias positivas de afrontamiento entre las que tenemos: *El ciclo de vida familiar*: El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra. *La flexibilidad familiar*: el proceso de enfermedad supone una profunda crisis familiar a la que podrían responder mejor cuanto más flexibles puedan ser las familias. En el momento que aparezca la enfermedad puede ocurrir que esta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. El rol de cuidador que asume el cargo principalmente del enfermo, genera conflictos porque implican el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los otros hijos, tener que dejar el empleo u otras actividades, desvinculándose poco a poco de su rutina o entorno social. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez causen en el familiar cuidador primario mayores dificultades para responder a la crisis por una enfermedad crónica, ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. *La Comunicación familiar*: Generalmente existe una fuerte tendencia por ocultarle al enfermo información relacionada con la enfermedad o sus efectos, sumergiendo a la persona enferma sentimientos de soledad, miedo e incertidumbre, los que son extendidos al familiar cuidador primario. Y, por último, *El grado de dependencia del enfermo*: El impacto de la enfermedad y el cómo evoluciona, dependerá así mismo del grado de dependencia del enfermo. Existen tipos de dependencia: Grado I (Dependencia moderada): cuando la persona necesita ayuda para realizar diversas actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Grado II (Dependencia severa): cuando una persona necesita

ayuda para realizar diversas actividades de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no el apoyo permanente de un cuidador, o tiene necesidad de un apoyo extenso para su autonomía personal. Grado III (Gran dependencia): cuando la persona necesita ayuda para realizar diversas actividades de la vida diaria varias veces al día, y por la pérdida total de autonomía física, mental o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía persona ¹⁶.

Entonces si todos los factores mencionados anteriormente no resultan ser los óptimos (una relación difícil de pareja, dificultades económicas, falta de apoyo o enfermedades crónicas) impacta negativamente en el familiar cuidador primario limitando el uso de estrategias de afrontamiento positivo ¹⁵.

Como se evidencia en el siguiente discurso:

“...bastante ha afectado mi rol como madre, no pensaba que esa enfermedad mi esposo iba a tener, tengo un hijo que está estudiando y lo dejo encargado...” (Esposa E02, esposo diagnosticado con cáncer de estómago, hace 1 mes)

Sin embargo, esto va a influir dependiendo que recursos pueda utilizar el familiar cuidador primario, durante la organización familiar pues este debe asumir el rol de líder y delegar responsabilidades para no crear sobrecarga y que esto posteriormente repercuta en su salud.

Delegar significa transferir, asignar o trasladar funciones que, en principio, corresponden a cargos o niveles superiores. Es una forma de optimizar, de multiplicar el rendimiento individual y diversificarlo con el fin de obtener mejores resultados ⁵².

En situaciones como la expuesta la delegación de responsabilidades es sumamente importante, sin embargo, no siempre es el caso. Como se evidencia en el siguiente discurso:

“...me afectado la hospitalización de mi familiar, porque, a mi niña la dejo abandonada prácticamente...” (Hermana E01, hermana diagnosticada con cáncer de mama, hace 5 años)

Si el familiar cuidador primario no hace buen uso de sus recursos, puede caer en una sobrecarga de responsabilidades. La sobrecarga del cuidador primario comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos; afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional. Involucrando a un aislamiento social, sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, la idea de ser “responsables” exclusivos de su familiar, dificultades financieras, abandono de empleo por parte del cuidador entre otras ⁵³.

Sin embargo; si esto persiste el cuidador primario podría entrar en el síndrome de agotamiento, el cual en gran parte dependiendo del producto de su historia genética y biográfica, se han encontrado cuatro de los factores que más parecen influir en la aparición e intensidad de este síndrome: a) la importancia que revisten la vida y el sufrimiento del enfermo para el cuidador; b) la incertidumbre que rodea el proceso de enfermedad; c) la sensación de inminencia de una confrontación anticipada con momentos críticos de la misma, tales como un diagnóstico desfavorable, o resultado dudoso de un análisis, ya que dicha inminencia incrementa la percepción de amenaza; y d) la duración de la situación de enfermedad, ya que los efectos del estrés son acumulativos ⁵³.

Por otro lado, la familia y cuidadores se ven expuestos a muchas emociones y sentimientos encontrados; algunos positivos, como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar del ser querido. Pero simultáneamente pueden darse los negativos: sensación de impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación, tristeza o cansancio. Puede

haber consecuencias laborales; se suele experimentar un conflicto entre las tareas de cuidado y las obligaciones laborales; hay la sensación de que se incumple en el trabajo y en el cuidado familiar; se presentan dificultades económicas; aumentan los egresos. Además, se provoca en el cuidador una reducción del número de actividades sociales, de ocio, productivas, y aparecen sentimientos de aislamiento del mundo que lo rodea ⁵⁵.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

“... afronto con preocupación, no puedo dormir bien, preocupada, a veces no hay para el pasaje yo vivo lejos... ha afectado bastante mi rol como madre, no pensaba que esa enfermedad mi esposo iba a tener... tengo un hijo que está estudiando y lo dejo encargado” (Esposa E02, esposo diagnosticado con cáncer de estómago, hace 1 mes)

“... Yo sola tengo que ir acompañando a mi mama al hospital, porque mis hermanos trabajan y no tienen tiempo... dejo a mis hijos solos,...tengo que pasar malas noches” (Hija E04, madre diagnosticada con cáncer de mama, hace 7 años)

Hay que tener en cuenta, que el afrontamiento cambia a lo largo del tiempo y varía como resultado del estresor, la severidad de este, el alcance y la acumulación de otras demandas, la cantidad de perturbaciones en el sistema familiar y la disponibilidad y uso de los recursos intrafamiliares y comunitarios. Por tanto, las estrategias de afrontamiento en las familias no se crean en un solo instante, sino que se forman y se modifican con el tiempo ⁵⁶.

Hay que mencionar que para mejorar los mecanismos de afrontamiento se debe cumplir una serie de funciones, como mantener las condiciones internas satisfactorias para la comunicación y la organización familiar, promover la independencia y la autoestima de sus miembros, mantener los vínculos de coherencia y de unidad en la familia, mantener y

desarrollar el apoyo social y las transacciones con la comunidad, así como controlar el impacto de las situaciones y el cambio en el sistema familiar ⁵⁶.

Una de las situaciones que pueden influir para no usar estrategias de afrontamiento positivo son los procesos de atención hospitalarias, en donde los familiares que viven a diario este proceso; manifiestan continuamente reclamos y quejas sobre disconformidad en el trato, poca accesibilidad a la información, dificultad para ingresar al servicio, entre otros ⁵⁷.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

“...mi papá cuando llego al hospital, me dice: ni siquiera me viene a ver el personal, y yo no me puedo movilizar...” (Hija E03, padre diagnosticado con cáncer de próstata terminal, hace 4 meses)

“...el vigilante no nos deja entrar, no podemos venir a verlo y ahorita por ejemplo he tenido que rogarle como un santo para que me deje entrar porque mi papá no puede moverse solo...” (Hija E09, padre diagnosticado con cáncer de estómago, hace 2 meses)

Sin embargo; todas estas acciones por parte del personal que labora en un nosocomio, influyen directamente con el uso de estrategias de afrontamiento, dificultándolo o retrasándolo. El cuidado humanizado de enfermería es necesario en la práctica clínica-profesional, el cual permite mejorar el cuidado que se brinda a la persona hospitalizada y se extiende a su familia, con el fin de propiciar mejorar la calidad de vida.

Además, como nos detalla Watson en uno de sus Factores caritas luego convertidos en proceso caritas del cuidado: El cuidar la relación humana convertida en “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”. Una relación de cuidado depende del cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los

otros. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, el personal de enfermería no debe jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual “contestador telefónico”, ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan las personas son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, las personas no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu.⁴¹

Por ello; la organización mundial de la salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la humanización, es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en las personas enfermas⁵⁷.

CAPÍTULO IV

4.1. CONSIDERACIONES FINALES

Después de haber realizado el análisis de resultados encontrados en la presente investigación, se llegó a las siguientes consideraciones finales:

- El familiar cuidador primario frente al diagnóstico de cáncer de uno de sus familiares utilizan estrategias centradas en la emoción destacando el *apoyo en la Fe*, donde los familiares cuidadores primarios oran e imploran fuerza a Dios como una forma de entender los aspectos dolorosos de la vida; también utilizan la *reevaluación positiva*, donde el familiar cuidador primario intenta disminuir las reacciones estresantes, logrando una visión positiva de los problemas, por el contrario el familiar cuidador primario recurre también a la *auto focalización negativa*, en la cual se resigna y acepta con paciencia la enfermedad.
- El familiar cuidador primario frente al diagnóstico de cáncer de uno de sus familiares utilizan estrategias centradas en el problema, para ello utilizan diferentes estrategias, como, la búsqueda de apoyo social; familiares cercanos, amigos que ayuden al familiar cuidador primario a disminuir su estrés y a desarrollar respuestas adecuadas de afrontamiento por el contrario algunos familiares cuidadores primarios retrasan el afrontamiento, postergando todo tipo de actividades con respecto a las situaciones vividas.

- Ciertos familiares cuidadores primarios reconocen que existen situaciones internas y externas que limitan o dificultan su afrontamiento positivo como el que se suelen experimentar un conflicto entre las tareas de cuidado y las obligaciones laborales; sensación de que se incumple en el trabajo y en el cuidado familiar; además también se presentan dificultades económicas. Así también en cuanto al ambiente hospitalario, expresan quejas en cuanto a malos tratos por parte del personal de salud. Dificultando el afrontamiento para ellos

4.2.RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital:

- Que se implemente en los servicios correspondientes programas de apoyo para los familiares cuidadores, para un seguimiento adecuado que ayude a la familia y familiar cuidador primario a fortalecer estrategias de afrontamiento positivas a durante el proceso de hospitalización de su familiar contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

A los profesionales de enfermería del Servicio de Medicina

- Fortalecer los conocimientos en la familia y familiar cuidador primario sobre el Diagnóstico de cáncer y su hospitalización, que le permita así como utilizar estrategias de afrontamiento que le ayuden a enfrentar el proceso de enfermedad brindando un cuidado digno y humanizado.
- **A las autoridades de la facultad de enfermería de la UNPRG,**
Capacitar a los estudiantes sobre los cuidados de enfermería en pacientes oncológicos, implementado en su plan curricular temas relacionados con el cuidado del familiar cuidador primario y como promover en este las estrategias de afrontamiento positivas a utilizar en situaciones de crisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo C, Bustos I, Rodríguez A, Santa D. Afrontamiento familiar en la unidad de cuidado intensivo. [proyecto de grado de especialización en Internet]. Bogotá: Universidad de la sabana; 2010, [Citado: 03 de julio 2018]. 73p. Disponible en: [https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1226/2. Afrontamiento Familiar en Unidad de Cuidado Intensivo.pdf?sequence=1](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1226/2._Afrontamiento_Familiar_en_Unidad_de_Cuidado_Intensivo.pdf?sequence=1)
2. MINSA. Datos epidemiológicos. [Internet]. Lima [Citado: 18 de enero 2018] Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
3. Gestión.pe [Internet].Lima: Gestión, 2016 [Citado: 18 de enero 2018] Disponible en: <https://gestion.pe/tendencias/cancer-peru-85-casos-se-detectan-estadios-avanzados-2154023>
4. MINSA. El cáncer se previene y se puede curar si se detecta a tiempo. [Internet] [Citado: 18 de enero 2018] Disponible en:<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/cancer/datos.asp>
5. Zubiaga.I. El impacto del cáncer en la familia. [trabajo de psicoterapia en Internet]. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar; 2016. [Citado: 18 de enero 2018]. 66p. Disponible en: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3º-online-14.pdf>
6. Aguilar S; Barrón B. Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. Rev. Salud [Internet]. 2009 [Citado: 18 de enero 2018] 4: 39-46. Disponible en: <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>

7. Pérez D. Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI – 2015. [Internet] [Citado: 17 de abril 2018] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5319/Perez_cd.pdf;jsessionid=D6ABA773C72981D1D5CFA22AA5FD57C2?sequence=1
8. Ortiz D, Vásquez A. Mecanismos de afrontamiento del familiar cuidador de una persona con insuficiencia renal crónica terminal en diálisis peritoneal en un hospital de Chiclayo 2015. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque. 2015.
9. Vásquez C, Crespo M, Ring J. Estrategias de afrontamiento [Internet]. [Citado: 18 de enero 2018]. Cap.31. Disponible en: <http://www.psicosocial.net/historico/inicio/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>
10. Rizo W. Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico [libro por Internet]. Bogotá: Editorial Norma, 2006. [Citado: 18 de enero 2018]. Pag. 176. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=zu2BjSmdtwUC&pg=PA176&dq=estrategias+afrontamiento+lazarus+y+folkman&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj2j5260PDXAhXkTN8KHYYHWC6AQ6AEIJTAA#v=onepage&q=estrategias%20afrontamiento%20lazarus%20y%20folkman&f=false>
11. Guía básica. Valoración enfermera de la familia. Afrontamiento Familiar. [Internet] [citado:03 de Julio del 2018] Disponible en: https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_11.htm
12. Allaica L. Satisfacción familiar y estrategias de afrontamiento en estudiantes de dos unidades Educativas Adventistas, desde 8vo hasta 3er año de bachillerato en Ambato

- y Quito, Ecuador, 2017. [Tesis para grado de maestría en Línea]. Universidad Peruana Unión, 2018. [citado 12 marzo de 2019]. 130p. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1165/Levita_Tesis_Maestro_2018.pdf?sequence=5
13. Vega A, Gonzales E. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Rev. Enferm. glob [Internet]. 2009. [Citado 12 marzo de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021
 14. Di-Collaredo C, Cruz A., Moreno J. Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. Rev, Psychologia. [Internet]. 2007. [citado: 03 de Julio del 2018]. 1(2): 125 – 156p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
 15. Todo es mente. Psicoterapia online. [Internet]. 2014. [Citado: 03 de julio del 2018]. disponible en: <https://todoesmente.com/defensa/estrategias-de-afrontamiento>
 16. García B. Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil [Tesis doctoral en línea] Barcelona, 2011. [citado:03 de Julio del 2018] Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/32141/TESIS%20DOCTORAL%20-%20BERNARDO%20CELISO%20GARCIA%20ROMERO%20%28ABRIL%202011%29%20URL.pdf?sequence=1>
 17. Organización mundial de la salud. Cáncer. [Internet] 2018. [citado:17 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

18. Organización mundial de la salud. Cáncer. Nota descriptiva. [Internet] 2015. [citado:17 de enero de 2018] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/cancer-datos-cifras-2015.pdf>
19. Kozier B, Erb G. O. Fundamentos de enfermería (1993) 2º edición, México; McGraw – Hill Interamericana.
20. Montalvo A. Comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias. [Internet]. Universidad de Cartagena. 2013. [citado:17 de enero de 2017] Disponible en: http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/4198/1/INFORME%20FINAL_COMODIDAD%20enfermeria.pdf
21. Rova M; Caja C; Ubeda I. Enfermería Comunitaria. Minguet J., editor. Lexus; 2007.132p.
22. Rivera L; Álvaro T. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. [Internet]. 2007. [citado:17 de enero de 2018] Disponible en: https://www.ucursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
23. Urra E; Jana A; García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Rev. Ciencia y Enfermería. [Internet] 2011; [citado: 17 de enero de 2018]; (3): 11-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
24. Hospital las Mercedes Chiclayo. Información Institucional. [Internet]. 2019. [citado 10 de mayo del 2019]. Disponible en:

- <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/informacion-institucional?m1=5745&m2=5741&m3=1077&m4=923&pass=MTMxMA&pass=MTMxMA==>
25. Hospital las Mercedes Chiclayo. Servicios hospitalarios: Medicina. [Internet]. 2019. [citado 10 de mayo del 2019]. Disponible en: [https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/tema/detalle/14589?pass=MTMxMA=](https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/tema/detalle/14589?pass=MTMxMA==)
≡
26. Hernández C. y Bautista P. Metodología De La Investigación. 2da Edición, Washington: Editorial Organización Panamericana de la salud. 2004.
27. Ludke M, André M. Pesquisa en educação: abordajes cualitativos. São Paulo: Cultura. 1998.
28. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México: McGraw Interamericana; 2000.
29. Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Rev. Ciencia y Salud. [Internet]. 2012. [Citado 11 enero de 2018]. 7(3): 613-619p. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
30. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta. ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2006.
31. Demo, P. Metodología científica en ciencias sociales. Rev e ampliada. [Internet]. Atlas: 1995. [citado:18 de enero de 2018] Disponible en: <https://systemundb.files.wordpress.com/2013/09/demo-pedro-metodologia-cientifica-em-ciencias-sociais.pdf>
32. Surco R, Normatividad de ética en investigación vinculante a nivel nacional. [Internet]. 2014. [citado:18 de enero de 2018] Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=r>

[ja&uact=8&ved=0ahUKEwjew-a0jt3RAhWBLSYKHdeWC38QFggguMAM&url=http%3A%2F%2Frenabip.org%2Fpublicaciones%2Fdoc_download%2F61-normatividad-de-etica-en-investigacion-vinculante-a-nivel-nacional&usg=AFQjCNEpcHY3HEFG7MRv9tlcPeVR3JvnBg&sig2=tlv8SWPE8dTv3JhehJLGyg](http://www.frenabip.org/publicaciones/doc_download/61-normatividad-de-etica-en-investigacion-vinculante-a-nivel-nacional&usg=AFQjCNEpcHY3HEFG7MRv9tlcPeVR3JvnBg&sig2=tlv8SWPE8dTv3JhehJLGyg)

33. Díaz G, Yaringaño J. Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Rev. iipsi [Internet]. 2010. [Citado: 1 de enero del 2018]. 13(1): 69 – 86p. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3737/3000>
34. Rivas J, Ostiguin R. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Rev. Enf. Univ. [Internet]. 2010. [Citado: 1 de enero del 2018]. 8(1): 1-6p. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>
35. Macías M, Orozco C, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Rev. Psico. [Internet]. 2013. [Citado el 4 de enero del 2018]. 30(1): 123-145p. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>
36. Casado F. Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. [Internet]. [Citado el 4 de enero del 2018]. Disponible en: http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf
37. Galindo O, Valadez L, Álvarez M, etc. Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). Rev. Gaceta Mexicana de Oncología. [Internet]. 2011. [Citado el 6 de enero del 2018]. 10(3): 121-175p. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-estilos-afrontamiento-pacientes-con-cancer-X1665920111242419>

38. Espinosa J, Contreras F. Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. Rev. diversitas - perspectivas en psicología. [Internet]. 2009. [Citado el 6 de enero del 2018]. 5(1): 87-96p. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v5n1/v5n1a08.pdf>
39. Quintero M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. [Internet]. Universidad de la Sabana. [Citado el 6 de enero del 2018]. 184-191p. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
40. Salazar Z. Y. Significado del cuidado de la dimensión espiritual para enfermeras que asisten a personas post operadas de cirugía cardiovascular [Internet]. Universidad católica santo toribio de mogrovejo, 2014. [Citado el 6 de enero del 2018]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/453/1/TL_Salazar_Zevallos_Yngrid.pdf
41. Urra M., Jana A., García V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales [Internet]. 2011. [Citado el 31 de julio del 2019]. 7(3): 11-22p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370441808002.pdf>
42. Veloza G., Pérez G., Beatriz La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería [Internet]. 2009. [Citado el 31 de julio del 2019]. 13(8): 151-162p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835199009.pdf>
43. Zuluaga, L. Estrategias de afrontamiento en un grupo de desplazados internos en la ciudad de Bogotá. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. [Internet]. 2016.

- [Citado el 6 de enero del 2018]. 8(2): 71-86p. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6059404.pdf>
44. Gantiva C, Luna A, Dávila A, Salgado M. Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. Rev. Psico. [Internet]. 2010. [Citado el 6 de enero del 2018]. 4(1): 63-72p. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224086006.pdf>
45. Díaz F. La fe sobrenatural. [Catecismo de la Iglesia Católica en línea]. [Citado el 6 de enero del 2018]. (3):142-197. Disponible en:
<http://multimedia.opusdei.org/pdf/es/3.pdf>
46. Hidalgo A, León G. La importancia del conocimiento científico en el proceso innovador. [Internet]. [Citado el 6 de enero del 2018]. Disponible en:
http://oa.upm.es/19657/1/INVE_MEM_2012_130156.pdf
47. León C. ¿Qué es la reevaluación positiva? [Internet]. 2019. [Citado el 6 de enero del 2018]. Disponible en: <https://carolineleonblog.wordpress.com/2019/01/26/que-es-la-reevaluacion-positiva/>
48. Colmenares C, Gonzales R, Pinedo F. Estrategias de afrontamiento del cuidador primario del paciente hemodiálizado en el servicio de nefrología hospital nacional arzobispo Loayza 2013. [Trabajo académico de especialización en Internet]. 2015. [Citado el 6 de enero del 2018]. Disponible en:
[http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1336/Estrategias_Colmenares Otiniano Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1336/Estrategias_Colmenares_Otiniano_Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
49. Acevedo V, Bastias N, Hernández C, Toro A. Influencia del apoyo social y nivel socioeconómico en el bienestar espiritual en pacientes con enfermedad oncológica avanzada del programa alivio del dolor y cuidados paliativos del hospital San Carlos, 2014. [Tesis de Licenciatura en Internet]. Chile. 2014. [citado 12 marzo del 2019]. Disponible

- en:<http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1646/1/Acevedo%20Ramirez%20C%20Valentina%20Paz.pdf>
50. FESP. Estrategias de afrontamiento: los recursos del individuo para hacer frente al estrés. [Internet]. 2015. [citado 12 marzo de 2019]. Disponible en: <http://infantilprl.org/riesgos-sector/4-riesgos-psicosociales/4-1-estres-2/4-1-2-modelos-teoricos-sobre-la-aparicion-del-estres-laboral/4-1-3-proceso-de-apreciacion-del-estres/4-1-4-fases-de-desarrollo-del-estres-sindrome-general-de-adaptacion/4-1-5-principales-estresores-laborales/4-1-6-efectos-y-consecuencias-del-estres-laboral/4-1-7-estrategias-de-intervencion-desde-la-organizacion/4-1-8-estrategias-a-nivel-individual/>
51. Guía básica. Apoyo Familiar [Internet] [Citado 12 de marzo del 2019] Disponible en:https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_12.htm
52. EAE. Business School. Delegar responsabilidades y decisiones. [Internet]. [Citado 28 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://recursos.eaeprogramas.es/PDF/Delegarresponsabilidades.pdf>
53. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Revista de crítica social. [Internet]. 2015. [Citado el 10 de mayo del 2019].17:307-330.Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6154357.pdf>
54. Acosta E, López C, Martínez M, Zapata R. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Rev. Horiz. Sanit. [Internet]. 2017. [citado 28 marzo de 2019]. 16(2) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000200139

55. Ortiz L. El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia. [Citado 28 de marzo del 2019]. 233-237p. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/08.pdf>
56. Martínez J, Amador B, Guerra M. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. Rev. Enf. Global. [Internet]. 2017. [Citado 28 de marzo del 2019]. 47: 576-591p. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00576.pdf>
57. Guerrero R, Meneses M, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. Rev. Enferm Herediana. [Internet]. 2016. [Citado 28 de marzo del 2019]. 9(2):127-136p. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

APENDICE



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



ENTREVISTA

***“Afrontamiento del familiar Cuidador Primario Frente al Proceso de Hospitalización
de Personas con Cáncer en un Hospital del MINSA - CHICLAYO 2018”***

Objetivo: Recolectar información de cómo es el afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización en personas con cáncer en un hospital del MINSA.

INSTRUCCIONES: A continuación, se le presenta una serie de preguntas a fin de que responda con sinceridad según su criterio.

Edad:

Fecha:

- 1. Relate por favor cómo reacciono su familia cuando se enteró que su familiar tenía Cáncer**
- 2. Relátenos cómo afronta usted que está más tiempo con su familiar este proceso.**
- 3. Usted como cuidador primario que dificultades se le han presentado frente a este proceso de hospitalización**



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo _____ identificado (a) con DNI N° _____
acepto participar en la investigación titulada “Afrontamiento del familiar Cuidador Primario Frente al Proceso de Hospitalización de Personas con Cáncer en un Hospital del MINSA - CHICLAYO 2018”, cuyo objetivo es el de analizar y comprender las estrategias de afrontamiento del familiar cuidador primario frente al proceso de hospitalización de personas con cáncer. Declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

1. Mi participación será espontánea.
2. La información obtenida será tratada bajo absoluta discreción y fielmente relatadas por las investigadoras.
3. Que las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
4. Que la información brindada será utilizada solo para fines de la investigación.
5. Si no estoy de acuerdo puedo retirarme del estudio sin ningún perjuicio.

Firma del apoderado

Firma del investigador