

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS**  
**DE LA COMUNICACIÓN**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR Y AFRONTAMIENTO A LA**  
**ENFERMEDAD EN MUJERES INSTITUCIONALIZADAS CON CÁNCER**  
**CERVICAL DEL HOSPITAL III GOYENCHE AREQUIPA-2019**

**Tesis presentada por la bachiller:**

JENIFER ELENA ARENAS BUSTINZA

Para optar el título profesional de Psicóloga

**Asesora:**

Mg. VERÓNICA MILAGROS BELLIDO LAZO

**AREQUIPA – PERÚ**

**2020**

## DEDICATORIA

*A mi familia, en quienes he encontrado las fuerzas para poder dar cada paso y para volver a sus brazos cuando más lo necesitaba, porque sé que sin ellos este sueño hubiera sido difícil de alcanzar.*

*A la Pasión con la que hago las cosas, considerada como un arte, ya que en ella encuentro la inspiración para lograr mis objetivos en la vida.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi más sincero reconocimiento y gratitud a los docentes de la Escuela Profesional de Psicología, porque son una fuente de sabiduría y cariño infinito.

Un agradecimiento al personal médico del Hospital III Goyeneche, en especial a los médicos, enfermeras y técnicos del área de Oncología quienes permitieron la realización de la presente investigación.

A la asesora de tesis, en quien encontré no solo conocimientos y una excepcional asesoría, sino también las fuerzas para culminar dicha investigación con éxito.

## **PRESENTACIÓN**

**SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.**

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II. Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.**

**SEÑORA DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.**

**SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO.**

Tengo el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de presentar, la tesis titulada “COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR Y AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD EN MUJERES INSTITUCIONALIZADAS CON CÁNCER CERVICAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA-2019”, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, me permitirá obtener el título profesional de Psicóloga.

Arequipa, diciembre del 2020

**BACHILLER:**

**JENIFER ELENA ARENAS BUSTINZA**

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación existente entre la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento a la enfermedad por parte de las mujeres institucionalizadas con cáncer cervical en el Hospital III Goyeneche de Arequipa. La investigación es de tipo descriptivo correlacional y con un diseño no experimental, transversal correlacional. La muestra estuvo conformada por 35 pacientes mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 72 años, quienes fueron diagnosticadas con cáncer cervical durante los últimos 12 meses. Se aplicó una ficha sociodemográfica, la Escala de Comunicación Familiar (FCS) y el Cuestionario de respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A). Los resultados muestran que, existe relación entre la comunicación intrafamiliar y las escalas de afrontamiento, específicamente las de aproximación, logrando una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2=0,963$ ;  $p < .01$ ). Se concluye que, ante una comunicación intrafamiliar más efectiva, el afrontamiento (escalas de aproximación al problema) se evidenciará en la aplicación de métodos cognitivos y conductuales que ellas tienen a su disposición para manejar o resolver este tipo de situación estresante.

**PALABRAS CLAVES:** Comunicación Intrafamiliar, Afrontamiento a la Enfermedad, Cáncer Cervical, Psicooncología.

## ABSTRACT

The purpose of this research is to determine the relationship between intrafamily communication and coping with the disease by institutionalized women with cervical cancer at the Hospital Goyeneche III in Arequipa. The research is of a descriptive correlational type and with a non-experimental, cross-correlational design. The sample consisted of 35 female patients, aged between 18 and 72 years, who were diagnosed with cervical cancer during the last 12 months. A sociodemographic record, the Family Communication Scale (FCS) and the Adult Coping Response Questionnaire (CRI-A) were applied. The results show that there is a relationship between intrafamilial communication and coping scales, specifically those of approximation, achieving a statistically significant relationship ( $\chi^2 = 0.963$ ;  $p < .01$ ). It is concluded that, in the face of more effective intrafamilial communication, coping (scales of approach to the problem) will be evidenced in the application of cognitive and behavioral methods that they have at their disposal to manage or resolve this type of stressful situation.

**KEY WORDS:** Intrafamily Communication, Coping with Disease, Cervical Cancer, Psychooncology

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTOS .....	ii
PRESENTACIÓN .....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT .....	v
ÍNDICE GENERAL .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....	ix

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO I

##### LA INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
2. OBJETIVOS.....	7
A. General.....	7
B. Específicos.....	8
3. HIPOTESIS .....	8
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO .....	8
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	10
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	11

A.	Comunicación intrafamiliar .....	11
B.	Afrontamiento a la enfermedad .....	11
C.	Cáncer cervical .....	11
7.	VARIABLES E INDICADORES .....	12

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.	Antecedentes de la investigación .....	16
2.	Teorías y conceptualizaciones.....	24
A.	Comunicación.....	24
B.	Afrontamiento.....	37
C.	Cáncer Cervical .....	47
D.	Psico oncología.....	61

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

1.	Tipo, Método y Diseño de Investigación .....	73
2.	Población y Muestra.....	74
3.	Instrumentos y Técnicas.....	75
A.	Ficha sociodemográfica.....	75
B.	Escala De Comunicación Familiar ( <i>Family Communication Scale - FCS</i> ) ...	76
C.	Inventario De Respuestas De Afrontamiento Para Adultos (CRI-A).....	78



4. Procedimientos .....	80
-------------------------	----

## **CAPÍTULO IV**

RESULTADOS .....	82
DISCUSIÓN .....	99
CONCLUSIONES .....	105
SUGERENCIAS .....	107
REFERENCIAS .....	108
ANEXOS .....	118

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA N° 1 . <i>Cáncer de cuello uterino: Principales Indicadores. RPCA 2008-2014</i> .	51
TABLA N° 2 . <i>Niveles de Comunicación Intrafamiliar</i> .....	83
TABLA N° 3 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala Análisis Lógico (AL)</i> .	84
TABLA N° 4 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala de Reevaluación Positiva (RP)</i> .....	85
TABLA N° 5 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala de Búsqueda de Guía y Soporte (BG)</i> .....	86
TABLA N° 6 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala Solución de Problemas (SP)</i> .....	87
TABLA N° 7 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala de Evitación Cognitiva (EC)</i> .....	88
TABLA N° 8 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala Aceptación-Resignación (AR)</i> .....	89
TABLA N° 9 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala Búsqueda de Recompensas Alternativas (BR)</i> .....	90
TABLA N° 10 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de la Escala Descarga Emocional (DE)</i> .....	91
TABLA N° 11 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes de pacientes según el tiempo de diagnóstico</i> .....	92
TABLA N° 12 . <i>Tabla resumen de pruebas estadísticas de la comunicación intrafamiliar y las escalas de afrontamiento a la enfermedad según el tiempo de diagnóstico</i> .....	93

TABLA N° 13 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes del estadio de diagnóstico de cáncer de cuello uterino</i> .....	95
TABLA N° 14 . <i>Tabla Resumen de Pruebas Estadísticas Chi Cuadrado y Rho Spearman de las Escalas de Afrontamiento y la Escala de Comunicación Familiar (FCS) por Tipo de Dx.</i> .....	96
TABLA N° 15 . <i>Tabla de frecuencias y porcentajes del número de hijos de las pacientes</i> .....	97
TABLA N° 16 . <i>Tabla de relación entre las Escalas de Afrontamiento y la Comunicación Intrafamiliar según el número de hijos</i> .....	98

## INTRODUCCIÓN

La familia se estructura en diversas condiciones y se fortalece sobre todo en aquellas situaciones de estrés que enfrentan sus integrantes, siendo una característica muy importante, la comunicación entre los miembros, ya que en ella se fundamentará el actuar de todo el conjunto familiar al momento de que se presente un problema o situación de conflicto, ello sobre todo si uno de los familiares es diagnosticado con una enfermedad crónica, ya que se considera también que el tipo de relaciones que establecerá con sus seres más allegados se verá afectada, si es que en ellos no identifica una fuente de apoyo (Instituto Nacional del Cáncer, 2019) o que esta servirá de impulso para poder darle una solución a tal problemática, sobre todo si la comunicación utilizada es empática, asertiva y con mensajes de confort.

En este proceso, las mujeres diagnosticadas tienden a cambiar su forma de ver la vida y también a procesar de distinta manera la información que recibirán, no solo del personal médico sino de todo aquello que la rodea, comenzando a implantar en su accionar respuestas de afrontamiento, entre las cuales se pueden encontrar las acertadas que generarán un avance en el proceso o respuestas evitativas, alejándola de su objetivo de querer lograr la curación, estas son catalogadas como estrategias de afrontamiento (Moos, 2010).

A nivel mundial, el cáncer cervical es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer, calculándose que en el 2018 hubo 570 000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 311 000 defunciones por esta enfermedad, que se registran cada año, más del 85% se producen en las regiones menos desarrolladas (Organización Mundial de la Salud, 2019). En los tratamiento más utilizados para combatir el cáncer, es habitual que se considere la parte orgánica y el psiquismo sea dejado de lado, sin considerar que la influencia del medio y de nuestras propias capacidades

quedarán expuestas a ser bombardeadas por situaciones que pueden llegar a alterar nuestro equilibrio mental, y es que en este sentido, todas las intervenciones, médicas, psicológicas, pero también sociales, tienen como uno de sus objetivos principales mejorar la calidad de vida de las personas (Vásquez, 2009 citado por Vásquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009) por lo cual ello debe ser considerado en el tratamiento integral de la misma.

Y es que como se ha podido evidenciar, la implicación que tiene la psicología en este tipo de temática es trascendental, por lo cual, la finalidad última es la contribución a los conocimientos referentes a los aspectos psicológicos y sociales que acompañan a las pacientes con cáncer luego de ser diagnosticadas.

Por lo expuesto, en este estudio se ha propuesto determinar la relación entre la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento a la enfermedad en pacientes que hayan sido diagnosticadas con Cáncer cervical; así como identificar la influencia de algunas variables, entre las cuales encontraremos a los miembros de la familia, la fase de cáncer cervical y el tiempo de diagnóstico, para luego poder asociarlas con las variables mencionadas al inicio

Este documento está organizado en cuatro capítulos: en el Capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos, la hipótesis, justificación, las limitaciones del estudio, definición de términos y variables e indicadores. En el Capítulo II, se desarrolla el marco teórico, señalando los antecedentes a nivel internacional, nacional y local, así como los conceptos teóricos relacionados a la comunicación intrafamiliar, el afrontamiento a la enfermedad, cáncer de cervical y psicooncología, que permitirán justificar nuestras interpretaciones. El Capítulo III expone el marco metodológico, donde se señala el tipo, método y diseño de investigación utilizado, la población y muestra, las técnicas de recolección de datos y los procedimientos. En el Capítulo IV, se presentan los resultados de

acuerdo a la hipótesis planteada y los objetivos para su análisis, interpretación y finalmente se muestra la discusión, conclusiones y sugerencias, además de referir la bibliografía y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **LA INVESTIGACIÓN**

#### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A lo largo de los años, la comunicación intrafamiliar ha sido un factor fundamental en las relaciones que los miembros desarrollan desde la estructuración de este grupo, y es que en ella se va a dar un intercambio de información no solo de conocimientos, sino también afectiva y social, que definirá en gran parte la identidad personal de cada miembro y será un vehículo para la transmisión de afecto, seguridad, protección e intimidad, resaltando la importancia del apoyo de sus integrantes ante situaciones estresantes o problemas inesperados en su vida. Bien lo menciona Huizinga et al. en el 2005 (como se citó en Fernández, Hernández y Martínez, 2018) “La calidad de la comunicación entre padres e hijos en situaciones

estresantes puede tener consecuencias para el funcionamiento psicosocial de los adolescentes y demás integrantes” pero además de considerar dicha población se debe de tomar en cuenta a los padres intervinientes, ya que si bien son adultos, pueden llegar a manifestar su inconformidad y no aceptación de la realidad que se les presenta, de forma distinta.

Sin embargo, otro factor que influye en este tipo de temática será el afrontamiento visto como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Pelechano, 2005) considerando la influencia de las respuestas, ya sean cognitivas o conductuales, las cuales influirán en nuestra toma de decisiones. Y es que, en el diario vivir, cada ser humano se encuentra con dificultades que deberá de afrontar no solo, sino también con su entorno más próximo, la familia y la comunicación serán ese factor que facilita el movimiento de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (Tueros, 2004) los cuales miden la funcionabilidad de la familia (Sigüenza, 2015).

Es por ello que se debe de tener en cuenta que una de las situaciones adversas, es la dura noticia que recibe la madre de familia, al momento de ser diagnosticada con cáncer cervical, el cual es originado por células que empiezan a crecer de forma descontrolada y en ellas se inicia el curso de la enfermedad crónica (American Cancer Society, 2016), siendo las fases II y III las más antagónicas por los cambios físicos y psicológicos que producirá en la mujer, ello debido a que las características inherentes de la enfermedad producirán una transformación importante en cómo esta



es vivida; sin embargo, en este proceso la paciente deberá de someterse a intervenciones y tratamientos, muchas veces invasivos, por lo cual, el apoyo de la familia es fundamental como medio de sostén y confort (Achury y Pinilla, 2016) entre ellos, la comunicación proporcionará confianza a la persona enferma para no rendirse.

En nuestra realidad, el diagnóstico por cáncer cervical se encuentra en un porcentaje elevado de mujeres, entre adolescentes, jóvenes y adultas, de las cuales, en el año 2016, se detectaron entre más de la mitad de la población con casos de cáncer avanzado, siendo preocupante que aún la población no tome conciencia sobre la prevención (García, 2017). De acuerdo a estudios a nivel nacional, al día fallecen 8 mujeres a causa de la enfermedad, registrándose solo durante el periodo 2006-2011 más de 20 mil nuevos casos (Liga Contra el Cáncer, 2016). Como la literatura recoge, la importancia de la comunicación tras el diagnóstico de cualquier enfermedad, es un hito que se viene estudiando en diversas áreas como la propia Medicina y la Terapia Familiar como un elemento fundamental para conocer el funcionamiento familiar (Fernández, Hernández, & Martínez, 2018), el cual muchas veces no es abordado en nuestro país.

En nuestro ámbito, el cáncer visto desde una perspectiva psicológica, no ha sido desarrollado en su totalidad debido a, como lo menciona la psicooncóloga Daniela Vargas en el 2011 “Yo siempre digo que hay que ir al médico sano y salir sano porque es mucho más barato que tener un síntoma, entrar a consulta y salir con un tratamiento que demandará tiempo y dinero, pero en el Perú hay temor a los exámenes preventivos, como el Papanicolau o la prueba para detectar cáncer de

próstata en los hombres y es que la medicina descuida el aspecto psicológico” que es tan necesario en el Perú.

Asimismo, se pueden encontrar antecedentes investigativos relevantes para dicha problemática, proporcionando luces de la importancia de voltear la mirada hacia investigaciones en el campo de la Psicooncología, una de ellas es la investigación titulada Comunicación intrafamiliar y cáncer de mama (2018) en la cual tuvo como objetivo principal analizar la comunicación que se genera a partir del diagnóstico de cáncer de mama entre una madre y sus hijos, marido o pareja; concluyendo que la comunicación efectiva en la familia no es la cura para ninguna enfermedad, pero si mejora la manera en que la familia, en su conjunto, se enfrenta a esta y contribuye a la eliminación de situaciones de estrés y malestar en la mujer.

Por lo anteriormente expuesto podemos formularnos la siguiente pregunta que regirá nuestra investigación:

¿Cuál es la relación entre la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento a la enfermedad en mujeres institucionalizadas con cáncer cervical del Hospital III Goyeneche?

## **2. OBJETIVOS**

### **A. GENERAL**

Determinar la relación entre la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento a la enfermedad por parte de las mujeres institucionalizadas con cáncer cervical en el Hospital III Goyeneche de Arequipa.

## **B. ESPECÍFICOS**

- a. Identificar los niveles de comunicación intrafamiliar existente entre las mujeres evaluadas y sus familiares más cercanos (esposo, conviviente, hijos)
- b. Medir las escalas de afrontamiento a la enfermedad que desarrollan las pacientes del Hospital III Goyeneche.
- c. Relacionar la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento a la enfermedad según el estadio de cáncer diagnosticado en el Hospital III Goyeneche.
- d. Relacionar la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento a la enfermedad según los integrantes de la familia con los que vive.
- e. Correlacionar la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento a la enfermedad según el tiempo de diagnóstico que poseen las pacientes con cáncer cervical.

## **3. HIPOTESIS**

H<sub>i</sub>: La comunicación intrafamiliar efectiva se correlaciona directamente con el afrontamiento adecuado a la enfermedad.

## **4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

La psicooncología en el Perú es una rama emergente en la cual se plantean soluciones para los malestares psicológicos por los que atraviesan las personas diagnosticadas con diversos tipos de cáncer; sin embargo, en ello se ha de especificar que *la relevancia científica* encontrada en los estudios de los tipos de cáncer con mayor prevalencia que existe en nuestro país, permitirá que la intervención psicológica, se oriente a la mejora y posible cura de este tipo de enfermedades no solo

dependiendo de tratamientos físicos, sino que se debe de tomar en cuenta la esfera emocional y social como factor de apoyo y para la mejora de la calidad de vida de los pacientes (Triviño & Sanhueza, 2005), pudiendo ser implementada dicha información y planes de intervención por las organizaciones rectoras de la lucha contra el cáncer, y en específico del cáncer de cuello uterino en nuestro país.

Considerando que, el cáncer de cuello uterino es una de las causas de muerte más frecuente en mujeres peruanas durante los últimos años (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017), ello debido a que el diagnóstico, no solo cambia la vida de la paciente, sino que también la de las personas que la rodean, manifestándose una alteración en la comunicación, la cual halla su máxima expresión en el silencio o en patrones de conductas previas que pueden llevar a una crisis familiar pudiendo causar así disfunciones familiares evidentes, consecuencias emocionales negativas y afecciones generales en el desarrollo de los integrantes de la familia (González, 2000). Y es que como bien lo menciona la psicóloga Patricia Begazo (2004) la psicooncología es una nueva disciplina que intenta llenar el vacío existente entre los médicos especialistas interesados en la curación orgánica, y los pacientes que requieren de un importante tratamiento psicológico especializado, pero solo viendo al individuo como ser único, sino también tomando la esfera familiar para la intervención integral de la misma.

El desarrollo de dicha investigación posee una *relevancia social*, ya que se romperá con el silencio científico desarrollado hasta la fecha en nuestro país, con respecto a la comunicación familiar en una población tan sensible como lo es en las mujeres con cáncer cervical, las cuales son diagnosticadas continuamente en distintos

hospitales de la región. Debido a ello es que no solo se basará en el hecho de brindar conocimientos, sino que planteará la posibilidad de desarrollar nuestras herramientas para la evaluación y posterior intervención psicológica en la muestra escogida, llegando a brindarles estrategias para el correcto afronte a la enfermedad.

El estudio de dicha investigación tiene una *accesibilidad total*, puesto que posee el acceso de los centros hospitalarios necesarios, pues en ellos reina el querer manejar nuevas herramientas que los ayuden a brindar una atención no solo especializada en su área, sino también integral para los pacientes que asisten a sus instalaciones. Asimismo, se considera importante la aceptación de dichas investigaciones en nuestro medio, siendo ellas consideradas como de tipo innovadoras, pero sobre todo de relevancia para el desarrollo de conocimiento en el área de la Psicología Oncológica y de la Psicología en general.

*La originalidad* de este estudio radica en que, no existen investigaciones a nivel local ni nacional, que vinculen este tipo de variables ya que se pretende, además de determinar o establecer el vínculo y la importancia de la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento, generar en las pacientes de cáncer cervical conciencia sobre la importancia que tienen ambas esferas y cómo estas influyen en su diario vivir desde el momento en que son diagnosticadas con este tipo de males. Sin embargo, existen estudios internacionales que llegan a mostrar que el aporte psicológico para esta población, no solo debe ser materia de estudio, sino también de intervención integral.

## **5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El presente estudio tuvo las limitaciones que serán descritas a continuación:

- A. Luego de la revisión de historias clínicas, se vio por conveniente solo tomar en consideración la muestra que era procedente de la ciudad de Arequipa, debido a la difícil comunicación y acceso a pacientes que solamente viajaban para sus controles médicos y no permanecían por mucho tiempo en la ciudad.
- B. Muchas de las pacientes que fueron citadas no se presentaron a la evaluación, a pesar de haber coordinado un horario y haber sido informadas sobre los propósitos del estudio.

## **6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **A. COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR**

La comunicación es considerada como facilitadora del cambio en las otras dos dimensiones. Las habilidades de comunicación positivas (empatía, escucha reflexiva, frases de apoyo, mensajes claros y congruentes y habilidades efectivas de resolución de problemas) permiten a las familias compartir entre ellos sus necesidades en relación con la cohesión y la adaptabilidad (Olson y Gorall, 2003 citado por Rivero, Martínez, & Iraurgi, 2011).

### **B. AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD**

El afrontamiento se enfoca como un factor estabilizador que puede ayudar a los individuos a mantener su adaptación psicosocial durante períodos de alto estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Moos y Schaefer, 1993 citado por Mikulic & Crespi, 2008).

### **C. CÁNCER CERVICAL**

Es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las

cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal. (Kurman, Norris y Wilkinson, 1992 citado por Ministerio de Salud, 2017).

## 7. VARIABLES E INDICADORES

### Variable Principal

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVELES DE MEDICIÓN
Comunicación intrafamiliar	Forma en la que se da la comunicación familiar al momento de comunicar la noticia sobre el diagnóstico de Cáncer.	Efectividad	Pobre	De razón
			Muy efectiva	

**Variable Secundaria**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVELES DE MEDICIÓN</b>
Afrontamiento a la enfermedad	Modalidad utilizada por el paciente para hacerle frente a la enfermedad por la cual atraviesa.	Respuestas de aproximación	Análisis Lógico (LA)	De razón
			Revalorización Positiva (PR)	
			Búsqueda de Apoyo y Orientación (SG)	
			Resolución de Problemas (PS)	
		Respuestas de evitación	Evitación Cognitiva (CA)	
			Aceptación o Resignación (AR)	
			Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (SR)	
			Descarga Emocional (DE)	



**Variables intervinientes**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>
Diagnóstico de cáncer cervical	Momento en el cual la paciente recibe la noticia de que si es que su cuerpo a desarrollado el cáncer cervical.	Reciente	1 a 4 meses	De razón
		Intermedio	5 a 8 meses	
		Tardío	9 a 12 meses	
Estadio del cáncer diagnosticado	Nivel de desarrollo de las células cancerosas	Estadio In Situ		De razón
		Estadio I		
		Estadio II		
		Estadio III		
		Estadio IV		
Edad	Segmentación de la vida humana en diferentes periodos temporales	Joven	18-29 años	De razón
		Adulta	30-59 años	
Estado civil	Condición con respecto a su estado civil	Soltera		De razón
		Casada		
		Conviviente		
		Separada		
		Viuda		

Hijos	Individuos que nacieron fruto de la unión de hombre y mujer		1 hijo	De razón
			2 hijos	
			3-más hijos	

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

*A nivel internacional*, son escasos los trabajos investigativos sobre la temática en mención, una de las investigaciones encontradas fue la realizada por Sonia Fuentes y Tomas Blasco (2010), la cual tuvo como objetivo obtener información básica sobre cómo reaccionan ante su enfermedad las pacientes de cáncer de mama y analizar la posible existencia de relaciones entre diferentes niveles o formas de afrontamiento: cogniciones, conductas y respuestas emocionales, llegando a la conclusión de que los padres recién diagnosticados de cáncer que plantean comunicar la situación de enfermedad a sus hijos menores, poseen más recursos para gestionar la vida doméstica y delegar el cuidado de sus hijos cuando lo precisan a terceras personas, que para informar sobre la enfermedad y sostener emocionalmente a sus hijos, asimismo, el no

disponer de recursos para comunicar el diagnóstico a los hijos se asocia con una mayor presencia de malestar emocional.

Así también, se encuentra el estudio llevado a cabo por Antoni Font y André Cardoso (2009) el cual tuvo como objetivo conocer los recursos que poseen los padres afectados por cáncer al comunicar la enfermedad a sus hijos menores y su relación con el malestar emocional de estos pacientes. En dicha investigación se llegó a la conclusión de que, en situación de enfermedad crónica, la persona se enfrenta a sus problemas de salud mediante formas variadas de afrontamiento, no excluyentes entre sí. Por ejemplo, una misma persona puede tender a comunicarse, pero también puede disimular muchas cosas en relación a sus preocupaciones por su salud; o hablar mucho con unas personas y disimular mucho con otras, etc.

Acosta, López, Martínez y Zapata (2017) realizaron un estudio descriptivo de correlación en el cual participaron 63 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre los 2 a 24 meses de evolución, el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento en las pacientes con cáncer de mama. Concluyendo que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las de tipo activo en 68% de las mujeres estudiadas, siendo la resolución de problemas la más frecuente en 43%. Los factores que se relacionaron con el afrontamiento activo fueron edad ( $p=0.019$ ), estado civil ( $p=0.013$ ), y pertenecer a familia funcional ( $p=0.000$ ). por lo cual, la funcionalidad familiar es un factor protector para las estrategias de afrontamiento activo en las pacientes con cáncer de mama.

En el 2011, Jiry Flórez y Olena Klimenko realizaron una investigación la cual tenía como objetivo indagar el uso de estrategias de afrontamiento que implementan los

pacientes con enfermedad oncológica y sus cuidadores pertenecientes a la Corporación FORMAR. En la cual se demostró que los pacientes/cuidadores que cuentan con apoyo familiar o de un cuidador constantes utilizan estrategias más eficaces, mejoran y atenúan su calidad de vida durante el tratamiento de la enfermedad en mayor grado que aquellos que no cuentan con dicho apoyo.

Pérez Cárdenas y Rodríguez Herrera en el 2006 realizaron un estudio descriptivo retrospectivo, en el cual el objetivo fue precisar la percepción de preparación que tenían las familias para afrontar el acontecimiento enfermedad oncológica de uno de ellos, recursos internos y externos con que cuenta para esto y describir características del proceso de claudicación familiar. Del cual se concluyó que la mayoría de las familias consideraron estar preparadas para asumir la nueva situación familiar a partir de una percepción de unidad familiar entre ellos; que internamente vivían en relaciones matizadas por la cohesión, la buena comunicación y afectividad; recibiendo desde el exterior de este sistema; elementos que les permitió afrontar el evento estudiado.

De igual manera, Dario Martin, Justo Zanier y Fernando Garcia (2003) realizaron un estudio longitudinal llevado a cabo con pacientes con cáncer y su objetivo fue analizar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento. En la cual se mostraron las relaciones entre las estrategias utilizadas por los pacientes para afrontar la enfermedad y su percepción de la calidad de vida, hallando fuertes correlaciones entre las estrategias de evitación y el deterioro en la mayoría de las dimensiones de la calidad de vida. De lo cual, los pacientes presentan más estrategias de aproximación que de evitación y más centradas en el problema y en la evaluación que en la emoción. Utilizan en su mayoría las estrategias aproximativas, salvo el

“análisis lógico” (aproximación) que junto a la “descarga emocional” (evitación) son las dos menos utilizadas. Siendo el cáncer una enfermedad con un compromiso físico muy importante y una connotación asociada a una situación “terminal”, es destacable que el recurso de afrontamiento más utilizado por los pacientes es la “revalorización positiva”.

En un estudio realizado por Cervera, S. y Aubá, E. (2005) se propusieron estudiar qué papel juega la dinámica familiar en la respuesta psicológica al cáncer de mama, tras el diagnóstico y en los primeros momentos del tratamiento. Del cual concluyeron que el diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento quirúrgico inicial son un acontecimiento vital estresante que produce en las pacientes dificultades psicopatológicas y un detrimento en el nivel de su calidad de vida. Asimismo, tras el diagnóstico del cáncer, también se produce un empeoramiento en la relación conyugal, lo que se manifiesta en una disminución del consenso, satisfacción y expresión emocional en el cónyuge, a la vez que aumenta el grado de cohesión diádica. Finalmente, en el primer mes tras el diagnóstico del cáncer de mama, en la familia de la paciente no se detecta una alteración en las características estructurales como son la cohesión y la adaptabilidad.

*A nivel nacional*, Baiocchi-Morales, A., Lugo-Ostos, E., Palomino-Sánchez, N. y Tam-Phun, E. (2013) realizaron un estudio sobre descriptivo de corte transversal en el cual tuvieron como objetivo determinar los estilos de afrontamiento en 150 pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital nacional de enfermedades neoplásicas. Los resultados obtenidos fueron que el estilo positivo más empleado enfocado a la emoción fue «siempre»: busco la ayuda de Dios, el 87%; enfocado al problema fue «a menudo»:

elaboró un plan de acción, el 73,3%; el estilo adicional: me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente, el 65%. Los estilos de afrontamiento adicionales negativos más empleado fue «a veces»: reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema, el 79%; enfocado a la emoción: siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar, el 70%; enfocado al problema «a menudo»: me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo, el 53,3%. Con lo cual llegaron a la conclusión de que los estilos de afrontamiento más empleados por las pacientes fueron los estilos positivos y enfocados a la emoción.

En un estudio elaborado por Llerena, L. (2018) sobre el funcionamiento familiar y su relación con el afrontamiento a la enfermedad en pacientes oncológico, tuvo como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del Hospital III Goyeneche Arequipa, en el cual concluyeron que en los datos socio demográficos que hay más pacientes entre los 51 a 70 años, uno de cada dos pacientes es de sexo femenino, uno de cada ocho pacientes es soltero/a y uno cada 11 pacientes tienen estudios superiores. En el nivel de afrontamiento enfocado al área del problema es alto uno de cada tres pacientes (60,9%), enfocado al área de la emoción es alto uno cada once pacientes (9,1%), enfocado al área de la percepción es alto uno cada cincuenta y cinco pacientes (1,8%). En el funcionamiento familiar se encontró que de las 110 familias solo 18 son funcionales. Existe relación entre el afrontamiento y la comunicación familiar ( $0.000 < 0.05$ ), permeabilidad familiar ( $0.000 < 0.05$ ), roles familiares ( $0.000 < 0.05$ ), afrontamiento y el funcionamiento familiar ( $0.000 < 0.05$ ). No existe relación entre el afrontamiento

y la cohesión familiar ( $0.516 < 0.05$ ), afectividad familiar ( $0.149 < 0.05$ ), adaptabilidad familiar ( $0.54 < 0.05$ ). Por lo cual se colige que existe una relación significativa entre el Funcionamiento familiar y Afrontamiento a la enfermedad con un nivel de confianza del 0.95 y un nivel de significancia de  $0.000 < 0.05$ .

Cesaro, C. (2015) realizó un estudio, el cual tuvo como objetivo determinar si la resiliencia y las estrategias de afrontamiento se encuentran asociadas al ajuste mental en un grupo de pacientes con cáncer de mama hospitalizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Además, identificar la relación entre la resiliencia y las estrategias de afrontamiento, así como identificar y describir las estrategias de afrontamiento, de resiliencia y el estilo de ajuste mental que posee la muestra. De lo cual, la investigadora concluyó que la resiliencia y las estrategias de afrontamiento se asocian al ajuste mental al cáncer. Además, se identifican correlaciones moderadas y bajas entre las variables de resiliencia y estrategias de afrontamiento. En cuanto a las estrategias de afrontamiento la muestra tiende a utilizar con mayor frecuencia las estrategias de acudir a la religión, reinterpretación positiva y búsqueda de apoyo social instrumental. En función a la resiliencia las participantes en general poseen buenos niveles de resiliencia teniendo como características la confianza en sí mismo y la perseverancia. Por último, los estilos de ajuste mental utilizados con mayor frecuencia por la muestra son el espíritu de lucha y el desamparo. Por lo cual, se evidencia que la población posee estrategias de afrontamiento que facilitan la adaptación, además de niveles moderados de resiliencia y estilos de ajuste mental adecuados.

Asimismo, encontramos la investigación elaborada por García, L. (2018) la cual tuvo como finalidad determinar la relación que existe entre los factores psicológicos:



ansiedad y depresión con el nivel de afrontamiento de la paciente con cáncer de mama, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte. En la cual se obtuvieron los resultados siguientes: el 70% de mujeres con cáncer de mama presenta ansiedad, y 30% depresión; el 70% de mujeres con cáncer de mama presenta nivel de afrontamiento regular, el 20 % nivel de afrontamiento alto y 10% nivel de afrontamiento bajo; se encontró relación altamente significativa  $X^2 = 17.69$   $p = 0.05$  entre los factores psicológicos: ansiedad y depresión con el nivel de afrontamiento de la paciente con cáncer de mama.

*A nivel local*, Rosado en el 2017, realizó un estudio el cual tuvo como finalidad determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes en todo el proceso de la enfermedad oncológica así mismo establecer cómo se dan los factores sociodemográficos como manifestación por sexo. Habiendo tenido como muestra a 48 adolescentes de ambos sexos cuyas edades fluctuaban entre los 12 y 19 años, quienes provenían de toda la región sur del país. Dicho estudio concluyó que, los adolescentes con cáncer utilizan mayoritariamente estrategias para enfrentar el problema, de menor importancia están las estrategias basadas en relación a otros y con menor frecuencia utilizan la capacidad de afrontamiento no productivo, así mismo utilizan a menudo estrategias de afrontamiento basadas en la búsqueda de diversiones relajantes y físicas, de igual forma, algunas veces realizan esfuerzos para el éxito concentrándose en resolver problemas, se apoyan a menudo en la búsqueda de su fe espiritual y en la búsqueda de apoyo social siendo la búsqueda de ayuda profesional empleada con menos frecuencia. En cuanto a sexo, los adolescentes del IREN mujeres, se concentran más en utilizar estrategias de acción social y ejecutan actividades en busca de

soluciones y los varones manifiestan estrategias basadas en distracción física, diversiones relajantes y ayuda profesional.

Otra investigación relevante para la temática tratada es la realizada por De La Torre, D. y Marroquin, J.( 2017) de la cual el objetivo de la investigación fue determinar la relación entre los estilos de afrontamiento al estrés y la felicidad en una muestra de 42 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, que se encuentran entre los estadios clínicos I al IV y que asisten al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de la ciudad de Arequipa, obteniendo como resultado que existe una relación estadísticamente significativa entre la felicidad y la estrategia supresión de otras actividades ( $r = -0.324$ ;  $p < 0.05$ ) y la estrategia búsqueda de apoyo social ( $r = -0.336$ ;  $p < 0.05$ ), en ambos casos mientras más feliz está la paciente menos aplica dichas estrategias. Además, la felicidad se relaciona con la estrategia negación ( $r = 0.305$ ;  $p < 0.05$ ) en este caso a mayor felicidad hay un mayor uso de esta estrategia. Los resultados demuestran una relación relevante entre las variables investigadas, lo que contribuye a orientar la intervención psicológica promoviendo estilos de afrontamiento que favorezcan mayor felicidad.

Finalmente encontramos el estudio planteado por Córdoba, M. (2015) el en cual se tienen como objetivo determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche. La cual contó con una muestra de 70 mujeres con cáncer de cuello uterino. De lo cual se llegó a la conclusión de que las mujeres con este tipo de enfermedad que tienen estrategias de afrontamiento negativo tienen una calidad de vida no adecuada en un 47% (33) y las que tienen un nivel de afrontamiento negativo tienen

un nivel de calidad de vida no adecuado en un 26% (18). Estos resultados se presentan porque existe relación entre ambas variables, siendo el valor de la R de Pearson obtenido de 0,873, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

## **2. TEORÍAS Y CONCEPTUALIZACIONES**

### **A. COMUNICACIÓN**

Es un proceso interactivo e interpersonal. Proceso, en cuanto se producen etapas, e interactivo e interpersonal, porque ocurre entre personas y está compuesto por elementos que interactúan constantemente (Viggiano, 2009)

La comunicación se puede explicar mejor, si se parte de la consideración del proceso biosocial del ser humano. Así, se inicia el recorrido con las funciones de la memoria, tanto neurológicas como psicológicas, las cuales se producen en el sistema nervioso central. Aquí, un estímulo externo produce una señal o registro, que se guardará en la memoria, para ser utilizada cuando el hablante encuentre la ocasión para ello y demostrar así la capacidad que tiene el ser humano de seleccionar este recurso para usarlo arbitrariamente (distinción con respecto a la comunicación simple y primitiva del animal). (Viggiano, 2009)

Esta información pasará a formar parte de un rico caudal de experiencias cognitivas y afectivas que constituirán los mensajes, que en algún momento serán emitidos y recibidos por otros.

Estas señales se convertirán en símbolos significantes, dado que pasarán por el tamiz cultural estandarizado propio de una comunidad de hablantes. En su momento oportuno, este símbolo aparecerá transformado en sonidos o grafías o gestos que recorrerán una distancia hacia una persona que por su misma categoría cultural los reconocerá, percibirá, interpretará y devolverá, según el equipamiento neuropsicológico de su memoria, dentro de su sistema nervioso central.

La comunicación nos pone en común con el mundo, con los demás y con nosotros mismos. La comunicación es el proceso de interpelación humana que se realiza mediante el uso de signos, generalmente en forma de códigos" (Díaz, 1978 citado por Puga, 2000).

Tomando en consideración este punto de vista que señala a la comunicación como elemento implícito en la raza humana y, por lo tanto, en las relaciones humanas que ellos desarrollan, se puede deducir que no existe sociedad humana que pueda llegar a un desarrollo pleno sin llevarse a cabo este proceso de transmisión de información, de ideas, de emociones, de habilidades, de valores sociales.

La palabra comunicación proviene del vocablo latino *comunicare*, que significa la acción de poner en común. De modo que cuando alguien comunica algo, está poniendo en común con alguien más ese pensamiento. (Maldonado, 1995)

La comunicación solamente tiene lugar cuando existe una expectativa razonable de que los intercomunicantes posean experiencias comunes, las cuales

les permitan llegar a los mismos significados o, al menos, a significados muy similares asociados a los propios mensajes.

Sin embargo, la comunicación vista de esta manera nos parece muy simple, y no es así, ya que implica actitudes y acuerdos entre los comunicandos quienes, en muchas ocasiones, además, requieren de otras características para hacer posible ésta cuando las circunstancias no son fáciles y el mensaje es complicado. A este respecto Birdwhistell (1970) citado por Davis (1993) afirma que la comunicación no es como una emisora y una receptora. Es una negociación entre dos personas; un acto creativo. No se mide por el hecho de que el hombre entiende exactamente lo que uno dice, sino porque él también contribuye con su parte; ambos participan en la acción. Luego cuando se comunican realmente, estarán actuando e interactuando en un sistema hermosamente integrado.

La comunicación humana no puede iniciarse ni establecerse mientras subsistan distancias psicológicas que superar entre aquellos que quieren entrar en comunicación. Las investigaciones en este aspecto se han multiplicado a partir de Lewin, (1980). Los datos aquí adquiridos han permitido definir operacionalmente los requisitos y los presupuestos de toda comunicación humana.

#### **a. Elementos del proceso de comunicación**

Como bien se menciona en Comunicación: Guía para familias (s.f.) “el proceso de la comunicación implica la existencia de: un emisor, que es la persona que transmite el mensaje, un receptor, que es la persona a la que se dirige el mensaje, y un canal o medio físico de transmisión, a través del cual se enviará el mensaje”.

Para transmitir adecuadamente un mensaje debe haber además un código común al emisor y al receptor. El código puede ser verbal, si la comunicación se realiza a través de lo que decimos o escribimos o no verbal, si la comunicación se lleva a cabo mediante la expresión facial, gestos, actitudes, posturas corporales, tonos de voz y/o miradas, que producimos al relacionarnos con los otros.

La comunicación no verbal es de vital importancia en los procesos de comunicación porque, por un lado, puede sustituir a las palabras u orientar la manera en la que el mensaje verbal será interpretado y, en segundo lugar, tiene la capacidad de expresar el afecto y/o sentimientos del interlocutor en relación al otro. Por esta razón, en la familia será conveniente que lo que se dice a nivel verbal coincida con lo que se expresa con los gestos o el tono de voz. También se debe tener en cuenta el contexto o situación en la que se produce la comunicación, ya que ésta contribuye al significado final del mensaje.

#### **b. Estilos de comunicación**

Los estilos de comunicación son el modo en que las personas nos intercambiamos información. El conjunto de elementos, verbales, gestuales y corporales que utilizamos, conforma un estilo específico de comunicación.

Dentro de los estilos de comunicación, cabe destacar:

- El estilo Inhibido o Pasivo, que se caracteriza por una escasa o nula verbalización de lo que se piensa, de lo que se siente o de los comportamientos que nos molestan de los demás, evitando actuar por miedo a las consecuencias. Es común la utilización de estrategias poco claras e inseguras acompañadas

de un lenguaje dubitativo, emitido con un volumen de voz extremadamente bajo, para abordar o resolver situaciones. La postura corporal asociada es tensa, retraída, y el espacio interpersonal desmesurado.

- En el estilo agresivo, el afrontamiento de las situaciones es directo, brusco y poco respetuoso, provocando malestar emocional en los interlocutores y deteriorando la relación con ellos. El lenguaje suele ser impositivo, cargado de órdenes e interrupciones en el discurso de los demás, con elevado volumen de voz, gestos amenazantes y postura corporal tendente a invadir el espacio de la otra persona.
- Estilo asertivo, que implica expresar lo que se quiere, lo que se desea, y lo que se espera del otro, de modo directo, claro y respetuoso. Cuando utilizamos este estilo de comunicación con nuestros hijos y les hacemos partícipes de lo que pensamos, de cómo nos sentimos, o de cómo nos gustaría que se comportaran, de un modo claro y respetuoso, estamos contribuyendo a mejorar su autoconcepto, a elevar su autoestima y a establecer una relación más cercana con ellos. La comunicación es abierta y bidireccional padres/hijos, con frecuentes negociaciones y consecución de acuerdos.

Citado por Instituto de Adicciones: Madrid y Salud (s.f.)

### **c. Facilitadores de la comunicación**

- Escucha activa: La comunicación únicamente es eficaz si va acompañada de la suficiente capacidad de escucha. Saber escuchar es tan importante como hablar.

- La escucha activa consiste en escuchar con comprensión lo que el otro está diciendo, muchas veces estamos más preocupados por la respuesta que por entender al que nos está hablando, pasando por alto algo tan importante como su estado emocional.
- Saber decir “no”: Decir “no” está lejos de ser sencillo en muchas situaciones en la relación con los demás y, especialmente, entre padres e hijos. Tanto es así que es muy probable que cualquiera de los progenitores, aun teniendo claro que tiene que decir que no a un hijo por un motivo concreto, se sorprenda a sí mismo cediendo a la petición por falta de habilidades para defender su postura.
- Hacer críticas: Hacer críticas o decir que a uno no le gusta algo de alguien produce unos sentimientos y sensaciones que van desde la vergüenza hasta el temor o la inseguridad. Tanto es así que incluso pueden llevar a abandonar la idea de hacer una crítica y, si se hace, el discurso está teñido de sentimientos encontrados que lo hacen ineficaz.
- Recibir críticas: Cuando se practica la asertividad en la familia, no debería extrañar a los padres que sus hijos utilicen las mismas estrategias con sus padres. Lejos de parecer molesto a los ojos de los padres, debe considerarse como un proceso en el aprendizaje de la comunicación eficaz, sobre todo cuando lo realizan adecuadamente.
- Mensajes “yo”: Una de las dificultades a la hora de resolver conflictos es que algunos tienen su origen en malos entendidos. Por tanto, una de las estrategias que pueden arbitrarse es codificar los mensajes de la manera



más clara posible. Los mensajes “yo” pueden parecer un poco artificiales, pero cuando se saben utilizar se convierten en una inmejorable técnica de comunicación.

#### **d. Barreras de la comunicación**

La guía de comunicación dada por el Instituto de Adicciones de Madrid (s.f.) plantea las siguientes barreras en el establecimiento de la comunicación, en las cuales se identifica los problemas de los adultos al comunicarse con sus familiares:

- Ordenar, mandar: Estos mensajes comunican al niño que sus sentimientos o necesidades no son importantes; debe acatar lo que siente o necesita el padre (“no me importa lo que quieras hacer tú; entra inmediatamente en casa”).
- Provocan miedo ante el poder del padre: El hijo oye una amenaza por parte de alguien más grande y fuerte que él.
- Amenazar: Estos mensajes pueden hacer que el niño se sienta atemorizado o sumiso. Pueden despertar resentimiento y hostilidad, del mismo modo que lo hacen los mensajes que ordenan o mandan. Estos mensajes también invitan al niño a comprobar la firmeza de la amenaza del padre.
- Aleccionar, sermonear: Estos mensajes intentan hacer ver al hijo el poder de la autoridad, deber u obligación externos. Los hijos pueden responder a los deberías, tendrías que, y debes, oponiendo resistencia y defendiendo su postura incluso más tercamente.

- Dar soluciones para todo: Estos mensajes a menudo llegan al niño como una prueba de que el padre no confía en su criterio o capacidad para encontrar su propia solución. Pueden influir en el hijo haciéndole más dependiente del padre y haciendo que deje de pensar por sí mismo. A veces los hijos se sienten molestos por las ideas o consejos aportados por los padres.
- Instruir: La acción de intentar enseñar a otra persona a veces hace que el “alumno” sienta que se le haga parecer inferior, subordinado, inepto. A menudo los hijos ya conocen los hechos que los padres insisten en explicarles, y les molesta la implicación de que no están informados.
- Juzgar, criticar, culpar: Estos mensajes, probablemente más que ningún otro tipo, hacen que los niños se sientan inferiores. El concepto que un niño tiene de sí mismo se forma a partir de juicios y las valoraciones que hacen de él los padres. Los niños, como los adultos, detestan que se les juzgue negativamente. Responden poniéndose a la defensiva, sencillamente para proteger la imagen que tienen de ellos mismos. A menudo se enfadan y sienten rechazo hacia el padre que los juzga.
- Alabar: Una valoración positiva que no concuerde con la imagen que el niño tiene de sí mismo puede fomentar la hostilidad. Además, la ausencia de elogios en una familia donde se elogia habitualmente puede interpretarse como una crítica. Los elogios a menudo se entienden por parte de los padres como un intento de manipulación, una forma sutil de influir en el hijo para que haga lo que los padres quieren que haga.

- Ridicularizar, avergonzar: Estos mensajes pueden producir un efecto devastador en la imagen que el niño tiene de sí mismo. Pueden hacer que se sienta indigno, malo, poco querido.
- Interpretar, diagnosticar: Estos mensajes comunican al niño que el padre lo conoce “de arriba abajo”, conoce sus motivaciones o la razón por la cual se porta como lo hace. Este análisis parental puede resultar amenazador y frustrante para el niño. Si el análisis o interpretación del padre resulta ser acertado, el niño puede sentirse avergonzado por quedar al descubierto cuando este análisis o interpretación son erróneos, como suelen ser, el niño se enfada porque le acusan injustamente.
- Consolar, quitar importancia: Estos mensajes no son tan útiles como suele pensar la mayoría de los padres. Tranquilizar a un niño que está inquieto por algo puede servir sólo para convencerle de que no se le comprende. Los padres tranquilizan y consuelan porque no se sienten cómodos cuando el niño está afectado, molesto, desanimado, etc.
- Sonsacar, interrogar: Hacer preguntas puede transmitir al niño falta de confianza, sospecha o duda. Los niños también interpretan algunas preguntas como intentos de ponerles en una posición peligrosa para poder atacarlos. Cuando se le hacen preguntas a alguien que nos confía un problema, cada pregunta limita la libertad de esa persona para hablar acerca de lo que ella quiera.

### **e. Comunicación intrafamiliar**

Para nadie es desconocida la función tan trascendente que tiene la familia en la sociedad, si la consideramos como el núcleo y el elemento básico que asegura el desarrollo sano de sus miembros, como un sistema en que cada uno de sus integrantes interactúa abiertamente para formar una estructura unitaria cuya dinámica familiar, según Quinteros, A. (2007) citada por Paladines, M. y Quinde, M. (2010) “La comunicación satisface dos necesidades, el deseo primario de informar que se dirige a la inteligencia humana y de persuadir al dirigirse a la afectividad es decir los sentimientos y emociones siendo importante dentro de la psicología social en donde los individuos se encuentran en constante interacción no solamente con los miembros del sistema familiar sino también con los demás sistemas”.

A su vez Minuchin (1990) citado por Puga, D. (2000), manifiesta que “la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Éstas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferentes culturas, pero poseen raíces universales. En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. [Y continúa]: La familia siempre ha sufrido cambios paralelos a los cambios de la sociedad, las funciones de ésta sirven a dos objetivos distintos. Uno es interno, la protección psicosocial de sus miembros; el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura”.

Parafraseando a Puga (2000) la función que tiene la familia de imprimir a sus miembros un sentimiento de identidad, de protección social y de acomodación a la cultura, se desarrolla a través del proceso comunicativo en una sociedad cambiante. En tal forma la familia debe enfrentar el desafío de estos cambios y mantener, al mismo tiempo, su continuidad, y debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en transición. Estas tareas no son fáciles de encarar.

#### **f. Modelos Representativos**

- Modelo Circumplejo de las relaciones maritales y de familia

El Modelo Circumplejo de los Sistemas Marital y Familiar fue desarrollado por David H. Olson, Candyce Russel y Douglas Sprenkle en 1979 con el objetivo de cubrir la brecha existente entre investigación, teoría y práctica (Olson, Gorall y Tiesel, 1989 en Olson, 2000 citados por Costa et al., 2009). Se trata de un modelo dinámico que integra tres dimensiones que repetidas veces se han encontrado como relevantes en distintas teorías y abordaje clínico en familia: cohesión, flexibilidad y comunicación.

Su aplicación se considera útil para realizar un diagnóstico relacional, destacando áreas saludables (balanceadas) y problemáticas (desbalanceadas) en los sistemas que estudia.

La dimensión cohesión es definida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí. Sus indicadores específicos incluyen:

cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. Existen 4 niveles de cohesión en los grupos familiares, pudiéndose identificar familias desligadas, separadas conectadas y enmarañadas. Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de cohesión (familias o parejas separadas o conectadas) conllevarán un funcionamiento familiar más saludable. Por otra parte, los niveles extremos (familias o parejas desligadas o enmarañadas) implicarían un funcionamiento más problemático.

La dimensión flexibilidad es definida como la calidad y expresión del liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones existentes en la familia. Sus indicadores específicos incluyen: liderazgo, asertividad, control, disciplina, estilos de negociación, relaciones de rol y reglas relacionales. Existen 4 niveles de flexibilidad identificándose familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de flexibilidad (familias o parejas estructuradas o flexibles) conllevarán un funcionamiento familiar más saludable. Por otra parte, los niveles extremos (familias o parejas rígidas o caóticas) implicarían un funcionamiento más problemático.

Por último, la comunicación es considerada como una dimensión facilitadora dado que, en sus niveles saludables, permitiría la movilidad del sistema en las dos dimensiones anteriores. Se define por las destrezas de comunicación del sistema, que involucra la capacidad de escucharse, de hablar, de tener respeto por las opiniones de los demás y de compartir los sentimientos.

- Modelo de los Patrones de Comunicación Familiar

Koerner y Fitzpatrick (2002) citados por Bojorge, A. (2016), quienes proponen el modelo teórico patrones de comunicación familiar (FCPT Family Communication Patterns Theory), basados en una investigación hecha por Mcleod y Chafee (1972). Este modelo teórico es una alternativa para el análisis social en la que se consideran la intersubjetividad y la interactividad (Fitzpatrick & Ritchie, 1993). La intersubjetividad se refieren a compartir conocimiento entre quienes participan en un evento comunicativo, por interactividad se entiende el grado mediante el cual la “creación” del símbolo y la interpretación se relacionan, en este modelo teórico la comunicación es un proceso que se da simultáneamente con la familia como una unidad social, que tome en cuenta la intersubjetividad y un elemento comportamental que contemple cómo los miembros de la familia mantienen sus propias estructuras cognitivas a través de los patrones de respuesta de los miembros de la familia en actos comunicativos (conversaciones).

Este modelo teórico clasifica a las familias en cuatro tipos, cada uno caracterizado por sistemas específicos asociados con sus comportamientos comunicativos de padres o tutores e hijos y sus resultados de socialización en los hijos. Los comportamientos comunicativos se identifican en los patrones de comunicación familiar que describen la tendencia de las familias a desarrollar modos de comunicación estables y predecibles (Koerner y Fitzpatrick, 2004) para esto utilizan dos dimensiones centrales en el funcionamiento familiar: (a) la orientación a la conversación (grado en que las familias crean un clima que anima a sus miembros a participar con libertad en las interacciones), y (b) la orientación

a la conformidad (grado en el que la comunicación familiar propicia la homogeneidad en actitudes, valores y creencias) (Bojorge, 2016).

## **B. AFRONTAMIENTO**

El afrontamiento es una respuesta dada frente a una situación específica estresante (Lazarus & Folkman, 1984). Se refiere a los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que realiza una persona para manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas o externas habidas en la transacción ente persona y situación. Estas demandas o exigencias son evaluadas como sobre cargantes y que exceden o desbordan los recursos personales. Asimismo, las situaciones generadas se viven como dañinas, amenazantes y que alteran o impiden el logro del bienestar personal y de la salud. Las respuestas de afrontamiento actuación como variables mediadoras o moderadoras entre estrés y salud. (Moos, 2010)

### **a. El afrontamiento como refuerzo adaptativo ante el estrés**

Ante una situación amenazante es frecuente la aparición de diversas formas de actuar, de modo diverso según la capacidad de la persona para hacer frente. A estas acciones conductuales, cognitivas o emocionales, se les ha llamado estrategias de afrontamiento, y su finalidad es la recuperación del equilibrio perdido en la transacción con el entorno. El sujeto percibe el desajuste en la interacción con el medio cuando valora la situación como amenazante de su bienestar físico y psicológico y siente una falta de recursos para hacer le frente, o no emplea adecuadamente aquellos disponibles. Estas estrategias están en



continuo cambio para manejar demandas externas e internas, dependiendo del grado de amenaza del contexto y de los recursos de la persona. (Jorques, 2015)

## **b. Modelos teóricos acerca del afrontamiento**

- **Afrontamiento del estrés: Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman**

Muchos estudios sobre el afrontamiento se han basado en el marco teórico desarrollado por Lazarus y Folkman (1984) sobre el estrés, donde el afrontamiento es un factor mediador entre el estresor y la adaptación física y psíquica del individuo, dentro de un modelo procesual. Una vez valorada la situación como amenazante por exceder sus recursos o desafiante (por valorarlos), el individuo realiza una serie de acciones para manejar las demandas internas o externas con el fin de reducir o evitar el incremento del estrés y poder así recuperar el equilibrio previo (Lazarus, 1993), estaríamos hablando de afrontamiento como mediador de la emoción.

Estas acciones o estrategias de afrontamiento, suponen un proceso dinámico por el cual la persona intenta manejar la discrepancia entre las demandas de la situación y los recursos de los que dispone; valorando y poniendo en marcha una serie de acciones que no necesariamente están destinadas a resolver el problema, sino a reevaluar la situación, aceptarla, o escapar de ella. Se trata por tanto de un proceso intencional flexible, y no de una reacción defensiva ante el estresor (Bermúdez, 1996) independientemente de los resultados que obtenga.

Es un hecho constatable que no todos los individuos reaccionan igual ante un mismo estresor, lo cual lleva a pensar en la existencia de procesos mediadores o

moduladores del impacto de la situación y la forma de responder ante ella. La valoración de la situación amenazante que la persona haga, influirá en el tipo de afrontamiento que pondrá en marcha posteriormente. Esta evaluación primaria puede ser de dos tipos: irrelevante, positiva o estresante, en el caso de percibir pérdida, amenaza o desafío; seguidamente se produce un segundo proceso cognitivo para valorar la disponibilidad de los recursos y habilidades necesarias para hacer frente a las demandas de la situación. (Lazarus & Folkman, 1984) Si la persona cuenta con los recursos necesarios para resolver la situación, reducirá la sensación aversiva, aumentando así sus expectativas para solucionarla e incluso adquiriendo carácter de desafío, e influyendo por tanto en la valoración primaria.

Este proceso de valoración tiene por finalidad el cambio de la situación o la variación en la forma de percibirla junto con otros factores externos que pueden estar influyendo, para conseguir un mayor ajuste a la situación de forma adaptativa y realista. De este modo el sujeto emprenderá determinadas acciones o estrategias asociadas a la posibilidad de modificar la situación, enfocadas bien a la emoción o bien al problema, pudiendo alternarse a lo largo del proceso de interacción entre la persona y la situación estresante:

- Afrontamiento centrado en el problema: La finalidad es poner en marcha acciones que permitan la resolución del problema o encontrar recursos para ello; normalmente cuando la persona siente que tiene cierto control sobre la situación, sobre la cual puede ejercer un cambio.

Afrontamiento centrado en la emoción: Está dirigido a controlar la repercusión emocional provocada por la situación estresante; para ello la persona desarrolla diferentes acciones: comportamentales, distractoras, sociales, o cognitivas como la reestructuración de la situación estresante o la negación de la misma. Con el fin de modificar la interpretación de las emociones, seleccionando aspectos a los que prestar más atención o bien alterando su significado. Este tipo de afrontamiento aparece cuando la persona se siente sin control sobre la situación amenazante.

El empleo de algunas de estas estrategias puede depender más del contexto, variando a través del tiempo y de las situaciones, como puede ser la búsqueda de apoyo social (Problema y Emoción) o la resolución de problemas. Otras sin embargo parecen tener mayor estabilidad como el autocontrol o la reevaluación positiva, por lo que se las asociado a determinados rasgos de personalidad. Algunos autores señalan también posibles diferencias de sexo en el empleo de un tipo de estrategias u otro; Endler y Parker (1990) citados por Jorques M. (2015) encontraron que los hombres tendían a focalizarse más en el problema de afrontar la situación estresante, mientras que las mujeres se centraban principalmente en la emoción.

- **Afrontamiento de la enfermedad física**

Moos (1988) plantean que desde la consideración de que la enfermedad física supone una “crisis vital” para el sujeto, entiende que el proceso de afrontamiento se inicia con una evaluación cognitiva que da significado a la enfermedad y que determina las tareas de adaptación o lo que es igual, las metas u objetivos que

deberá lograr mediante la puesta en marcha de las “habilidades de afrontamiento” (estrategias).

En la actualidad, las enfermedades crónicas como el cáncer son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas.

Por ello, la incidencia de las enfermedades crónicas no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal (autoimagen, autoconcepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional), sino también como un desafío dadas las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales, y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos (DiMatteo, 2002; Maes, Leventhal & De Ridder, 1996; Rodríguez, 1995; Taylor, 2003; Taylor & Aspinwall, 1993; Cassaretto & Paredes, 2006).

Dentro de la clasificación que hace Moos (1993) encontramos las 8 escalas o estrategias de afrontamiento, que se resumen a continuación:

- Análisis Lógico (AL): Intentos cognitivos para prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias.

- Reevaluación Positiva (RP): Intentos cognitivos para reestructurar un problema de forma positiva a la vez que se acepta la realidad de la situación.
- Búsqueda de guía y soporte (BG): Intentos conductuales para buscar información, guía y soporte en otros.
- Solución de problemas (SP): Intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema.
- Evitación cognitiva (EC): Intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista sobre el problema.
- Aceptación o resignación (AR): Intentos cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se le ve solución.
- Búsqueda de recompensas alternativas (BR): Intentos conductuales para implicarse en actividades sustitutas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
- Descarga Emocional (DE): Intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos.

Las cuatro primeras estrategias se consideran de aproximación al problema y las cuatro últimas de evitación al mismo. Asimismo, las dos primeras escalas de cada bloque suponen una manera de afrontar los problemas por la vía cognitiva y las dos últimas suponen un afrontamiento de tipo conductual. la siguiente división recoge la composición de las escalas:

Según el método cognitivo, encontraremos a las escalas de Análisis lógico y Reevaluación positiva (aproximación) en cuanto a las escalas de Evitación

cognitiva y Aceptación-resignación (evitación), también se encontrarán dentro de este método. Finalmente, en cuanto al método conductual estarán las escalas de Búsqueda de guía y apoyo, y Solución de problemas (aproximación) y también la Búsqueda de recompensas alternativas y Descarga emocional (evitación).

- **Modelo de Lipowski**

Para Lipowski el afrontamiento son “todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible” (Lipowski, 1970 citado por González, M., 2004). Ante el estrés psicológico que provoca la enfermedad física, la persona tendrá que realizar un esfuerzo de adaptación, que si es efectivo conseguirá el crecimiento emocional y personal, pero si fracasa aumentará el nivel de malestar y estrés psicológico.

Para Lipowski el afrontamiento de la enfermedad está condicionado a las variables de las mismas (tipo, localización, grado de reversibilidad, evolución, etc.), factores interpersonales (edad, personalidad, valores, creencias, fuentes de gratificación, etc.) que van a determinar el significado que el paciente atribuye a la enfermedad influido también por la cultura a la que pertenece, y factores ambientales principalmente de tipo social. Lipowski define dos tipos de afrontamiento constituidos por diferentes estrategias: estilo de afrontamiento cognitivo (minimización y vigilancia) y estilo de afrontamiento conductual (aproximación, capitulación y evitación). Las estrategias asociadas a un mejor

resultado serán las vinculadas a la percepción de la enfermedad como un reto o valor, y peor resultado a la percepción de daño o pérdida.

- **Teoría del Ajuste Psicológico al Cáncer de Greer y cols.**

Greer y colaboradores (1989) se ocuparon de estudiar las diferentes reacciones de los sujetos ante un diagnóstico de cáncer, tanto en lo que se refiere a la respuesta emocional y a la capacidad de adaptación, como a las estrategias de afrontamiento que el sujeto pondrá en marcha ante dicho diagnóstico. Sobre todo, por el hecho de que centraron su interés específicamente en analizar estas respuestas y ver cuál de ellas podrá relacionarse con una mayor supervivencia del paciente oncológico.

### **c. El afrontamiento a la enfermedad oncológica**

Die Trill en el 2003 citada por Flórez y Klimenco (2011) quienes refieren que “la situación de una enfermedad terminal es una situación de crisis que introduce cambios radicales y repentinos en el contexto físico, social y en la comunicación familiar. Para el cuidador que en su gran mayoría son mujeres, representa una carga considerable de trabajo desatendiendo sus propias necesidades, aumentando el cansancio y haciendo la situación más difícil para el cuidador o familia”. Ello considerado como un hecho estresante, el cual no solo afectará a los seres queridos de la familia, sino que tienden a pasar por una transformación en busca de la adaptación a este tipo de eventos; sin embargo, no todas las familias afrontar de igual forma dichas circunstancias.

#### **d. Factores psicosociales y afrontamiento al cáncer**

En el momento del diagnóstico de cáncer es muy importante tener en cuenta los recursos psicológicos y sociales con que cuentan el sujeto y su familia para afrontar la enfermedad y el tratamiento. La eficacia de los tratamientos de cáncer se mide no sólo en términos del periodo de remisión de la enfermedad y del tiempo de supervivencia, sino también en términos de la calidad de vida del paciente, su funcionamiento social y familiar y el grado de ausencia de malestar físico y psicológico. Los factores que afectan al impacto psicológico del cáncer, es decir, que influyen sobre las valoraciones y configuran estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad, se pueden dividir en tres grandes grupos: variables referentes al contexto cultural, variables psicológicas y variables médicas (Rowland & Marrie, 1998). Es necesario tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar, ya que, al tratarse de un evento inesperado, exige cambios en el sistema (Spilkin & Ballantyne, 2007). La interacción con la pareja y con los hijos presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, la dependencia, la disminución en la productividad, entre otras (Checton, Greene, Magsamen Conrad, & Venetis, 2012; Parekh, Vandelanotte, King, & Boyle, 2012; Orozco-Gómez, Á. M. & Castiblanco-Orozco, L., 2015).

#### **e. Distinción entre afrontamiento y ajuste mental**

Durante los últimos años los estudios en el área de la psicooncología han aumentado y en ellos se consideraron muchas de las esferas que ayudan a que el paciente pueda hacerle frente al diagnóstico de cáncer; sin embargo, aún existe



ambigüedad en ciertos términos, por lo cual se ve por conveniente por absolver dichas dudas.

De acuerdo con las definiciones previas de Afrontamiento aplicado al contexto de la enfermedad oncológica, se refiere a las respuestas cognitivas, conductuales y afectivas que se desencadenan en los pacientes ante el diagnóstico de cáncer, la valoración que hace el individuo de la enfermedad y la reacción que esto provoca para reducir la amenaza percibida. Para algunos autores, esta intencionalidad atribuida al concepto de afrontamiento marca la distinción con el concepto de ajuste mental, el cual comparte el esfuerzo cognitivo y conductual y añade la dimensión emocional involuntaria como reacción ante la situación de amenaza (Greer y Watson, 1987; Watson, Greer, Young, Inayat y cols. 1988; Jorques, 2015).

El término Ajuste de la enfermedad es el empleado con frecuencia, no sólo en la literatura de la psicooncología sino en psicología de la salud en general, para referirnos a la ausencia de morbilidad psiquiátrica y a la recuperación del funcionamiento previo a la enfermedad, mientras el individuo se adapta a los múltiples cambios producidos por la enfermedad y su tratamiento. Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (1984) el ajuste es el proceso por el cual el individuo maneja las demandas o presiones del exterior en relación a sus recursos personales.

Por lo cual es importante hallar las diferencias e identificar cuáles son aquellos conceptos, como afronte y ajuste mental, que los diferencia como parte del aprendizaje y obtener las consideraciones al momento de intervenir con este tipo de diagnósticos.

## **C. CÁNCER CERVICAL**

### **a. Definición**

Según la OPS (2016), la infección persistente por los tipos de VPH carcinógenos es la causa de la mayor parte de los casos de cáncer cervicouterino. El 90% de los cánceres cervicouterinos son cánceres de células escamosas y se inician en la zona de transformación del exocérnix; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérnix.

Sin embargo, el cáncer cervicouterino es prevenible mediante la vacunación de las niñas contra los virus del papiloma humano que lo causan y mediante el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas en las mujeres, ya que esas lesiones preceden el cáncer en muchos años. Además, si se detecta precozmente y se trata, el cáncer cervicouterino se puede curar.

Asimismo, el MINSA (Ministerio de Salud, 2017) catalogó este tipo de enfermedad como una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.

### **b. Epidemiología Del Cáncer cervical**

La epidemiología es el estudio de la distribución y los factores determinantes de estados o eventos relacionados con la salud (incluidas enfermedades), e incluye la aplicación de ese estudio al control de enfermedades y otros problemas de salud.

### **c. Números y comparaciones entre países**

El cáncer cervicouterino es el cáncer más frecuente en mujeres en 45 países del mundo y mata a más mujeres que cualquier otra forma de cáncer en 55 países, entre ellos muchos países del África subsahariana, muchos de Asia (incluida la India) y algunos países centroamericanos y sudamericanos. Estos mapas no muestran las amplias disparidades existentes en cuanto a incidencia y mortalidad entre diversas zonas dentro de países específicos, disparidades que se relacionan con variaciones socioeconómicas y geográficas, prejuicios por razón de género y factores culturalmente determinados que pueden restringir gravemente el acceso de algunos grupos de mujeres a los servicios de prevención.

Además, los siguientes datos ilustran claramente las grandes diferencias encontradas entre las mujeres que viven en países de ingresos altos y las que viven en países de ingresos bajos y medianos:

- En el 2012 se diagnosticaron a nivel mundial 528 000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, un 85% de ellos en regiones menos desarrolladas.
- En el mismo año, en el mundo, 266 000 mujeres murieron de cáncer cervicouterino; casi 9 de cada 10 de ellas, o sea un total de 231 000 mujeres, vivían y murieron en países de ingresos bajos o medianos. En cambio, una de cada 10, o 35 000 mujeres, vivían y murieron en países de ingresos altos.

La razón principal de estas disparidades es la falta relativa de prevención eficaz y de programas de detección precoz y tratamiento, así como la falta de acceso igualitario a dichos programas. Sin esas intervenciones, el cáncer cervicouterino

generalmente se detecta solo cuando ya está en una etapa avanzada y es demasiado tarde para un tratamiento eficaz, por lo que la mortalidad es alta.

**d. Cambios observados en los números de casos diagnosticados y las defunciones en los 30 últimos años**

En los 30 últimos años, la incidencia de cáncer cervicouterino y las tasas de mortalidad han descendido en los países donde ha mejorado la situación social y económica. Esto es en gran parte resultado de las actividades de prevención secundaria implementadas, consistentes en tamizaje eficaz, diagnóstico precoz y tratamiento del pre cáncer y del cáncer en estadios iniciales.

Para resumir esta sección del capítulo 1, las estadísticas presentadas aquí reflejan un descuido escandaloso de las mujeres de los países de ingresos bajos y medianos, por lo que es imperioso establecer servicios eficaces para todas.

Del mismo modo, en el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. El Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Català d'Oncologia, que recopiló datos epidemiológicos sobre VPH y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información disponible en Globocan. Se estima que en el 2012 hubo 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino. En el 2012, la incidencia cruda anual por 100,000 habitantes fue de 31.3. Esto se compara con la de Sudamérica que es 22.2 y la mundial que es 15.1. La incidencia

estandarizada por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo.

El riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo. También para el 2012, la tasa cruda de mortalidad estimada fue de 11.6 y la tasa de mortalidad estandarizada por año fue de 12.0, mientras que en Sudamérica fue de 8.6. La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino varió de 7.9 muertes por 100,000 habitantes en el 2001 a 5.7 en el 2011. Por lo expuesto, el cáncer de cuello uterino es una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y, por tanto, un problema de salud pública.

El cáncer de cuello uterino afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados. El riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75 años, es tres veces más alto en mujeres que viven en países en desarrollo que en mujeres que viven en países desarrollados.

En el Perú, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima (4.2).

De la misma forma en la ciudad de Arequipa, los indicadores estadísticos sobre este tipo de diagnóstico se incrementaron durante los últimos 10 años, como se registró en el Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa (Gerencia Regional de Salud de Arequipa, s/f) el cual será mostrado en la siguiente tabla:

Tabla N° 1

*Cáncer de cuello uterino: Principales Indicadores. RPCA 2008-2014*

<b>Periodo 2008 - 2014</b>	<b>Total de casos</b>
N° de casos	918
Tasa de incidencia cruda	27.89
Tasa de incidencia Estandarizada	27.46
N° de muertes	356
Tasa de mortalidad Cruda	10.82
Tasa de mortalidad Estandarizada	10.61
% de Verificación histológica	86.93
% solo certificado de defunción	5.99

Fuente: Registro poblacional de cáncer en Arequipa 2008-2014

En dicha tabla se puede corroborar que la cantidad de pacientes diagnosticadas con este tipo de cáncer ha ido incrementándose con los años, por lo cual se presenta una problemática mayor, de la cual se han formulado distintos planes de intervención, más estas cifras continúan en aumento.

#### **e. Fisiopatología**

El primer paso para el desarrollo del cáncer de cuello uterino es la infección del cuello uterino por un VPH de tipo oncogénico. La mayoría de infecciones se resuelven espontáneamente, sin embargo, algunas pocas persistirán. Con la

infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal (Ministerio de Salud, 2017).

Algunos tipos de VPH de alto riesgo tienen más riesgo de persistir. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales. Los siguientes tipos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%. Las infecciones cervicales con VPH de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial. Debido a que sólo una pequeña proporción de las infecciones de VPH progresan a cáncer, otros cofactores, externos y propios del huésped, deben estar involucrados en el proceso de carcinogénesis.

Éstos son algunos de los cofactores que se han postulado en el desarrollo de displasias de alto grado:

- El tipo de VPH de alto riesgo y la infección viral persistente predicen un mayor riesgo de progresión.
- Susceptibilidad genética: La susceptibilidad a cáncer cervical causado por la infección a VPH ha sido identificada mediante estudios en gemelos y en familiares en primer grado, así como también estudios de asociación genómica. Mujeres que tengan un familiar en primer grado afectado tienen el doble de riesgo de desarrollar un tumor cervical comparado con mujeres que no tienen ningún familiar en primer grado con alguna tumoración cervical. La susceptibilidad genética sin embargo aporta menos del 1% de los cánceres cervicales.

- Condiciones del huésped que comprometan la inmunidad (por ejemplo, mal estado nutricional, y la infección por VIH que se asocia con un aumento de 5 veces en el riesgo de cáncer de cuello uterino).
- Factores ambientales (por ejemplo, exposición al humo del tabaco y deficiencias vitamínicas).
- Otros factores aumentan significativamente el riesgo de infección con el VPH. Éstos incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales o ser pareja de alguien con múltiples parejas sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

#### **f. Síntomas**

La mayor parte del tiempo, el cáncer de cuello uterino es asintomático. Los síntomas que se pueden presentar abarcan (Murillo, 2016):

- Sangrado vaginal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.
- Flujo vaginal que no cesa, que puede ser pálido, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido.
- Períodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal.

El cáncer de cuello uterino puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer esté avanzado y se haya propagado.

Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado pueden ser:



- Inapetencia
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Dolor en la pelvis, en las piernas, o en la espalda
- Pérdida de apetito
- Sangrado muy abundante y constante por la vagina

**g. Estadios**

- Carcinoma In Situ (Estadio 0)

En el carcinoma in situ (estadio 0), se encuentran células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal. (Thompson & Rock, 1993)

- Estadio I

En el estadio I, el cáncer se encuentra solamente en el cuello uterino. El estadio I se divide en estadios IA y IB, según la cantidad de cáncer que se encuentre.

El estadio IA se divide en estadios IA1 y IA2 de acuerdo con el tamaño del tumor.

- En el Estadio IA1, el cáncer no mide más de 3 mm de profundidad y no más de 7 mm de ancho.

- En el estadio IA2, el cáncer mide más de 3 mm de profundidad, pero no más de 5 mm o 7mm de ancho. Se detecta en los tejidos del cuello uterino que sólo se puede ver con un microscopio.

El estadio IB se divide en estadios IB1 y IB2.

- En el estadio IB1, el cáncer sólo se puede ver con un microscopio y no mide más de 5 mm de profundidad y mide más de 7 mm de ancho. O se puede ver el cáncer sin un microscopio y mide 4 cm o menos.
- En el estadio IB2, el cáncer se puede ver sin un microscopio y mide más de 4 cm.

- Estadio II

El estadio IIA, el cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina, pero no hasta los tejidos que rodean el útero. El estadio IIA se divide en los estadios IIA1 y IIA2, de acuerdo con el tamaño del tumor. El estadio II se divide en IIA y IIB, según la distancia a la que el cáncer se disemina.

- En el estadio IIA1, el tumor se puede ver sin un microscopio y mide 4 cm aproximadamente.
- En el estadio IIA2, el tumor se puede ver sin un microscopio y mide más de 4 cm.

En el estadio IIB, el cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los tejidos que rodean el útero.

- Estadio III

En el estadio III, el cáncer se disemina hasta el tercio interior de la vagina, se puede haber diseminado o hasta la pared de la pelvis, o puede haber causado problemas en los riñones.

El estadio III se divide en estadios IIIA y IIIB, según la distancia hasta la que el cáncer se disemina.

- En el estadio IIIA, el cáncer de cuello uterino se disemina hasta el tercio de la vagina, pero no hasta la pared pélvica.
- En el estadio IIIB, el cáncer se disemina hasta la pared pélvica o el tumor se vuelve lo suficientemente grande como para bloquear los uréteres.

- Estadio IV

En el estadio IV, el cáncer se disemina hasta la vejiga, el recto u otras partes del cuerpo. Se divide en estadios IVA y IVB, según el lugar donde se encuentre el cáncer.

- En el estadio IVA, el cáncer se disemina hasta los órganos cercanos, como la vejiga o el recto.
- En el estadio IVB, el cáncer se disemina hasta otras partes del cuerpo alejadas del cuello uterino, como el hígado, los intestinos, los pulmones, los huesos o ganglios linfáticos.

(Thompson D., Rock A., 1993)

## **h. Tratamientos para el cáncer cervical**

Como lo explica el Instituto Nacional del Cáncer (2019) hay diferentes tipos de tratamiento disponibles para las pacientes de cáncer de cuello uterino. Algunos tratamientos son estándar (tratamiento que se usa en la actualidad) y otros se encuentran en evaluación en ensayos clínicos. Se usan cinco tipos de tratamiento estándar:

- **Cirugía**

La cirugía (extirpación del cáncer en una operación) se utiliza a veces para tratar el cáncer de cuello uterino. Se pueden utilizar los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- **Conización:** extracción de una porción de tejido en forma de cono del cuello y el canal uterinos. Un patólogo examina el tejido al microscopio para verificar si hay células cancerosas. La conización también se puede usar para diagnosticar o tratar una afección del cuello uterino.
- **Cirugía con láser:** procedimiento quirúrgico en el que se usa un rayo láser (un haz de luz fino e intenso) como un bisturí para cortar tejidos o extirpar lesiones superficiales como las de un tumor sin causar sangrado.
- **Histerectomía:** Se extirpa quirúrgicamente el útero, con otros órganos o tejidos o sin estos. En una histerectomía total, se extirpan el útero y el cuello uterino. En una histerectomía total con salpingooforectomía, se extirpan a) el útero más uno de los ovarios y una de las trompas de Falopio (unilateral), o b) el útero, ambos ovarios y ambas trompas de Falopio (bilateral). En una histerectomía radical, se extirpan el útero, el cuello uterino, ambos ovarios,

ambas trompas de Falopio y el tejido circundante. Estos procedimientos se realizan mediante una incisión transversal baja o una incisión vertical.

- Traquelectomía radical: cirugía para extraer el cuello uterino, los tejidos cercanos y los ganglios linfáticos, y la parte superior de la vagina. No se extraen ni el útero ni los ovarios.

- Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer que utiliza rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Hay dos tipos de radioterapia:

- Radioterapia externa: se usa una máquina fuera del cuerpo que envía rayos hacia el cáncer. Ciertas formas de administrar la radioterapia pueden ayudar a que la radiación no cause daño al tejido sano cercano. Este tipo de radioterapia incluye la siguiente:
  - Radioterapia interna: se usa una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, cables o catéteres que se colocan directamente en el cáncer o cerca del mismo.

La forma en que se administra la radioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se esté tratando. La radioterapia externa e interna se usa para tratar el cáncer de cuello uterino; también se puede usar como terapia paliativa para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

- Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento contra el cáncer para el que se utilizan medicamentos para interrumpir el crecimiento de células cancerosas, mediante su destrucción o evitando su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra oralmente o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y afectan las células cancerosas en todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas en esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administra la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que está siendo tratado.

- Terapia dirigida

La terapia dirigida es un tipo de tratamiento en el que se usan medicamentos u otras sustancias para identificar y atacar células cancerosas específicas sin dañar las células normales.

- Inmunoterapia

La inmunoterapia es un tratamiento que usa el sistema inmunitario del paciente para combatir el cáncer. Se utilizan sustancias elaboradas por el cuerpo o producidas en un laboratorio para impulsar, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra el cáncer. Este tipo de tratamiento del cáncer también se llama bioterapia o terapia biológica.

### **i. Reacciones psicológicas ante el diagnóstico**

Según la Asociación Española contra el Cáncer (2018) enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una situación inesperada que supone un cambio importante en la vida. El enfermo pasa de ser una persona más o menos sana, con sus ocupaciones y sus problemas cotidianos, a ser una persona con una seria enfermedad. La forma en que el cáncer afecta a cada persona es diferente.

Cada persona tiene una forma de ser, un modo de hacer frente a los problemas, un conjunto de creencias y valores y una forma determinada de ver el mundo, y, por tanto, única será la forma que cada uno afrontará la enfermedad. Hay tantas reacciones como personas. Aunque las reacciones de cada persona son diferentes, las emociones que sentimos ante estas situaciones suelen ser comunes a todos nosotros.

La mayoría de las personas diagnosticadas de cáncer sufren un shock emocional al recibir el diagnóstico; nadie está preparado para recibir esta noticia. Necesitamos tiempo para asimilar lo que está pasando.

Algunas personas se ponen muy nerviosas, agitadas, irascibles, otras se sienten tremendamente tristes, o se encierran en sí mismas. El enfermo puede experimentar, entre otros sentimientos, tristeza, cólera, miedo, confusión y desesperanza.

Tras el diagnóstico, las personas sienten miedo, a sufrir, al futuro y rabia. La sensación de incertidumbre e inseguridad respecto a lo que pueda ocurrir es la sensación que probablemente caracteriza mejor que ninguna otra la experiencia de cáncer.

También es frecuente sentirse culpable por no haberse dado cuenta antes, por haber podido hacer algo que provocase el cáncer. Es muy importante que recuerdes que el cáncer no es culpa tuya, ya que la enfermedad es consecuencia de la combinación de múltiples factores.

Es importante no confundir estas reacciones y temores con un problema psicológico. Recuerda que todas estas emociones son normales y poco a poco se irán debilitando, son parte del proceso de adaptación.

## **D. PSICO ONCOLOGÍA**

### **a. Antecedentes**

En un comienzo, en el 1800, el diagnóstico de cáncer se asociaba a muerte. Como no había ninguna causa conocida o cura para esta enfermedad, en muchos casos se atribuía a una posesión demoníaca. Y se consideraba cruel e inhumano revelar el diagnóstico al paciente ya que éste podía perder toda esperanza, por lo que se informaba únicamente a la familia.

En el mismo tiempo se fundó el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center como primer centro privado oncológico, en el cual se buscaba también un esfuerzo por hacer investigación para comienzos de 1900. Luego, en 1937 se creó el Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU., como el primero de los Institutos Nacionales de Salud.

En 1948, Faber informó los primeros casos de remisiones temporales de leucemia aguda infantil con aminopterina, seguidas por las respuestas iniciales de la enfermedad de Hodgkin con la mostaza de nitrógeno. Con estos nuevos



tratamientos, se empezó a reducir el pesimismo y a estimular un nuevo interés sobre los efectos a largo plazo del cáncer.

Por otra parte, y en relación a lo anterior, se inició un despertar en las preocupaciones acerca de la importancia de que los pacientes fueran capaces de dar su consentimiento informado para el tratamiento, ocurriendo esto necesariamente en el contexto de un diálogo abierto médico-paciente sobre el diagnóstico y las opciones de tratamiento. Durante estos años, el único apoyo psicológico formal para pacientes con cáncer era a través de grupos de apoyo con otros pacientes que ya habían pasado por las mismas o similares situaciones. Un ejemplo de esto, fueron los primeros grupos o clubes de ostomía y luego los programas de mujeres que habían sufrido una mastectomía, que visitaban a otras mujeres en su período post operatorio. Luego los trabajadores sociales junto a las enfermeras fueron los primeros en atender los problemas psicológicos y sociales de los pacientes con cáncer y sus familias. Ellos han sido la primera línea en la atención clínica y en las investigaciones importantes en psicooncología.

Desde 1950, varios estudios prospectivos se pusieron a examinar la respuesta psicológica de los pacientes hospitalizados por cáncer. Y en 1955, el grupo psiquiátrico del Hospital General de Massachusetts bajo la dirección de Finesinger y el grupo de investigación psiquiátrica en el Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering, realizaron los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento. Por otra parte, estos grupos comenzaron a forjar lazos clínicos y de investigación con cirujanos, radioterapeutas y oncólogos, estableciendo así los primeros elementos de lo que más tarde se llamó Psico-oncología. Otro factor que produjo el aumento del interés por los problemas psicológicos en relación al cáncer,

fue la obra de la psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross en la década de 1960, quien desafió el tabú de hablar con los pacientes de cáncer respecto de su muerte inminente y desafió a los médicos y enfermeras a que dejaran de evitar a estos pacientes y escucharan sus preocupaciones.

La especialidad de psicooncología se inició formalmente a mediados de 1970, cuando la barrera para revelar el diagnóstico se cayó y se hizo posible hablar con los pacientes respecto de éste y de las implicancias del cáncer para sus vidas.

Luego comienza a abrirse un campo de investigación muy amplio en relación a las reacciones de los pacientes oncológicos. Estas investigaciones incluyen lo que es la adaptación a la enfermedad, a las intervenciones médicas que deben realizarse, las intervenciones psicológicas en la prevención y en los procesos de adaptación del enfermo al cáncer, la investigación de las variables inmunológicas y neuroendocrinas que median en los procesos de aparición de la enfermedad, hasta los cuidados paliativos, los problemas psicofarmacológicos y los dilemas éticos (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013)

#### **b. Definición**

Como una subespecialidad de la oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial); y que, por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico) (Holland, J., 2018 citado por Cruzado, 2003).

### **c. Fases de intervención**

Las diferentes fases en las que se debe de intervenir el psicooncólogo, comprende desde la prevención hasta el final de la vida y la atención en el duelo. Y a continuación se describen:

- Prevención.

La función del psicólogo es promover hábitos saludables. En este sentido, es fundamental la prevención y el tratamiento del tabaquismo, donde los tratamientos psicológicos son altamente eficaces, así como la promoción del ejercicio físico y alimentación adecuada. Además de incluir hábitos de comportamiento en prevención de algunos tipos de cáncer, como es el de próstata o de mama.

- Fase de diagnóstico.

En esta fase, la intervención psicológica se centra en la promoción de la comunicación médico-paciente-familia, en la mejora de la comunicación y el apoyo familiar, en reducir el impacto emocional, asistir a la toma de decisiones y ayudar a resolver los problemas de organización personales y familiares asociados a la enfermedad mediante estrategias de counselling o tratamientos cognitivo-conductuales.

- Fase de tratamiento.

En el tratamiento del cáncer, ya sea en estadios precoces o avanzados, pueden darse condiciones de incertidumbre acerca de la eficacia de distintas opciones terapéuticas o preventivas, con diferentes consecuencias para la calidad de vida de la persona implicada y sus familiares. La intervención psicológica en la toma de decisiones, asegura que existe una adecuada comunicación entre paciente y el

equipo sanitario, enseña al paciente habilidades de comunicación en su entorno familiar, además del buen manejo de la ansiedad y de las emociones para la toma de decisiones desde un estado de tranquilidad y reflexión, enseña al paciente a aplicar estrategias de resolución de problemas, basadas en el análisis de las distintas alternativas y la valoración de acuerdo a las preferencias y valores del paciente, asesorado por el equipo médico. Un afrontamiento activo dirigido al problema, que incluya una interacción comunicativa con el equipo sanitario, comprender la información médica, tomar decisiones sobre las distintas alternativas y el plan terapéutico, así como reorganizar el patrón de vida personal y familiar. Por otro lado, se ha de promover el adecuado afrontamiento emocional, basado en la aceptación, la apertura al apoyo familiar y social y la expresión asertiva de las necesidades afectivas y materiales.

- Fase de intervalo libre de enfermedad.

El cáncer, una vez superado, en muchos casos necesita rehabilitación y un entrenamiento para adaptarse a una vida con muchos cambios. Para algunas personas la experiencia del cáncer ha supuesto un crecimiento personal y un cambio de vida hacia valores y metas más centradas en su vida personal, familiar y de ayuda a los otros, lo que los ha llevado a un nivel de mayor bienestar, pero en otros casos la vida puede quedar muy afectada debido a la presencia de pensamientos rumiativos de victimización, minusvaloración personal y estados de tristeza y ansiedad, así como debido a los cambios que se producen en las actividades de la vida diaria. Muchos supervivientes de cáncer pierden hábitos saludables de nutrición, ejercicio físico, etc., o presentan alteraciones importantes en la sexualidad y en la función

laboral. La vida de pareja y familiar puede quedar muy afectada, por lo que es necesaria la intervención psicológica.

- Fase de recidiva.

Ante el temor a la recidiva, el paciente y sus familiares deben de ver los aspectos que son controlables en esta situación, que pasa por mantener la adherencia a las revisiones periódicas y a los métodos de vigilancia, comunicarse con el equipo médico con confianza y preguntar todas las dudas. Haciéndole ver al paciente que la consulta médica es la mejor garantía para alcanzar una mayor seguridad, ya que, tanto en el caso de confirmar que la persona está sana como en el caso de detectar cualquier problema, se aplicarían los tratamientos adecuados para su control de la forma más inmediata. Conviene también dialogar acerca del significado y las implicaciones de una recidiva. Muchos pacientes y familiares consideran que una recidiva representa el fracaso de los esfuerzos anteriores y, sobre todo, la inexistencia de vías terapéuticas. Se trataría de ayudar a alcanzar un pensamiento más útil, adaptativo y realista, a través de un diálogo socrático, ya que, si bien una recidiva es una mala noticia se ha de reconocer que los tratamientos anteriores han permitido un periodo libre de enfermedad y, por tanto, han sido positivos. El que se detecte una recidiva, no significa que no vaya a tener un tratamiento que permita el control de la enfermedad. Es importante tomar conciencia sobre en qué medida en la actualidad ante una recidiva están, tanto el paciente como su familia, más preparados para afrontar la enfermedad, ya que ahora saben más que antes, conocen y tienen confianza en su equipo médico y pueden identificar los recursos de que disponen en el presente. Además, es importante dialogar con el paciente y la familia

sobre una posible recidiva. Esto implica identificar pensamientos rumiativos y niveles de ansiedad. Es necesario enseñar a distinguir entre preocupaciones que tienen un contenido racional o realista de aquellas que son irracionales. En el caso de que sean irracionales, exageradas o poco realistas, hay que facilitar pautas para interrumpir la cadena de pensamientos, y comprometerse en realizar acciones útiles y atractivas.

- Fase final de la vida.

La intervención en esta fase, es el momento más difícil de afrontar por el propio paciente y su familia. Requiere la intervención de un equipo interdisciplinar, con el objetivo de tratar los síntomas físicos, asegurar el confort y al mismo tiempo, facilitar la comunicación, el apoyo familiar, la aceptación, la despedida y atender a las necesidades espirituales, para conseguir una muerte digna, con el mayor bienestar y el menor sufrimiento para el paciente y sus familiares. Las metas se logran a través de la comunicación, el counselling, el apoyo familiar, el seguimiento continuo y control de los síntomas, el manejo de las emociones y la atención a las necesidades espirituales. La psicoeducación, el counselling y las técnicas cognitivas han probado ser herramientas eficaces para prevenir y tratar el duelo complicado.

- Supervivencia.

En esta fase, la psicooncología se centra en el establecimiento de estrategias para promover la aceptación, fijar objetivos y metas vitales, y poner en marcha actividades que permitan la adaptación a la nueva situación, tanto en lo personal, como en la pareja y en la familia. En muchas ocasiones se lleva a cabo un entrenamiento para mejorar el bienestar emocional, la autoestima, la imagen

corporal y la sexualidad, así como recuperar o instaurar hábitos de ejercicio físico y nutrición, realización de actividades sociales o preparación para el retorno al trabajo.

A modo general, en cada una de estas fases, la intervención debe dirigirse a disminuir el sufrimiento del paciente, amortiguar el impacto psicológico y facilitar el proceso de adaptación del paciente y de su familia, para poder afrontar la incertidumbre que la enfermedad genera de otra manera, que puedan vivir con esperanza y puedan seguir disfrutando de lo que aún les queda en la vida.

#### **d. Rol y habilidades del psico oncólogo**

Los roles más resaltantes son los mencionados por Robert M.y col. (2013):

- Proporcionar apoyo psicológico a los pacientes en todas las etapas de la enfermedad: Diagnóstico, Tratamiento, Período libre de enfermedad, Recidiva y Final de la vida.
- Potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la adaptación a la enfermedad del paciente y su familia.
- Orientar al equipo en la conducción psicológica del paciente y del grupo familiar.
- Prevención "burnout" y autocuidado personal de salud.
- Desarrollar tareas de investigación relacionadas con la problemática del cáncer.
- Sugerir el momento adecuado para disponer asistencia espiritual o religiosa a los pacientes.
- Impulso y coordinación de actividades complementarias.
- Coordinación voluntariado de apoyo en oncología formado por pacientes dados de alta y familiares que expresen el deseo de ayudar.

Las habilidades más destacadas por M. Die Trill (2003) son:

- Identificar las reacciones emocionales adaptativas de los pacientes y distinguirlas de las que son expresión de un trastorno médico, psiquiátrico o psicológico (Por ejemplo, diferenciar entre ansiedad reactiva a una enfermedad potencialmente mortal y ansiedad como parte de un cuadro confusional producido por una alteración metabólica o por posible progresión de la enfermedad)
- Proporcionar el tratamiento psicológico adecuado a dichas reacciones en cada momento del proceso oncológico. Ello requiere conocimientos profundos de la psicología clínica y de las psicoterapias más eficaces, así como la habilidad necesaria para integrar éstas en el cuidado médico del enfermo.
- Identificar las alteraciones emocionales de los familiares del enfermo oncológico, distinguiendo aquellas respuestas “normales” de las patológicas.
- Proporcionar ayuda psicológica adecuada a los familiares del enfermo (padres, cónyuges, hijos, hermanos, etc.) en todas las fases de la enfermedad, incluyendo el duelo y la supervivencia.
- Conocer e identificar las alteraciones emocionales que pueden surgir en el personal sanitario que trabaja en oncología.
- Proporcionar ayuda psicológica adecuada a los miembros del equipo asistencial, por ejemplo, desarrollar grupos de apoyo para ellos, o derivar a otro especialista si fuera necesario.
- Identificar factores emocionales, comportamentales y sociales que aumenten el riesgo de padecer cáncer y crear programas para reducirlos o evitarlos.



Todas las características anteriormente mencionadas surgieron a raíz de la importancia que lleva este tipo de intervención y sobre todo por la vulnerabilidad de cada paciente, quienes deben ser tratados por profesionales especialistas en el área.

**e. Alteraciones emocionales en pacientes con cáncer**

- **Ansiedad y cáncer**

La ansiedad es conocida como un problema importante en los pacientes con cáncer, una de las dificultades para su diagnóstico, está dada porque algunos de los síntomas característicos están asociados con la condición médica o con los efectos colaterales del tratamiento, de tal forma que se debe colocar especial atención a los síntomas psicológicos, tales como la preocupación constante. (Castro, 2007).

Como lo menciona Cano (2005) “Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad durante mucho tiempo, su bienestar psicológico se ve cada vez más perturbado, a la vez que sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de activación, su sistema inmune puede verse incapaz de defenderse, sus procesos cognitivos pueden estar alterados, o la evitación de las situaciones que provocan estas reacciones intensas de activación fisiológica y temor puede afectar a la vida personal, familiar y social del individuo”. Es por dichos motivos que la psicooncología surge como una rama revolucionaria en la cual se toma en cuenta la idea que sustenta A. Belloch y B. Olabarria (s.f.) de que tanto la mente como el cuerpo determinan conjuntamente la salud y la enfermedad, por lo cual se requiere la necesidad de adoptar un nuevo modelo que sea capaz de investigar desde esa perspectiva. Este modelo es el llamado modelo bio-psicosocial y su postulado básico

es el de que tanto la salud como la enfermedad no son más que la consecuencia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

- Depresión y cáncer

Como lo menciona Pousa et al. (2015) la depresión es un trastorno que afecta a una proporción del 15-25% de los pacientes con cáncer. a pesar de su elevada incidencia, es un trastorno habitualmente infradiagnosticado y que no recibe un tratamiento adecuado. Siendo este hecho el que conduce a una mala calidad de vida, una inadecuada adherencia al tratamiento y una menor tasa de supervivencia en esta población médica.

Las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. Todas estas respuestas normales ante una crisis de este tipo se asemejan a las descritas ante pérdidas (Massie & Popkin, 1998 citado por Valencia, 2006).

Es así que los índices de depresión en este tipo de población suelen aumentar y asumen una conducta silenciosa, pero problemática para los pacientes ya que los efectos que se causaran tanto a nivel emocional como orgánico, suelen ser perjudiciales.

Asimismo, se considera como valor agregado a este tipo de sintomatología, los diferentes tratamientos que los pacientes tienden a recibir, entre ellas La quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y la radioterapia se consideran como procedimientos invasivos que perturban la vida de los pacientes y les recuerda

constantemente que tienen cáncer (Knobf, Pasacrete, Valentine & McCorkle, 1998 citado por Valencia, 2006). Además, en estos tratamientos es usual que las personas tengan una serie de síntomas que causan malestar tales como fatiga, náuseas, vómitos y dolor (Nicholas & Veach, 2000; Dimeo, Stieglitz, Novelli-Fischer, Fetscher, & Keul, 1999).

Estos síntomas pueden abarcar desde los moderados hasta los severos en cuanto al funcionamiento cotidiano del paciente, imagen corporal, relaciones familiares, relaciones sexuales y malestar psicológico general (Greenberg, 1998; Jacobsen et al., 1998; Knobf et al., 1998).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación utiliza el enfoque cuantitativo, donde se observaron situaciones ya existentes, ya provocadas y donde se relacionaban las variables estudiadas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). El tipo de investigación es descriptivo correlacional porque permite recoger información actual sobre la comunicación intrafamiliar como objeto de estudio, contribuyendo a relacionar las variables como lo son el afrontamiento a la enfermedad y el cáncer de cuello uterino.

Se empleó el Método Inductivo considerando que analizamos la comunicación intrafamiliar y el afrontamiento a la enfermedad, de manera aislada para luego determinar la relación que existen entre estas variables con la influencia de los factores producidos por la enfermedad en sí y su entorno.

El diseño es de tipo no experimental, correlacional y transversal. Dicha investigación es de tipo no experimental, debido a que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es Correlacional porque este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), comunicación intrafamiliar y afrontamiento a la enfermedad, en una muestra o contexto en particular, el cual en este caso serán pacientes con cáncer cervical de un hospital en particular. Finalmente, es de tipo Transversal dado que la recolección de datos se realizó en un único momento y tiempo.

## **2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por los pacientes con cáncer que reciben tratamientos ambulatorios durante el periodo de octubre del 2018 hasta los meses de setiembre del 2019, para los diferentes tipos de cáncer con el que fueron diagnosticados en el Hospital III Goyeneche.

Se realizó un muestreo de tipo intencional no probabilístico, utilizando como muestra a las mujeres con las que se pudo establecer un contacto seguro. La muestra está compuesta por 35 personas del sexo femenino diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, con edades comprendidas entre los 18 y los 72 años y que asisten al

Área de Oncología del Hospital III Goyeneche y que se ajusten a los siguientes criterios:

**a. Criterios de Inclusión:**

- Mujeres diagnosticadas en los últimos 12 meses con cáncer cervical
- Que tengan familia, ya sea esposo, conviviente, hijos o ambos
- Pacientes que residan en la ciudad de Arequipa junto a su familia.
- Acepten la participación del estudio.

**b. Criterios de Exclusión:**

- Mujeres que no tengan esposo, conviviente o hijos
- Pacientes que omitieron responder alguno de los test psicológicos aplicados.
- Pacientes que presenten comorbilidad con enfermedades físicas severas o crónicas antes de ser diagnosticadas de Cáncer.
- Pacientes que se encuentren o hayan atravesado el proceso de metástasis de la enfermedad.

### **3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS**

#### **A. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

**Autor:** Elaborado para el propósito de la investigación

**Año:** 2018

**Duración:** 10 minutos

**Ámbito de aplicación:** No posee rangos establecidos de edad y es individual

**Objetivo:** Conocer las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolla las condiciones de vida de la paciente.

**Descripción:** El instrumento consta de dos partes. La primera considera la recolección de datos demográficos importantes para el estudio en cuestión. La segunda parte está distribuida por preguntas cerradas sobre la comunicación del diagnóstico a los familiares, la información que recibió la paciente sobre la enfermedad y el tiempo de diagnóstico.

**Calificación:** Se realiza un conteo de las respuestas obtenidas mediante el registro de las mismas en una hoja de Excel.

## **B. ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR (*FAMILY COMMUNICATION SCALE - FCS*)**

**Autor:** H. L Barnes y David H. Olson

**Año:** 1982

**Adaptación:** Anthony Copez, David Villareal y Ángel Paz en el 2016 realizaron una investigación en la ciudad de Lima en la cual se validó el presente instrumento, ello mediante la evaluación de 491 jóvenes universitarios, con lo que se concluyó que la FCS presenta adecuadas propiedades psicométricas.

**Duración:** 10 minutos

**Edad:** Adolescentes y adultos

**Objetivo:** Evaluar la dimensión comunicación, considerada una dimensión facilitadora en el Modelo Circumplejo de relaciones maritales y de pareja.

**Administración:** Individual o colectiva.

**Descripción:** Se trata de un instrumento que, por su brevedad y sencillez, consta de 10 ítems de tipo Likert de cinco alternativas, cuya valoración es 1 (extremadamente insatisfecha), 2 (generalmente insatisfecha), 3 (indecisa), 4 (generalmente satisfecha) y 5 (extremadamente satisfecha). Es una escala unidimensional que permiten valorar las habilidades positivas de comunicación, como lo son los mensajes claros y congruentes, la empatía, las frases de apoyo y las habilidades efectivas de resolución de problemas.

**Calificación e interpretación:** La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones de los 10 ítems evaluados; la puntuación mínima es de 10 puntos la cual es catalogada como una comunicación familiar pobre; y la puntuación máxima es de 50 puntos y hace referencia a una comunicación familiar efectiva, en caso se obtengan puntuaciones medias, estas se clasificarán según como se acerque a los extremos de 10 o 50.

**Validez y confiabilidad:** Los valores de los errores de los ítems del modelo fluctúan entre .041 y .082, lo que equivaldría al 8% de la varianza no explicada. Se indica así que las puntuaciones tienen poca distorsión por lo que las estimaciones de las puntuaciones obtenidas tienen una adecuada precisión.

Adicionalmente, se analizó la confiabilidad al utilizar los siguientes indicadores: (n = 491) el índice de consistencia interna alfa de Crombach  $\alpha = .887$ , que establece un alto nivel de consistencia interna (Oviedo & Campo-Arias, 2005) y el alfa ordinal (Elosua y Zumbo, 2008), que puntúa un valor de  $\alpha = .908$  y supera el mínimo requerido de .85, por lo que se puede afirmar un alto nivel de consistencia interna (DeVellis, 2012).



## C. INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADULTOS (CRI-A)

**Autor:** R. H. Moos (1993)

**Adaptación:** Teresa Kirchner Nebot y Maria Fornes Santacana, 2010

**Duración:** Variable, entre 10 y 15 minutos en el formato de cuestionario y entre 15 y 30 en el formato de entrevista estructurada.

**Ámbito de aplicación:** Adultos a partir de los 18 años; Individual y colectiva.

**Objetivo:** Evaluación de las estrategias de afrontamiento del estrés.

**Descripción:** El inventario CRI-A consta de dos partes. En la primera de ellas el sujeto debe describir el problema por el cual está atravesando, el cual debe de haber sido vivido dentro de los últimos 12 meses. Posteriormente debe puntuar en una escala Liker de 4 puntos (desde “seguro que no” a “seguro que sí”) 10 preguntas relacionadas con la valoración primario de la situación estresante.

La segunda parte del CRI-A consta de 48 items que la paciente debe contestar en una escala de 4 puntos (desde “no, nunca” a “sí, casi siempre”). Los 48 items están divididos en 8 escalas o estrategias de afrontamiento que se resumen a continuación: Análisis lógico (AL), Reevaluación positiva (RP), Búsqueda de guía y soporte (BG), Solución de problemas (SP), Evitación cognitiva (EC), Aceptación y resignación (AR), Búsqueda de recompensas alternativas (BR) y Descarga emocional (DE). Las cuatro primeras estrategias

se consideran de aproximación al problema y las 4 últimas se evitación del problema. Asimismo, las dos primeras estrategias de cada bloque suponen una manera de afrontar los problemas por la vía cognitiva y las dos últimas suponen un afrontamiento de tipo conductual.

**Calificación e interpretación:** La primera parte del cuestionario, correspondiente a los 10 ítems sobre cómo percibe el sujeto el problema descrito, tiene una interpretación cualitativa por lo que no precisa de ningún tipo de corrección adicional. A partir de las respuestas anotadas, el evaluador podrá observar si el sujeto percibe el problema como un reto o como una amenaza, si asume su propia responsabilidad, si atribuye la responsabilidad a otros, etc.

Las respuestas dadas por el sujeto a los ítems de la segunda parte del CRI-A se copian a una página de corrección situada debajo del propio ejemplar. Luego de ello se debe de realizar una sumatoria según cada escala, a continuación, se pasará a obtener las puntuaciones directas de cada estrategia de afrontamiento, para ello las respuestas a los ítems están dispuestas en 8 columnas, cada una correspondiente a una escala. Una vez calculadas las puntuaciones directas de las ocho escalas, se deberán obtener las puntuaciones típicas y los percentiles, los cuales serán trasladados a un perfil del evaluado, los cuales están clasificados de la siguiente forma: Considerablemente por debajo del promedio tiene un Percentil  $\leq 6$ , Bastante por debajo del promedio considera a los percentiles 7-16, Algo por debajo del promedio esta dentro del rango 17-33, la categoría Promedio corresponde a los percentiles 34-66, Algo

por encima del promedio considera los percentiles 67-83, Bastante por encima del promedio corresponde a los percentiles 84-93 y la última categoría Considerablemente por encima del promedio considera los percentiles  $\geq 94$ . Según esta clasificación se consigna cuales son las escalas que la persona evaluada utiliza con mayor frecuencia como estrategia de afrontamiento y cuales son aquellas estrategias que son poco frecuentes.

**Validez y confiabilidad:** Para establecer la validez de constructo del inventario CRI-A, se hizo uso de la validez por correlación ítem-test y análisis factorial confirmatorio. Respecto a la correlación ítem- test Jong (2004) menciona que un valor entre 0.2 y 0.3 es aceptable, pero requiere de mejoras.

Sin embargo, valores entre 0.3 y 0.4, son buenos. En esta investigación se obtuvo, según la correlación elemento-total corregida coeficientes superiores e inferiores a 0.20, valores altos y adecuados en los ítems indican la validez de la escala y aceptación de ítem. Se debe considerar, que cada escala está compuesta por seis ítems, indicando un total de cuarenta y ocho (Polo, 2013).

#### **4. PROCEDIMIENTOS**

Para dar inicio a esta investigación se presentó el proyecto a la dirección de la Escuela de Psicología. Una vez aprobado, se solicitó el asesoramiento de una docente de la escuela.

Seguidamente, se solicitaron los permisos pertinentes junto con las coordinaciones correspondientes con el Hospital III Goyeneche, asumiendo el compromiso de que se tomarían en cuenta todos los criterios éticos y de rigor, ello

debido a que la muestra escogida es vulnerable y es por lo mismo que se consideró conservar su identidad de forma anónima.

Luego de aceptada la realización de la investigación, se trabajó directamente con el personal del Área de Oncología, con quienes se hicieron las coordinaciones en lo que respecta al ambiente y los horarios que serían utilizados para la aplicación de los cuestionarios, lo cual es considerado como la primera parte de la investigación. Asimismo, se vio por conveniente realizar la revisión de las historias clínicas de las pacientes que serían tomadas en cuenta en la muestra, para la consignación de información relevante en la investigación. Luego de ello se procedió a la aplicación de los test para las pacientes.

Una vez terminado el proceso de evaluación se procedió a la revisión y calificación de las escalas aplicadas. Se realizó el procesamiento de la información con la base de datos de la muestra; sacando estadísticas descriptivas y correlacionales conforme a los objetivos planteados.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **1. Análisis e Interpretación de Datos**

Para el análisis de datos e interpretación de los resultados se utilizaron tablas de frecuencia, las cuales nos permiten analizar y relacionar datos (comunicación intrafamiliar y afrontamiento a la enfermedad) y para tal interpretación haremos uso del programa de análisis IBM SPSS versión 22, en el cual se procesaron los datos con un estudio de frecuencias y porcentajes, según lo requiere la investigación.

Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de frecuencia, porcentajes y tablas cruzadas y para la correlación de las variables se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman.

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL NIVEL DE COMUNICACIÓN  
INTRAFAMILIAR QUE EXISTE EN LAS PACIENTES  
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER CERVICAL**

Tabla N° 2

*Niveles de Comunicación Intrafamiliar*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Pobre	17	48,6
	Muy Efectiva	18	51,4
	Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°2 se observa la distribución porcentual de la escala de comunicación intrafamiliar, donde el 48,6% de la muestra califica en un nivel pobre, es decir que poseen limitadas habilidades para comunicar malestares y solucionar conflictos dentro de la esfera familiar; y el 51,4% de la muestra, evidencia una comunicación muy efectiva a nivel general de todo el caso en estudio, considerando que este porcentaje establece una comunicación basada en brindar mensajes claros y empáticos, así como también el confort necesario ante situaciones estresantes.

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD

Tabla N° 3

*Frecuencias y porcentajes de la Escala Análisis Lógico (AL)*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante por debajo del promedio	1	2,9
Algo por debajo del promedio	5	14,3
Promedio	14	40,0
Algo por encima del promedio	3	8,6
Bastante por encima del promedio	3	8,6
Considerablemente por encima del promedio	8	22,9
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°3 se observa la distribución porcentual de la escala Análisis Lógico (AL) a nivel general, en la cual se ha obtenido la mayor puntuación en el nivel “Promedio” con un 40%, seguido del nivel “Considerablemente por encima del promedio” con un 23%, lo cual se traduce en que este porcentaje de pacientes evaluadas realiza intentos cognitivos para prepararse mentalmente en el afrontamiento a la enfermedad y también son conscientes de las consecuencias de las decisiones que tomen durante el proceso. Los niveles con menor porcentaje son los de “Bastante por debajo del promedio” y “Considerablemente por debajo del promedio” con un 3%, quienes tienden a no poner en práctica este tipo de análisis cognitivo.

Tabla N° 4

*Frecuencias y porcentajes de la Escala de Reevaluación Positiva (RP)*

	Frecuencia	Porcentaje
Algo por debajo del promedio	2	5,7
Promedio	7	20,0
Algo por encima del promedio	6	17,1
Bastante por encima del promedio	13	37,1
Considerablemente por encima del promedio	7	20,0
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°4 se observa la distribución porcentual de la escala Reevaluación positiva (RP) a nivel general se puede observar que la puntuación mayor se dio en la clasificación “Bastante por encima del promedio”, con un 37,1%, a continuación, se encuentra el “Considerablemente por encima del promedio” con un 20%, quienes realizan intentos cognitivos para reestructurar su concepción sobre el diagnóstico de cáncer de forma positiva. En cuanto al grupo con menor porcentaje es la establecida en “Algo por debajo del promedio” con 5,7% del total de la muestra evaluada, quienes no muestran esta estrategia como parte de sus respuestas habituales al momento de afrontar una situación estresante.



Tabla N° 5

*Frecuencias y porcentajes de la Escala de Búsqueda de Guía y Soporte (BG)*

	Frecuencia	Porcentaje
Considerablemente por debajo del promedio	1	2,9
Algo por debajo del promedio	3	8,6
Promedio	7	20,0
Algo por encima del promedio	10	28,6
Bastante por encima del promedio	8	22,9
Considerablemente por encima del promedio	6	17,1
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°5 se observa que en lo que respecta a la Escala de Búsqueda de Guía y Soporte, se han obtenido los siguientes porcentajes: un 28% puntúan en la clasificación “Algo por encima del promedio”, seguidamente encontraremos un 22,9% el cual corresponde a un nivel “Bastante por encima del promedio”, quienes realizan intentos conductuales para según sus posibilidades poder informarse sobre su diagnóstico y también recibir una guía sobre cómo deben de llevar el tratamiento designado por el médico tratante, así también buscan apoyo en familiares cercanos para sentirse confortados. Uno de los porcentajes más bajos es el de 2.9% el cual pertenece al nivel “Considerablemente por debajo del promedio”, por lo cual se considera que este porcentaje de evaluadas no suelen utilizar esta estrategia de aproximación para el afrontamiento de su enfermedad.

Tabla N° 6

*Frecuencias y porcentajes de la Escala Solución de Problemas (SP)*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante por debajo del promedio	1	2,9
Algo por debajo del promedio	1	2,9
Algo por encima del promedio	5	14,3
Bastante por encima del promedio	4	11,4
Considerablemente por encima del promedio	24	68,6
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°6 se observa la distribución porcentual de la Escala Solución de Problemas (SP) a nivel general se puede observar que la puntuación mayor se dio en la clasificación “Considerablemente por encima del promedio”, con un 68,6%, a continuación, se encuentra “Algo por encima del promedio” con un 14,3%, este porcentaje tiene tendencia a afrontar la enfermedad emprendiendo acciones que las lleven a darle soluciones directas al problema, dejando de lado el aplazamiento de la toma de decisiones, ya que ello retrasa su proceso de tratamiento y mejora. De igual forma, para la clasificación de los niveles con menor porcentaje encontramos los siguientes “Bastante por debajo del promedio” con 2,9% y “Algo por debajo del promedio” con un 2,9% del total de la muestra evaluada, en los cuales no se pone en práctica esta escala de forma constante.

Tabla N° 7

*Frecuencias y porcentajes de la Escala de Evitación Cognitiva (EC)*

	Frecuencia	Porcentaje
Considerablemente por debajo del promedio	1	2,9
Algo por debajo del promedio	8	22,9
Promedio	20	57,1
Algo por encima del promedio	6	17,1
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°7 se observa la distribución porcentual de la Escala Evitación Cognitiva (EC) en la cual, a nivel general se puede observar que la puntuación mayor se dio en la clasificación “Promedio”, con un 57,1%, a continuación, se encuentra el “Algo por debajo del promedio” con un 22,9%, según estos porcentajes, se identifica que una cantidad de la muestra en ciertas ocasiones evitan pensar de forma realista sobre el problema, ya que ello las aleja del afrontamiento de la situación que para ellas resulta muy estresante. De igual forma, para la clasificación de los niveles con menor porcentaje encontramos la siguiente “considerablemente por debajo del promedio” con 2,9% del total de la muestra evaluada.

Tabla N° 8

*Frecuencias y porcentajes de la Escala Aceptación- Resignación (AR)*

	Frecuencia	Porcentaje
Algo por debajo del promedio	2	5,7
Promedio	22	62,9
Algo por encima del promedio	3	8,6
Bastante por encima del promedio	6	17,1
Considerablemente por encima del promedio	2	5,7
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°8 se observa que en la de la Escala Aceptación- Resignación (AR) a nivel general la distribución porcentual tiene como puntuación mayor la clasificación “Promedio”, con un 62,9%, a continuación, se encuentra “Bastante por encima del promedio” con un 17,1%, lo cual se traduce en que, hay un mayor porcentaje de pacientes que en algún momento en el proceso de la enfermedad comienzan a aceptar el problema, pero con una visión de que no hay nada que pueda hacer para solucionarlo. De igual forma, para la clasificación de los niveles con menor porcentaje encontramos con un 5,7% para ambos niveles de “Algo por debajo del promedio” y la clasificación “Considerablemente por encima del promedio”, quienes tienden a no utilizar constantemente esta estrategia de afrontamiento.

Tabla N° 9

*Frecuencias y porcentajes de la Escala Búsqueda de Recompensas Alternativas (BR)*

	Frecuencia	Porcentaje
Considerablemente por debajo del promedio	1	2,9
Bastante por debajo del promedio	1	2,9
Promedio	6	17,1
Algo por encima del promedio	8	22,9
Bastante por encima del promedio	5	14,3
Considerablemente por encima del promedio	14	40,0
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°9 se observa la distribución porcentual de la Escala Búsqueda de Recompensas Alternativas (BR) a nivel general se puede observar que la puntuación mayor se dio en la clasificación “Considerablemente por encima del promedio”, con un 40%, este porcentaje nos refiere que las pacientes en su gran mayoría tienden a buscar actividades alternativas u otras opciones que las ayuden a enfocarse en otras cosas las ayuden a afrontar la enfermedad. Para la clasificación de los niveles con menor porcentaje encontramos los siguientes “considerablemente por debajo del promedio” con 2,9% y “Bastante por debajo del promedio” con un 2,9% del total de la muestra evaluada, por lo cual se entiende que esta muestra no busca otras alternativas como una forma para afrontar conductualmente a la enfermedad.

Tabla N° 10

*Frecuencias y porcentajes de la Escala Descarga Emocional (DE)*

	Frecuencia	Porcentaje
Bastante por debajo del promedio	4	11,4
Algo por debajo del promedio	11	31,4
Promedio	14	40,0
Algo por encima del promedio	5	14,3
Considerablemente por encima del promedio	1	2,9
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°10 se observa la distribución porcentual de la Escala Descarga Emocional (DE) en la cual se puede observar que la puntuación mayor se dio en la clasificación “Promedio”, con un 40%, a continuación, se encuentra el “Algo por debajo del promedio” con un 31,4%, estos porcentajes pueden ser interpretados de la siguiente forma, un alto porcentaje de la muestra tiene tendencia a expresar emocionalmente su malestar, pero esta no es una estrategia constante de afrontamiento. De igual forma, para la clasificación de los niveles con menor porcentaje encontramos la clasificación “Considerablemente por encima del promedio” con 2,9 del total de la muestra tomada en la investigación.

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMUNICACIÓN INTRAFAMILAR Y LAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD SEGÚN EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO**

Tabla N° 11

*Frecuencias y porcentajes de pacientes según el tiempo de diagnóstico*

	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 4 meses	5	14,3%
De 5 a 8 meses	14	40,0%
De 9 a 12 meses	16	45,7%
Total	35	100,0%

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°12 se puede observar que en la distribución general de las evaluadas según el tiempo de diagnóstico, el mayor porcentaje se presenta en pacientes que han recibido la noticia de la enfermedad hace 9 y 12 meses atrás, correspondiente a un 45,7 % y en menor porcentaje encontramos a quienes han recibido el diagnóstico de cáncer cervical entre 1 y 4 meses (14.3%) de la muestra total evaluada.

Tabla N° 122

*Relación de la comunicación intrafamiliar y las escalas de afrontamiento a la enfermedad según el tiempo de diagnóstico*

Escalas de Afrontamiento y FCS	Rango Tiempo DX		
	De 1 a 4 meses	De 5 a 8 meses	De 9 a 12 meses
Escala AL * (FCS)	<b>0,005 (0,975)</b>	<b>0,001 (0,791)</b>	<b>0,015 (0,597)</b>
Escala RP * (FCS)	0,089 (0,821)	<b>0,031 (0,576)</b>	0,241 (0,311)
Escala BG * (FCS)	0,219 (0,667)	0,988 (0,005)	<b>0,024 (0,561)</b>
Escala SP * (FCS)	<b>0,014 (0,949)</b>	0,310 (0,293)	<b>0,003 (0,691)</b>
Escala EC* (FCS)	1,000 (0,000)	0,777 (0,083)	0,173 (0,358)
Escala AR * (FCS)	0,805 (-0,154)	0,225 (0,346)	0,554 (0,160)
Escala BR * (FCS)	0,089 (0,821)	0,318 (0,288)	0,180 (0,353)
Escala DE* (FCS)	0,155 (0,738)	0,675 (-0,123)	0,530 (0,170)
Escala Puntaje Total * (FCS)	0,037 (0,900)	0,000 (0,913)	<b>0,000 (0,971)</b>

\*Se presenta los indicadores " **Rho (Coef)**" por Rango Tiempo DX.

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En el cuadro se observa un resumen de la prueba estadísticas Rho Spearman de las Escalas de Afrontamiento y la Escala de Comunicación Familiar (FCS) por Rango Tiempo de diagnóstico, donde solo la escala de Análisis Lógico (LA), presenta significancia en la prueba Rho Spearman para los evaluados que presentan un tiempo de DX entre 1 y 4 meses, ya que sus p-valor para ambos casos son menores al nivel de significancia del 5% (0.05); para el caso de la escala de Resolución de problemas (PS) se encuentra una correlación con la prueba estadística de Spearman, ya que el p-valor es 0.014 menor al nivel de significancia del 5%, está



correlación tiene un coeficiente Rho de 0.949, lo que indica que es una correlación positiva y alta, ya que a medida que aumenta el tiempo de DX (entre 1 a 4 meses) aumenta también las puntuaciones en la escala de afrontamiento de Resolución de Problemas (PS) el cual tiene un coeficiente Rho de 0.691. Así mismo, para el rango de 5 a 8 meses se evidencian coeficientes Rho en las Escalas de Análisis Lógico y Revalorización positiva con un alto grado de significancia. Además, se observa que solo se ha encontrado correlación entre la comunicación intrafamiliar y las primeras cuatro escalas de afrontamiento, las cuales están referidas a estrategias de aproximación.

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMUNICACIÓN INTRAFAMILAR Y LAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD SEGÚN EL ESTADIO DE DIAGNÓSTICO**

Tabla N° 133

*Frecuencias y porcentajes del estadio de diagnóstico de cáncer cervical*

	Frecuencia	Porcentaje
Estadio IB	4	11,4%
Estadio IIA	3	8,6%
Estadio IIB	21	60,0%
Estadio IIIB	6	17,1%
Estadio IVB	1	2,9%
Total	35	100,0%

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

En la tabla N°14 se puede observar que el de la distribución general de pacientes según el estadio de diagnóstico de cáncer de cuello uterino, el mayor porcentaje se presenta en pacientes que han recibido la noticia cuando su el cáncer se encontraba en el estadio IIB, lo cual corresponde a un 60,0 % seguido del estadio IIIB con un porcentaje de 17,1% y en menor porcentaje encontramos a pacientes que tienen el diagnostico en el estadio IVB con un 2,9% de la muestra total evaluada.

Tabla N° 144

*Significancia de las Escalas de Afrontamiento y la Escala de Comunicación Familiar (FCS) por Tipo de Dx.*

Escalas de Afrontamiento y FCS	Tipo Dx.				
	IB*	IIA*	IIB*	IIIB*	IVB*
Escala AL * (FCS)	<b>0.051 (0.949)</b>	0.333 (0.866)	<b>0.000 (0.716)</b>	<b>0.005 (0.94)</b>	--- (-)
Escala PR * (FCS)	<b>0.051 (0.949)</b>	0.333 (0.866)	0.478 (0.164)	0.373 (0.448)	--- (-)
Escala BG * (FCS)	0.262 (0.738)	0.333 (0.866)	<b>0.041 (0.45)</b>	0.756 (-0.164)	--- (-)
Escala SP * (FCS)	0.684 (0.316)	0.667 (0.5)	<b>0.002 (0.643)</b>	0.933 (-0.045)	--- (-)
Escala EC * (FCS)	0.225 (0.775)	--- (-)	0.321 (0.228)	0.677 (0.219)	--- (-)
Escala AR * (FCS)	0.684 (0.316)	--- (-)	0.654 (0.104)	0.214 (0.594)	--- (-)
Escala BR * (FCS)	0.262 (0.738)	0.667 (-0.5)	0.374 (0.204)	1.00 (0.000)	--- (-)
Escala DE * (FCS)	0.262 (0.738)	0.667 (-0.5)	0.394 (0.196)	0.774 (/0.152)	--- (-)
Escala Puntaje Total * (FCS)	0.051 (0.949)	0.333 (0.866)	<b>0.000 (0.945)</b>	- / (-)	--- (-)

(Chi Cuadrado y Rho Spearman)

\*Se presenta los indicadores " **Rho (Coef)**" por Cada Tipo DX.

En el cuadro se observa un resumen de la prueba estadísticas Rho Spearman de las Escalas de Afrontamiento y la Escala de Comunicación Familiar (FCS) por estadio de cáncer de cuello uterino, solo la escala de Análisis Lógico (LA), presenta significancia en la prueba Rho Spearman para los evaluados que presentan la enfermedad en el Estadio IIIB, ya que sus "p" valor para ambos casos son menores al nivel de significancia del 5% (0.05). En cuanto al estadio IB, se evidencia que las escalas de Análisis Lógico y Revaloración positiva, presentan indicadores significativos, con un p-valor de 0.949. Finalmente se establece una correlación importante en cuanto a las dos variables de estudio y el estadio IIB de cáncer de cuello uterino.

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RELACIÓN ENTRE LA COMUNICACIÓN  
INTRAFAMILAR Y LAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO A LA  
ENFERMEDAD Y LA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS**

Tabla N° 155

*Frecuencias y porcentajes del número de hijos de las pacientes*

	Frecuencia	Porcentaje
No tiene hijos	1	2,9
De 1 a 2 hijos	15	42,9
De 3 a 4 hijos	14	40,0
De 5 a 7 hijos	5	14,3
Total	35	100,0

*Fuente propia (2019), para efectos de la investigación*

Según la estadística presentada en la anterior tabla, se evidencia que el mayor porcentaje de mujeres que tienen hijos es de aquellas que tienen entre 1 o 2 hijos, ello demostrado por el porcentaje de 42,9%, en segundo lugar, encontraremos aquellas pacientes que representan un 40% y tienden a tener 3 a 4 hijos. Finalmente, el menor porcentaje es de la muestra que no tiene hijos, el cual está representado con un 2,9%.

Tabla N° 166

*Relación entre las Escalas de Afrontamiento y la Comunicación Intrafamiliar según el número de hijos*

	Integrantes de Familia			
	No tiene hijos*	De 1 a 2 hijos*	De 3 a 4 hijos*	De 5 a 7 hijos*
Escala AL * (FCS)	-	<b>0.000 (0.869)</b>	<b>0.000 (0.821)</b>	0.553 (0.359)
Escala RP * (FCS)	-	0.266 (0.307)	<b>0.016 (0.630)</b>	<b>0.026 (0.921)</b>
Escala BG * (FCS)	-	<b>0.032 (0.553)</b>	0.267 (0.319)	0.542 (0.368)
Escala SP * (FCS)	-	<b>0.039 (0.538)</b>	<b>0.011 (0.653)</b>	0.219 (0.667)
Escala EC * (FCS)	-	0.036 (0.544)	0.946 (0.020)	0.571 (-0.344)
Escala AR * (FCS)	-	0.148 (0.392)	0.873 (0.047)	0.185 (-0.703)
Escala BR * (FCS)	-	0.810 (0.068)	0.256 (0.326)	0.828 (0.135)
Escala DE * (FCS)	-	0.611 (0.143)	0.536 (0.181)	0.870 (0.103)
Escala Puntaje Total * (FCS)	-	0.000 (0.932)	0.000 (0.956)	0.000 (1.000)

\*Se presenta los indicadores " Rho (Coef)" por Número de Integrantes de Familia.

Según la estadística presentada en la tabla anterior, se evidencia que existe una mayor correlación entre mujeres que tienen entre 1 a 4 hijos con la efectividad que existe en la comunicación intrafamiliar, mostrando mayores estrategias de afrontamiento de aproximación. En cuanto a las mujeres que tienen entre 5 y 7 hijos se evidencia una mejor correlación con la estrategia de aproximación referente a la estrategia de Solución de problemas.

## DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la comunicación intrafamiliar y las escalas de afrontamiento a la enfermedad en las mujeres institucionalizadas con cáncer cervical en el Hospital III Goyeneche de Arequipa; los resultados evidenciaron que las pacientes tienden a utilizar estrategias de afrontamiento de tipo de aproximación cuando la comunicación intrafamiliar es efectiva, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por María Fernández; Lucía Hernández; Inmaculada Martínez (2018) quienes realizaron una investigación con métodos mixtos, en la cual se pretendió analizar la comunicación que se genera a partir del diagnóstico de cáncer de mama entre una madre y sus familiares más cercanos, afirmando que una comunicación efectiva en la familia no es la cura de ninguna enfermedad, pero sí mejora la manera en que la familia en su conjunto se enfrenta a ésta y contribuye a la eliminación de situaciones de estrés y malestar en la mujer. De la misma forma, Rodríguez Y. y Costas, R. (2013) concluyen que la necesidad de dirigir los servicios de salud, no sólo es para la paciente, sino también al sistema familiar al cual ella pertenece. Es necesario que se ayude a la familia a explorar los sentimientos y miedos relacionados al cáncer, fomentar la comunicación entre éstos, evaluar el impacto de la enfermedad a nivel estructural y fomentar la re-organización del sistema a partir del diagnóstico, durante el tratamiento, postratamiento y periodo de sobrevivencia. Toda esta información nos permite afirmar que a mejores niveles de eficacia en la comunicación intrafamiliar se da la presencia de un mayor índice de respuestas de afrontamiento, del tipo de aproximación, haciendo consciente a la paciente sobre su situación y sobre la búsqueda de estrategias de solución, por lo cual se afirma nuestra

hipótesis planteada, asimismo cabe mencionar que las respuestas de afrontamiento que brindará la paciente serán tanto de corte cognitivo como conductual.

En cuanto al objetivo de identificar cuáles eran los niveles de comunicación intrafamiliar que presentaba la muestra elegida, se evidencia que en cuanto exista una comunicación efectiva entre la paciente y sus familiares, los malestares psicológicos se verán disminuidos. Parecidos resultados se encontraron en la investigación de Rivero, Martínez y Iraurgi (2011) quienes realizaron un estudio con 455 personas, en la cual se concluyó que parecen encontrar mayor número de síntomas en los miembros de familias con liderazgo irregular y con roles poco claros y menor número de síntomas físicos cuando se permite la expresión y el intercambio de ideas, pensamientos y sentimientos, entendido este como una comunicación efectiva.

Como segunda variable de estudio se encuentra el afrontamiento a la enfermedad, en cuyo caso se evidenció una mayor incidencia de práctica de las pacientes en cuanto a las respuestas de aproximación, las cuales son tipificadas como aquellas que buscan el reajuste psicológico luego de haber recibido el diagnóstico de cáncer cervical, para así también evitar perfiles de riesgo psicopatológico comórbido a la enfermedad ya diagnosticada. Entre este tipo de estrategias encontramos específicamente a las de Análisis Lógico, siendo un medio para que la paciente se prepare mentalmente en cuanto al proceso de la enfermedad y la estrategia de Solución de conflictos, la cual tiene como tendencia querer darle una solución directa a la situación estresante. Coppari; Acosta; Buzó; Nery y Ortiz (2014) realizaron una investigación en Paraguay en la cual su objetivo fue explorar y describir las estrategias de Afrontamiento y la percepción sobre Calidad de Vida y Salud de pacientes con Cáncer y Sida, llegando a la conclusión que la mayoría de los pacientes afronta el

proceso de su enfermedad con estrategias de aproximación, asimismo, es notoria la diferencia entre los que están hospitalizados y los que llevan el tratamiento ambulatorio, donde estos últimos presentan una percepción y calificación más favorable de su Calidad de Vida, por lo cual el estudio cualitativo mostró que el estilo de afrontamiento ha sido considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación a la enfermedad, son las estrategias de aproximación las que podrían, incluso, favorecer la valoración de Calidad de Vida. Dichos datos se ven fundamentados en la teoría de Moos (1988) y Moos y Schaefer (1984,1993) quienes plantean que desde la consideración de que la enfermedad física supone una “crisis vital” para el sujeto, entiende que el proceso de afrontamiento se inicia con una evaluación cognitiva que da significado a la enfermedad y que determina las tareas de adaptación o lo que es igual, las metas u objetivos que deberá lograr mediante la puesta en marcha de las “habilidades de afrontamiento”

En cuanto a la relación estudiada entre la comunicación intrafamiliar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes según el tiempo de diagnóstico, se encuentra una similitud con el estudio realizado por Fernández, Hernández, & Martínez (2018) el cual hace referencia a que se refleja una variación, cambios en la comunicación intrafamiliar tras el diagnóstico de cáncer de mama. La enfermedad provoca en la mujer una serie de emociones derivadas tanto del diagnóstico como del curso o proceso de la enfermedad que se refleja en la comunicación familiar. A la hora de comunicar el diagnóstico, pareja e hijos pasan a ser el primer punto de mira y, como se ha podido comprobar a través de la recogida de información cualitativa, las mujeres experimentan una serie de emociones como son malestar, susto o preocupación, algo que concuerda con otras investigaciones. Por ello, la mayoría de las veces, se apoyan en su pareja para que el momento de la comunicación a la



familia, ya sea hijos, padres o amigos, sea una carga compartida. Ese impacto y esos sentimientos no son solamente percibidos por la mujer, sino que la pareja y los hijos también son sometidos a un cambio sustancial y experimentan emociones muy variadas.

El tercer objetivo en estudio nos manifiesta que las estrategias de afrontamiento del tipo de aproximación y la comunicación intrafamiliar hallan su relación sobre todo cuando la paciente lleva un tiempo de diagnóstico de entre 9 y 12 meses, ello relacionado con lo mencionado por Taylor (1983) quien manifiesta que el hecho de enfrentarse a la enfermedad oncológica y luego de superar el largo proceso de acomodación, la persona descubre experiencias positivas, viendo en ella la posibilidad de un aprendizaje que le sirva de cara a posibles problemas futuros, suponiendo una oportunidad de descubrir aspectos positivos de la vida. Hay que destacar, que, frente al diagnóstico del cáncer, la persona lo considera como un reto que debe asumir y no como una derrota, haciendo uso de los recursos que posee, desplegando una serie de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los estresores asociados a la enfermedad crónica y a los tratamientos médicos, lo cual juega un papel importante en la adaptación de la enfermedad (Bayés, 1985). En relación con esta idea, Breitbart (2000) encuentra que el afrontamiento resulta un mecanismo protector ante el estrés y la resiliencia, la que se convierte en el pilar fundamental que le permite a la paciente oncológica adaptarse constructivamente a su nueva realidad.

Haciendo mención al cuarto objetivo, en el cual se habla del estadio en el cual se encuentra la enfermedad y su relación con la comunicación intrafamiliar y las estrategias de afrontamiento, sobresalen aquellas que son sobre todo estrategias de aproximación, como las de Análisis Lógico, al tratar de ver la situación presente de forma realista y utilizando medios cognitivos para poder enfrentar la enfermedad, asimismo esta la

Búsqueda de guía y apoyo sobre todos de sus seres queridos más cercanos y la solución de problemas, tanto de forma individual como colectiva, con el único fin de poder afrontar la enfermedad. Todas estas presentan una mayor prevalencia en mujeres que se encuentran en un estadio IIB de la enfermedad, en el cual el cáncer cervical aun no traspasa la pared pélvica. Es en medio de esta situación que, como lo menciona Ovelar (2016) el cáncer irá estableciendo diferentes 'fases' en la mente de cada persona; a menudo, las personas enfermas y sus familias diferencian estas fases acordes al tratamiento que esté teniendo lugar ("durante la temporada de la operación", "en la fase de la quimioterapia", "ya hemos superado la recuperación"). Rolland (2000) citado por Ovelar (2016) subraya que las transiciones entre las fases a lo largo del curso de la enfermedad son fundamentales tanto para la adaptación individual, como para la de la familia.

Respecto al quinto objetivo planteado, dirigido a relacionar las dos variables principales según los integrantes de la familia con los que interactúa la paciente, los resultados muestran que existe una relación entre la efectividad de la comunicación familiar según las estrategias de afrontamiento, específicamente las de aproximación, sobre todo en aquellas mujeres que viven en un hogar con pareja e hijos, según Acosta, López, Martínez, & Zapata (2017) concluyeron en su estudio que la mayoría de las mujeres estudiadas cuenta con una familia nuclear (casadas y unión libre). Asimismo, la mayoría de las mujeres del estudio utiliza estrategias de afrontamiento activo, principalmente la encaminada a la resolución del problema, datos que coinciden con la mayoría de los estudios realizados en población mexicana. De acuerdo a lo encontrado las mujeres con pareja presentaron mayormente afrontamiento activo con significancia estadística siendo un factor protector para las estrategias de afrontamiento activas, podríamos considerar aquellas mujeres sin pareja

como en mayor riesgo de presentar estrategias de afrontamiento pasivas las cuales varios autores asocian a estados depresivos y ansiedad. En el caso de los hijos, independientemente de la edad y de la cantidad de los mismos, van a experimentar emociones similares, pero son emociones a las que se tienen que enfrentar y son ellos mismos quienes deben decidir cómo canalizarlas. Proporcionarles información de manera regular, responder a sus preguntas, hablar de sus sentimientos contribuye a afrontar la situación.

Por tanto, a partir de los resultados encontrados, se confirma cada uno de los planteamientos de esta investigación, así como la confirmación de la formulación de nuestro problema y la hipótesis, y genera las necesidades de implementar estos resultados en las estrategias de identificación temprana en este tipo de enfermedades, ya que sin la intervención necesaria, más pacientes llevarán su enfermedad sin el apoyo institucional necesario y en el momento en que sean diagnosticadas, se producirán mayores efectos en la persona y la familia que se encuentra a su lado. Asimismo, no solo la elaboración de estadística es necesario, sino también la implementación de planes de intervención, los cuales nos darán las luces sobre la labor que realiza el psicooncólogo en este campo y sobre cuáles son aquellas técnicas e intervenciones más idóneas, con el fin de disminuir el malestar psicológico de dicha población.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.** – Existe una relación significativa entre la comunicación intrafamiliar y las escalas de afrontamiento y específicamente la de aproximación, que está enfocada a que la paciente direcciona sus esfuerzos a poder hacerle frente a la enfermedad, utilizando tanto medios cognitivos como conductuales.

**SEGUNDA.** – Una mayor cantidad de la muestra escogida presenta una comunicación efectiva en relación con sus familiares directos, expresando sus malestares, sentimientos y emociones en cuanto al proceso de la enfermedad diagnosticada, ya que como se mencionó anteriormente, la comunicación intrafamiliar es una esfera influyente en la convivencia diaria con los seres queridos y más en momentos de dificultad.

**TERCERA.** – Las escalas de afrontamiento a la enfermedad con mayor predominancia son las relacionadas con las respuestas de aproximación, tanto las de tipo cognitivo como conductual, conduciendo a las pacientes a la búsqueda del equilibrio y del propio reajuste psicológico en el transcurso de la situación de estrés.

**CUARTA.** – La relación entre la comunicación intrafamiliar y las escalas de afrontamiento de tipo de aproximación encuentran su relación en

pacientes que llevan un tiempo de diagnóstico de entre 9 y 12 meses, teniendo como estrategia de afrontamiento frecuentes las de Análisis Lógico, Búsqueda de guía y apoyo, y finalmente la escala de Resolución de conflictos.

**QUINTA.** – Se encontró una diferencia estadística significativa entre las pacientes que tienen un tipo de comunicación familiar efectiva y estrategias de afrontamiento de aproximación con respecto a la muestra de pacientes que tienen estrategias de afrontamiento de tipo evitativos, siendo considerado que estas se hacen presentes con mayor influencia en pacientes que atraviesan un estadio de cáncer de tipo IIB.

**SEXTA.** – Las pacientes que son acompañadas durante el proceso de enfermedad por hijos, pareja o ambos tiende a presentar mayores niveles de estrategias de afrontamiento que las ayudan a buscar soluciones al tipo de enfermedad que padecen, asimismo tendrán la tendencia a comunicar sus malestares a sus seres queridos más allegados.

## SUGERENCIAS

1. Realizar estudios considerando a pacientes con diferentes tipos de cáncer; para poder comprender cómo se da la reestructuración en la esfera familiar frente al diagnóstico y cuáles son aquellos factores que influyen en el afrontamiento a la enfermedad.
2. Mejorar la accesibilidad en investigación con respecto a diferentes centros especializados que traten enfermedades físicas, ya que con ello se buscaría la generalización de datos, con lo cual se tendría una mejor visión sobre cómo viven la enfermedad las personas diagnosticadas con cáncer.
3. Involucrar a la familia en el abordaje psicológico en pacientes diagnosticados con cáncer para mejorar la comunicación, desarrollando programas de intervención intrafamiliar.
4. La especialización en el campo de la psicooncología es necesaria, ya que, sin ello, guiamos a los pacientes con este tipo de males hacia senderos muchas veces incorrectos, dejando de lado la importancia que tiene en ellos el poder afrontar el cáncer con herramientas que fortalezcan su salud mental.
5. Fortalecer en la institución de intervención el trabajo multidisciplinario, en el cual se fortalezca el vínculo entre el personal médico con este tipo de pacientes, quienes debido a su condición médica muestran niveles de susceptibilidad variables y necesitan la comprensión y escucha del personal sanitario.

## REFERENCIAS

- Achury, D., & Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de su vida. *Enfermería Universitaria*, 55-60.
- Acosta, E., López, C., Martínez, M., & Zapata, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte Sanitario*, 16(2).
- Albendea, C. (2017). La Familia: Comunicación asertiva para una buena relación emocional. Obtenido de <https://emotivacpc.es/la-familia-comunicacion-asertiva-para-una-buena-relacion-emocional/>
- Asociación Española contra el Cáncer . (2018). *Asociación Española contra el Cáncer*. Obtenido de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-con-cancer/reacciones-frente-cancer>
- Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino, N., & Tam, E. (2013). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional. *Revista de Enfermería Herediana*, 18-24. Recuperado el 27 de Octubre de 2019, de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/enero/04%20Uterino.pdf>
- Begazo, P. (2004). El cáncer y la psicooncología. *Confianza*, 19-20.

Belloch, A., & Olabarria, B. (s.f.). El modelo bio-psico-social: Un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. Obtenido de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1993/vol2/arti8.htm>

Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: Aspectos generales. *Manual de Psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651177>

Bojorge, A. (2016). Los patrones de comunicación familiar y su impacto en la promoción de la dieta correcta y la activación física en la adolescencia. Tlaquepaque. Obtenido de <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/4391/Los+patrones+de+comunicaci%C3%B3n+familiar+y+su+impacto+en+la+promoci%C3%B3n+de+la+dieta+correcta+y+la+activaci%C3%B3n+f%C3%ADsica+en+la+adolescencia.pdf?sequence=3>

Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. 2. Madrid. Obtenido de <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/04/Control%20emocional%20estilo%20represivo%20de%20afrontamiento%20y%20cancer%20-%20ansiedad%20y%20cancer.pdf>

Cassaretto, M., & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, XXIV(1), 109-140. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337829536005.pdf>



- Castro, L. J. (2007). El cancer de cervix y su influencia en la calidad de vida de las mujeres. Colombia. Obtenido de <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2216/131444.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cervera, S., & Aubá, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 7-29. Recuperado el 15 de Noviembre de 2019, de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-1.pdf>
- Cesaro, C. (2015). Resiliencia, estrategias de afrontamiento y ajuste mental en un grupo de pacientes con cáncer de mama hospitalizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perú. Recuperado el noviembre de 2019, de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/253>
- Córdova, M. (2015). Relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino del servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa 2015. Perú.
- Costa, D., González, M., Masjuan, N., Trápaga, M., Del Arca, D., Scafarelli, L., & Feibuscheurez, A. (2009). Escala de Evaluacion del fucionamiento familiar FACES IV: Proceso de adaptacion a Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicologicas*, III(1), 43-56. Obtenido de <http://Dialnet-EscalaDeEvaluacionDelFuncionamientoFamiliarFacesIV-3983761.pdf>
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicoongología*, 9-19.

Davis, F. (1993). El lenguaje de los gestos. Emece Editores. Obtenido de [https://lemon2a.files.wordpress.com/2009/09/flora\\_davis\\_-\\_el\\_lenguaje\\_de\\_los\\_gestos.pdf](https://lemon2a.files.wordpress.com/2009/09/flora_davis_-_el_lenguaje_de_los_gestos.pdf)

De La Torre, D., & Marroquín, J. (2017). Felicidad y estilos de afrontamiento al estrés en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Perú.

Die Trill, M. (2003). La psicooncología y las funciones del psico-oncólogo. Madrid. Obtenido de [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/SEOM\\_LA\\_PSICOONCOLOGIA\\_Y\\_LAS\\_FUNCIONES\\_DEL\\_PSICO\\_ONCOLOGO.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/SEOM_LA_PSICOONCOLOGIA_Y_LAS_FUNCIONES_DEL_PSICO_ONCOLOGO.pdf)

Fernández, M., Hernández, L., & Martínez, I. (2018). Comunicación intrafamiliar y cáncer de mama. *Psicooncología*, 15(1), 103-118.

Flórez, J., & Klimenko, O. (2011). Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al Programa de asistencia paliativa de la Corporación. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "PSICOESPACIOS"*, 5(7). Obtenido de <http://www.iue.edu.co/revistasiue/index.php/Psicoespacios>

Flórez, J., & Klimenko, O. (2011). Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al Programa de asistencia paliativa de la Corporación FORMAR. *Psicoespacios*, 18-42. Recuperado el 20 de Noviembre de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5012879.pdf>

Font, A., & Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 27-42.

Fuentes, S., & Blasco, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*, 51-60.

García, L. (2018). Factores psicológicos y nivel de afrontamiento de la paciente con cáncer de mama Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte. Perú. Recuperado el 15 de noviembre de 2019, de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11736>

Gerencia Regional de Salud de Arequipa. (s/f). Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa. Arequipa, Perú.

González, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3).

Gonzalez, M. (2004). *Manual de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos*. Madrid: TEA Ediciones.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta Edición ed.). México: McGRAW-HILL.

Instituto de Adicciones: Madrid y Salud. (s.f.). Comunicación: Guía para familias. Madrid.

Obtenido de

<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/PublicacionesAdicciones/ficheros/Comunicacion.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). Programa de prevención y control del cáncer. Perú.

Instituto Nacional del Cáncer. (2019). *Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/paciente/tratamiento-cuello-uterino-pdq>

Jorques, M. J. (2015). Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama. Valencia. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/71050771.pdf>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

Llerena, L. (2018). Funcionamiento familiar y su relación en el afrontamiento a la enfermedad del paciente oncológico del hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018. Perú. Recuperado el 17 de noviembre de 2019, de [http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/8502/1/T059\\_71409409\\_T.pdf](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/8502/1/T059_71409409_T.pdf)

Maldonado, H. (1995). *Manual de comunicación oral*. México, México: Alhambra Mexicana.

Martín, D., Zanier, J., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 175-182. Recuperado el 18 de Noviembre de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v8n2/v8n2a09>

Mikulic, I., & Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del Inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones*, 305-312.

Ministerio de Salud. (Junio de 2017). Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Uterino. Lima, Perú. Obtenido de [file:///C:/Users/Lucas/Downloads/guia\\_tecnica\\_cancer\\_cuello\\_uterino%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lucas/Downloads/guia_tecnica_cancer_cuello_uterino%20(1).pdf)

Moos, R. H. (2010). *Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos*. Madrid: TEA Ediciones.

Murillo, A. (2016). Calidad de vida relacionada al tratamiento ambulatorio en pacientes con Cáncer de Cervix. Hospital Goyeneche. Arequipa. 2015. Arequipa. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1803/ENmucham.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

Organizacion Panamericana de la Salud. (2016). *Control integral del Cancer Cervicouterino: Guia de practicas esenciales*. Obtenido de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799\\_spa.pdf?ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1)

Orozco-Gómez, Á. M.-O. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 203-217.

Ovelar, I. (2016). El impacto del cancer en la familia. España. Obtenido de <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3%C2%BA-online-14.pdf>

Paladines, M., & Quinde, M. (2010). Disfuncionalidad familiar en niñas y su incidencia en el rendimiento escolar. Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2267/1/tps602.pdf>

Pérez, C., & Rodríguez, F. (2006). Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar. *Revista Psicología Científica*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2019, de <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-oncologica-afrontamiento-familiar/>

Pousa, Verónica, Miguelez, A., Hernández, M., González, M., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: Una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista colombiana de Cancerología*, 166-172.

Puga, A. D. (Octubre de 2000). La Comunicación interpersonal familiar: Un estudio de caso en Ciudad Juarez, Chihuahua en dos grupos de mujeres, uno de empleadas de la Universidad Atonoma Cd. Juarez y el otro de la maquiladora Thomson Televisores de Mexico. Monterrey, Mexico. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/792/1/1080095119.PDF>

Rivero, N., Martínez, A., & Iraurgi, I. (2011). El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicósomáticos.

Robert M., V., Álvarez O., C., & Valdivieso B., F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. 24(4), 677-684. Obtenido de [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/REV--MED--CLIN.-CONDES---2013;-24\(4\)-WEB.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/REV--MED--CLIN.-CONDES---2013;-24(4)-WEB.pdf)

Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 677-684.

Rodríguez, Y., & Costas, R. (2013). El diagnóstico de cáncer de mamas desde una perspectiva familiar: Retos para la Psicooncología en America Latina. *Revista Interamericana de Psicología*, 47(1), 121-130.

Rosado, S. (2017). Estrategias de afrontamiento en adolescentes con cáncer. Perú.

Rowland, J., & Marrie, M. (1998). La vida después del cáncer de mama: comprender la calidad de vida y el funcionamiento sexual de las mujeres. *Revista de oncología clínica*, 501-514.

Taylor, S. (1991). *Seamos Optimistas. Ilusiones Positivas*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Thompson, D., & Rock, A. (1993). *Ginecología Quirúrgica*. Georgia: Médica Panamericana.

Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1).

Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 241-257.

Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 241-257.

Vargas, A. (2015). Perfil Psicológico y estrategias de afrontamiento ante la enfermedad de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático. Murcia. Obtenido de <https://digitum.um.es › xmlui › bitstream>

Vargas, D. (Mayo de 2011). *Psicooncología*. Obtenido de Psicólogos Perú: <https://psicologosperu.blogspot.com/2011/05/psicooncologia.html>

Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28. Obtenido de [http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS\\_5\\_esp\\_15-28.pdf](http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf)

Viggiano, N. V. (Mayo de 2009). Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana. Jan José, Costa Rica. Obtenido de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan040441.pdf>



# **ANEXOS**

## Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Jenifer Elena Arenas Bustinza de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. La meta de este estudio es conocer la relación entre la comunicación familiar y el afrontamiento a la enfermedad por parte de mujeres con cáncer cervical del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la señorita Jenifer Arenas Bustinza. He sido informada de que la meta de este estudio es conocer la relación entre la comunicación familiar y el afrontamiento a la enfermedad por parte de mujeres con cáncer cervical del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

Me han indicado también que tendré que responder, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la señorita encargada al teléfono que me será proporcionado.

-----

-----

-----

**Nombre del Participante**

**Firma de la Participante**

**Fecha**

## FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

DATOS GENERALES											
Nombre:						Edad:					
Dirección (Distrito):						Lengua materna:					
Fecha y lugar de nacimiento:						Fecha de entrevista:					
NIVEL DEMOGRÁFICO											
Nivel de estudios	Primaria		Secundaria		Estudios universitarios			Estudios técnicos			
Trabajo	SI		NO		Independiente		Contratado		Indefinido		
Estado civil	Soltera		Casada		Conviviente			Viuda		Separada	Divorciada
Hijos	Uno		Dos		Tres		Cuatro				
MIEMBROS DEL HOGAR											
Nombre	Edad	Sexo		Parentesco	Relación			¿Siente que le brindan apoyo?			
		M	F		Buena	Regular	Mala	Si	No	¿Por qué?	
Tipo de diagnóstico					Tiempo de diagnóstico					Tratamientos recibidos	
Comunicación del diagnóstico	SI		NO		¿A quiénes?						
¿Luego de cuánto tiempo comunicó la noticia?											

## ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR (FCS)

Nº	PREGUNTA	Extremadamente insatisfecha	Generalmente insatisfecha	Indecisa	Generalmente satisfecha	Extremadamente satisfecha
1.	Los miembros de la familia están satisfechos con la forma en que nos comunicamos					
2.	Los miembros de la familia son muy buenos escuchando					
3.	Los miembros de la familia se expresan afecto unos a otros					
4.	Los miembros de la familia son capaces de preguntarse entre ellos lo que quieren					
5.	Los miembros de la familia pueden discutir calmadamente sus problemas					
6.	Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias entre ellos					
7.	Cuando los miembros de la familia se preguntan algo, reciben respuestas honestas					
8.	Los miembros de la familia tratan de entender lo sentimientos de los otros miembros					
9.	Cuando se enojan, los miembros de la familia rara vez se dicen cosas negativas unos a otros					
10.	Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos entre sí					

## Inventario de Respuestas de Afrontamiento – CRI-A

### Instrucciones:

Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida. Conteste, por favor, cada una de las preguntas que se refieren al problema o situación que describió anteriormente, haciendo una cruz en el casillero seleccionado.

Nº	PREGUNTA	SEGURO QUE NO	GRALTE. NO	GRALTE. SI	SEGURO QUE SI
1.	¿Tuvo que enfrentar un problema como este antes?				
2.	¿Sabía que ese problema le iba a pasar?				
3.	¿Tuvo tiempo para prepararse para enfrentar este problema?				
4.	¿Cuándo sucedió este problema, ¿Pensó en él como una amenaza?				
5.	¿Cuándo sucedió este problema, ¿Pensó en él como un desafío?				
6.	Este problema, ¿Fue causado por algo que Ud. hizo?				
7.	Este problema, ¿Fue causado por algo que alguien hizo además de Ud.?				
8.	¿Hubo algo positivo al enfrentar este problema?				
9.	¿Se resolvió este problema o situación?				

10.	Si el problema está resuelto, ¿Se resolvió en forma favorable para Ud.?				
-----	---	--	--	--	--

- 0** si su respuesta es **NUNCA**
- 1** si su respuesta es **UNA O DOS VECES**
- 2** si su respuesta es **ALGUNAS VECES**
- 3** si su respuesta es **MUCHAS VECES.**

N.º	PREGUNTA	0	1	2	3
1	¿Pensó en diferentes formas de solucionar este problema?				
2	¿Se dijo cosas a sí misma para sentirse mejor?				
3	¿Hablo con su esposo u otro familiar sobre este problema?				
4	¿Hizo un plan de acción para enfrentar el problema y lo cumplió?				
5	¿Intento olvidarlo todo?				
6	¿Sintió que el paso del tiempo cambiaría las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				
7	¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8	¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojada, deprimida, bajoneada o triste?				
9	¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?				
10	¿Se dijo a Ud. misma que las cosas podían ser peores?				
11	¿Habló con algún amigo o amiga de este problema?				
12	¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran?				
13	¿Trató de evitar pensar en este problema?				
14	¿Se dio cuenta que no tenía control sobre este problema?				

15	¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?				
16	¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				
17	Se imaginó, una y otra vez, ¿qué decir o hacer?				
18	¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19	¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc.)?				
20	¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21	¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?				
22	¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23	¿Trató de hacer nuevos amigos o amigas?				
24	¿Se mantuvo alejada de la gente en general?				
25	¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?				
26	¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27	¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?				
28	¿Trató de resolver este problema, al menos en dos formas diferentes?				
29	¿Evitó pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?				
30	¿Aceptó los problemas, porque pensó que nada se podía hacer?				
31	¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32	¿Gritó como forma de desahogarse?				
33	¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?				

34	¿Trató de decirse a sí misma que las cosas mejorarían?				
35	¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36	¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				
37	¿Deseó que los problemas hubieran desaparecido o pasado?				
38	¿Esperó que sucediera lo peor?				
39	¿Le dedicó más tiempo actividades recreativas?				
40	¿Lloró y descargó sus sentimientos?				
41	¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42	¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo				
43	¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44	¿Tomó las cosas de una por vez?				
45	¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?				
46	¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47	¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?				
48	¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				