



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Título:

**CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LOCUS DE CONTROL DE
LOS PACIENTES CON CÁNCER DE ESSALUD RED ASISTENCIAL
ANCASH HOSPITAL III. CHIMBOTE, 2014.**

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología.

AUTOR:

Bach. Juan Eduardo Risco Sullón

ASESOR:

Mg. Luis Morales López

CHIMBOTE – PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Ps. Mg. Ivonne Arroyo Rosales
Presidente

Ps. Mg. Érica Millones Alba
Secretaria

Ps. Willy Valle Salvatierra
Miembro

AGRADECIMIENTO

Primero dar gracias a Dios todo poderoso por brindarme salud, sabiduría, amor, paciencia y valores que me fortalecen como profesional y persona para poder concluir satisfactoriamente esta tesis.

A mis padres Maximina y Gerardo que sin esperar nada a cambio, han sido pilares en mi camino, formando parte de mi desarrollo profesional, que todos sus esfuerzos y sacrificios de hoy sean la satisfacción del mañana.

A mi asesor de tesis Morales López Luis, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar esta tesis con éxito.

Al Lic. Roberto Cerna, por facilitarme información necesaria para la realización de mí de tesis.

RESUMEN

La tuvo como objetivo general, determinar el clima social familiar y locus de control, y objetivos específicos describir las áreas, cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, intelectual cultural, social recreativo, moralidad – religiosidad, organización y control, en pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash hospital III Chimbote, 2014. Fue cuantitativo, descriptivo, de diseño no experimental, transaccional. La población estuvo conformada por 16 pacientes con cáncer que se atendieron en Essalud Red Asistencial Ancash hospital III, de Chimbote, utilizando como instrumentos la Escala de Clima Social Familiar (FES) de R.H.Moos, B.S.H.Moos; y la Escala de Locus de control de Levenson, la cual tuvo como intervalo de tiempo los meses de julio y agosto del año 2014. Los resultados obtenidos indican que la mayor de la población estudiada presenta un clima social familiar bajo, indicando que los pacientes perciben a sus familias con poca importancia en aspectos como el desarrollo y estructura básica de modo que su ambiente familiar no se está desarrollando en forma eficaz. Asimismo mayoría de los pacientes con cáncer se ubica en el nivel bajo en la escala de locus de control de Levenson, lo cual indica que los pacientes presentan locus de control externo como percepción de esta situación ante su vida.

Palabras clave: Clima Social Familiar, Locus de control, Pacientes con cáncer.

ABSTRACT

The general objective was to determine the family social climate and locus of control and specific objectives to describe areas, cohesion, expressiveness, conflict, autonomy, action, cultural intellectual, recreational social, morality - religiosity, organization and control, in patients with Essalud cancer care network Ancash hospital III Chimbote, 2014. It was quantitative, descriptive, non-experimental, transactional design. The population consisted of 16 cancer patients who were attended at Essalud Ancash Hospital III, Chimbote, using the Family Social Climate Scale (FES) of R.H.Moos, B.S.H.Moos; And the Levenson Locus Control Scale, which ranged from July to August of 2014. The results indicate that the largest of the population studied has a low family social climate, indicating that patients perceive To their families with little importance in such aspects as development and basic structure so that their family environment is not developing effectively. Likewise, most cancer patients are located at the low level on the Levenson locus of control, which indicates that patients present external locus of control as a perception of this situation before their life.

Keywords: Family Social Climate, Locus of control, Patients with cancer.

CONTENIDO

Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	iv
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. RESIVISIÓN DE LITERATURA	8
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	12
2.2.1 La familia	12
2.2.1.1 Definiciones	12
2.2.1.2 Funciones de la familia	13
2.2.1.3 Tipos de familia	14
2.2.2. Clima social familiar	15
2.2.2.1 Componentes del clima social familiar	16
2.2.3 Locus de control	19
2.2.4 Afrontamiento al cáncer	21
2.2.4.1 El cáncer	22
2.2.4.2 Espiritualidad y religión	24

III.	METODOLOGÍA	
3.1	Diseño de la investigación	27
3.2	Población	27
3.3	Definición y operacionalización de variables	29
3.4	Técnica e instrumento	35
3.5	Plan de análisis y procedimiento	39
3.6	Matriz de consistencia	40
IV.	RESULTADOS	
4.1	Resultados	41
4.2	Análisis de los resultados	57
V.	CONCLUSIONES	
5.1	Conclusiones	65
5.2	Recomendaciones	66
5.2.3	Referencias bibliográficas	68
	Anexos	75

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Nivel general del clima social familiar de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III.Chimbote, 2014.....	42
Tabla 2	Locus de control de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	43
Tabla 3	Nivel de la dimensión relaciones del clima social familiar de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	44
Tabla 4	Nivel de la dimensión de desarrollo del clima social familiar de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote, 2014.....	45
Tabla 5	Nivel de la dimensión de estabilidad del clima social familiar de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	46
Tabla 6	Nivel del área de cohesión del clima social familiar de los pacientes con cáncer deEssalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	47

Tabla 7	Nivel del área de expresividad del clima social familiar de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	48
Tabla 8	Nivel del área de conflicto del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	49
Tabla 9	Nivel del área de autonomía del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	50
Tabla 10	Nivel del área de actuación del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	51
Tabla 11	Nivel del área de intelectual -cultural del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	52
Tabla 12	Nivel del Área Social –Recreativo Del Clima Social Familiar en Pacientes Con Cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	53
Tabla 13	Nivel del área de moralidad - religiosidad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	54

Tabla 14	Nivel del área de organización del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	55
Tabla 15	Nivel del área de control del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Frecuencia porcentual del nivel del clima social familiar general de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	42
Figura 2	Frecuencia porcentual Locus de control de los pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	43
Figura 3	Frecuencia porcentual de la dimensión relaciones del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	44
Figura 4	Frecuencia porcentual de la dimensión desarrollo del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	45
Figura 5	Frecuencia porcentual de la dimensión estabilidad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	46
Figura 6	Frecuencia porcentual del área de cohesión del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	47

Figura 7	Frecuencia porcentual del área de expresividad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.....	48
Figura 8	Frecuencia porcentual del área de conflicto del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	49
Figura 9	Frecuencia porcentual del área de autonomía del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	50
Figura 10	Frecuencia porcentual del área de actuación del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	51
Figura 11	Frecuencia porcentual del área de intelectual-cultural del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancas Hospital III. Chimbote ,2014.....	52
Figura 12	Frecuencia porcentual del área social-recreativa del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	53

Figura 13	Frecuencia porcentual del área de moralidad-religiosidad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	54
Figura 14	Frecuencia porcentual del área de organización del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	55
Figura 15	Frecuencia porcentual del área de control del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote ,2014.....	56

I. INTRODUCCIÓN

Los investigadores consideran a la familia un verdadero agente activo del desarrollo social: célula en la que se crea y consolida la democracia, donde se solucionan o acentúan las crisis sociales y donde la mayoría de los ciudadanos encuentran afecto y especialmente seguridad.

Es también un conjunto de elementos ligados entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción interna, donde la persona adquiere sus primeras experiencias, valores y concepción del mundo. Parte del sistema social y responde a su cultura, tradiciones, desarrollo económico, convicciones, concepciones ético-morales, políticas y religiosas. (Valladares, 2008)

En este sentido, es aquella importante para afrontar diversidades internas y del ambiente propio. Es decir que en sus dificultades de la vida diaria, incluyendo una enfermedad en algún miembro que la integra, puede cambiarla o simplemente puede seguir su curso ya establecido desde su inicio en la sociedad.

También podemos resaltar que posiblemente existen familias que durante el proceso de su desarrollo, los conflictos dentro de ella se han tornado en derrotas o que en su aprendizaje los ha preparado para afrontar crisis antes y después de una enfermedad como es el cáncer.

A nivel mundial, el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en el año 2012 hubo unos 14 millones de

nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. (Organización mundial de la salud ,2015).

En algunas partes del mundo existe la expectativa permanente de disfrutar de una vida más larga y agradable, mientras en muchas otras se asiste con desesperanza al fracaso de la lucha contra las enfermedades, aun cuando existen los medios necesarios para combatirlas .(Organización mundial de la salud , 2003). En el Perú si bien se viene a afianzando el proceso de aseguramiento universal este aún no es total para toda la población peruana, lo cual configura aún; entre sus debilidades principales ausencias de complementariedad de servicios y continuidad de cuidado, e imposibilidad de atención integral.(Ministerio de salud , 2013).Es decir en el Perú el sistema de salud no aporta beneficios para la intervención del paciente, su calidad de vida y la de su familia. Esto supone un impacto no solo para la sociedad, sino también para quien la padece, quien es el que recibe las consecuencias físicas de esta dolencia y de su tratamiento, pues también; las consecuencias que traen consigo este diagnóstico; repercuten en el núcleo familiar. (Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer ,2007). Puesto que la familia en estos casos es la principal herramienta para luchar contra los momentos difíciles ante la enfermedad en particular, también probablemente sea convertido en parte del tratamiento físico y del acompañamiento y también en esa motivación que tienen las personas para poder superar su enfermedad.” (Álvarez y Montalvo ,2010).

Sin embargo algunas familias no se tornan con el mismo comportamiento ante la enfermedad de uno de sus familiares. De manera individual la mayoría de las personas

que no están preparadas para recibir tal noticia; en especial quien la va a padecer, trae consigo un serio de problemas emocionales como miedo, ansiedad y tristeza entre los miembros que la integran, dado que en muchas de las familias antes de pasar por este proceso de enfermedad, han tenido establecidos patrones de comportamientos, por ejemplo; el que los familiares no se preocupen por la salud de un miembro enfermo y que las actividades diarias en éstas no se estén desarrollando de manera adecuada, ya sea individual o en conjunto, y que su impacto genere mucho más aún la desintegración entre los mismos.

Como se puede observar en la realidad de los pacientes con cáncer en Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III de Chimbote, que se atienden en el Área de Terapia del Dolor, acuden a su tratamiento diario con una sola persona que está a cargo del cuidado de los mismos. Los pacientes son intervenidos por enfermeros y médicos de área quienes se encargan de administrarles medicamentos. Estos profesionales son quienes mantienen contacto directo con los pacientes y refieren que las familias no están unidas y que por ende mantienen su distancia para con sus familiares enfermos, que la comunicación y afectividad se manifiesta solo con sus cuidadores, señalan que por lo general el que acompaña es un solo hermano, un primo, un hijo, el conyugue o hasta un vecino. También refieren que de quienes integran sus familias; no se sienten cómodos cuidando al enfermo; aun así tratándose de su propio familiar, manifestando que posiblemente las familias no tengan una buena relación con el paciente, están muy ocupados con otros asuntos o puede que temen no hacer bien el trabajo de cuidar al paciente. Algunos de los pacientes y familiares refieren que este contexto o situación se

han perdido los valores y el compromiso que cumplen cada uno de los miembros en su familia, como también la afectividad, la comunicación, y que el acompañamiento en ésta su situación; es escaso. Otras de las características que se observaron han sido reflejadas en la comunicación diaria paciente – cuidador y paciente – médico, hacen referencia que los pacientes piensan que su vida está prolongada por los medicamentos y la ciencia o, que en lo habitual va a depender de su propio esfuerzo el afrontamiento hacia la enfermedad. Y que algunas veces su creencia en dios los ayuda a sentirse protegidos, pero que en algún momento, sus vidas ya no estarán en la tierra y que pasaran a manos de Dios o que el destino les ha predispuesto este camino por las mismas circunstancias de la propia existencia.

Se sabe también que en un primer momento las familias se mostraban interesadas en la mejora de la salud y cuidado de su familiar, como también en la información sobre el proceso que llevara su familiar durante su medicación y, que el pasar de los días la atención, la importancia y la asistencia de la mayoría de los miembros de la familia en la entidad (área) ha ido disminuyendo, en torno a esto también los pacientes se mostraban de manera negativa en el modo en cómo perciben su enfermedad y su asistencia para su tratamiento.

A esto, se hace referencia de que en las familias de los pacientes de Essalud posiblemente se hayan perdido los valores, la afectividad, comunicación o perdido las esperanzas de vida para con su familiar, a esto sumado el comportamiento del paciente ante su enfermedad y su percepción ante la vida durante y después de haber recibido tal diagnóstico.

Por ello es importante valorar ciertas características, los cuales se saben de conocimiento común, que en estas circunstancias la familia se mantiene unida y de por medio brinda la atención y escucha al familiar que padece de esta enfermedad y que los cambios en la familia se torna a favor de proporcionar mejor estabilidad y mejora en la comunicación entre sus miembros y por ende la ayuda que reciba de ellos ayude al paciente a saber sobre llevar su enfermedad.

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de esta investigación es el Clima Social Familiar y Locus de Control de los pacientes con cáncer de Essalud Red asistencial Áncash Hospital III - Chimbote del año 2014. Y por lo tanto, este estudio se realiza por motivo que se justifica, a nivel teórico, permitirá conocer la problemática sobre el clima familiar y locus de control que tienen los pacientes con cáncer, lo cual será punto de partida para estudios en otras instituciones, y con variables relacionadas a esta problemática.

A nivel práctico, permitirá realizar programas preventivos o de intervención orientada a mejorar el clima familiar de estos pacientes, ya que la institución no cuenta con un área específica donde incluya o de importancia al clima familiar que se pueda generar cuando se presente esta enfermedad en uno de sus miembros de quienes integran estas familias.

Contribuirá como conocimiento para el personal del área (enfermeros y medico) sobre el clima familiar y locus de control de los pacientes con cáncer, para fomentar medidas preventivas como la concientización de las familias para el entendimiento de la

enfermedad del familiar que padece y de por medio la información al paciente para enfrentar su enfermedad.

Así mismo , como objetivo general de la investigación se propone determinar el clima social familiar y locus de control en pacientes con cáncer de Essalud Red asistencial Áncash Hospital III - Chimbote ,2014.De igual manera como objetivos específicos , identificar las dimensiones Relaciones, desarrollo y estabilidad del Clima social familiar en pacientes con cáncer de Essalud Red asistencial Áncash Hospital III - Chimbote ,2014 y sus diferentes áreas que comprenden , Cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, intelectual cultural, social recreativo, moralidad – religiosidad, organización y control en pacientes con cáncer Essalud Red asistencial Áncash Hospital III - Chimbote ,2014.

Los instrumentos a utilizar son Escala de clima social familiar (FES) y la Escala de locus de control: Escala I-E de Levenson.

Teniendo en consideración lo antes mencionado pasó describir el contenido del presente trabajo de investigación:

Revisión de literatura. En él se expone el planteamiento del problema, los antecedentes, las bases teóricas de las variables, la justificación de la investigación, los objetivos: general y específicos y las hipótesis: general y específicos.

Metodología. Se describe el tipo, diseño de la investigación, población y muestra, las variables, las técnicas e instrumentos empleados y el análisis de los datos.

Los resultados. Es la presentación de los resultados obtenidos y su correspondiente análisis y discusión, contrastando con las bases teóricas y los antecedentes de la investigación.

Análisis de resultados. Aquí se realiza el análisis y discute los resultados obtenidos, con las bases teóricas y antecedentes de la investigación.

Conclusiones. Se describe en resumen, los resultados que se obtuvieron en la investigación.

Las sugerencias y las fuentes de información que se consultó para la realización del informe final de investigación. En esta parte se exponen las estrategias y medidas de acción a tomar por la sociedad y profesionales encargados de la salud, para intervenir en el problema que se investigó.

Referencias. Se consideran las fuentes de información que se consultó para la realización del trabajo de investigación.

Finalmente, en la sección anexos se incluye el instrumento utilizado en el estudio; la Escala de Clima Social Familia (FES) de R. H. Moos y La Escala Hannah Levenson de Locus de Control .Escala I-E de Levenson.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes.

Díaz y Yaringaño (2010) realizaron una investigación sobre la relación entre el Clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer internados en los servicios de Ginecología Oncológica y Medicina Oncológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Los resultados indican que la dimensión Desarrollo que es un componente del Clima Social Familiar, es menor que las otras dos dimensiones (Estabilidad y Relaciones), lo cual se explica por la disminución de las actividades sociales de la familia al brindar mayor dedicación al cuidado del paciente; toda vez que el impacto emocional del diagnóstico y tratamiento que afronta el paciente, altera al sistema familiar.

Domínguez y Mendo (2007) realizaron una investigación sobre la clima social familiar en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos. Donde se utilizó como instrumento de medición la Escala del Clima Social en la Familia (CSF) de R. H. Moos y E. J. Trickett estandarizada por C. Ruiz y E. Guerra (Lima, 1993).Cuyos resultados indican que existen diferencias altamente significativas en las áreas cohesión y conflicto entre ambos grupos. De los resultados obtenidos, en consecuencia, en el área “cohesión” de la dimensión relaciones se encontró en los adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos una diferencia significativa, afirmando, en consecuencia, que la compenetración y apoyo mutuo en los adolescentes con cáncer es significativamente superior a la respectiva de los adolescentes con tumores benignos. Se comparó el puntaje promedio en el área “Conflicto” de la dimensión relaciones en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos atendidos en el Hospital

Regional Docente de Trujillo y la diferencia encontrada fue altamente significativa, de lo que puede alegarse que los adolescentes con tumores benignos presentan mayor libertad para expresar su agresividad, cólera y conflicto entre los miembros de sus respectivas familias a diferencia de los adolescentes con cáncer, quienes se reprimen más en este aspecto. En el área “intelectual-cultural” de la dimensión “desarrollo” en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo se encontró una diferencia significativa de lo que puede razonarse que los adolescentes con cáncer presentan mayor interés en actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales en comparación a los adolescentes con tumores benignos. El área “moralidad-religiosidad” de la dimensión desarrollo en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Se halló una diferencia significativa, de lo que puede aportarse que los adolescentes con cáncer le dan mayor importancia a las prácticas y valores de tipo ético y religioso que los adolescentes con tumores benignos. Por último, en el área “Organización” de la dimensión Estabilidad en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos y se encontró una diferencia significativa, de lo que puede aseverarse que las familias de los adolescentes con cáncer son más responsables y planifican mejor sus actividades en comparación a los adolescentes con tumores benignos.

López, Rivera, Zavala, Chapa y Gómez (s,f) realizaron una investigación sobre familia e insuficiencia renal crónica terminal; cuyos resultados dan evidencia que respecto a la calidad de las relaciones existentes entre los miembros de la familia, se encontró que la

mayoría de pacientes consideraban que estas se mantenían dentro de lo normal, es decir, dentro de lo esperado por cada familia, si bien con ligeros altercados que parecían deberse a problemas de comunicación. Con todo esto, otro porcentaje exponía todo lo contrario, describiendo familias típicamente disfuncionales (baja comunicación, rencillas constantes, coaliciones entre los miembros con confrontaciones causadas por la búsqueda de dominio y control y evasión de responsabilidades con respecto al paciente). Estos resultados fueron semejantes a los aportados por los cuidadores primarios, entre tanto, expusieron que sus familias parecían incapaces de resolver un problema; existían malentendidos constantes, agresiones, gritos e insultos que solían generar distanciamientos entre los miembros.

Bremer, Moore, Bourbon, Hess y Bremer 1997 (Citado por Bares, 2002) realizaron un estudio sobre locus de control de salud en pacientes africanas con cáncer de mama, donde encuentran que el Locus de control Interno en ellas, se asocia a un mejor estado anímico y calidad de vida, que el Locus de control de salud externo, basado en ausencia de control o control del azar.

Font (como se citó en Bares, 2002) realizaron un estudio con pacientes con cáncer de mama, cuyos resultados fueron que en los pacientes predominaba el locus de control externo centrado en los médicos y el tratamiento. Concretamente el locus de control interno y elevadas expectativas de autoeficacia, se relacionaron menores síntomas de dolor, de miedo, de ansiedad y en general de una valoración más positiva del día a día.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La familia:

2.2.1.1. Definiciones

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad. (Instituto Interamericano del niño, s. f)

La OMS (citado por Andrea, 2010) define a la familia como una unidad biopsicosocial, integrada por un núcleo variable de personas ligadas por vínculos de consanguineidad (parentesco), matrimonio y/o pareja estable, que viven en un mismo hogar.

Álvarez y Montalvo (2010) definen a la familia como la principal herramienta para luchar contra los momentos difíciles, no solo porque ante una adversidad en general, o ante la enfermedad en particular, que es una de las grandes adversidades a las que se enfrentan las personas individuales y por supuesto la familia en su conjunto, la familia sea de soporte, la ayuda moral, la fuerza que necesita alguien para enfrentarse ante una enfermedad sino probablemente sea convertido en parte del tratamiento físico y del acompañamiento que se necesita y se ha convertido también en esa motivación que tienen las personas para poder superar su enfermedad.”

Andrea (2010) refiere que la familia, desde su formación pasa por una serie de etapas, que constituyen el Ciclo Vital Familiar, intercaladas por “crisis” como sucede en la adolescencia o cuando uno de los miembros de la misma padece una enfermedad.

A partir del conjunto de definiciones anteriores, conceptualizaremos a la familia del siguiente modo: La Familia es el conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras, que comparten sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias. Cada miembro asume roles que permiten el mantenimiento del equilibrio familiar. Es una unidad activa, flexible y creadora, es una institución que resiste y actúa cuando lo considera necesario. Y desde su formación es la herramienta principal para enfrentar adversidades para reestablecerse o simplemente desintegrarse.

2.2.1.2 Funciones de la familia:

Diversos autores como Bradley y Caldwell, 1995, Palacios y Rodrigo,1998; Rosich, 2001 (Como se citó en García, 2011) se podrían resumir las funciones de la familia en relación con los integrantes y su vinculación.

Función Económica: Responde a la capacidad del núcleo familiar para producir ingresos económicos. Se contempla el ahorrar, pagar cuentas y realizar inversiones.

Función de Cooperación y Cuidado: Está compartida con otras instituciones sociales, incluye las funciones de seguridad y protección que realiza la familia.

Función Recreativa: Celebración de fechas importantes y la recreación individual y del grupo dentro del ámbito familiar.

Función Afectiva: El individuo aprende a amar, a comunicarse, a expresar o reprimir sus sentimientos. Cada familia tiene su forma individual de expresar afecto, dolor, enojo, intimidad o cualquier otro sentimiento.

Función Educativa: Se comparte con las instituciones educativas de la sociedad. Se da básicamente en los primeros años de vida y después en el refuerzo de las enseñanzas del aprendizaje escolar.

Función de Identificación: Se establece la identidad de sus miembros y las expectativas de su conducta.

Función Socializadora: Es el proceso a través del cual una determinada sociedad u orden social logra pervivir y reproducirse y transmite a los nuevos miembros aquellas normas y principios necesarios para la continuidad del sistema.

Función Reproductiva: Se da en tres vías: la biológica, la laboral y la cultural.

2.2.1.3. Tipos de familias:

Gutiérrez (citado por Parra, 2015) “No puede hablarse de familia única, ni estática, más bien es correcto reconocer tipologías múltiples e inestables, que en un proceso de

evolución se reacomodan a las nuevas exigencias de su universo u cultural el tiempo que lo transforman”

Las tipologías familiares con más presencia han sido las siguientes

Familia nuclear: es la familia que se encuentra conformada por ambos padres (hombre y mujer) y los hijos de estos, que viven bajo el mismo techo o comparten el mismo hogar; es también llamada elemental o básica

Familia extensa: conformada por individuos que incluye a los abuelos, padres, hijos, nietos, Tíos, primos y personas acogidas (yernos, nueras, cuñados, tíos).

Familia monoparental: se atribuye este tipo de familia como producto del rompimiento de una relación en la cual uno de los padres, (en la mayoría de los casos la madre) conserva los hijos de dicha relación. Jiménez (citado por Parra, 2005)

2.2.2. Clima Social Familiar

Todas las familias, hasta aquellas que parecen caóticas, tienen una estructura compleja. Una organización estable que promueva previsiblemente seguridad y cohesión, está altamente valorada por los miembros de la familia; quienes, con frecuencia, irán en gran medida a protegerla. La crisis del cáncer es un desestabilizador. Muchas familias tratan de negar esto, así como niegan el impacto que el cáncer causa en sus vidas. (Domínguez y Mendo, 2007).

Kemper 2000 (Citado por Gonzales y Pereda, 2009) sostiene que el clima social que es un concepto y cuya operacionalización resulta difícil de universalizar, pretende describir

las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente.

2.2.2.1 Componentes del clima social familiar:

Moos y Trickett (citado por Morales, 2010) consideran que el clima social familiar está conformado por tres dimensiones: Relaciones, desarrollo y estabilidad, las que se definen en diez áreas, que se muestran a continuación:

Dimensión de relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Conformado por las siguientes áreas:

Área de Cohesión: Según R.H Moos, B.S. Moos y E.J Trickett mide el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.

Sin embargo las estructuras familiares de carácter más rígido inciden de manera negativa en el estado emocional del paciente que padece cáncer. Se afirma que tras el diagnóstico de esta enfermedad, se comprueba un aumento de la cohesión de la familia, al mismo tiempo se produce una disminución de la flexibilidad, de la adaptabilidad de la familia cuyo carácter se torna cada vez más rígido. (Aubá, 2007).

Área de expresividad: Según R.H., Moos, B.S. Moos y E.J Trickett explora el grado en el que les permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.

Área de Conflicto: Según R.H. Moos B.S. Moos y E.J. Tricketts el grado en el que expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Considerando a lo que refiere Pittman, 1990 (citado por Alarcón y Urbina, 2000) sostiene que la familia cuando atraviesa un conflicto se encuentra sin dirección, está en un momento de desarmonía, desequilibrio, aparecen problemas que no fueron resueltos en su origen. Los conflictos no son situaciones patológicas, sino momentos evolutivos de crecimientos de la familia que atraviesan todos los seres humanos, no obstante hay conflictos que acarrear toda la vida y que pueden convertirse en disfuncionales si no se logra una solución o cambio favorable.

Dimensión de desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Conformado por las siguientes áreas:

Área de Autonomía: Es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

Área de Actuación: Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición.

Área Intelectual- Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales.

Área Social-Recreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.

Área de Moralidad-Religiosidad: Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

El fenómeno de la religiosidad está estrechamente unido al devenir humano, abarcando cualquier coordenada espaciotemporal, llegándose a afirmar que la predisposición a la creencia religiosa es la fuerza más poderosa y compleja de la mente humana, y, con toda probabilidad, una parte inextirpable de su naturaleza. Se estima que la creencia religiosa proporciona un significado a la propia vida de la persona, y, consecuentemente, estimula a un más adecuado abordaje del malestar y la enfermedad (Barroso y García, 2010).

En nuestro país, se encontró que la práctica religiosa se asocia a un mayor nivel de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, y se sugiere que estas prácticas ayudan a tener una perspectiva de salud positiva y optimista frente al futuro. Laos, 2010 (Citado por Becerra Y Otero, 2013)

Dimensión de estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros.

Área Organización: Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Área Control: Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

El ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este

contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo. Rudolf Moos, 1974 (Citado por, Rodrigo, Gonzáles, Gómez, Reguera y Espejo, s. f).

2.2.3. LOCUS DE CONTROL:

Rotter, 1966 (citado por Visdónime y Luciano, 2005) considera que “si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus propias características relativamente permanentes, se ha dicho que es una creencia en el control interno”; en cambio, sostiene que “cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido, en nuestra cultura, como el resultado de la suerte.

Bandura, 1999 (Citado por Oros, 2005) define que el locus de control se refiere a la posibilidad de dominar un acontecimiento según se localice el control dentro o fuera de uno mismo.

Bayés (1998) podemos encontrar fácilmente una relación entre Locus de control interno y percepción de control. Señala la importancia de la percepción de control frente al sufrimiento, que se agravaría cuando no hay percepción de la posibilidad de controlar una situación determinada; por lo tanto, la pérdida de control supone un estresor psicológico negativo.

Locus de control interno: percepción que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones, es decir la percepción que ellos o ellas mismas controlan sus vidas. Así, estas personas valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad personal.

Locus de control externo: percepción que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros. Así, el LC externo es la percepción de que los eventos no tienen relación con la propia determinación, es decir que los eventos no pueden ser controlados por esfuerzo y dedicación propios. Rotter en 1966 (citado por Casique y López, 2007).

Propone la distribución de las personas a lo largo de un continuo característico de una dimensión con relativa estabilidad, que se extiende del polo de la internalidad al extremo de la externalidad. Las personas en función de su percepción - consistente en cuánto pueden influir en las contingencias de refuerzo de sus acciones- se sitúan más hacia un extremo del continuo que al otro. Así, cuando se sitúan más al extremo de la internalidad las personas se acreditan como capaces de influir en su propio destino, de transformar una situación adversa, de aumentar su probabilidad de éxito; por el contrario, las personas con externalidad, son aquellas que le atribuyen al destino, la suerte, el azar, lo sobrenatural; y a otras personas -que ellos consideran poderosas- la responsabilidad de lo que les sucede, no reconociendo en sí, la capacidad de alterar el curso de los eventos y de influir con sus acciones en el control de las contingencias de refuerzo que seguirán a su comportamiento . Se puede decir que los internos son responsables de su futuro y modeladores del mismo, mientras que los externos son incapaces de influir en sus

propias recompensas tornándose, más dependientes de las circunstancias y de los demás. Rotter, 1981 (Citado por Casique, 2007).

La capacidad de poder controlar situaciones sociales y políticas, o por el contrario, sentir que nada puede hacerse para modificar un entorno dominado por personas poderosas, también queda reflejada en la clasificación que años más tarde propuso Levenson. Dicha clasificación planteaba separar dentro del factor externalidad, las dimensiones “otros poderosos” y “fatalismo (Chance)”. Fue la primera tentativa de distinguir al fatalismo como una entidad independiente dentro del polo de control externo. Asoció el concepto de fatalismo a los términos azar, suerte, destino, sucesos accidentales, etc. La externalidad otros poderosos hace referencia a la acción de atribuir a otros lo que a uno le sucede. Levenson, 1972, 1973 (Como se citó en Oros, 2005).

El apoyo social influye en el juicio de control y en la autoeficacia, ya que la persona no solo se basa en sus acciones, sino también en los del ambiente. Se centra en el apoyo social como elemento fundamental a tener en cuenta para afrontar el cáncer y mantener un buen estado anímico, atendiendo como apoyo social no solo a familiares cercanos, sino también el de otras personas, y del personal sanitario.

2.2.4. Afrontamiento del Cáncer:

El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante.

Enfrentarse a la situación de padecer un cáncer supone tener que manejar un gran número de circunstancias que resultan muy estresantes. Las reacciones ante dicha situación varían en función del tipo de cáncer (localización, gravedad, síntomas, tipo de tratamiento, etc.), de las circunstancias de cada persona, de sus experiencias previas de enfermedad, de su situación actual y de su personalidad. El proceso de adaptación es dinámico y va cambiando en función de la fase del diagnóstico y de la enfermedad en la que se halle el paciente, quien tendrá que irse enfrentando a una serie de situaciones estresantes diferentes a lo largo del desarrollo de la enfermedad. Ferrero, 1993(Como se citó en Asencio, 2015)

(Bayés, 1991; Crespo y Cruzado, 1998; Ferrero, 1993; Stone y Porter, 1995). Silberfarb, 1982 (Como se citó en Rodríguez, 2006) señala que en el caso de una enfermedad como el cáncer el afrontamiento estaría centrado en los aspectos más estresantes de la enfermedad o en los momentos más críticos de la misma.

2.2.4.1 El cancer:

El cáncer aún es visto por muchos como una enfermedad con pocas posibilidades de curación o con ninguna, y por ello su diagnóstico produce un impacto emocional mayor que cualquier otro diagnóstico. El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme (Prieto, 2004).

La enfermedad crónica sucede dentro de una familia, no en el aislamiento de una persona. El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en

los contextos ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. La identidad social de la familia y del paciente es afectada profundamente por el cáncer en los dominios de su funcionamiento psicológico, instrumental y social. Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad; ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida. El cáncer afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta de la familia a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma y, en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar. Lewis, Zablis, Shands, Sinsbeimer y Hammond, 1996; Patterson y Garwick, 1994 (Como se citó en Baider, 2008).

Se puede definir el término “cáncer” que es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen (Instituto nacional del cáncer, s. f).

Cuando los médicos determinan las categorías TNM, poder situar el cáncer en un grupo de etapa, a los grupos de etapa se les denomina con números romanos

Grado 0: Carcinoma in situ, que quiere decir que el cáncer se encuentra todavía concentrado en su lugar original y aún no se ha esparcido a otros órganos.

Grado I, grado II y grado III: Entre más alto sea el número de la etapa quiere decir que el cáncer se ha extendido más, ya sea porque el tumor ha crecido o porque ha invadido órganos vecinos.

Grado IV: Cuando el cáncer se ha esparcido haciendo metástasis en otros órganos, es decir, ha formado nuevos tumores en otras partes del cuerpo (American Joint Committee on Cancer, s.f).

Hay que tener en cuenta que el impacto de la enfermedad repercute tanto en el paciente como en su contexto social y familiar, es decir, implica a una dimensión psicosocial que hay que tener en cuenta para apoyar al paciente de una forma adecuada. El descuido de dicha dimensión psicosocial puede generar muchos problemas como: ansiedad o depresión, que pueden ser no reconocidas o no tratadas, dificultad en la toma de decisiones por la propia ansiedad o depresión, no seguir un tratamiento adecuado, insatisfacción o decepción con el cuidado recibido que pueden llevar a abandonar el tratamiento, buscar terapias alternativas inadecuadas, estrés sobre los cuidadores (Fernández, s. f).

2.2.4.2. Espiritualidad y religión

El concepto de espiritualidad es difícil de definir, debido a la amplitud de dicho concepto y de sus múltiples conceptualizaciones de acuerdo a las diferentes visiones

religiosas, culturales, filosóficas, entre otras Arbeláez y Álvarez, 1995 citado por Núñez, Enríquez y Irarrázaval, 2011)

Por otra parte, es importante distinguir que al hablar de Espiritualidad, no necesariamente estamos refiriéndonos a Religión. Si bien dichos conceptos suelen estar relacionados, la Espiritualidad se refiere a un aspecto más universal, interconectado con lo esencial o lo sagrado a través de la experiencia de vida. Koenig (Como se citó en en Navas y Villegas ,2006; Núñez. P, Enríquez. D y Irarrázaval. M, 2011)

La religión organiza las experiencias espirituales colectivas de un grupo de gente en un sistema de creencias y prácticas entendiendo experiencia espiritual como vivencias que pueden ser originadas por la creencia religiosa como tal, pudiendo dar o no lugar a experiencia espiritual.

La mayoría de los pacientes encuentran alivio y consuelo en sus creencias E/R en la fase terminal de sus vidas y algunos refieren mayor seguridad y tranquilidad al creer en la existencia de otra vida – o de una continuación de la existencia- después de la muerte física. Destaca sí que ciertas preocupaciones religiosas pueden ser a la vez una fuente de preocupaciones e importante montos de angustia por ejemplo pacientes que se sienten abandonados, rechazados o castigados por Dios. También pueden aparecer cuestionamientos sobre el poder de Dios, y creencia de que el Demonio creó el cáncer. Los aspectos E/R también influyen la toma de decisiones médicas tanto en relación a tratamientos activos como en relación a los cuidados paliativos. Mueller, Plevak y Rummans, 2001(Citado por ,Martínez, Méndez y Ballesteros, 2004)

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Estudio no experimental, transaccional. No experimental porque la investigación se realiza sin manipular deliberadamente las variables; transaccional; porque que se recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único. Hernández, Fernández & Baptista (2006).

De tipo cuantitativo, descriptivo. Ya que buscará describir los niveles del clima social familiar y el locus de control en pacientes con cáncer de Esssalud, Red asistencial Ancash Hospital III de Chimbote.

3.2 Población

La población está conformada por 16 pacientes con cáncer entre hombres y mujeres que en la actualidad se atienden en Esssalud Red asistencial Áncash Hospital III – Chimbote.

Los mismos están conformados de la siguiente manera.

- Según tipo de familia

Tipo de familia	f	%
Nuclear	0	0 %
Extensa o consanguínea	14	87.5%
Monoparental	2	12.5 %
Total	16	100 %

- **Según Sexo**

Femenino	14	87.5 %
Masculino	2	12.5 %
Total	16	100 %

- **Según edad**

Pacientes oncológicos	Edad	f	%
Adulto Joven	20- 35	0	0%
Adulto maduro	36 -59	4	62.5%
Adulto mayor	60 a más	12	37.5%
TOTAL			100%

- **Según tipo de cáncer**

Tipo de cáncer	Cantidad	
	f	%
Cáncer de mama	9	56.25%
Cáncer de gástrico	2	12.5%
Cáncer cervical/cuello uterino	5	31.25%
Total	16	100%

Criterios de inclusión

Pacientes con cáncer con mal clima social familiar.

Pacientes con cáncer con bajo Locus de control.

Criterios de exclusión:

Adulto que tenga algún trastorno mental.

Adulto que presente problemas de comunicación.

3.3. Definición y operacionalización de variables

Clima social familiar:

Definición Conceptual:

Entendido como la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de las interacciones entre los miembros del grupo familiar, en el que se considera la comunicación, la libre expresión, la interacción conflictiva que la caracteriza, la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, la organización familiar y el control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros.

Definición operacional (D.O):

El clima social familiar será evaluado a través de una escala que considera las siguientes dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad.

Nombre Original: Escala de Clima Social Familiar (FES)

Autores: R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett

Adaptación: TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984

Estandarización para Lima: César Ruíz Alva y Eva Guerra Turín.

Baremación: Rosario Bazán Guzmán (I.E. San Pedro, Chimbote)

Administración: Individual y Colectiva

Duración: Variable (20 minutos Aproximadamente)

Significación: Evalúa las características y las relaciones personales en familia.

Variable	Dimensiones	Áreas	Ítems
Clima social familiar	Relaciones	Cohesión	1,11,21,31,41,51,61,71,81
		Expresividad	2,12,22,32,42,52,62,72,82
		Conflicto	3,13,23,33,43,53,63,73,83
	Desarrollo	Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84
		Área de actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85
		Área intelectual cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86
		Área social recreativo	7,17,27,37,47,57,67,77,87
		Área de moralidad - Religiosidad	8,18,28,38,48,58,68,78,88
	Estabilidad	Área de organización	9,19,29,39,49,59,69,79,89
		Área de control	10,20,30,40,50,60,70,80,90

De acuerdo a los puntajes alcanzados en el instrumento, se establecieron los siguientes niveles.

CLIMA SOCIAL FAMILIAR GENERAL
DIMENSIONES DE LA ESCALA DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR

NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	56 a +
Alto	46 – 55
Promedio	36 – 45
Bajo	26 – 35
Muy bajo	0 – 25

DIMENSIÓN RELACIONES	
NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	19 a +
Alto	16 - 18
Promedio	12 - 15
Bajo	9 - 11
Muy bajo	0 - 8

DIMENSIÓN DESARROLLO	
NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	30 a +
Alto	24 – 29
Promedio	17 – 23
Bajo	10 – 16
Muy bajo	0 – 9

DIMENSIÓN ESTABILIDAD	
NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	12 a +
Alto	10 – 11
Promedio	7 – 9
Bajo	3 – 6
Muy bajo	0 – 2

AREAS DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR

AREA DE COHESION	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	9
Alto	6 - 8
Promedio	3 - 5
Bajo	1 - 2
Muy bajo	0

AREA DE EXPRESIVIDAD	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	8 - 9
Alto	6 - 7
Promedio	4 - 5
Bajo	3
Muy bajo	0 - 2

AREA DE CONFLICTO	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	8 - 9
Alto	7
Promedio	4 - 6
Bajo	2 - 3
Muy bajo	0 - 1

AREA DE AUTONOMIA	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	8 - 9
Alto	7
Promedio	4 - 6
Bajo	2 - 3
Muy bajo	0 - 1

AREA DE ACTUACION	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	8 - 9
Alto	7
Promedio	4 - 6
Bajo	2 - 3
Muy bajo	0 - 1

AREA INTELECTUAL CULTURAL	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	8 - 9
Alto	6 - 7
Promedio	3 - 5
Bajo	1 - 2
Muy bajo	0

AREA SOCIAL / RECREATIVO	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	8 - 9
Alto	4 - 7
Promedio	2 - 3
Bajo	1
Muy bajo	0

AREA MORALIDAD / RELIGIOSIDAD	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	8 - 9
Alto	4 - 7
Promedio	2 - 3
Bajo	1
Muy bajo	0

AREA ORGANIZACIÓN	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	9
Buena :Alto	8
Media :Promedio	5 - 7
Mala :Bajo	1 - 4
Muy mala :Muy bajo	0

AREA CONTROL	
CATEGORIA/ NIVEL	PUNTAJE
Muy Alto	5 - 9
Alto	4
Promedio	2 - 3
Bajo	1
Muy bajo	0

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

Definición conceptual

Interpretación que el sujeto tiene sobre las posibilidades de modificación del medio en que vive.

Locus de control interno:

Los eventos ocurren como efecto de sus propias acciones y que están bajo su control personal.

Locus de control externo:

Percepción de que los eventos no se relacionan con la propia conducta y que por ende no pueden ser controlados. Levenson, 1973 (citado por Oros, 2005).

Definición operacional

Se utilizó la escala de locus de control

Muy alto: 120-144

Alto: 96-119

Promedio: 72-95

Bajo: 48-71

Muy bajo: 24-47

3.4 Técnicas e instrumentos.

Técnica:

Para el presente estudio se usó la técnica de la encuesta. (Supo, 2014)

Instrumento:

Se utilizó escalas psicométricas que se describen a continuación:

Instrumento N° 01: Escala de Clima Social Familiar (FES).

Ficha Técnica

Nombre Original : Escala de Clima Social Familiar (FES)

Autores : RH. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet

Adaptación : TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984

Estandarización para Lima : César Ruíz Alva y Eva Guerra Turín.

Administración : Individual y Colectiva

Duración : Variable (20 minutos Aproximadamente) Significación

: Evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en familia.

Tipificación : Baremos para la forma individual o grupal, elaborado con muestra para Lima Metropolitana.

Dimensiones que mide : Relaciones (Áreas: Cohesión, Expresividad, Conflicto),

Desarrollo (Áreas: Autonomía, Actuación, Intelectual cultural, Social- Recreativo y

Moralidad-Religiosidad), Estabilidad (Áreas: Control y Organización).

Componentes que mide la Escala de Clima Social Familiar:

Está conformado por tres dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad, las cuáles a su vez están conformadas por áreas, las cuáles se muestran a continuación:

Relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Conformado por las siguientes áreas:

Cohesión: Es el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.

Expresividad: Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los miembros de familia comunicando sus sentimientos y opiniones y valoraciones respecto a esto.

Conflicto: Se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común.

Autonomía: es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.

Área de Actuación: Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición.

Área Intelectual- Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales.

Área Social-Recreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.

Área de Moralidad- Religiosidad: Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia.

Área Organización: Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Área Control: Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Criterios de Calificación:

Verdadero $v = 1$

Falso $f = 0$

Validez de la Escala FES

La validez de la prueba se determinó correlacionando con la prueba de Bell específicamente el área de Ajuste en el hogar (con adolescentes los coeficientes fueron: en área de Cohesión 0.57, Conflicto 0.60, Organización 0.51). Con adultos los coeficientes fueron 0.60, 0.59, 0.57, para las mismas áreas y Expresividad 0.53, en el análisis a nivel del grupo familiar. También se probó el FES con la Escala TAMAI (Área Familiar) y a nivel individual los coeficientes en Cohesión son de 0.62, Expresividad de 0.53 y Conflicto 0.59. Ambos trabajos demuestran la validez de la Escala FES. (La muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias).

Confiabilidad de la Escala FES

Para la estandarización para Lima, se usó el método de Consistencia Interna los coeficientes (la fiabilidad van de 0.88 a 0.91 con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas Cohesión, Intelectual-cultural, Expresión y Autonomía, las más altas. (La muestra usada para este estudio de confiabilidad fue de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años). En el test – retest con 2 meses de lapso los coeficientes eran de 0.86 en promedio (variando de 3 a 6 puntos).

Instrumento N 02: Escala de locus de control de Hannah Levenson:

Datos sobre el instrumento.

- La Escala Hannah Levenson I-E (1973) fue traducida al español por Romero y Pérez en 1985. Esta escala permite evaluar el grado de internalidad o externalidad de los pacientes en tres factores: locus de control interno, locus de control externo (otros poderosos) y locus de control externo (azar).
- La escala consta de 24 items de tipo likert de seis puntos (1-6) donde; 1"= completamente en desacuerdo, "2"= bastante en desacuerdo, "3"= ligeramente en desacuerdo, "4"= ligeramente de acuerdo, "5"= bastante de acuerdo y "6"= completamente de acuerdo. Cada item es una afirmación que apoya a los distintos factores antes mencionados, en los que el paciente señala su grado de acuerdo.
- La validez de la prueba fue evaluada por medio de análisis de correlación entre las distintas sub-escalas y se obtuvo el resultado esperado que era que la escala de internalidad no correlacionara con las escalas de externalidad en distintas muestras, de diferentes regiones del país, de estudiantes y profesores. Para el análisis de confiabilidad se utilizó el coeficiente de Cronbach y se obtuvieron valores significativos tanto en estudiantes (I: 0.56; OP: 0.62; A: 0.62;) como en los profesores: (I: 0.57; OP: 0.77; A: 0.73.) .

- La corrección de este cuestionario se realizó tomando como patrón la distribución de los factores y los items de la manera siguiente:

-Escala de Locus de Control interno

items 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21, 23

-Escala de Locus de Control externo (otros poderosos)

Ítems 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 22

Locus de control externo (azar)

Intems 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 24

1. Apoyo social de amigos.
2. Apoyo social de personas cercanas.
3. Apoyo social de familiares.
4. Opiniones sobre el apoyo social.
5. Apoyo social general.

3.5 Plan de análisis

De acuerdo a la naturaleza de la investigación para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis estadístico descriptivo, como son uso de tablas de distribución de frecuencias porcentuales y gráficas.

El procesamiento de los datos fueron tabulados en una matriz utilizando el Microsoft Office Word/Excel 2007.

3.6 Matriz de consistencia

PROBLEMA	VARIABLES	INDICADORES/DIMENSIONES	OBJETIVOS	METODOLOGIA	TECNICAS
¿Cuál es clima social familiar Y locus de control de los pacientes con cáncer de <u>Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III-Chimbote</u> , 2014.?"	Clima Social Familiar	AREAS	OBJETIVOS	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	
		Relaciones Desarrollo Estabilidad	Determinar el Clima Social Familiar y Locus de Control de los pacientes con cáncer de <u>Essalud Red asistencial Ancash Hospital III - Chimbote</u> del año 2014	Cuantitativo, descriptivo	Encuesta
		Dimensiones	OBJETIVOS ESPECIFICOS	DISEÑO	INSTRUMENTO
		Cohesión <u>Expresividad</u> Conflicto Autonomía Actuación Intelectual-cultural Social-recreativo Moralidad-religiosidad Organización y control	Describir el Clima social familiar de los pacientes con cáncer de <u>Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III-Chimbote</u> , 2014." Describir el Locus de control de los pacientes con cáncer de <u>Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III-Chimbote</u> , 2014. "	No experimental, transaccional	Escala del Clima social familias (FES) Escala de Locus de control de <u>Levenson</u>
	Locus de control	Interno Externo		POBLACION Pacientes con cáncer entre hombres y mujeres que en la actualidad se atienden en <u>Essalud Red asistencial Ancash Hospital III - Chimbote</u> .	

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados:

Tabla 1.

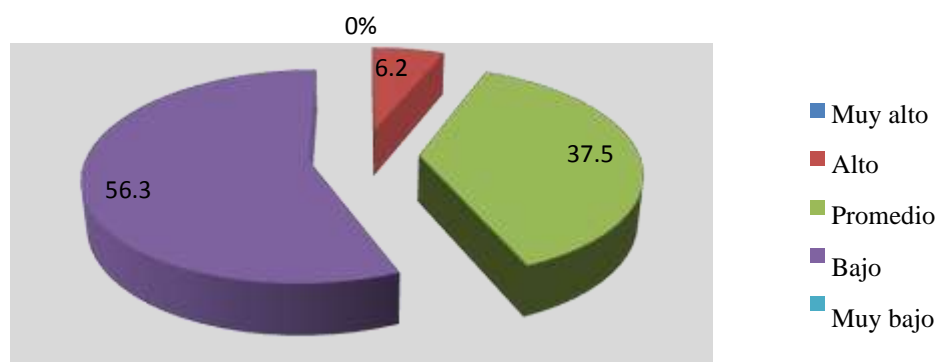
Nivel general del clima social familiar en pacientes con Cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.

CLIMA SOCIAL FAMILIAR		
NIVEL	N	%
Muy alto	0	0,0
Alto	1	6,2
Promedio	0	0,0
Bajo	6	37,5
Muy bajo	9	56,3
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud red asistencial Áncash hospital III – Chimbote.

Figura 1.

Frecuencia porcentual del nivel del clima social familiar general en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.



Fuente: Tabla 1.

Descripción: Se puede observar que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubican en los niveles bajo y muy bajo (93.8%) (15). Mientras que el 6.2% (1) se ubica en el nivel alto.

Tabla 2.

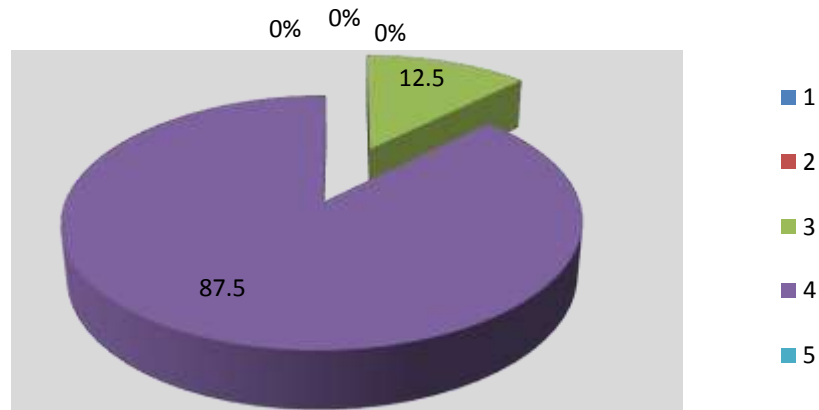
Locus de control en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DE LEVENSON		
Nivel	N	%
Muy alto	0	0,0%
Alto	0	0,0%
Promedio	2	12.5 %
Bajo	14	87.5 %
Muy Bajo	0	0,0%
Total	16	100%

Fuente: Escala de locus de control de Levenson aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 2.

Frecuencia porcentual de locus de control en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote, 2014.



Fuente: Tabla 2

Descripción: Se observa que la mayoría de pacientes oncológicos se ubican en el nivel bajo 87.5 % (14), mientras que el 12.5 % (2) se ubica en el nivel promedio.

Tabla 3.

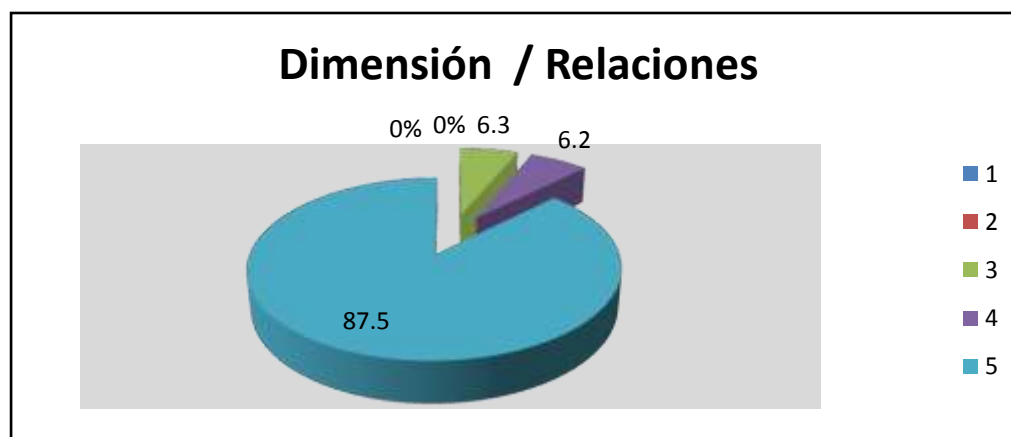
Nivel de la dimensión relaciones del clima social familiar en Pacientes Con Cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. *Chimbote, 2014.*

DIMENSION RELACIONES		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	0	0,0
Promedio	1	6,3
Bajo	1	6,2
Muy bajo	14	87,5
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud red asistencial Áncash hospital III – Chimbote.

Figura 3.

Frecuencia porcentual de la dimensión relaciones del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III. Chimbote,2014.



Fuente: Tabla 3.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubican en los niveles bajo y muy bajo (93.7%) (15). Mientras que el 6.3% (1) se ubica en un nivel promedio.

Tabla 4.

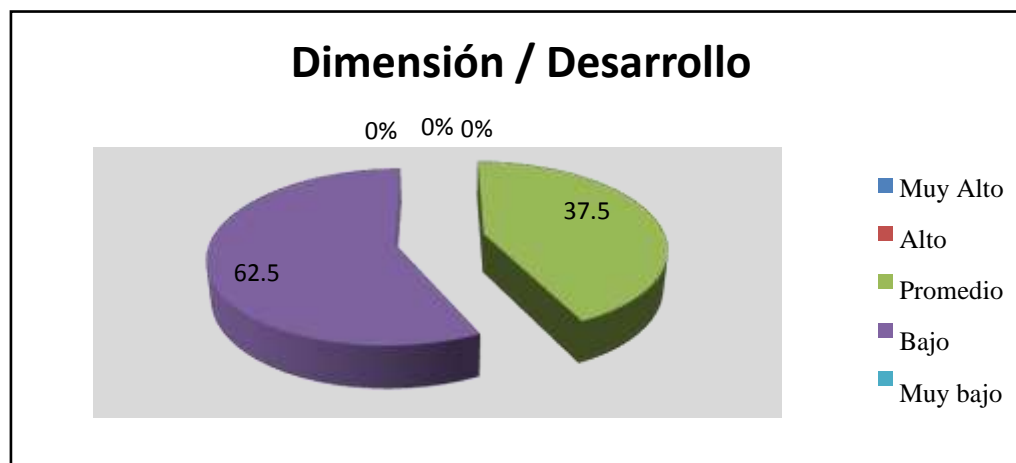
Nivel de la dimensión de desarrollo del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – *Chimbote, 2014.*

DIMENSION DESARROLLO		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	0	0,0
Promedio	6	37,5
Bajo	10	62,5
Muy bajo	0	0,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud red asistencial Ancash hospital III – Chimbote.

Figura 4.

Frecuencia porcentual de la dimensión desarrollo del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote ,2014.



Fuente: Tabla 4.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubica en el nivel bajo (62.5%) (10). Mientras que el 37.5% (6) se ubica en un nivel promedio.

Tabla 5.

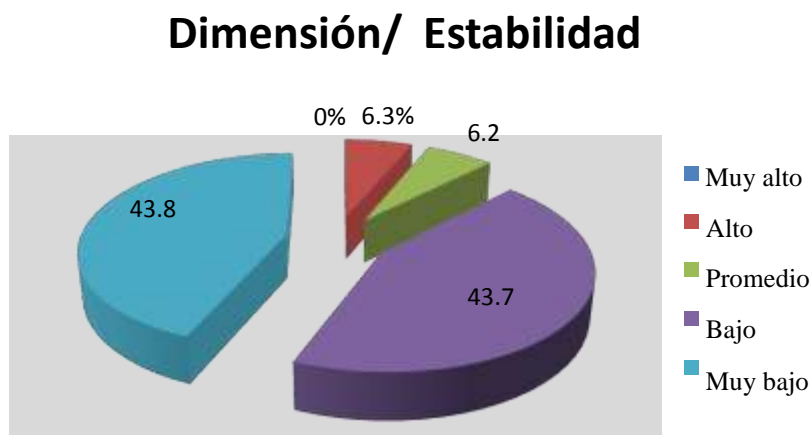
Nivel de la dimensión de estabilidad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – *Chimbote*, 2014.

DIMENSION ESTABILIDAD		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	1	6,3
Promedio	1	6,2
Bajo	7	43,7
Muy bajo	7	43,8
Total	16	100,0

Fuente: Cuestionario del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 5.

Frecuencia porcentual de la dimensión estabilidad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote ,2014.



Fuente: Tabla 5.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubican en los niveles bajo y muy bajo (87.5%) (14). El 6.2% (1) se ubica en un nivel promedio, mientras que El 6.3% (1) se ubica en un nivel alto.

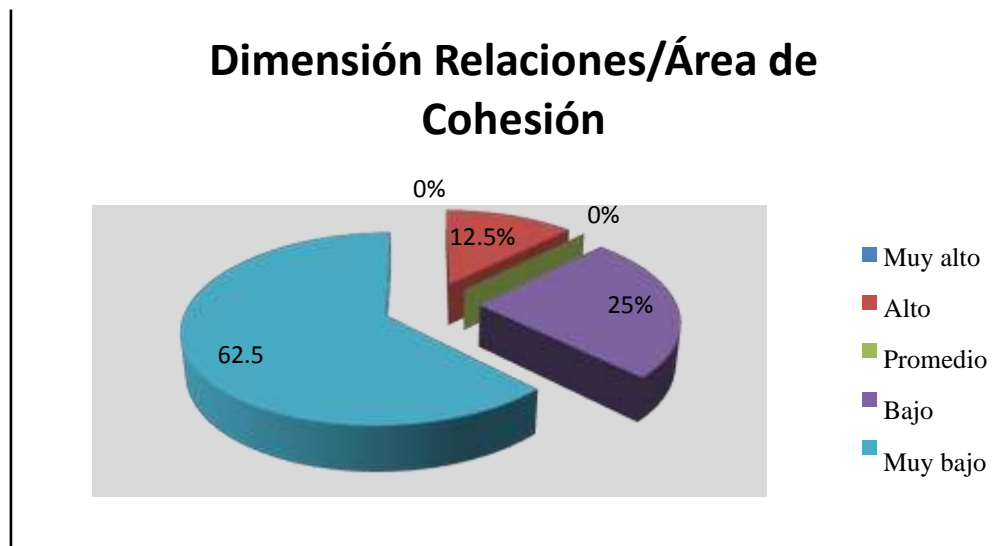
Tabla 6.
Nivel del área de cohesión del clima social familiar en pacientes con cáncer.
Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	2	12,5
Promedio	0	0,0
Bajo	4	25,0
Muy bajo	10	62,5
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 6.

Frecuencia porcentual del área de cohesión del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote ,2014.



Fuente: Tabla 6.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubican en los niveles bajo y muy bajo (87.5%) (14). Mientras que un 12, 5 % (2) se ubica en el nivel alto.

Tabla 7.

Nivel del área de expresividad del clima social familiar en pacientes con cáncer.
Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

ÁREA DE EXPRESIVIDAD		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	0	0,0
Promedio	1	6,0
Bajo	0	0,0
Muy bajo	15	94,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 7.

Frecuencia porcentual del área de expresividad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote, 2014.



Fuente: Tabla 7.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubican en el nivel bajo 94 % (15) mientras que el 6% (1) se ubica en el nivel promedio.

Tabla 8.

Nivel del área de conflicto del clima social familiar en pacientes con cáncer.
Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

AREA DE CONFLICTO		
NIVEL	f	%
Muy Alto	0	0,0
Alto	0	0,0
Promedio	5	31,2
Bajo	9	56,3
Muy bajo	2	12,5
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 8.

Frecuencia porcentual del área de conflicto del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote ,2014.



Fuente: Tabla 8.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubica en los niveles bajo y muy bajo 68.8% (11) mientras que el 31,2% (5) se ubica en el nivel promedio.

Tabla 9.

Nivel del área de autonomía del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

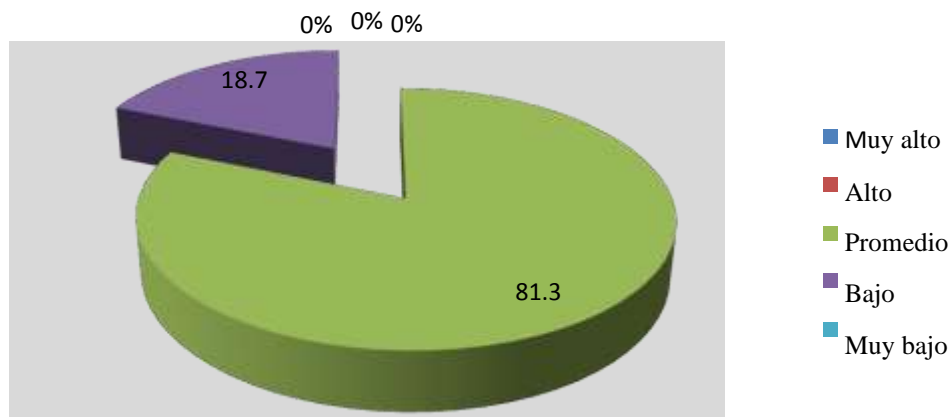
DIMENSIÓN DE AUTONOMÍA		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	0	0,0
Promedio	13	81,3
Bajo	3	18,7
Muy bajo	0	0,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 9.

Frecuencia porcentual del área de autonomía del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote, 2014.

Área de Autonomía



Fuente: Tabla 9.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos 81.3 % (13) se ubican en el nivel promedio, mientras que el 18,7 % (3) se ubican en el nivel bajo.

Tabla 10.

Nivel del área de actuación del clima social familiar en pacientes con cáncer.
Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

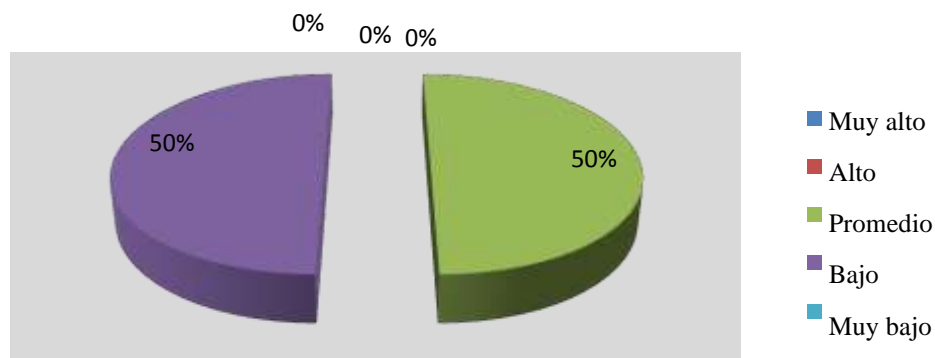
ÁREA DE ACTUACIÓN		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	0	0,0
Promedio	8	50,0
Bajo	8	50,0
Muy alto	0	0,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Gráfico 10.

Frecuencia porcentual del área de actuación del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote ,2014.

Dimensión Desarrollo/Área de Actuación



Fuente: Tabla 10.

Descripción: Se observa que el 50% de pacientes oncológicos (8) logra ubicarse en el nivel promedio, de la misma forma el otro 50 % (8) se ubica en el nivel bajo.

Tabla 11.

Nivel del área de intelectual -cultural del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

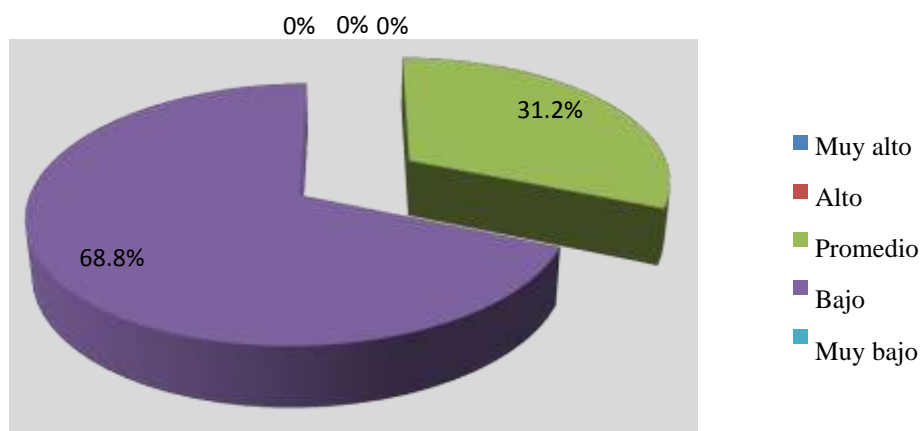
ÁREA INTELECTUAL-CULTURAL		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	0	0,0
Promedio	5	31,2
Bajo	11	68,8
Muy bajo	0	0,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud red asistencial Ancash hospital III – Chimbote.

Figura 11.

Frecuencia porcentual del área de intelectual-cultural del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash. Hospital III -Chimbote ,2014.

Área de Intelectual - cultural



Fuente: Tabla 11.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos 68,8 % (11) se ubican en el nivel bajo, mientras que el 31,2 (5) se ubican en nivel promedio.

Tabla 12.

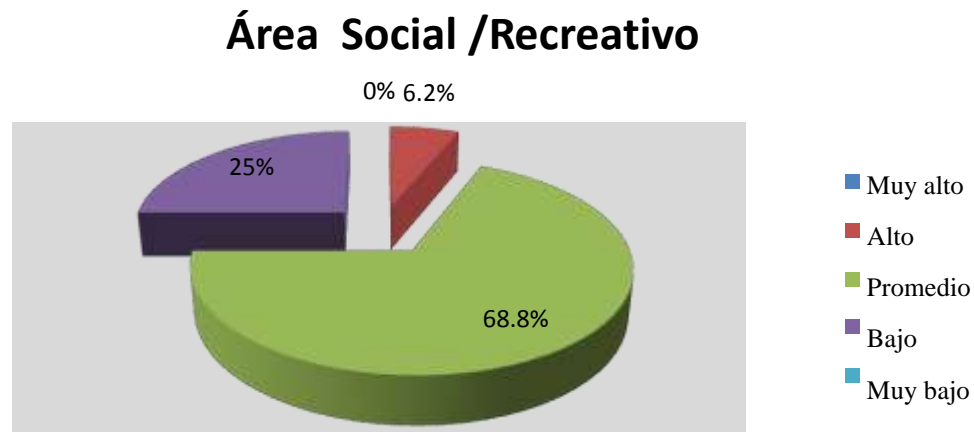
Nivel del área social –recreativo del clima social familiar de pacientes con cáncer.
Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

ÁREA SOCIAL – RECREATIVO		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	1	6,2
Promedio	11	68,8
Bajo	4	25,0
Muy bajo	0	0,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 12.

Frecuencia porcentual del área social-recreativo del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote ,2014.



Fuente: Tabla 12.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubica en el nivel promedio 68,8% (11) mientras que un 25% (4) se ubican en el nivel bajo. Cabe destacar, un porcentaje de 6,2% (1) logra ubicarse en el nivel alto.

Tabla 13

Nivel del área de moralidad - religiosidad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

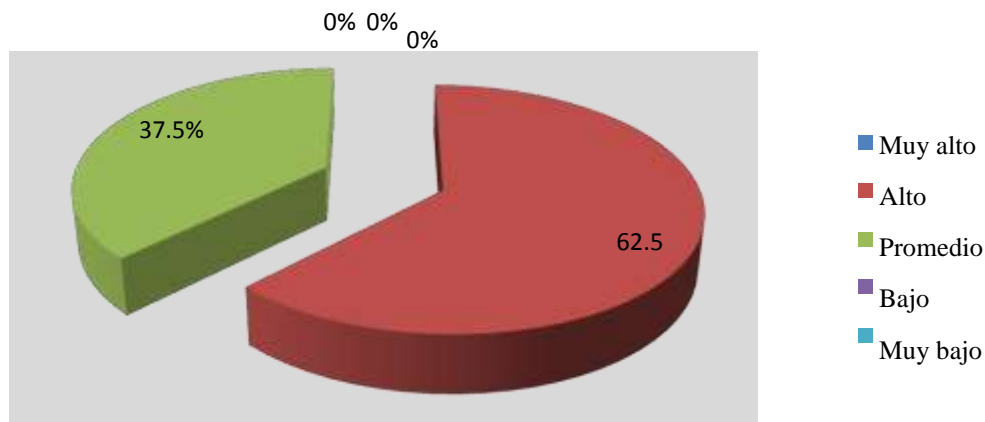
ÁREA MORALIDAD RELIGIOSIDAD		
	f	%
Muy Alto	0	0,0
Alto	10	62,5
Promedio	6	37,5
Bajo	0	0,0
Muy bajo	0	0,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 13.

Frecuencia del área de moralidad - religiosidad del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

Área de Moralidad /Religiosidad



Fuente: Tabla 13.

Descripción: Se observa el mayor porcentaje de pacientes oncológicos en el nivel alto 62,5% (10) mientras el 37,5% (6) se ubica en el nivel promedio.

Tabla 14.
Nivel del área de organización del clima social familiar en pacientes con cáncer.
Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

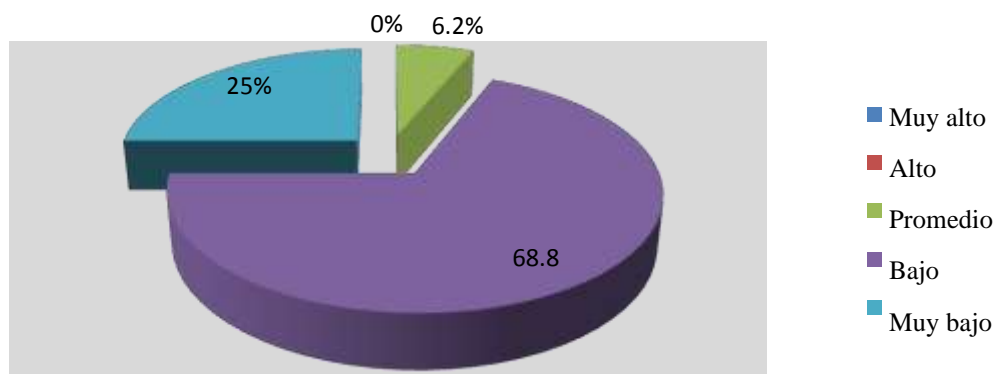
ÁREA DE ORGANIZACIÓN		
NIVEL	f	%
Muy alto	0	0,0
Alto	0	0,0
Promedio	1	6,2
Bajo	11	68,8
Muy bajo	4	25,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala del Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 14.

Frecuencia porcentual del área de organización del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III -Chimbote ,2014.

Dimensión estabilidad/Área de Organización



Fuente: Tabla 14.

Descripción: Se observa que el mayor porcentaje de pacientes oncológicos se ubican en el nivel bajo y muy bajo 93.8%(15) mientras que el 6,2 (1) se ubica en el nivel promedio.

Tabla 15.

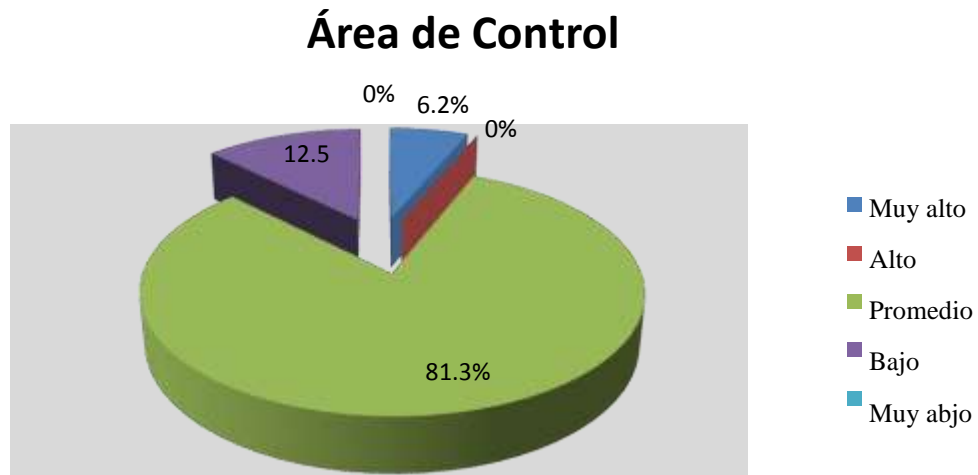
Nivel del área de control del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III - Chimbote, 2014.

ÁREA DE CONTROL		
NIVEL	f	%
Muy Alto	1	6,2
Alto	0	0,0
Promedio	13	81,3
Bajo	2	12,5
Muy bajo	0	0,0
Total	16	100,0

Fuente: Escala Clima social familiar aplicado a los pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III – Chimbote.

Figura 15.

Frecuencia porcentual del área de control del clima social familiar en pacientes con cáncer. Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III-Chimbote ,2014.



Fuente: Tabla 15.

Descripción: Se observa que el 81,3% (13) logra ubicarse en el nivel promedio, mientras que el 12,5 % (2) se ubica en el nivel bajo, asimismo el ultimo porcentaje se ubica en el nivel alto 6.2 % (2).

4.2 Análisis de los resultados

Habiéndose estudiado los resultados, que se obtuvo de 16 pacientes con cáncer de Essalud Red Asistencial Ancash Hospital III, de Chimbote, la mayoría de ellos (93.8%) se ubica en los niveles Bajo y Muy Bajo del clima social familiar, corroborándose la problemática presentada por dichos pacientes durante el proceso de estudio, indicando que los pacientes percibían a sus familias con poca importancia en sus aspectos como el desarrollo y estructura básica como tal. De modo que su ambiente familiar no se estaba desarrollando en forma eficaz como lo plantea Moss, 1987 (Citado por Morales, 2010) mencionando que el ambiente es un determinante decisivo del bienestar y desarrollo para el individuo, y que en este aspecto de la vida del paciente es de importancia. Así mismo, en dicha escala se estudiaron los resultados de sus tres sub dimensiones; las cuales están conformadas por dimensión de relaciones, desarrollo y estabilidad. En la dimensión de relación, la mayoría de los pacientes (93.7%) se ubican en los niveles Bajo y Muy Bajo. Quiere decir que dentro de esta sub dimensión, los pacientes perciben que la comunicación, la expresión y la interacción en su familia no es adecuado, posiblemente no se está fomentando la comunicación efectiva para entender problemas personales o en familia, no se expresan los sentimientos adecuadamente y su interacción es conflictiva en el grado de que dentro de ella puedan existir rencillas y no se lleven bien entre quienes la conforman. Dentro de la Dimensión de relación también se estudiaron sus áreas los cuales comprenden; el área de Cohesión donde el (87.5%) se ubican en los niveles Bajo y Muy Bajo, nos da a entender que la compenetración y apoyo entre el grupo familiar no ha sido fomentado. La cohesión según Moos (1987) refiere que es el grado en que la familia está compenetrada y se apoyan entre sí. Aubá

(2007) en su investigación con pacientes con cáncer de mama, nos dice que tras el diagnóstico de esta enfermedad, se comprueba un aumento de la cohesión de la familia, al mismo tiempo se produce una disminución de la flexibilidad, de la adaptabilidad de la familia cuyo carácter se torna cada vez más rígido. En el área de expresividad, el (94%) de los pacientes se ubican en el Nivel Muy Bajo, indicando que existe falta de expresión para comunicar sus sentimientos, opiniones, y el valor que entre ellos debería darse. Por último en el área de conflicto, de la dimensión de relaciones se halló que el (68.8%) de pacientes se ubica en los niveles Bajo y Muy Bajo, resultado que nos estaría indicando, dentro de estas la familias expresan abiertamente su cólera y su agresividad. A diferencia, estos resultados se contradicen con lo hallado por Domínguez y Mendo (2007) quien en un estudio con adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos, pudo alegarse que los adolescentes con tumores benignos en el área de conflicto, presentan mayor libertad para expresar su agresividad, cólera y conflicto entre los miembros de sus respectivas familias a diferencia de los adolescentes con cáncer, quienes se reprimen más en este aspecto. Al parecer en un suceso vital estresante, como es el cáncer, la familia de pacientes pasa por un periodo de crisis que tiene distintos grado de repercusión, pudiendo llegar a generar una nueva homeostasis para bien, o generar crisis del ambiente familiar.

Igualmente se analizó los niveles obtenidos en la dimensión Desarrollo del clima social familiar por los pacientes con cáncer, hallándose que un (62.5%) se ubica en el nivel Bajo, y otro porcentaje significativo de (37.5%) en el nivel Promedio. Dentro de la dimensión desarrollo, se analizaron las áreas de autonomía, donde un (81.3%) se ubica

en el nivel Promedio, lo cual nos refleja que los pacientes con cáncer perciben ciertas características como la seguridad, la independencia y la toma de decisiones se mantienen en ciertas circunstancias de la vida en sus familias. En el área de actuación un (50%) de los pacientes se ubica en el nivel Bajo, y el otro (50 %) se ubica en el nivel Promedio, dándonos a conocer que la mitad de los pacientes perciben en sus familias ciertas actividades como el trabajo y el colegio se enmarcan en la acción y la competencia. Y el otro porcentaje significativo que denota lo contrario. En el área Intelectual - Cultural un (68.8%) de los pacientes se ubica en el nivel Bajo, y el otro (31.2%) se ubica en el nivel Promedio, quiere decir que la mayoría de los pacientes percibe en sus familias descuido en la realización de actividades de tipo político, intelectual, cultural y social. El otro porcentaje significativo denota cierta participación en las actividades que confiere esta área. A diferencia de lo hallado por Domínguez y Mendo (2010) donde los adolescentes con cáncer presentan mayor interés en actividades de tipo político-intelectual, cultural y social en comparación a los adolescentes con tumores benignos quienes no presentan el mismo interés. Por otro lado en el área social – recreativo un (68.8%) se ubica en el nivel Promedio, un (25%) en el nivel Bajo y un (6.2%) se ubica en el nivel alto, estos resultados dan referencia de que los pacientes perciben en su familia ciertas actividades de esparcimiento y recreación.

A diferencia de las áreas anteriormente mencionadas, en el área de moralidad – religiosidad se observa el mayor porcentaje de pacientes con cáncer (62.5%) se ubican en el nivel alto, mientras que otro (37.5%) se ubica en el nivel promedio, de lo que puede alegarse que los pacientes perciben que en sus familias le han dado importancia a

las prácticas de tipo ético y religioso. Se puede decir que le han dado esta importancia anteriormente y puesto en práctica en calidad del bienestar de su familiar, pero que en lo que respecta en la actualidad no se manifiesta en su totalidad. Mas solo en el paciente quien el que guarda ciertas características de participación en este tipo de actividades para auto ayudarse. Tal y como refieren Barroso y García (2010) quienes estiman que la creencia religiosa proporciona un significado a la propia vida de la persona, y, consecuentemente, estimula a un más adecuado abordaje del malestar y de la enfermedad. También se puede decir que las prácticas que se tornan importantes para el beneficio de la integración y a la noción de que la salud puede promoverse a través de las creencias religiosas y su práctica. Así que de alguna manera que la religión y la fe definitivamente puedan promover buena salud y ayudan a enfrentar la enfermedad. Pero que también se puede pensar que dejar la enfermedad al azar o la creencia en la religión los lleve al empeoramiento en su salud y que no tienen la capacidad de afrontar su enfermedad. Por último en la dimensión estabilidad se halló un (43.7%) de los pacientes se ubica en el nivel bajo, el otro (43.7%) se ubica en el nivel muy bajo, un (6.2%) se ubica en el nivel promedio y último un (6.3%) se ubica en el nivel alto. Quiere decir que los pacientes perciben en sus familias mala organización, estructura al organizar actividades y sus responsabilidades. En las cuales no se perciben reglas y procedimientos que le rijan una buena dirección a la familia. Estos resultados encontrados se diferencian con el resultado hallado por Domínguez y Mendo (2007)) donde puede observarse que las familias de los adolescentes con cáncer en el área de Organización son más responsables y planifican mejor sus actividades en comparación a los adolescentes con tumores benignos. Por ultimo Díaz y Yaringaño (2010)

realizaron un estudio con pacientes con cáncer, indicando que en la dimensión Desarrollo que es un componente del Clima Social Familiar, es menor que las otras dos dimensiones (Estabilidad y Relaciones), lo cual se explica por la disminución de las actividades sociales de la familia al brindar mayor dedicación al cuidado del paciente; toda vez que el impacto emocional del diagnóstico y tratamiento que afronta el paciente, altera al sistema familiar. Al margen de esta enfermedad como es el cáncer tanto el paciente y familia atraviesan un estado crítico de la vida, donde si bien es cierto se generan cambios dentro de ella en bienestar o simplemente generan la inestabilidad. Por ejemplo Álvarez y Montalvo (2010) definen a la familia como la principal herramienta para luchar contra los momentos difíciles, no solo porque ante una adversidad en general, o ante la enfermedad en particular, que es una de las grandes adversidades a las que se enfrentan las personas individuales y por supuesto la familia en su conjunto, la familia sea de soporte, la ayuda moral, la fuerza que necesita alguien para enfrentarse ante una enfermedad sino probablemente sea convertido en parte del tratamiento físico y del acompañamiento que se necesita, también en esa motivación que tienen las personas para poder superar su enfermedad.

La importancia que cumple la familia en estas instancias de la enfermedad es crucial, en cuales quiera de sus ámbitos y grados en que se presenten , en sentido común es una sola, mientras mas grave sea la enfermedad más cambios en más cambios se generará dentro de la familia. Por ejemplo encontramos a López, Rivera, Zavala, Chapa y Gómez (s,f) quienes realizaron una investigación sobre familia e insuficiencia renal crónica terminal; cuyos resultados dan evidencia que respecto a la calidad de las relaciones

existentes entre los miembros de la familia, se encontró que la mayoría de pacientes consideraban que estas se mantenían dentro de lo normal, es decir, dentro de lo esperado por cada familia, si bien con ligeros altercados que parecían deberse a problemas de comunicación. Con todo esto, otro porcentaje exponía todo lo contrario, describiendo familias típicamente disfuncionales, donde se presentaba baja comunicación, rencillas constantes, coaliciones entre los miembros con confrontaciones causadas por la búsqueda de dominio y control y evasión de responsabilidades con respecto al paciente. Estos resultados fueron semejantes a los aportados por los cuidadores primarios, entre tanto, expusieron que sus familias parecían incapaces de resolver un problema; existían malentendidos constantes, agresiones, gritos e insultos que solían generar distanciamientos entre los miembros.

También se propuso determinar el nivel de Locus de control de los pacientes, donde el (87.5 %) se ubica en el nivel Bajo en la Escala Locus de control, lo cual quiere decir que la externalidad como percepción de estos pacientes prima ante ésta situación que le ha tocado vivir. Estos resultados se corrobora de lo hallado por Font (como se citó en Bares, 2002) quien realizó un estudio con pacientes con cáncer de mama, cuyos resultados fueron que en los pacientes predominaba el locus de control externo centrado en los médicos, el tratamiento y que perciben su vida en estos casos son parte de azar, o el destino.

Tambien se encontró que el otro (12.5%) se ubica en nivel Promedio. Este resultado puede corroborarse con lo hallado por Thaylor , Litshman y Wood, 1984(como se citó en Bares, 2002) los cuales encontraron niveles promedio en la escala de locus de control

Asiendo énfasis en que el locus de control interno o externo a la vez se asocia a un mejor ajuste emocional ante la enfermedad, manifestándose un balance entre su percepción interna y externa. Según Levenson, 1973(citado por Bares, 2002) nos habla que el locus de control interno y externo es la percepción que toda persona manifiesta ante diferentes situaciones de su vida diaria. A nivel interno como la responsabilidad, la motivación y la toma de decisiones, y a nivel externo el azar, el destino y otras personas a quienes el sujeto les pueda atribuir lo que les está pasando.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

- De la población estudiada la mayoría de los pacientes presenta un clima social familiar bajo.
- La mayoría de los pacientes con cáncer presentan niveles bajos en las dimensiones relaciones y estabilidad del clima social familiar.
- La mayoría de los pacientes se ubican en nivel bajo, mientras el otro porcentaje se ubica en el nivel promedio en la dimensión desarrollo.
- La mayoría de los pacientes presenta nivel bajo en las áreas cohesión, expresividad y conflicto de la dimensión relaciones del clima social familiar.
- La mayoría de los pacientes con cáncer se ubican en nivel promedio en las áreas intelectual- cultural y social recreativo de la dimensión desarrollo.
- La mayoría de los pacientes con cáncer se ubica en el nivel promedio en el área de autonomía. Y en la en área de actuación oscilan entre el nivel promedio y bajo.
- La mayoría de los pacientes con cáncer se ubican en el nivel alto en el área moralidad – religiosidad.
- La mayoría de los pacientes con cáncer se ubican en los niveles bajos en el área de organización.
- La mayoría de los pacientes con cáncer se ubica en el nivel promedio en el área de control de la dimensión desarrollo.
- La mayoría de los pacientes con cáncer se ubica en el nivel bajo de la escala de locus de control de Levenson.

5.2 Recomendaciones:

Se sugiere algunas recomendaciones en base a los resultados y conclusiones que se llegó luego del presente estudio:

- Dar a conocer a las autoridades y personas interesadas de Essalud Red Asistencial Ancash Nivel III de Chimbote los resultados hallados del el nivel del clima social familiar y el de locus de control que presentan los pacientes con cáncer de dicha Institución lo cual será punto de partida para investigar si esta problemática se está presentado en otras instituciones con variables relacionadas.
- Realizar programas preventivos o de intervención orientada a mejorar el clima familiar y el locus control, para desarrollar en el paciente capacidades que puedan contribuir en la estabilidad de su salud y su familia. De por medio instalar áreas específicas donde se pueda brindar la información adecuada al familiar y al paciente sobre su enfermedad a la que se están enfrentando, y concientizar en dichas áreas grupales e individuales a los familiares cercanos. Haciendo énfasis en las dimensiones de relaciones y sus áreas que comprenden cohesión, expresividad y conflicto, y en la dimensión de estabilidad en su área que comprende organización, ya que se alcanzaron niveles bajo y muy bajo.
- Al director y sub director de la dirección de Essalud, capacitar al personal del área, al médico jefe y enfermeros informar sobre los temas clima familiar y locus de control de los pacientes con cáncer para para fomentar como medida preventiva; la concientización de las familias para el entendimiento de la enfermedad del familiar que padece y de por medio la información al paciente para enfrentar su enfermedad.

- A la institución alegar información sobre la importancia de la participación en actividades de tipo moral y religioso, ya que de por medio se reforzara dicha área estudiada en donde se encontraron niveles altos en la mayoría de la población estudiada.
- Es importante también, que los familiares y personal médico sean partícipes en el acompañamiento en actividades de recreación y esparcimiento fuera del contexto institucional y familiar para emprender una buena recuperación del paciente.

5.2.3 Referencias

Alarcón, R., & Urbina, E. (2001). *Relación entre el clima social familiar y la expresión de cólera hostilidad en alumnos de secundaria de Instituciones educativas públicas del sector Jerusalén del distrito la Esperanza*. (Doctoral dissertation, Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo. Trujillo).

Álvarez, V.I y De Montalvo, J.F. (2010). *La familia ante la enfermedad*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=uepEs83aZMC&pg=PA31&lpg=PA31&dq=Alvarez+y+montalvo+Pacientes+con+c%C3%A1ncer&source=bl&ots=lnSd6Q_0&sig=NtDM0AI_TmRkMXL_LTxbcYv397M&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjtn8TQqLzLahUC1x4KHVuvBJYQ6AEIIDAB#v=onepage&q=Alvarez%20y%20montalvo%20Pacientes%20con%20c%C3%A1ncer&f=false

Álvarez, V.I y De Montalvo, J.F (2010) *La familia ante la enfermedad*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=uepEs83aZMC&pg=PA31&lpg=PA31&dq=Alvarez+y+montalvo+Pacientes+con+c%C3%A1ncer&source=bl&ots=lnSd6Q_0&sig=NtDM0AI_TmRkMXL_LTxbcYv397M&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjtn8TQqLzLahUC1x4KHVuvBJYQ6AEIIDAB#v=onepage&q=Alvarez%20y%20montalvo%20Pacientes%20con%20c%C3%A1ncer&f=false

American Joint Commite on Cancer. (s. f). *Estepas del cáncer. Lo que usted debe saber*. [a. j. c. c]. Recuperado de <https://cancerstaging.org/CSE/Registrar/Documents/needtoknowspanish.pdf>

- Andrea C, R. (2010). *Impacto del cáncer en la dinámica familiar*. Recuperado de http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina_marzo2011/impacto_del_cancer_en_la_dinamica_familiar.pdf
- Asencio, P.A. (2015). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo 2013*[Tesis].Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/438/1/TL_Ascencio_Puicon_AnaisJackelin.pdf
- Aubá, E. (2007).Una baja cohesión familiar incide en los pacientes con cáncer de mama. Recuperado de [file:///C:/Users/ROXANA/Downloads/16_17_cancer_mama%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ROXANA/Downloads/16_17_cancer_mama%20(2).pdf)
- Baider, L.(2003).*Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos*. [Hospital universitario “Hadassah, Israel”] Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf
- Bárez, V.M. (2012).*Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona] .Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4740/mbv1de4.pdf;jsessionid=70012D7D82D691AC26E8C86731824E67.tdx1?sequence=1>
- Barroso, V.C y García, G.E. (2010). *La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriátrica*.

Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25550.pdf>

Bayés, R.(1998).*Psicología del sufrimiento y de la muerte*. [Universidad de Barcelona]. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61497/88344>

Casique, G.A y López, C.F (2007).*El locus de control*. Recuperado de <http://raites.org.mx/articulos/n2/2a11.pdf>

Díaz, A.G. y Yaringaño, L. J.(2010). *Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*. Facultad de Psicología UNMSM. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ripsi/v13n1/a05.pdf>

Domínguez, V .A y Mendo, Z. J.(2007).Clima social familiar en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos .Universidad César Vallejo. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a07.pdf

Fernández, O.M. (s. f).*El impacto de la enfermedad en la familia*. [Facultad de medicina, UNAM]. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf>

Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer. (2007) *Familia* [FEFOC] Recuperado de <http://familiaycancerfarmavet.themarketingcloud.es/doc.php?op=familia>

García, R.B. (2011). *Estudio Cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y en vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil* [Tesis Doctoral]. Barcelona. Recuperado de [http://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/32141/TESIS%20DOCTORAL%20%20BERNARDO%20CELSO%20GARCIA%20ROMERO%20\(ABRIL%202011\)%20URL.pdf?sequence=1](http://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/32141/TESIS%20DOCTORAL%20%20BERNARDO%20CELSO%20GARCIA%20ROMERO%20(ABRIL%202011)%20URL.pdf?sequence=1)

Gonzales, P.O y Pereda, I.A. (2009) *Relación entre el clima social familiar y el rendimiento académico escolar de los alumnos de los alumnos de la Institucion educativa N°86502 “San Santiago de Pamparomás.* [Tesis]. Recuperado de http://es.slideshare.net/carloschavezmonzon/clima-social-familiar-y-rendimiento-academico?next_slideshow=1

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. *México*

Instituto interamericano del niño (s. f) *Concepto de familia. Familia: Un Sistema.* Recuperado de: tp://www.iin.oea.org/cursos_a_distancia/lectura%2012_ut_1.PDF

Instituto nacional del cáncer. (s. f). *Manual de enfermería oncológica.* Recuperado de http://www.msal.gob.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf

Linares, E.(2001) *Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable modeladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo.*[Tesis doctoral]. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4737/ej11de2.pdf?sequence=1>

López, Rivera, Zavala, Chapa y Gómez .J. (s. f) *Familia e insuficiencia renal crónica terminal*. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <http://www.facico-uaemex.mx/2014/2018/portal/descargas/enfermedadyfamilial.pdf>

Martínez, E.M, Méndez, P.C y Ballesteros, C. (2004). *Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro javeriano de oncología*. [Pontificia Universidad Javeriana]. Recuperado de http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N209caracteristicas_espirituales.pdf

Ministerio de Salud. (2013). *Análisis de situación de salud del Perú*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Morales, L, L. (2010). *El clima social familiar de los internos de los penales del Perú*. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Demi. Funciones y tipos de familia. Pg. 14. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/000180/00018020130212054941.pdf>.

Núñez, P. Enríquez, D y Irrázaval, M. (2011). *La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad*. Recuperado de: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v10n1/v10n1a5.pdf>

- Organización Mundial De La Salud. (2003).*Informe sobre la Salud en el Mundo. Forjemos el Futuro.* Recuperado de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
- Organización Mundial De La Salud. (2015).*Cáncer. Datos y cifras* .Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Oros, B.L.(2005).*Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización.* Recuperado de [file:///C:/Users/ROXANA/Downloads/17338-50895-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/ROXANA/Downloads/17338-50895-1-PB%20(5).pdf)
- Parra, B. H. (2005).*Relaciones que dan origen a la familia.* [Universidad de Medellín]. Recuperado de <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/348/1/RelacionesOrigenFamili.pdf>
- Prieto, F.A. (2004).*Psicología Oncológica.* Recuperado de <file:///C:/Users/ROXANA/Downloads/Psicolog%2525C3%2525ADa%252Boncol%2525C3%2525B3gica.pdf>
- Rodrigo, M. P, Gonzáles, P. A, Gómez, L. M, Reguera, N.F, y Espejo, R.M (s. f) *Clima social familiar en la Intervención con las familias en la unidad de hospitalización breve.* [UHB, Madrid]. Recuperado de <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e44af21d-1957-465f-acbd-dd5bc748d7fb/08a935aa-2880-4eb9-b71e>

4937937087fa/CLIMA%20SOCIAL%20FAMILIAR%20%20INTERVENCIO
N%20CON%20LAS%20FAMILIAS%20EN%20LA%20UHB.pdf

Rodríguez, F.I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. [Madrid]. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1

Valladares, G. A. M. (2008). *La familia. Una mirada desde la Psicología*. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos .Cienfuegos, Cuba. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020298002.pdf>

Visdónime, L.J y Luciano, C. (2015). *Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental*. [Universidad de Almería España]. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-201.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 01:

CUESTIONARIO CLIMA SOCIAL FAMILIAR

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que Ud. tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia.

Si Ud. Cree que respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará en la hoja de Respuesta una (X) en el espacio correspondiente a la V (Verdadero) si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso).

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. La fecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la hoja de respuesta. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. Sobre su familia, no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

(NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO)

.....

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia peleamos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.

11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc)
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.
23. En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa. Rosa de Lima, etc.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia estamos fuertemente unidos.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.
38. No creemos en el cielo o en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.

40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.
41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En la casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez mejor un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.
55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.
56. Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.

60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillo o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. “Primero es el trabajo, luego es la diversión” es una norma en mi familia.
76. En mi casa ver televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante.

79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse.
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.

(COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES)

ANEXO N° 02:

ESCALA DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR (FES)

Nombre y Apellidos:.....

Edad:..... Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Hoy:/...../.....

N° de hermanos:.....Lugar que ocupa entre hermanos: 1 2 3 4 5 6 () Vive: Con
ambos padres () solo con uno de los padres () Otros:.....Tipo
de cáncer.....

V 1 F	V 11 F	V 21 F	V 31 F	V 41 F	V 51 F	V 61 F	V 71 F	V 81 F
V 2 F	V 12 F	V 22 F	V 32 F	V 42 F	V 52 F	V 62 F	V 72 F	V 82 F
V 3 F	V 13 F	V 23 F	V 33 F	V 43 F	V 53 F	V 63 F	V 73 F	V 83 F
V 4 F	V 14 F	V 24 F	V 34 F	V 44 F	V 54 F	V 64 F	V 74 F	V 84 F
V 5 F	V 15 F	V 25 F	V 35 F	V 45 F	V 55 F	V 65 F	V 75 F	V 85 F
V 6 F	V 16 F	V 26 F	V 36 F	V 46 F	V 56 F	V 66 F	V 76 F	V 86 F
V 7 F	V 17 F	V 27 F	V 37 F	V 47 F	V 57 F	V 67 F	V 77 F	V 87 F
V 8 F	V 18 F	V 28 F	V 38 F	V 48 F	V 58 F	V 68 F	V 78 F	V 88 F
V 9 F	V 19 F	V 29 F	V 39 F	V 49 F	V 59 F	V 69 F	V 79 F	V 89 F
V 10 F	V 20 F	V 30 F	V 40 F	V 50 F	V 60 F	V 70 F	V 80 F	V 90 F

ANEXO N° 03:

TEST DE LOCUS DE CONTROL DE LEVENSON

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Cada una representa una opinión comúnmente sostenida. No existen respuestas correctas o incorrectas. Usted probablemente estará de acuerdo con algunas afirmaciones y en desacuerdo con otras. Estamos interesados en la medida en la que usted está de acuerdo o en desacuerdo con estas afirmaciones.

Lea cada afirmación cuidadosamente e indique el grado en el cual usted está de acuerdo o en desacuerdo usando las siguientes respuestas:

	TA	A	LA	LD	D	TD
Totalmente de Acuerdo	X					
De Acuerdo		X				
Ligeramente de Acuerdo			X			
Ligeramente en Desacuerdo				X		
En Desacuerdo					X	
Totalmente en Desacuerdo						X

La primera impresión es usualmente la mejor. Lea cada afirmación y decida si está de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación y la fuerza de su opinión y responda de acuerdo a ello.

Si usted encuentra que las opciones de respuesta no reflejan adecuadamente su opinión escoja la respuesta más cercana a lo que usted piensa.

	TA	A	LA	LD	D	TD
1. El que yo llegue a ser un líder depende principalmente de mis habilidades.						
2. Mi vida ha sido influenciada en gran medida por sucesos inesperados.						
3. Yo siento que lo que pasa en mi vida está muy determinado por la gente que tiene poder (padres, jefes, políticos).						
4. El hecho de tener un accidente cuando voy manejando depende principalmente de mí mismo.						
5. Cuando hago planes, estoy casi seguro de que los llevaré a cabo.						
6. Ciertamente, a veces no puedo evitar tener mala suerte en mis asuntos personales.						
7. Como yo tengo buena suerte siempre las cosas me salen bien.						
8. A pesar de estar bien capacitado, no conseguiré un buen empleo a menos que alguien influyente me ayude.						
9. La cantidad de amigos que tengo está determinada por mi propia simpatía.						
10. He descubierto que si algo va a suceder, ello sucede independientemente de lo que haga.						
11. Yo creo que los ricos y políticos controlan mi vida de muchas maneras diferentes.						
12. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte.						
13. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando esos intereses están en conflicto con los grupos poderosos (ricos, políticos).						

14. No siempre es apropiado para mi planear muy adelantado porque de todas maneras muchas cosas resultan ser asunto de buena o mala suerte.						
15. En este país para uno lograr lo que quiere necesariamente tiene que adularle a alguien.						
16. El que yo llegue a ser un líder dependerá de la suerte que yo tenga.						
17. Yo siento que la gente que tiene algún poder sobre mí (padres, familiares, jefes) trata de decidir lo que sucederá en mi vida.						
18. En la mayoría de los casos yo puedo decidir lo que sucederá en mi vida.						
19. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales.						
20. Si tengo un accidente cuando voy manejando toda la culpa es del otro conductor.						
21. Cuando logro lo que quiero es porque he trabajado mucho en ello.						
22. Cuando quiero que mis planes me salgan bien los elaboro de manera que complazcan a la gente que tiene influencia sobre mí (padres, jefes).						
23. Mi vida está determinada por mis propias acciones.						
24. Tener pocos o muchos amigos depende del destino de cada uno.						