FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TÉSIS

AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE LOS FAMILIARES DESDE EL MODELO DE CALLISTA ROY EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO AMBULATORIO DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2016.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORES

Bach. Vilchez Cubas Nestor Eduardo

Bach. Villegas Azabache Leyla

Pimentel, Marzo del 2017

AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE LOS FAMILIARES DESDE EL MODELO DE CALLISTA ROY EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO AMBULATORIO DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2016.

Aprobación del informe de investigación

Mg. SC. Chávarry Ysla Patricia del Rocío
ASESORA METODOLÒGICA

Mg. Bernal Corrales Fátima Del Carmen
PRESIDENTA

Lic. Castro Limo Lidia Mariela
SECRETARIA

Mg. Zaida Elizabeth Torres Rufasto
VOCAL

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a Dios porque está conmigo a cada paso que doy, protegiéndome y dándome fortaleza para continuar; A mis padres Pedro Villegas Céspedes y Nelly Azabache Velásquez por haberme dado este privilegio de llegar a ser un profesional gracias por todo, por su sacrificio paciencia y esfuerzo; a mis tías Ursula y Ildura que me han formado con principios y valores, los cuales me servirá en mi vida diaria y a mi novio Donny Frias Aspillaga que me ayudo a cumplir todas mi metas y fue un apoyo incondicional.

Leyla

Dedico mi tesis a mis padres: Miriam Cubas Perez y Mario Vilchez Cuadra, a mis seres queridos presentes y ausentes que estuvieron conmigo y me apoyaron en el transcurso de la carrera y me formaron no solo como profesional, sino como persona.

Eduardo

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a nuestra alma mater Universidad Señor De Sipan por acogernos durante todo estos años y brindarnos docentes capacitados, para formarnos como unos buenos profesionales con valores éticos y dedicados a brindar cuidados humanizados.

A nuestro asesora metodológica Mg. SC. Chávarry Ysla Patricia del Rocío que nos apoyó de principio a fin, excelente docente, que nos enseña amar la investigación y que nos forma a estudiantes con alas de superación.

A nuestra asesora especialista Lic. Karla Cabrejos Bravo, por orientarnos en el proceso de nuestra tesis.

LOS AUTORES

ÍNDICE

DEDICATORIA iii

AGRADECIMIENTO iv

ABSTRACT viii

INTRODUCCIÓN ix

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 12

1.1. Problematización 12

1.2. Formulación del problema 16

1.3. Justificación e importancia 17

1.4. Objeto de estudio 18

Afrontamiento y adaptación de los familiares 18

1.5. Limitaciones de la investigación 18

1.6. Objetivos 18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 20

2.1. Antecedentes de estudio 20

2.2. Estado del arte 26

No se encontró 26

2.3. Sistema teórico conceptual 27

2.3.1. Modelo De Adaptación De Callista Roy 27

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO 70

3.1. Tipo de investigación 70

3.2. Abordaje metodológico 70

3.3. Sujetos de investigación 71

3.4. Escenarios 72

3.5. Técnicas de recolección de datos 72

3.6. Instrumentos de recolección de datos 73

3.7. Procedimiento para la recolección de datos 73

3.8. Principios éticos..... 74

3.9. Criterios de rigor científico..... 76

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS 81

4.1. Análisis y discusión de resultados..... 81

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES..... 97

5.1. Consideraciones finales 97

5.2. Recomendaciones..... 98

Referencias 99

ANEXO 1 104

RESUMEN

El tratamiento del cáncer es largo y específico, lo cual causa conmoción en los mismos pacientes y en sus familiares, generando crisis en el entorno familiar, en tal sentido, la investigación cualitativa propuesta tuvo como objeto de estudio el afrontamiento y la adaptación de los familiares, formulándose como objetivo determinar el afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio; por lo cual los sujetos de estudio lo conformaron 6 familiares cuidadores principales del Servicio de oncología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, previo consentimiento informado. La obtención de los datos se realizó con la entrevista semi estructurada la cual fue utilizada para el estudio. Los criterios de rigor científico que se tuvieron en cuenta para la realización de la investigación fueron la credibilidad, la transferibilidad, consistencia, confiabilidad, relevancia y adecuación. Se obtuvieron dos categorías; como primera categoría tenemos el afrontamiento y adaptación a la enfermedad y como segunda categoría los modos de adaptación a la enfermedad. La investigación tuvo como resultado lo siguiente; los familiares con pacientes oncológicos se logran adaptar progresivamente a la enfermedad, debido que emplean mecanismos de afrontamiento eficaces poniendo en práctica esfuerzo cognitivo y conductuales para dicha adaptación, así mismo tratan de adaptarse a los cambios que se producen en ellos ya sean físicos, en su entorno y emocionales, teniendo como motivación su familiar.

PALABRAS CLAVES: cáncer, afrontamiento, adaptación, oncología

ABSTRACT

The treatment of cancer is long and specific, which causes commotion in the same patients and their relatives, generating crisis in the family environment, in that sense, the proposed qualitative research had as object of study the coping and adaptation of the relatives , Aiming to determine the coping and adaptation of the relatives from the Callista Roy model in patients receiving ambulatory oncological treatment; For which the study subjects were made up of 6 main family caregivers of the Oncology Service of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital, with prior informed consent. The data collection was performed with the semi structured interview which was used for the analysis. The criteria of scientific rigor that were taken into account for carrying out the research were credibility, transferability, consistency, reliability, relevance and adequacy. Two categories were obtained; As the first category we have the coping and adaptation to the disease and as second category the ways of adaptation to the disease. The investigation resulted in the following; The family members with cancer patients are able to progressively adapt to the disease, because they use effective coping mechanisms, putting into practice cognitive and behavioral efforts for this adaptation, they also try to adapt to the changes that occur in them, whether physical, in their Environment and emotional, having as motivation his relative.

KEYWORDS: cancer, coping, adaptation, oncology**.**

INTRODUCCIÓN

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, el cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.[1] Escuchar cáncer en algún familiar o amigo es muy desastroso, más aun si el familiar o el ser querido no está en la situación de afrontarlo.

A nivel mundial se diagnostica aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del mismo. De acuerdo a la incidencia de casos con pacientes con cáncer en el Perú, se estima que para el 2015 habrá 46, 264 casos y para el 2025 habrá 51, 695 casos[2]

Dado el incremento de estos casos, podemos ver que afecta los roles y los labores de los familiares, debido a que ellos podrían hacerse cargo de las tareas que antes desarrollaban su familiar y es así como nosotros nos enfocamos en la forma de como el familiar afronta esta situación, pero es muy difícil ya que pasa por una fase de duelo la cual tiene etapas que la cuales son, negación, ira negociación, depreciación y por último la aceptación.

Al aceptar o adaptarse a la situación, hay cambio físicos, psicológicos, económicos, espirituales y morales que crean un ambiente de lucha ante la enfermedad, para poder adaptarse hay que identificar los estímulos focales y contextuales teniendo en cuenta el modelo de callista Roy, para poder ver las necesidades de adaptación y dar intervenciones a ellas, lo cual favorece tanto al paciente como al familiar porque va ayudar al paciente en todo su entorno

Es preocupante lo observado ya que hemos podido ver que los pacientes con cáncer son personas que llevan el sustento de su hogar, y muchos casos

más, que la familia cae en frustración por no saber ayudarlo y la cual conlleva no poder aceptar la enfermedad y hay reproches de ellos mismo.

Debido a esta problemática, se planteó la siguiente interrogante ¿Cómo se da el afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016? Y es ahí cuando nace nuestro propósito de investigar, como objetivo principal que es el determinar el afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio en el escenario mencionado.

La investigación nos permite conocer la forma en cómo afrontan de una manera y se adaptan los familiares al enterarse que un ser querido tiene cáncer, esto con la finalidad de poder identificar los factores morales que pueden perjudicar tanto al familiar como al paciente durante el proceso de su enfermedad, así mismo el conocer como el paciente en compañía de sus seres queridos afrontan esta situación difícil y el proceso del tratamiento como un buen equipo.

El informe está organizado en cuatro capítulos: El primer capítulo referido al problema de investigación; el segundo capítulo muestra el marco teórico que da sustento al estudio; el tercer capítulo presenta la metodología que siguieron las investigadoras para el desarrollo del estudio y el cuarto capítulo se presenta el análisis e interpretación de las categorías que develan el objeto en estudio, finalmente se presentan las consideraciones finales y las referencias bibliográficas.

CAPITULO I

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Problematización

En la actualidad el cáncer cobra 8.2 millones de muertes siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial luego de las enfermedades cardiovasculares; aproximadamente un 30%. Según la OMS el 70% de las defunciones por cáncer registrados en el 2012 se produjeron en Asia, África, América Central y Sudamérica, se prevee que los casos anuales de cáncer se incrementaran de 14 millones a 22 millones en las próximas dos décadas. Aproximadamente una de cada 5 personas con cáncer fallece; partiendo de esto es acertado afirmar que en un futuro próximo todos nos veremos afectados por esta enfermedad ya sea en calidad de pacientes, familiares o amigos.[3]

En América Latina el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte, entre los años 2007-2011 se dieron 16.081 decesos anuales en hombres y 16.572 en mujeres; en personas de sexo masculino la tasa de muertes ajustada por edad por 100.000 habitantes para todos los tipos de cancer excepto el de piel de tipo no melanoma fue de 82,3 y en mujeres la tasa ajustada de mortalidad para todos los tipos de cancer excepto el de piel fue de 73,2.[4]

La calidad de certificación por cáncer en Colombia fue optima con un porcentaje de decesos por cáncer apropiadamente certificadas de un 92,8%, lo cual corrige el 91,5% que se había alcanzado para los años 2002-2006. Las dos causas que más inquietaron la calidad de la certificación fueron las muertes por cáncer de sitio mal definido que pasaron de un 6,5% en 2002-2006 a un 6,1% en 2007-2011, y las muertes por cáncer de útero de sitio mal definido que pasaron de 1,1 a 0,9%.[4]

Nuestro país no es ajeno a esta realidad, según el estudio de la situación del cáncer en el Perú se dice que en nuestro país la incidencia de personas con cáncer compone un problema fundamental de la salud pública que afecta a personas de distintas edades, de acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de un total de 109 914 incidentes notificados en el período 2006- 2011,

se estima que para el año 2011 se produjeron un total de 30792 muertes por cáncer con una tasa ajustada de mortalidad de 107 decesos por cada 100 000 habitantes.[5]

Las regiones con mayor tasa de mortalidad por cáncer fueron Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín. El índice de mortalidad por cáncer en el Perú muestra incuestionables variaciones geográficas. El censo de especialistas realizado por el Plan Esperanza (DGSP-MINSA) encontró que a nivel nacional se cuenta con 137 oncólogos clínicos distribuidos en establecimientos del MINSA (38.7%), EsSalud (35.8%), FF.AA (5.1%), PNP (2.2%) y en establecimientos de salud privados (18.2%). En total 13 departamentos contaban con oncólogo clínico (Distribuidos en 3 institutos especializados y 29 nosocomios); sin embargo, Lima y Callao agrupaban al 72.3% de ellos.[5]

A nivel de nuestro departamento según el sistema nacional de vigilancia epidemiológica en el año 2013, nos dice que el tipo de cáncer con mayor prevalencia es el de próstata. Las unidades notificantes y casos notificados de cáncer son: DIRESA Lambayeque – 4,019 casos, Hospital Regional Docente las Mercedes – 1,782 casos, Clínica De Tumores SAC – 1,600 casos, Hospital Belén – 49 casos.[5]

Sin embargo la representante del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Magda López Contreras, informó que Lambayeque es la segunda región en donde se registran más defunciones por cáncer; “Desde el 2011 en Lambayeque, el cáncer es la segunda causa de muerte. El cáncer principal es el del estómago, para hombres y mujeres, seguido del cáncer de cuello uterino en mujeres, y luego el de mama”, reveló Magda López. [6]

Según todos los distritos de Lambayeque, Chiclayo es el que tiene mayor porcentaje de cáncer. En el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo el cáncer de mayor incidencia es el cáncer de piel, como segundo lugar el cáncer de próstata y de tercer lugar el cáncer de mama, según el grupo etario los pacientes son, 18 a 34 años abarca el 9%, de 35-59 años el 31%, de 60 a más

el 60%, cabe resaltar que según el sexo, son las mujeres que tiene mayor porcentaje.[7]

Hoy en día existen distintos tipos de tratamiento contra el cáncer, dentro de ellos tenemos quimioterapia, radioterapia y cirugía, siendo la principal arma contra esta enfermedad la quimioterapia, la cual es la especialidad del tratamiento del cáncer que usa medicamentos para matar las células cancerosas, existen aproximadamente cien tipos de medicamentos de quimioterapia los cuales en su mayoría se usan en combinación, el modo de administración varía de acuerdo al tipo de cáncer y de la "familia" del medicamento, pero todos tienen como función principal el impedir que las células cancerosas sigan dividiéndose; siendo este tratamiento como una forma de cura, tanto familiares como pacientes muchas veces no saben cómo afrontarlo y adaptarse a la situación en la que se ven involucrados al recibir estos fármacos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado podemos decir que el afrontamiento son los intentos que se realizan para emplear recursos personales como sociales con el fin de manejar el estrés que origina la enfermedad y el tratamiento teniendo en cuenta realizar acciones concretas que permitan modificar situaciones problemáticas. Así mismo según el proceso cognitivo propuesto por Callista Roy en su modelo de adaptación llega a la conclusión de que el afrontamiento se visualiza como la estrategia personal de respuesta que el individuo utiliza para tratar de mantener un vínculo armonioso con el ambiente y en la búsqueda de su bienestar. [8]

La adaptación es una sucesión activa del sujeto en interacción con el ambiente para poder alcanzar o complacer sus necesidades y metas. La adaptación implica la reorganización del comportamiento en respuesta a diferentes situaciones. Al igual la Dra Kubler Ross, establece un esquema evolutivo de la adaptación al proceso terminal, basado al mecanismo de reacción o de defensa que entran en funcionamiento durante una enfermedad; los clasifica en cinco fases, en negación, ira, pacto, depresión y

aceptación si el paciente y el familiar pasan por estas etapas, podrán llegar a un buen afrontamiento y aceptar su situación ante la enfermedad. [9]

Debido que ha hay un tasa alta de mortalidad por cáncer , las familias al escuchar que su familiar tiene cáncer , lo consideran devastador, tienen sentimientos de culpa, ira, angustia e impotencia o tristeza, por o haber hecho nada antes para poder ayudarlos, entran en una fase de duelo hasta que puedan aceptarlo.

Es muy difícil afrontar que un familiar tenga cáncer, ya que puede afectar en los diferentes ámbitos, morales, psicológicos, físicos y espirituales, determinando los estímulos focales y contextuales, como ser diagnosticado de cáncer y ser la persona que tiene el sustento de la casa, existirían problemas económicos la cual habrá muchas emociones, decisiones y cambios que alteren la forma habitual de vida. Lo cual es ahí donde determinaremos la necesidades de adaptación para el familiar; lo cual ayudara los familiares que afronten y se puedan adaptarse, es por eso que los familiares deben afrontar y adaptarse para no desestabilizar emocionalmente al paciente y mantener una actitud optimista ante la situación; ya que si no fuera así el paciente tendría una culpa por el sufrimiento de su familia.

Es común relacionar la palabra cáncer con muerte, pero no siempre es así, miles de personas que han sufrido de esta enfermedad han logrado superarla con los tratamientos médicos prescritos, con el apoyo de sus seres queridos y con una actitud de vida que siempre acogió la fe y la esperanza.[10]

La condición de enfermedad es una de las que más resalta; en ella están inmersos el profesional de enfermería, la persona y los familiares, quienes laboran en equipo en el transcurso en que se da el afrontamiento al fin de alcanzar la adaptación. Cada sujeto enfrenta la situación en una manera distinta, por eso se puede decir que, con el fin de brindar un cuidado de enfermería holístico, es esencial conocer el significado que cede al paciente a la condición que está viviendo, como percibe la situación que poseerá para su vida y los métodos que está empleando para afrontarlas.[8]

Los investigadores hemos experimentado y observado que el hecho de tener un ser querido con esta terrible enfermedad genera desconcierto, frustración y pena, ya que todos somos conscientes que la posibilidad de cura es muy difícil por no decir nula, y que la realidad tanto del paciente como de la familia de la persona que recibe el tratamiento oncológico es muy dura en sentido de adoptar nuevas costumbres y rutinas, comenzando desde la alimentación, hasta el modo de afrontar los problemas económicos y morales que se puedan dar durante el tratamiento, esto teniendo en cuenta que el cáncer, es una enfermedad degenerativa que afecta económica, física y psicológicamente al que lo posee y al que está a su alrededor, surgiendo de ahí temas como el fracaso al tratamiento, la situación económica de la familia, la muerte de su ser querido.

Si nosotros logramos que la familia afronte y se adapte esta situación, podrán dar apoyo y comprensión a sus familiares; debido que el apoyo es fundamental en estos casos, para que pueda salir adelante y la comprensión que es un punto vital , ya que el que padece de esta enfermad tiene una serie de altibajos en su estado de ánimo , algunas veces están deprimidos otras veces angustiados o enfadados es ahí donde el familiar debe conocer las distintas conductas que suelen exteriorizar los pacientes con cáncer.

La familia necesita apoyo del profesional para saber cómo afrontar y adaptarse ya que la convivencia y el cuidado del enfermo conlleva a un gran desgaste físico, emocional, espiritual y además ellos puedan compartir sus experiencias, dudas , comparando con otras situaciones similares.

Debido a este problema, los investigadores se plantean la siguiente interrogante ¿Cómo se da el afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016?

1.2. Formulación del problema

¿Cómo se da el afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016?

1.3. Justificación e importancia

La presente investigación es importante porque nos permitió conocer la forma en cómo afrontan y se adaptan los familiares al enterarse que un ser querido tiene cáncer, esto con la finalidad de poder aplicar en ellos el modelo de callista Roy descubriendo así los estímulos focales, contextuales y residuales, que abarca de una manera holística, y poder percibir las necesidades y dar intervenciones a ellas, ayudando al familiar por la etapa en la que se encuentra.

La investigación permitió conocer cómo afecta psicológica, física, y económicamente a los familiares el saber que un ser querido ha adquirido una enfermedad crónica y la manera en que esta situación pueda afectar tanto positivamente como negativamente al proceso de tratamiento o recuperación pos-tratamiento que pueda presentar el paciente.

El aporte para la enfermería es identificar y dar a conocer que tanto puede afectar a los familiares el conocer que un miembro de su familia tiene cáncer, el afrontamiento ante la situación estresante así como el periodo de adaptación durante el tratamiento en el proceso de la enfermedad según el modelo de Callista Roy, con la finalidad de mejorar el trato humano tanto a pacientes como a los familiares de los pacientes que han adquirido esta penosa enfermedad.

Siendo los beneficiados con esta investigación los familiares de pacientes oncológicos del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, ya que la investigación se centra en el aspecto moral que puede presentar el familiar respecto al afrontamiento y adaptación que este deba tener ante la situación de tener un pariente cercano que sea paciente oncológico.

La investigación nos permitió a reflexionar a nosotros como investigadores que no nos debemos sistematizar y solo enfocarnos a los pacientes, sino

también a los familiares que ellos necesitan afrontar situaciones donde habrá cambios, los cuales podemos ver que unos pueden afrontar de la mejor manera y otros no.

1.4. Objeto de estudio

Afrontamiento y adaptación de los familiares

1.5. Limitaciones de la investigación

La documentación que se realizó para poder ejecutar nuestra tesis en el hospital.

Hubo una demora en el cambio de asesor especialista, debido que la Lic. dejo de laborar en nuestra institución y tenía que salir otra resolución para tener otra asesora.

El tiempo de espera para la autorización en el hospital y poder iniciar con la recolección de datos.

1.6. Objetivos

Objetivo general

Determinar el afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en Pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016.

Objetivo especifico

Identificar el afrontamiento de los familiares desde el Modelo de Callista Roy en Pacientes que Reciben Tratamiento Oncológico Ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016.

Analizar la Adaptación de los Familiares desde el Modelo de Callista Roy en Pacientes que Reciben Tratamiento Oncológico Ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016.

CAPITULO II

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

A Nivel Internacional

García B, 2014.El objetivo que se busca con la investigación es realizar un estudio descriptivo de las características sociodemográficas y de enfermedad oncológica, las dimensiones de personalidad en pacientes oncológicos, las estrategias de afrontamiento, la sintomatología ansioso-depresiva y la calidad de vida. Por otra parte, se pretende establecer las relaciones entre las distintas variables para saber si se puede establecer un perfil en base a dimensiones de personalidad, y ante determinadas estrategias de afrontamiento podemos esperar una mejor adaptación a la enfermedad. Se realizara teniendo una muestra total de 250 resultados: que existe un alto porcentaje (68%) de pacientes oncológicos que acuden a la Unidad de Psicología que presentan trastornos mentales, principalmente trastornos adaptativos del estado de ánimo.[11]

Jiménez Ocampo, V. F., Zapata Gutiérrez, L. S., Díaz Suárez, L. (2013). El objetivo de la investigación es establecer la forma en que se da el afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto internado en el servicio de cuidados intensivos de la Clínica Universidad de La Sabana, en Chía, Colombia. La investigación es de tipo cuantitativo descriptivo elaborado en el segundo semestre del 2010, que incorporó a 61 familiares. Para la obtención de los datos se dio uso del instrumento, la cual fue la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Para el estudio de datos se utilizaron estándares de tendencia central, test estadísticos de Mann-Whitney y KrusKal-Wallis. Los parámetros de las edades de los colaboradores se encontraron entre 18 y 65 años, con una participación en su mayoria del género femenino (67,2 %) sobre el masculino (32,8 %). Como resultado se tuvo en cuenta que la capacidad de afrontamiento y adaptación fue alta al conseguir un porcentaje del 85,2 % y baja con porcentaje del 14,8 %. Pudiéndose evidenciar que en una gama de tecnicas de afrontamiento y

adaptación que se usaron con mayor frecuencia por los familiares fueron: las de factor físico y enfocado (factor 2, relacionado con bajo afrontamiento), y factores combinados recursivo y centrado (factores 1 y 3, relacionados con alta capacidad de afrontamiento). Para finalizar se dio que las habilidades de afrontamiento usadas por los familiares fueron las encaminadas a la resolución del problema, diferenciándose por ayudar al individuo a enfrentar la situación desde un inicio, planificando acciones que permitan cambiar la conducta y generar objetivos específicos que sirvan de apoyo para la solución del mismo.[12]

Peña L., 2012. Como propósito, el estudio busca establecer las estrategias de afrontamiento más usadas por los cuidadores de niños con leucemia reportadas en diferentes estudios. Los resultados nos evidencian que un amplio porcentaje de las madres dan uso a las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, es decir maniobras centradas en la obtención de información, de apoyo social y la solución de problemas. Se logró evidenciar diferencias en la cual se desempeña el rol del cuidador a comparación de las madres o padres sueles más activas cuando hacen frente a la enfermedad. “el afrontamiento es el componente conductual de las capacidades; constituye lo que las familias y los individuos hacen para contrastar el estrés y obtener el equilibrio intrafamiliar” (Patterson, 1995)”.[13]

García B., 2011. El objetivo de estudio es poder examinar las necesidades prioritarias de la persona que desempeña el rol de cuidador primario así mismo las motivaciones para el desempeño del rol y el mantenimiento del cuidado. Esto se realizó con la entrevista individual de 26 mujeres y 9 hombres con un estándar de 34 años, todas estas personas desempeñan el rol de cuidador de niños y niñas con cáncer esto dentro de un centro de cuidado que proporciona ayuda a niños atacados por cáncer del oeste de México. Dando como resultado que la mayoría de cuidadores primarios son mujeres de nivel educativo medio y carentes de recursos económicos, que ejercen un rol de suma importancia como centro de estudio, porque es uno de los receptores de gran importancia emocional, en el transcurso de la enfermedad, debido al número de problemas que debe enfrentar. [14]

A lo largo del proyecto de investigación se han agrupado nociones y técnicas esenciales para entender mejor la situación del cuidado de niños enfermos con cáncer, esta función de cuidador primario es de gran importancia como objeto de estudio, esto debido a la complejidad que lleva el cuidado y mantenimiento de una relación que genere confianza y seguridad al niño con cáncer.[14]

Chacín M., Et al. 2011; El objetivo principal de esta investigación estuvo dirigido a evidenciar las estrategias de afrontamiento usadas por los padres de niños y adolescentes con cáncer, esto porque sus hijos se encuentran en un periodo de cambio constante, tanto físico, como social y psicológico, producto de la patología que padecen y las intervenciones médicas a los cuales deben ser sometidos. El tipo y nivel de investigación fue descriptivo de campo; la población estuvo determinada por padres que asisten al Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, extrayéndose una muestra no probabilística de 118 sujetos de niños con diagnóstico reciente, en tratamiento y fuera de tratamiento. Los datos fueron obtenidos mediante el uso de un cuestionario de estimación del afrontamiento. Los resultados se analizaron con estadísticas descriptivas inferenciales. Se definió que la estrategia más empleada por los padres de niños y adolescentes con cáncer fue la que se centra en el problema, así como las dimensiones del afrontamiento religioso y la reinterpretación positiva.[15]

A Nivel Nacional

Soca A., 2014. Este estudio tiene como finalidad, establecer el nivel de afrontamiento del familiar del paciente que recibe tratamiento quimioterapéutico. Departamento de Oncología. se evidencio que el afrontamiento familiar frente al paciente con tratamiento de quimioterapia es de nivel medio por lo que se dice que siendo el cáncer una afección que pone en riesgo la vida de la persona afectada somete al familiar a una inestabilidad emocional por el miedo a la muerte de su ser querido y principalmente su manejo se da con la prescripción de quimioterapia, el cual causa variaciones orgánicas como: Cutáneas, gástricas, intestinales, cardíacas, pulmonares,

renales, neurológicas, así mismo afecciones en el ámbito social, económico, espiritual y problemas emocionales, como el sentimiento de culpa.[16]

Baca D, 2013. La investigación tuvo como objetivo principal evidenciar la relación entre la resiliencia y el compromiso social percibido en familiares de personas con cáncer que acuden a un hospital de Trujillo. Diseño transversal y tipo de estudio correlacional. La muestra la conformaron 100 familiares de pacientes con diagnóstico de cáncer, de ambos sexos, los cuales acudieron a un hospital de Trujillo durante el período noviembre-diciembre del 2012.

Como resultado se encontró una correlación directa entre resiliencia y la ayuda y afecto social percibido entre familiares y pacientes que tienen cáncer, y podemos observar que estas acciones por más pequeñas pero con gran significado de detalle puede traer una buena consecuencia para el paciente inclusive transformando su estilo de vida del paciente, claro está que estas son percibidas por su medio ambiente, familia, amigos, comunidad en general; Cuando el paciente tiene la perseccion de la ayuda concebida no poseen diferencia entre mujeres o varones durante la condición de la enfermedad.[17]

Morales I, 2011; EL objetivo fue identificar las respuestas de adaptación a la patología en pacientes con cáncer de mama, según el Modelo de Callista Roy .La investigación es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo el método es descriptivo explicativo, la muestra se eligió mediante el muestreo no probabilístico, por conveniencia, el cual estuvo constituido por 40 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y que se encontraban o no realizando algún tipo de tratamiento.[18]

Mediante la investigación al modo Fisiológico los pacientes con cáncer de mama se manifestaron descontentas con la medicación de los alimentos y también con complicación de descansar (sueño), y si logran descansar tiene una mala calidad del mismo, teniendo como consecuencia que se ve reducido sus horas de descanso; tenemos como efecto negativo que las pacientes tiene una reacción al cambio con las tareas frente a la familia, puesto que se siente que no es la figura de madre que debería de cuidar a los suyos como

consecuencia los estragos que dejan el tratamiento propios de la enfermedad.[18]

Chirinos M, 2010. La investigación tiene como objetivo describir y estudiar la organización del cuidado familiar de un grupo de mujeres enfermas de cáncer de cuello uterino tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), además de los factores que afectan a esta organización durante el proceso de tratamiento de la afección.

La estructura del cuidado familiar está referida no sólo a aspectos relacionados a la noción del cuidado como lo son las atenciones físicas con la paciente o el trabajo emocional y afectivo, sino también a un aspecto estratégico del cuidado, en el cual las familias generan diversas acciones para solucionar la crisis que representa esta enfermedad en sus vidas. En este sentido, la investigación se centra en estudiar dos planos de la organización del cuidado. El primero está ligado a un plano más clásico del cuidado familiar como son las atenciones familiares en su aspecto físico o emocional, a las tareas de gestión en cuanto a la organización y distribución en tareas del cuidado, así como las motivaciones y percepciones que se dan alrededor del cuidado y que terminan influyendo en la práctica de la atención. El segundo plano corresponde a un aspecto más estratégico del cuidado, donde se indagan las maneras en que las familias manejan sus diversos recursos ya sean de tipo económico, informático, de redes sociales, entre otros, para superar las limitantes presentadas en el trayecto de la crisis, y así poder lograr ciertos objetivos planteados por la familia.

En este estudio, las estrategias familiares han apuntado como objetivo principal a iniciar y terminar con éxito el tratamiento especializado de la enfermedad en el INEN, superando una serie de impases (sobre todo en el tema de atención y acceso hospitalario) a través de la generación y uso de sus recursos.

Las conclusiones finales de la investigación, está orientado al análisis de las estrategias en el cuidado familiar. Una preocupación central de este cuarto capítulo es reflexionar acerca de las acciones familiares que han dado

“solución” a la crisis. Para ello las familias concentraron sus esfuerzos en generar algunas estrategias, las cuales estuvieron secundadas por los distintos recursos que le otorgaban sus redes sociales, en pos de alcanzar su objetivo principal que era iniciar y culminar con éxito el tratamiento de la enfermedad. Una mención especial la tiene la red familiar extensa que se caracterizó, además de dar cuidados directos a las pacientes, de ser una fuente importante para la recaudación de fondos con los que se financiaban parcialmente los costos del tratamiento y la atención doméstica.[19]

Gloria Díaz A.; Juan Yaringaño L 2010; La investigación se dirige a establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM). Se dio uso al método descriptivo correlacional para evidenciar y relacionar las dimensiones del clima familiar y los métodos de afrontamiento de los pacientes oncológicos. La muestra la conformaron 287 sujetos (hombres y mujeres), con un estándar de edad de 54 años,

Según los estudios realizados a los pacientes oncológicos se observa que muestran un nivel medio (estable) en clima familiar, y en el caso de afrontar el estrés, se observó que el promedio se hace mención a un afrontamiento efectivo. Se encontró que existen diferencias marcadas en los pacientes con cáncer de acuerdo al periodo de diagnóstico, en función al clima familiar, siendo los pacientes con edades de 30 a 40 años en los que se observa mayor estabilidad en el clima familiar.[20]

A Nivel Local

Chanduví Huamán L; Granados Morí F; García Flores L; Fanning Balarezo M, 2014. El cáncer aqueja a la persona en el aspecto físico, emocional, y social, trayendo consigo serias consecuencias en su calidad de vida y en las distintas formas de afrontar el problema; es por eso que la presente investigación tuvo como objetivo examinar la relacion entre ambas variables. Es un estudio cuantitativo, no experimental por asociación. Los sujetos de estudio estuvieron conformados por 43 pacientes de un nosocomio de Chiclayo, a los cuales se les brindo atencion en los meses de septiembre -

octubre del 2014, en el area de oncología, que cumplieron los estándares de inclusión y exclusión. Se dio uso del inventario de Calidad de Vida (confiabilidad de 0,96) y así mismo el inventario de determinacion de afrontamiento al estrés, (confiabilidad de 0.45 a 0.92). Los resultados obtenidos se procesaron en estadístico SPSS 21 y Microsoft Excel 2010. Se dieron uso a estrategias para garantizar los principios éticos y los estándares de cientificidad. No se halló relación entre el nivel de calidad de vida y una estrategia específica de afrontamiento al estrés; no obstante, las tres estrategias que más resaltaron fueron: el acudir a la religión, reinterpretación positiva y planificación. La mayor parte logró niveles de calidad de vida Muy Alto (47%) y Alto (44%). El tipo de cáncer que prevaleció fue el de mama.[21]

Portal Villegas B; Villanueva Terrones V; la investigación cualitativa propuesta tuvo como objeto de estudio las experiencias del familiar cuidador. Formulándose como objetivo comprender las experiencias del familiar cuidador de la persona con cáncer terminal. La Base teórica se sustentó en Bromet, Benítez, Berretoy Watson. Los sujetos de estudio lo conformaron 7 familiares cuidadores principales del Servicio de Oncología del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, previo consentimiento informado. La recolección de los datos se realizó con la entrevista semi estructurada a profundidad y se procesó los datos con el análisis de contenido temático de Vitores.

El estudio tuvo sustento ético en Belmont, emergiendo las categorías: Reacciones de conflicto y negación ante el cáncer terminal, Afrontamiento del familiar ante la enfermedad oncológica terminal, La espiritualidad ante un duelo anticipado. Como Consideración final; la experiencia del familiar cuidador, Involucran diferentes reacciones y emociones; en primera instancia la negación rotunda de la enfermedad que padece su familiar, el cuidador principal debe hacer frente a una serie de implicaciones las cuales abren camino a nuevas experiencias, a dejar y asumir nuevos roles y se trazan nuevas perspectivas para la asistencia de enfermería.[22]

2.2. Estado del arte

No se encontró

2.3. Sistema teórico conceptual

2.3.1. Modelo De Adaptación De Callista Roy

Fuentes Teóricas

Durante el inicio del modelo de adaptación de Roy para la carrera enfermería se evidencia la alusión que hace respecto al trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, la cual comprende a partir de las ciencias sociales hasta las de la conducta del ser humano. En la teoría de la adaptación de Helson [23], las objeciones de adaptación son una respuesta al impulso recibido y del nivel de adaptación. El estímulo es un elemento que genera una respuesta y los estímulos se pueden dar tanto del entorno interno como del externo. El nivel de ajuste está constituido por el resultado compuesto de tres tipos de estímulos:

Estímulos focales, son los que se muestran ante el sujeto; estímulos contextuales, son el resto de los estímulos que contribuyen en el efecto de los estímulos focales y estímulos residuales, aspectos del ambiente cuya repercusión no queda muy clara ante un contexto. [23]

Con su gran labor, Helson pudo desarrollar la noción de la zona del nivel de ajuste, el cual puede determinar si un estímulo inducirá una refutación efectiva o negativa. Teniendo en cuenta la teoría de Helson, la adaptación es la serie de pasos que permite dar una respuesta positiva frente a los cambios del entorno.[23]

Roy mezcló el trabajo de Helson con la conceptualización de sistema que dio Rapoport, que evidenciaba al sujeto como un organismo de adaptación. Con la teoría de la adaptación de Helson como fundamento, Roy pudo desarrollar y profundizar en la revisión del modelo esto gracias a los conceptos y a la teoría de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye; Roy atribuyó gran valor a la labor de las que fueron sus coautoras, Driever (por haber señalado las subdivisiones de la integridad de un individuo) y Martinez y Sato (por haber identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en la forma de vivir). También

construyeron las definiciones otros participantes, como Poush Tedrow y Van Landingham, por su análisis sobre la interdependencia, y Randell, por la forma de vida según la función del rol que hay que desempeñar.[23]

Tras el desarrollo su modelo, Roy lo expuso como un marco que sirviese para la práctica de la enfermería, para la investigación y la formación, ha concluido en que más de 1.500 facultades y estudiantes contribuyeron al desarrollo teórico del modelo de adaptación, presentó el modelo como marco curricular a una gran audiencia en la Nurse Educator Conference de 1977 en Chicago, en 1987 se calculó que más de 100.000 enfermeras de Estados Unidos y Canadá se habían formado para la práctica de su profesión bajo el modelo de Roy.[23]

En Introduction to Nursing: An Adaptation Model, Roy trató de los modos de adaptación del autoconcepto y de la identificación con un grupo social, menciono el trabajo de Coombs y de Snygg sobre la constancia del individuo y sobre los elementos que más influyen en la autoestima. También agrego teorías de interacción social para aportar una base teórica, asi mismo Roy señala que Mead amplía la idea al formular una hipótesis en que la autovaloración hace referencia al otro generalizado; saca beneficio de lo insinuado por Sullivan de que la personalidad de un sujeto se forma mediante la interacción social, mientras que Gardner y Erickson defienden los enfoques de Roy sobre el entorno; los otros modos de adaptación (fisiológico-físico, de la función del rol del individuo y de la interdependencia) se formaron de un modo muy parecido al de la biología y al de las ciencias de la conducta humana, con la finalidad de conocer mejor al individuo.[23]

Se dio continuación al desarrollo del modelo a finales de la década de 1900, y ya en el siglo XXI, estos avances incluyeron: afirmaciones científicas y filosóficas actuales; la redefinición de la adaptación y de los niveles de adaptación; la ampliación de modos de adaptación al desarrollo del saber en el grupo y, por último, el análisis, la crítica y la síntesis de los primeros 25 años de investigación basada en el RAM (modelo de adaptación de Roy) [23]

Roy concuerda con los teóricos que creen que los cambios que se dan en los sistemas de la persona y de su entorno en el mundo son tan enormes que un gran hito está llegando a su fin, reivindica que ahora los humanos debemos decidir en qué tipo de universo vamos a vivir. [23]

Según Roy: «Las personas conviven con su entorno físico y social» y «comparten un destino común con el universo, además de ser responsables de las mutuas transformaciones».[23]

Utilización De Pruebas Empíricas

Desde el comienzo, el modelo de adaptación de Roy se ha ayudado con el estudio llevado a cabo en la formación enfermeras y la práctica. En 1999, un grupo de siete especialistas que trabajaban con Callista Roy llevaron a término un metaanálisis, el resumen y la crítica de 163 investigaciones basadas en el presente modelo y que habían aparecido en 44 publicaciones de habla inglesa en cinco continentes, además de tesis redactadas y disertaciones en Estados Unidos, de estos 163 estudios 116 satisficieron los juicios instituidos para valorar las propuestas del modelo; se extrajeron doce planteamientos genéricos basados en la labor inicial de Roy con el fin de sintetizar la investigación, los hallazgos de cada investigación se usaron con la finalidad de formular propuestas auxiliares y prácticas, y se estudió la base de las propuestas; de las 265 propuestas estudiadas, 216 fueron aprobadas.[23]

Adaptación

En su libro más reciente, Roy ya conceptualizo punto por punto la adaptación para que esta pudiese emplearse en el siglo XXI. Según Roy, la adaptación da referencia « al resultado y al proceso por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la unificación del ser humano con su entorno» Más allá de ser un sistema humano que escuetamente lucha para responder ante los impulsos que remite el medio para

así conservar su integridad, nos muestra que cada vida humana tiene una labor en un universo creador y las personas no se pueden apartar de su ambiente.[23]

Enfermería

Roy nos brinda una representación de la enfermería al comprobar que es «una carrera que se dedica a la atención sanitaria y que enfatiza en los métodos humanos vitales y en los modelos que se siguen, y da prioridad a la promoción de la salud de las personas, de las familias, de los grupos y de la colectividad en general». En concreto Roy conceptualiza a la enfermería como la ciencia y la práctica que extiende la capacidad de adaptación y optimiza la conversión del ambiente. [23]

Roy identifica las acciones de la enfermería con el estudio de la conducta y de los estímulos que generan cambios en la adaptación. Los juicios de enfermería se basan en este análisis y las intervenciones se programan para controlar los estímulos. Roy oposición entre la enfermería interpretada como una ciencia y la enfermería interpretada como una disciplina práctica. [23]

La enfermería como ciencia es «una estructura de desarrollo del conocimiento sobre las personas que observa, cataloga y compara los procesos con los que los sujetos intervienen de modo positivo en su estado de salud». «La enfermería como conducta práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que tiene como fin proporcionar un servicio óptimo a la población, a saber, aviva la capacidad de intervenir en la salud de manera efectiva». «La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su ambiente, esto para fomentar la adaptación».[23]

Para Roy, la finalidad de las enfermeras es «optimizar el nivel de adaptación de las personas y de los grupos de sujetos en los distintos modos de adaptación, y favorecer así a tener un óptimo estado de salud, mejorar la calidad de vida y a tener una muerte digna». La enfermería desempeña una función importante, porque simplifica la adaptación al estudiar la conducta de los cuatro modos de adaptación y de los componentes que influyen en ella y al

participar en el fomento de la capacidad de adecuación, así mismo de optimizar las relaciones del medio. [23]

Persona

Según Roy, las personas son organismos adaptables y completos. «Como todo procedimiento adaptable, el sistema humano se precisa como una totalidad, con elementos que se desempeñan como una unidad con un fin delimitado. Los organismos humanos determinan a los sujetos como grupos y como sujetos, incluyendo familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general». Pese a la gran diversidad existente entre las personas, se unen en un mismo destino; «Los sistemas humanos tienen el poder de sentir y de pensar, y se apoyan en la conciencia y en el significado, por los que se adaptan de forma ajustada a los cambios que se dan en el medio y a su vez intervienen en dicho medio». Los sujetos y el mundo tienen en común los modelos y conllevan relaciones y significado. [23]

Roy definió a la persona como: la luz primordial de la enfermería; el destinatario de la asistencia que brindan estos profesionales; un organismo de adaptación confuso y vivo constituido por fases internas y que trabaja para conservar la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia). [23]

Salud

«La salud el proceso de ser y de convertir la persona en un ser completo e integrado; es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación del entorno y a persona». Roy concibió este concepto de la creencia de que la adaptación es una sucesión en el que se promueve la integración fisiológica, psicológica y social, y de que la integridad envuelve un estado perfecto que conlleva a complementarla. [23]

En el trabajo elaborado al inicio de su carrera, Roy tenía una perspectiva de la salud como un evento que oscilaba entre una salud delicada y la muerte, hasta el nivel más elevado de bienestar. A finales de la década de 1990, los

escritos de Roy se basan en la salud interpretada como una serie de pasos en que la salud y la enfermedad pueden coexistir; usando lo expuesto por Illich, Roy afirma: «La salud no radica en liberarse de la muerte, la infelicidad, las enfermedades, y el estrés, sino que es la capacidad de darle frente de la mejor forma posible».[23]

La enfermedad y la salud constituyen una dimensión coexistente e inevitable orientada en toda la rutina de la vida de una persona [23]

Entorno

Para Callista Roy, el ambiente es el agrupamiento de «las distintas situaciones, contextos y atribuciones del desarrollo y de la conducta de los sujetos y de los grupos, con una exclusiva consideración a la relación entre los recursos de la Tierra y del hombre, donde se agregan los estímulos focales, contextuales y residuales». «Es el medio inconstante el que incita a la persona a tener una reacción que le permita acoplarce».[23]

El entorno es la contribución a la persona de un sistema de adaptación que enfoca tanto factores externos como internos. Dichos factores pueden ser relevantes o insignificantes, negativos o positivos. Así mismo, una modificación en el ambiente necesita una amplificación de la energía para poder lograr adaptarse al nuevo contexto. Los factores que llegan del entorno y que influyen sobre las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.[23]

Afirmaciones Teóricas

El modelo de Roy se concentra principalmente en la definición de adaptación de la persona. Los elementos de Roy de enfermería, salud, persona y medio están en relación con este conocimiento base. La persona indaga de forma continua estímulos en su medio, como paso final se da la reacción y para dar camino a la adaptación. [23]

Esta reacción puede ser eficaz o no eficaz. Las respuestas de adaptación eficaces son las que proporcionan la integridad y facilitan al sujeto en la consecución del objetivo de acoplarse, es decir la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre los objetos y las innovaciones que sufre el individuo y el medio. Las respuestas poco eficaces son las que no se logran o amenazan los propósitos de la adaptación, la enfermería tiene como propósito fundamental apoyar a las personas en su tarea por adaptarse a tener bajo control el entorno; la consecuencia de esto es la obtención de un mejor nivel de bienestar para la persona. [23]

Como organismo vital abierto que es, la persona es receptora de estímulos del entorno como de sí misma, el nivel de adaptación está constituido por una serie de efectos que generan estímulos focales, contextuales y residuales; se logra la adaptación cuando el sujeto reacciona de modo adecuado ante los cambios en su ambiente. [23]

En el modelo de Callista Roy se evidencian dos subsistemas que guardan relación entre sí, los cuales son: el subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador, el subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos distintos de adaptación: necesidades fisiológicas; autoestima; función del rol, e interdependencia. [23]

Roy imagina que tanto el regulador como el relacionador son formas de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, «reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos». El subsistema del relacionador, debido a las formas de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, «reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el proceso de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones».[23]

La percepción de la persona une el regulador con el relacionador «y esa entrada de información en el regulador se convierte en percepciones; la

percepción es un proceso del relacionador, las reacciones que suceden a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador» [23]

Los cuatro modelos de adaptación de uno y otros subsistemas del modelo de Roy permiten aportar distintas pruebas de las actividades del regulador y del relacionador, las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de las formas de adaptación. El modo de adaptación físico - fisiológico se centra en la forma en que los seres humanos reaccionan ante su ambiente por medio de secuencias fisiológicas con la finalidad de cubrir las necesidades básicas del ser humano. [23]

El autoconcepto de grupo se basa en la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad; Roy conceptualiza el autoestima de uno mismo como «el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado». El autoconcepto individual se basa en el yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo de la persona) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual). El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. [23]

El rol menciona las perspectivas que se tienen de cómo procederá un individuo ante otro, la forma de adaptación de la interdependencia nos permite evidenciar las relaciones de la gente en la comunidad; la principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es brindar y recibir amor, respeto y valores; los principales componentes del modo de adaptación de la interdependencia son los sujetos más allegados (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. El propósito de los cuatro modos de adaptación es poder lograr la integridad fisiológica, psicológica y social. Las proposiciones relacionadas entre los subsistemas del relacionador y del regulador unen los sistemas de los modos de adaptación. [23]

La persona vista holísticamente está compuesta por seis subsistemas, estos subsistemas se relacionan entre sí con la finalidad de generar un complejo sistema cuya finalidad es la adaptación; las relaciones que existen entre los

cuatro modos de adaptación tienen lugar: cuando los estímulos internos y externos intervienen en más de una forma de adaptación; cuando hay un comportamiento negativo en más de un modo o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo. [23]

El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad, con la finalidad de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una organización, valores culturales y una estricta regulación de las labores diarias del sistema. El subsistema innovador se relaciona con el subsistema relacionador de la persona y se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento. [23]

Forma Lógica

El modelo de adaptación de enfermería de Roy es tanto deductivo como inductivo; es deductivo, ya que la teoría de Roy se desdobla de la teoría psicofísica de Helson; Éste desarrolló las bases conceptuales de los estímulos focales, contextuales y residuales, lo que Roy definió en el campo de la enfermería para crear así los factores que están relacionados con los niveles de adaptación de los sujetos. Roy también usa otros conceptos y teorías que no pertenecen a la disciplina de la enfermería y agrega todos éstos en su teoría de la adaptación. [23]

La teoría de la adaptación de Roy es inductiva por que la autora formuló los cuatro modos de adaptación a raíz de la investigación y de las experiencias que tanto ella como sus colaboradores y estudiantes tuvieron al practicar la profesión. Roy organizo el marco conceptual de la adaptación y creo un modelo detallado con el que las enfermeras dan uso al proceso de atención de enfermería con el fin de brindar cuidados de enfermería y generar la adaptación en el escenario de la salud o enfermedad. [23]

Aceptación Por Parte De La Comunidad Enfermera

Práctica profesional

El modelo de adaptación de Roy hace énfasis en la práctica enfermera lo que aporta a su éxito continuo. Sigue siendo uno de los marcos conceptuales usados con mayor periodicidad a nivel nacional e internacional. [23]

El modelo de Roy es útil para la práctica de la enfermería, ya que hace énfasis en las características de la disciplina y guía la práctica, la formación y la investigación; en la forma en que se toman en cuenta los objetivos, los valores, las acciones del profesional y a la persona enferma. El proceso de enfermería trazado por Roy está bien concebido, la estimación a dos niveles ayudó en la identificación de los objetivos y diagnósticos de la enfermería. [23]

Antes, se aceptaba como una teoría con valor para la práctica enfermera por el objetivo que especificaba su propósito de la actividad y una planeacion de las acciones para conseguir el objetivo; el objetivo del modelo es la adaptación en los cuatro modos de adaptación en la salud y la enfermedad de una persona. Las intervenciones significan el hecho de controlar los estímulos al eliminarlos, aumentarlos, disminuirlos o alterarlos, estas prescripciones pueden encontrarse en la lista de hipótesis relacionadas con la práctica y que estén generadas por el modelo. [23]

Al usar el proceso de enfermería en seis pasos de Roy [23], la enfermera realiza las seis funciones siguientes:

Valora los comportamientos exteriorizados en los cuatro modos de adaptación.

Valora los estímulos para esos comportamientos y los clasifica en estímulos focales, contextuales o residuales.

Muestra su juicio o determina un diagnóstico sobre el estado de adaptación del sujeto.

Establece objetivos para impulsar la adaptación.

Instituye las injerencias que van dirigidas a controlar los estímulos para promover la adaptación.

Valora qué objetivos se han logrado.

Al mantener los estímulos y no a la persona, la enfermera logra una mejora en «la interacción del sujeto con su ambiente, y así provoca una buena salud». El uso del proceso de atención de enfermería encaja en el ámbito de la práctica; la estimación a dos niveles es exclusiva de este modelo y conlleva a identificar los diagnósticos enfermeros. [23]

Roy ha desarrollado una tipología del diagnóstico enfermero bajo la perspectiva del RAM, en esta tipología, las dificultades repetidas periódicamente se han asociado con las necesidades básicas de las cuatro formas de adaptación. [23]

Las acciones tienen como base específica en el modelo, pero consta la obligación de crear una organización de clases de las intervenciones enfermeras; las enfermeras suministran acciones que alteran, agrandan, reducen, excluyen o conservan estímulos. El modelo de juicio enfermero perfilado por McDonald y Harms está recomendado por Roy para guiar la selección de la mejor intervención con el fin de modificar un estímulo concreto. Según este modelo, se generan numerosas intervenciones alternativas que pueden ser adecuadas para modificar los estímulos, cada acción es calificada por las secuelas esperadas de cambiar un estímulo, la posibilidad de que una consecuencia se de (alta, moderada o baja) y el valor del cambio (deseable o indeseable).[23]

Senesac revisó la bibliografía buscando evidencias de la aplicación del modelo de adaptación de Roy en el ejercicio de la enfermera; explicó que este modelo lo han utilizado en su mayor parte enfermeras de forma singular para comprender, planificar y dirigir la práctica enfermera en el cuidado de pacientes; aunque se encuentran menos ejemplos de aplicación del modelo de adaptación en entornos prácticos organizacionales, estos ejemplos existen. [23]

Concluyó que si el modelo se efectúa con éxito como filosofía práctica, se manifestará en la misión y en los puntos de vista de la institución, las

herramientas de incorporación, las herramientas de valoración, los planes de cuidados enfermeros y otros archivos relacionados con el cuidado de pacientes.[23]

Newman empleó el modelo a personas cuidadoras de pacientes con enfermedades incurables, con una revisión completa de la bibliografía, Newman reveló cómo este modelo podía utilizarse para proporcionar cuidados a esta población. La autora consideró a la persona enferma como estímulo focal, los estímulos contextuales contienen la edad, el sexo del cuidador y su relación con el paciente crónico. [23]

El situación de la salud física de la persona cuidadora es una exposición de la forma de adaptarse fisiológicamente, las respuestas emocionales de la persona cuidadora (shock, temor, ira, culpa, aumento de la ansiedad) son respuestas eficaces o ineficaces del autoconcepto, las interacciones con los seres queridos y el apoyo mostraban las respuestas de adaptación en el modo de interdependencia; las funciones primarias, secundarias y terciarias de los cuidadores se refuerzan al agregar el rol de cuidar. Las implicaciones prácticas y de la investigación dan a conocer sobre la aplicabilidad del modelo para facilitar atención a los cuidadores de familiares enfermos crónicos. [23]

Formación

El modelo de adaptación de Roy concreta el propósito incuestionable de la enfermería para estudiantes, que es promover la adaptación de personas en cada uno de los modos adaptativos en contextos de salud y enfermedad; este modelo diferencia la ciencia enfermera de la ciencia médica, educando el contenido de esas áreas en cursos apartados, pone el acento en la colaboración, pero traza objetivos apartados para enfermeras y médicos. [23]

Según Roy, el objetivo de la enfermera es apoyar al paciente a usar su energía en sentirse bien, mientras que el estudiante de medicina se centra en la enfoque del paciente sobre la continua salud-enfermedad con el objetivo de inducir un movimiento a lo largo del continuo, considera el modelo como un

instrumento meritoria para analizar las diferencias entre las dos profesiones de enfermería y medicina. [23]

Roy considera que el plan de estudios basado en este modelo colabora en el conocimiento del desarrollo de teorías de parte de los estudiantes, que también aprenden cómo demostrar las teorías y cómo inspeccionar distintos puntos de vistas teóricos, Roy observó que el modelo aclaraba objetivos, identificaba contenidos y especificaba patrones para la educación. [23]

Investigación

La investigación sirve para formar a los profesionales, al igual servirá para analizar una y otra vez las teorías que derivan de los modelos conceptuales en el ámbito de la enfermería práctica, Roy ha verificado que la elaboración de una teoría y el análisis de teorías ya hechas se consideran asuntos prioritarios para la enfermería; el modelo sigue creando gran cantidad de hipótesis comprobables que deben investigarse. [23]

Como ya se ha dicho anteriormente, la teoría de Roy ha generado cierto número de propuestas generales, de estas se puede desarrollar una serie de hipótesis determinadas y luego comprobarlas. Hill y Roberts han señalado que se pueden obtener hipótesis comprobables del modelo, como bien sostenía Roy. La información que sirve para aprobar y sobre la que basar el modelo se crea al demostrar estas hipótesis; el modelo emprende a generar más investigaciones de este tipo; el modelo de adaptación de Roy ha sido utilizado para guiar el desarrollo del conocimiento a través de la investigación enfermera. [23]

Roy ha reconocido el conjunto de conceptos que forman el modelo, de cuyo proceso de observación y de clasificación de los hechos se enuncian los postulados; éstos atañen a la aparición de problemas de adaptación, mecanismos de combate e intervenciones, basados en las leyes causadas por los factores que inducen la reacción que se produce ante estímulos focales, contextuales y residuales; Roy ha señalado una tipología de problemas de

adaptación o de diagnósticos enfermeros. Continúan la investigación y el análisis en áreas de la tipología y de las categorías de las intervenciones para que se adecuen bien en el modelo, también se han desarrollado y examinado propuestas generales. [23]

2.3.2. Afrontamiento

Concepto:

El afrontamiento son recursos cognitivos y conductuales continuamente volubles que se despliegan para maniobrar las necesidades, externas y/o internas que son valoradas como excedentes o copiosos de los recursos de cada persona. [13]

Por lo consiguiente es un proceso variable en el que el individuo, en determinados momentos debe contar especialmente con estrategias, defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Según el autor , podemos decir que el afrontamiento es el proceso que un sujeto pone en marcha para hacer frente al estrés, empleando una amplia gama de estrategias y mecanismos psicológicos, para derogar, dominarlo o reducirlo empleando recursos personales, sociales y afectivos para hacerle frente a la situación en crisis en este caso a la enfermedad.[13]

El afrontamiento se especifica como una respuesta o un conjunto de respuestas ante una contexto estresante, realizadas para manejarla y/o neutralizarla. Es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del sujeto para resistir y superar demandas enormes que se le plantean en su acontecer vital y reestablecer el equilibrio, es decir, para adecuar a la nueva situación[24]

Para los investigadores el afrontamiento son una serie de procesos conductuales que permiten al individuo enfrentarse ante un tipo de situación de estrés generando como consecuencia la resolución de este

periodo estresante o la adaptación al mismo. Por lo que para notros afrontar es admitir y solucionar alguna situación difícil que disgusta o preocupa a la persona.

Estrategias De Afrontamiento:

Las estrategias de afrontamiento, son conductas deliberadas dirigidas al logro de objetivos, que ponen en juego recursos personales, ajustándose su selección por el sujeto a las demandas y exigencias de la situación.

Asimismo al definir las estrategias de afrontamiento indica a un conjunto de acciones que se ponen en juego para solucionar o satisfacer unas demandas específicas del estresor. Es pues, la estrategia específica según la situación que se determina además su estabilidad temporal y situacional; lo cual engloba que las destrezas de afrontamiento son las técnicas concretas y específicas que se usan en cada contexto y podrían tener cambios acatando las condiciones desencadenantes.[13]

Para los investigadores las estrategias son métodos o acciones planificadas que permiten o nos ayudan a afrontar de una forma más eficiente y eficaz una situación problema, es decir son los medios que utiliza una persona para conseguir un propósito deseado.

Clasificación De Las Estrategias De Afrontamiento [13]

Afrontamiento cognitivo – activo, contiene intentos para manejar la propia evaluación de la problema del evento.

Afrontamiento conductual – activo, son los intentos conductuales abiertos para tratar solo con el problema y sus efectos.

Evitación del afrontamiento se refiere a las tentativas por modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta

Estilos De Afrontar Un Problema

Afrontamiento del problema: las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se utilizan para examinar la relación perturbadora entre la persona y su caso mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa, es más, se puede dirigir tanto al entorno, como a la persona misma, favoreciendo una adhesión al problema y una adaptación positiva.

Existen tres estrategias; la confrontación, es el esfuerzo agresivo para alterar la situación la cual implica hostilidad y riego; la búsqueda de apoyo social, es el esfuerzo para buscar apoyo lo cual hay recomendación, asesoramiento, ayuda, apoyo moral y simpatía; por último la planificación que son los esfuerzos intencionales centrados en el problema para alterar la situación unido a una proximidad analítica para resolver el problema.[11-25]

Para los investigadores el afrontamiento del problema es un acto decisivo de poder salir del estado estresante que pasa paciente-familiar, el problema no depende de sus características , sino la manera de cómo afrontarlo y asimilarlo, para ello necesitamos las tres estrategias mencionadas con la finalidad que el familiar de estos pacientes puedan tener una reacción positiva al problema.

Afrontamiento de la emoción: las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción se hallan los métodos cognitivos y conductuales responsables de reducir el grado de disconfort o el malestar emocional, los cuales son cuatro como; autocontrol, es el esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones; distanciamiento, es el esfuerzos para separarse y alejarse de la situación estresante, tratar de olvidarlo, no querer hablar de él o actuar ignorándolo, reevaluación positiva es para crear un significado positivo centrándose en el progreso personal, la aceptación de la responsabilidad que es el reconocimiento del propio papel en el problema y la huida-Evitación se encarga de la evasión del contexto la cual describe el pensamiento desiderativo. [11-25]

Para los investigadores hacer conocer y que lo practiquen los familiares de los pacientes estas estrategia tendrán un afrontamiento positivo las cual es más saludable para ellos, ya que si no fuera así sería todo lo contrario, es por ello que los familiares van a tener una manera de afrontar asertivamente generando una visión autoeficacia.

Funciones del afrontamiento

El afrontamiento guarda relación con el objetivo de cada maniobra; el resultado del afrontamiento está alusivo a la consecuencia que cada estrategia tiene. [16]

Según la sociopsicológica menciona tres funciones; confrontar las necesidades del entorno y sociales, crear el grado de motivación necesaria para enfrentar a dichas necesidades y establecer un equilibrio psicológico con el fin de canalizar la energía y los recursos a las necesidades externas.[16]

Recursos personales de afrontamiento

Dichos recursos nos permiten alcanzan todas aquellas variables tanto personales como sociales que permite que los sujetos traten las situaciones problema de manera eficaz, lo que se debe a que ciertos individuos experimenten ningún o pocos síntoma al experimentar a un estresor o que se recuperen óptimamente de su exposición.[14]

Para los investigadores podemos decir que a más recursos menos síntomas de ansiedad, pena, depresión, síntomas psiquiátricos que pasan los familiares al enterarse que tiene cáncer la cual daña gravemente y es difícil de combatir.

Tenemos recursos cognitivos, la cuales las personas con un pobre pensamiento constructivo reportaron más síntomas físicos y emocionales en la vida diaria, cuantiosas investigaciones han concebido que quienes

logran hacer uso de locus de control interno logran la disminución de sus sintomas que quienes reportan un locus de control externo. [14]

El locus de control externo relaciona positivamente con el reporte de síntomas de depresión, desorden obsesivo-compulsivo y sensibilidad interpersonal, por lo que la percepción de control sobre los eventos ha sido asociada con un ajuste psicológico más favorable, relacionados a la salud física, los factores situacionales y a la interacción entre factores situacionales y personales. La percepción de control implica la habilidad para escapar, evitar o modificar el estímulo amenazante.[14]

Según los recursos cognitivos, un sentido de control personal sobre las circunstancias de la vida disminuyen los síntomas psicológicos de forma directa y amenora los efectos psicosociales de los acontecimientos perjudiciales, existe certeza que los sentimientos de autoeficacia y la capacidad para tener el control sobre los sucesos perjudiciales influyen menos en el sistema inmunologico, por lo cual el emplear estilos externos, inestables y específicos para los eventos negativos está asociado con la disminución del riesgo en problemas a la salud.[14]

A la vez existen factores de personalidad asociada la salud como el optimismo, que ayuda a la salud mental, los cuales contienen sentimientos de valía personal, capacidad de autocuidado y de cuidado hacia los demás, persistencia y creatividad en el alcance de las metas y la destreza de dar frente efectivamente al estrés y otro de ellos es el sentido de vínculo parece ser el mejor recurso para evitar los eventos estresantes ya que, permite moderar los efectos negativos del malestar psicológico.[14]

Para los investigadores enfocando a nuestro tema de investigación, podemos decir que los familiares tienen que tener un alto pensamiento constructivo así es menos probable de experimentar emociones negativas como la depresión y la ansiedad.

Los recursos emocionales, se ha encontrado asociación entre el nivel de estrés y la decadencia del estado emocional, según Taylor y Scogin hallaron que los sujetos no disfóricos reportaron mayor habilidad para el manejo del estrés, este está agrupado a un énfasis en el uso de estrategias de afrontamiento paliativo lo que permite a su vez un mayor número de síntomas. En diversos estudios nos muestran que los sujetos que poseen una gran variedad de recursos de afrontamiento ante contextos estresantes experimentan pocos problemas emocionales.[14]

Para los investigadores se puede decir que existe una reciprocidad positiva con la escala negación y una reciprocidad negativa con las escalas afrontamiento activo, aceptación, enfocar y liberar emociones es por ello que se dice que los individuos que no muestran respuestas agresivas hacia situaciones que provocan cólera o frustración suelen manifestar síntomas de duración corta, mientras sujetos que responden agresivamente presentan síntomas de duración larga.

Los recursos espirituales se dice que están relacionados con mayores reacciones de ansiedad y manifestaciones físicas, los peculios religiosos fueron relacionados a un uso mayor de destrezas de afrontamiento paliativas las cuales facilitan la presencia de un número mayor de síntomas.[14]

Para los investigadores el recurso espiritual, es donde los familiares se refugian en el apoyo social, hay una aceptación del problema y acuden a la religión.

Los recursos fiscos, la salud física guarda relación respecto a la salud emocional, un sujeto cansado, enfermo o débil tiene menos energía para afrontar la situacion que una persona saludable y robusta; la salud, es significativa cuando hay que resistir dificultades y contextos de estrés que solicitan un uso de energía. Los sujetos difieren en su ajuste ante afecciones incurables y pasajeras.[14]

Para los investigadores es necesario que los familiares tomen de una manera asertiva el problema que están pasando, para que no haya consecuencia de salud para él, ya que si al familiar le llega a pasar algo al enterarse de la situación no será de ayuda para el paciente que padece de cáncer, ya que no hay la fuerza y el apoyo para afrontarlo.[14]

En los recursos sociales se puede decir que dan soporte social lo cual es provechoso tanto en épocas complicadas como de tranquilidad, este recurso facilita la firmeza al estrés la cual procede del esfuerzo de la persona y del apoyo emocional, a la vez permite manejar la situación estresante derivada del contexto psicológico y social y enfrentarlos de forma eficiente. [11]

Existe gran importe de información que corrobora que las interacciones sociales comprimen de forma directa las afecciones psicológicas y atenúa la huella física y psicológica de los acontecimientos negativos y las tensiones crónicas, existen investigaciones que trazan que el efecto protector manifiesta más recursos personales que sociales.[11]

Para los investigadores los sujetos con un nivel superior de soporte social tienen escasas dificultades durante el afrontamiento a la enfermedad en este caso de su familiar.

Etapas

En el afrontamiento se considera tres etapas: anticipatorio, de impacto y de post impacto.

Anticipatorio: el suceso aún no se ha dado y los principales aspectos a evaluar contienen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, en el momento de que sucederá y de lo que suceda, es ahí donde el proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto sus pensamientos sobre esas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y su afrontamiento.[20]

Impacto: muchos de los pensamientos y acciones significativos para el control pierden valor cuando el suceso nocivo ya ha empezado o terminado, ya que este se ha mostrado en su totalidad, el individuo comienza a demostrar si es igual o peor de lo que anticipaba, y en qué aspectos. En algunas situaciones estresantes la energía mental del sujeto queda tan concentrada en la acción-reacción que tarda un tiempo el cual puede ser considerable en darse cuenta de lo que está ocurriendo y valorar su importancia. Al encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que se puede ejercer sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación.[26]

Post impacto: puede ocurrir que los procesos cognitivos que iniciaron en el periodo de impacto aun persistan en este periodo en el que además surgen nuevas consideraciones, aun cuando, el suceso estresante haya terminado, el mismo causa todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios, e incluso el periodo de impacto tienen un sin fin de procesos de evaluación y de afrontamiento encaminados no solo al pasado y al presente, sino también al futuro.

Puesto que los daños ocurridos tienen también elementos de amenazas en un sentido anticipatorio, que en su interacción con el entorno descubre lo que está sucediendo y lo que puede hacer al respecto con lo que se ve modificando su afrontamiento. Además las lesiones y daños ocurridos contienen elementos de amenazas en el sentido anticipatorio del término que no es posible separar del todo.[26]

Las cinco etapas cambios

Elisabeth Kubler Ross, fue doctora en medicina y psiquiatría, su personalidad fuerte y controvertida la llevó a ser retenida en el campo de concentración de Meidaneck (Polonia), durante la segunda guerra mundial; tras su liberación se quedó para laborar como voluntaria con los presos.[27]

Este hecho marcó su vida y definió su posterior interés por el conducta de las personas ante la cercanía de la muerte, su trabajo durante períodos con enfermos terminales (prioritariamente con cáncer, ancianos y niños desahuciados) hizo que se convirtiera en la mayor autoridad mundial sobre el proceso de la muerte. [27]

Pero si hay un modelo por el que realmente se recuerda y conoce a Elisabeth, es por las cinco etapas por el que pasa todo enfermo terminal cuando es informado sobre la irremediabilidad de sus procesos. Etapas que asimismo ocurren en los momentos de duelo que sufren los familiares y seres queridos. [27]

Las teorías de las fases del duelo dicen que los pacientes terminales pasan por una serie de manifestaciones emocionales, que les generan protección ante la amenaza de una perdida inminente.[28]

Kübler-Ross indicó que los sujetos que se encuentran próximos a la muerte (enfermos terminales) pasan por cinco etapas durante el duelo las cuales son: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. La autora afirmo que estas etapas duran diferentes ciclos de tiempo; y se sucedían unas a otras o que en ocasiones se ocultaban. [28]

Para los investigadores pasar por estas cinco etapas van ayudar que los familiares puedan afrontar y aceptar la enfermedad que sus familiares están pasando.

Negación, es la etapa del planteamiento de cuestiones: “¿es seguro?”, “¿es viable que haya podido suceder?”, “¿cómo ha podido pasar esto?”, “¿por qué? Se concreta por la impresión de duda, no se cree en lo que está sucediendo o puede suceder, la persona tiende a negar los hechos, nuestra psique se manifiesta ante esta fase. [27]

Para los investigadores, la negación es un rechazo de no poder aceptar lo que están viviendo, son encuentros de emociones que es difícil de

aceptar y comienza a elegir mil alternativas que den solución a su problema.

Se definió negación como la dificultad de admitir un hecho real que se padezca, por lo que el diagnóstico admitido se atribuye a errores médicos o algún tipo de equivocación.[28]

Esto puede sobrellevar a preguntarnos a nosotros mismos si somos idóneos de seguir con ello; las noticias que nos rodean se tornan irracionales para nuestra manera de comprender el mundo y los sucesos se dan de manera asfixiante, en ocasiones son los propios sentidos los que causan que sólo seamos capaces de adoptar lo que aguantable para nosotros y nos mantiene distantes de la realidad.[27]

Dejar claramente identificadas las causas del cambio, asumir personalmente las responsabilidades y marcar los beneficios (y no solo las consecuencias inmediatas) pueden ser buenos consejos en esta fase inicial, asimismo, es el momento de anunciar los cambios desde la autoridad más alta que podamos. [28]

La ira, es conceptualizada como una reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud y es dirigida hacia todo el medio que se observa como responsable del mal, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, incluso hacia Dios. Asi mismose agrega la ira u hostilidad dirigida hacia uno mismo al culparse de haberse provocado la enfermedad, pudiéndose incurrir en conductas autodestructivas. [28]

Como investigadores podemos decir que la ira es una respuesta a lo que por más que hemos podido buscar alternativas no dio resultado, y nos ponemos en contra de todas ellas, como es Dios, doctores, Hospitales y a todas nuestras alternativas. Pero sin embargo es bueno desfogar todo lo que estamos sintiendo porque es un buen camino a la aceptación.

También se dice, que esta es un proceso genuinamente emocional la cual se ve manifestada de múltiples formas: contra los generadores del cambio, contra personas cercanas y contra entes (Dios, los consultores, la tecnología…). Suele surgir de manera espontánea, inmediatamente a la notificación del cambio pero otras surge cuando ya llevábamos un periodo funcionando con las nuevas condiciones de trabajo.[27]

Hay que entender que es un sentimiento básico y necesario, cuando antes se sienta, antes se disipará lo cual no implica que aceptemos cualquier tipo de respuesta y mucho menos cuando ésta se da de forma violenta, por tanto es una fase que puede ser útil mientras no nos ocupe demasiado tiempo, sea violenta o volvamos recurrentemente a ella. [27]

La ira es una reacción natural ante el cambio hay que gestionarla, no pararla ni olvidarnos de ella o asumir que degenere en violencia; a menudo fomentar mecanismos de duelo o queja ayudan en este proceso. El recurso a la pataleta, el llanto o la queja sin recriminación son acciones que ayudan a canalizar la ira, buscar un tercero fuera del entorno de relaciones puede ayudar en el proceso de gestión de esa etapa y así como existen "bautizos" de una nueva organización deben de existir "duelos" a la pérdida de la que hemos tenido. [27]

El pacto/negociaciones una manera de enfrentar la culpa y se asienta, de forma imaginaria o real con aquellas personas hacia las cuales se dirigió la cólera. Ahora no se observan como culpables, sino implicados con la recuperación del paciente, por lo que éste les hace ofrecimientos para alcanzar metas terapéuticas, de persistencia o desarrollo personal. Se renuncia a cualquier comportamiento autodestructivo y emprende a buscar el restablecimiento de la salud[28]

Para los investigadores la etapa de la negociación, es con toda la familia, todo el entorno que la rodea y con ella misma, para así buscar soluciones al problema que están pasando.

A menudo la gente se involucra por reducir la negociación a una única etapa que ocupa un momento muy determinado de todo el proceso, porque de hecho todo el proceso es convenio en un sentido u otro.

Antes de que ocurra el cambio negociamos cualquier cosa: “Lo haremos mejor”, “Lograremos los resultados y objetivos”, “Seremos más eficientes”. Y una vez que se convierte en irremediable, solemos negociar, sobre todo el tiempo: “No es buen momento ahora”, “Cuando tengamos más consolidados otros cambios”, “Cuando hayamos aprendido bien el nuevo proceso”, “Cuando todo el mundo lo haga al mismo tiempo”. Nunca es buen momento para iniciar el proceso del cambio no deseado.[27].

El sentimiento que más sale es el de volver atrás una y otra vez: “Ojalá lo hubiéramos hecho mejor”, “Si pudiera repetirlo lo haría de otra manera”…Si se lleva bien el proceso sobrelleva una autorresponsabilización. Pero si deriva en culpa dolorosa (“Nos lo tenemos bien merecido”, “No podremos lograr los retos que nos ofrecen”…), entonces puede tener como resultado no deseada llegar a la parálisis de la acción.[27]

Es necesario que aprendamos a identificar este momento y los paracaídas del cambio (las excusas que aparecen como razonamientos lógicos ciertos pero que en realidad no son nada más que eso, excusas) con el objetivo de superarlas y empujar hacia el cambio lo antes posible. El peor enemigo de esta fase es posponer el cambio a la espera de una situación mejor que sabemos que nunca llegará. “Acción” es la palabra clave. [27]

Algunos de esos paracaídas del cambio ya los hemos citado: la posposición: “ahora no es el mejor momento, quizás cuando hayamos podido conseguir los objetivos…”; la búsqueda de la perfección: “esto hay que hacerlo cuando lo tengamos bien asumido y aprendido”; seguir el rebaño: “o esto lo hacemos todos o no servirá para nada; mejor esperemos a que todos estén preparados y no demos nosotros el primer

paso”; la defensa de la personalidad: “yo (nosotros) soy así, por tanto hago las cosas como siempre las he hecho porque de lo contrario iría en contra de mi propia forma de ser”. [27]

Esté atento y empuje suavemente en esos momentos de duda o tendrá que tomar decisiones más drásticas al final. [27]

La depresión son sentimientos de un insondable vacío y dolor ante la penosa situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad. En esta fase puede abandonar el tratamiento y dejar de ir a las citas médicas. [28]

Depresión, hasta ahora la mayor parte de los sentimientos que nos causan las fases anteriores se referían al pasado, echábamos la vista atrás para demostrar qué fue lo que desencadenó el mecanismo que nos llevaría a cambiar nuestro status quo. La depresión en cambio, hace referencia de una forma radical al presente, es una sensación actual de vacío, de tristeza cuando el cambio profundo se hace evidente y ves que no puedes negarte ni eludirlo. Te sientes mal y trasladas ese sentimiento de tristeza a tus relaciones, dentro y fuera del trabajo. [27]

Los investigadores podemos decir que la depresión son episodios depresivos de mucha tristeza de un duelo por el familiar que está padeciendo cáncer, pero tiene que recobrarse pronto para poder ayudar.

A veces la conversación se hace monotema y todo se convierte una crítica constante pero, a diferencia de la etapa de ira, sin esa energía violenta. Es como perecer ante lo ineludible. [27]

Las relaciones personales pueden verse muy perjudicadas en esta etapa y no es anormal que aumenten drásticamente tanto el absentismo real (dolores debidos a contracturas, gripes y resfriados por bajada de defensas…) como el ficticio; los mismos males pero sin síntomas reales o directamente baja por ése, tantas veces mal llamado, estrés. [27]

Es el momento de apoyar a quien se siente mal pero dejándole vivir esa fase, como la mariposa que por sí misma debe romper el capullo de seda para que la sangre aflore a sus alas y pueda mostrarlas en su esplendor, no podemos ayudar a la persona que está en esta fase responsabilizándonos por él de su etapa depresiva. Debe vivirla, gestionarla y aprender de ella, pero no debemos dejarle solo o la finalización más probable será el abandono. [27]

La aceptación tiene como definición a la afirmación del padecimiento y situación de dolor y limitaciones que llevan a tener una actitud responsable de enfrentar la situación. Esta etapa se logra alcanzar al realizar un balance de la pérdida y dar nuevas direcciones al momento por el cual se está pasando; Kübler-Ross señalaba que la fase de aceptación no debía confundirse con una resignación ante el mal o lograr un estado de felicidad. [28]

Aceptación o rechazo, así como las otras etapas pueden ser sucesivas o no, es obvio que esta sea la etapa final, la de resolución, aquí ya no existe otra alternativa; o aceptamos el cambio con todas sus consecuencias o lo rechazamos (abierta o indirectamente). [27]

Los investigadores podemos decir que la aceptación es una manera de afrontar la situación que están viviendo, observando los estímulos focales, contextuales y residuales según el modelo de Callista Roy para poder ver las necesidades y elegir unas buenas intervenciones a sus necesidades , dando paso a poder que el familiar se adapte a esta situación.

Si escogemos la primera opción, la aceptación, eso no implica que no podamos pasar por las fases antes descritas, pero sin duda que lo haremos con mejor estado de ánimo, de forma más rápida y con menos secuelas o efectos secundarios. [27]

No todo el mundo debe pasar por todas las fases. Hay quienes ya han aceptado que la vida es cambio y no les afecta demasiado. Pero eso va

en contra de los mecanismos desencadenantes de este proceso antes descritos. Si eres quien solicita el cambio o éste no representa una amenaza real para ti o como mínimo estás tan acostumbrado que no te planteas ningún tipo de rechazo, lo dicho anteriormente no te sirve como diagnóstico pero lo normal es que no sea así. [27]

Por tanto, cuando antes aceptes que ésa es la nueva realidad, antes llegarás a esta etapa de final y menos efectos secundarios sufrirás. Sin duda, aceptar no significa sentirse bien o estar de acuerdo con lo que ha pasado; es asumir que hay una nueva realidad y que debemos aprender a vivir con ella. Por el contrario, puede ser que no aceptemos esa nueva realidad. Que la rechacemos. Entonces sufriremos dos consecuencias[27]:

Las fases descritas anteriormente las vamos a vivir igual, pero quizá con mayor intensidad, sobre todo lo referente a las sensaciones y cogniciones negativas, no solo vamos a sufrirlas, es que quizás las sufriremos más. [27]

Lo más probable es que nuestro rechazo nos lleve a ser consecuentes con nosotros mismos (abandono de la empresa), con nuestros responsables (despidos) o a convertirnos en esa categoría de muertos vivientes que, a veces, pululan por las organizaciones.[27]

Aquí poco podemos hacer. Es el propio colaborador quien tiene que tomar la decisión y no vale como solución empujarle tanto que no sepamos si la decisión la tomó él o nosotros por él. [27]

Afrontamiento familiar

Para llegar a un afrontamiento, la familiar pasa por muchas etapas ya mencionadas las cuales comenzaremos describiendo, la familia pasa por un camino sombrío de médico en médico, de laboratorio en laboratorio, de consejo en consejo, tratando de hallar a alguien que diga lo contrario a la enfermedad, finalmente llega al diagnóstico la cual es el cáncer. Los familiares entran en pánico, en negación a la enfermedad y se asocia al dolor. [29]

Este problema de salud está afectando al miedo que la colectividad concibe en dicho padecimiento. A partir del instante en que se detecta la enfermedad oncológica en algún familiar se genera una crisis en el grupo, entiéndase ésta como “enunciado de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas procedidas de los nuevos eventos de la vida que se enfrentan y que producen desorganización en el núcleo familiar” [29]

Al enterarse la familia sobre un juicio medico difícil se causa una crisis y un estado de luto tanto en las personas que padecen la enfermedad como en los seres que los rodean, lo que puede generar una respuesta de afrontamiento ante la patología, esto dependiendo de las características de cada persona y de su familia. La respuesta familiar ante el contexto consta de las experiencias logradas en afrontamientos a eventos pasados y una serie de creencias que se desarrollan durante el periodo de esta historia lo que causa una respuesta o así mismo no se puede responder de forma adecuada, a esto se le denomina “Claudicación Familiar” definida como la incapacidad de las partes para ofrecer una respuesta ante una determinada demanda [29]

La crisis de claudicación familiar se da cuando todos los miembros de la familia “desisten” y es resultado de una reacción emocional aguda de los cuidadores de la persona enferma. La claudicación como su nombre lo indica, supone una sumisión de la familia ante la enfermedad en estado terminal, una enorme angustia que hará al paciente víctima de maniobras como ser llevado a las urgencias hospitalarias, y en ocasiones obligar su internamiento.[29]

La persona encargada del cuidado del paciente oncológico se define como aquel sujeto que tiene el compromiso dentro de la familia, esta persona tiene distintas características las cuales le proporcionan la seguridad y la confianza para alcanzar un intercambio con el personal de salud y con la persona enferma, asi mismo poder tener la capacidad mental para dar frente a las distintas situaciones que se vienen dando durante el

trascurso de la enfermedad. Los familiares deben aprender que los cuidados que se brindan tiene como característica principal la flexibilidad para alcanzar el confort para el paciente con el fin de disminuir los daños emocionales tanto de la persona enferma como del familiar. [30]

Así mismo no tener todos los datos sobre el transcurso de la afección puede ser un factor desencadenante de las alteraciones del cuidador por eso mismo se considera como un objetivo en la intervención en este grupo debe ser, mantener una óptima comunicación entre todos los involucrados y la integración plena de la familia a los cuidados de su paciente; brindar educación con el fin de que todos logren ser soporte práctico y emocional del paciente y de esta manera restar las consecuencias negativas propias de esta crisis familiar no transitoria por enfermedades.[30]

Como investigadores podemos decir que el familiar es el principal cuidador y el apoyo fundamental de su paciente ya que para él es una marca sobre sus relaciones como en su vida laboral, social y familiar. Debido a esto que la investigación se basa al familiar ya que necesitamos que ellos se adapten y afronten la situación que está pasando, es así como le dará seguridad a su paciente durante el recorrido de su enfermedad.

2.3.3. Adaptación

Concepto:

La adaptación es un tentativa de mantener un funcionamiento idóneo; implica mecanismos reflejos y automáticos del cuerpo para protegerse. En cualquier situación, adaptarse supone dosis elevadas de ansiedad y de estrés que normalmente, pueden ser enfrentadas apelando a distintos factores psicosociales capaces de modificar su impacto sobre el individuo y entre los cuales se mencionan el apoyo social y el sentido de control personal. Así mismo adaptarse a la enfermedad significa tanto combatirla como intentar que la enfermedad no deteriore o deteriore lo menos posible, la autoimagen, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales, la afectividad y el bienestar.[17]

Para los investigadores la adaptación de los familiares a la enfermedad, involucra entre la demanda y perspectivas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para reconocer a tales demandas.

La adaptación del cáncer no se da de un momento a otro sino que es algo progresivo a lo largo de la enfermedad suceden diferentes situaciones estresantes: diagnostico, la cirugía y sus secuelas, los efectos de los tratamientos, las pruebas complementarias, la incertidumbre sobre la curación, etc. En cada ocasión la persona debe de poner en marcha estrategias de afrontamiento efectivas para superar la situación y conseguir un bienestar emocional. [17]

Se puede entender entonces el proceso de adaptación de dos maneras; Como producto, es decir, como el grado en que una persona consigue este objetivo y que se manifiesta como la ausencia de emociones negativas; ausencia de ansiedad y la depresión; pero también como proceso y refiere a la regulación psicológica de los recursos de la persona para adoptarse a la enfermedad y como estos se desarrollan a lo largo del tiempo; para ello se hace uso de estrategias de afrontamiento.[17]

El nivel de ajuste es el nombre dado a tres condiciones posibles de los procesos de la vida del sistema adaptativo humano; Integrador, este describe las estructuras y las funciones del proceso de la vida en su totalidad para resolver necesidades del ser humano; compensatorio, es el cual el cognator y el regulador han sido activados por un desafío a los procesos integrados y el comprometido. Cuando los procesos integrados y compensatorios son inadecuados, se presenta un problema de adaptación.[17]

Modos adaptivos: existen cuatro modos adaptativos [31]

Modo fisiológico. Conciernen los aspectos físicos de sistemas humanos, la conducta en este modo es la exposición de las acciones fisiológicas de los sistemas que comprenden el cuerpo humano, tiene

nueve elementos: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, protección, líquidos y electrolitos, sentidos, función neurológica y función endocrina.[31]

Modo de autoconcepto. Representa concretamente los aspectos psicológicos, morales y espirituacion del ser humano y se divide en dos áreas: el ser físico (imagen del cuerpo) y el ser personal (aspecto espiritual, ético y moral). [31]

Desempeño del Rol: Se concentra particularmente en las funciones que las personas ocupan en la comunidad. La necesidad principal subyacente en la forma de la función del rol se ha registrado como la probidad del rol social con claridad del individuo por sí solo y en sociedad. Para la integridad individual y social concierne la necesidad reconocer quién es uno en lo referente a otros de forma que se logre desempeñarse. Para los grupos, la claridad del rol circunscribe la necesidad de entender y de confiar al cumplimiento de su función específica dentro de una organización, de forma que el grupo pueda lograr metas comunes. [31]

Estos roles se fraccionan en tres fases las cuales son; rol primario atribuido a la edad, sexo y fase de desarrollo, el cual determina la mayor parte de las conductas halladas en un sujeto según su etapa de desarrollo, el rol secundario es aquel que una persona acoge ya sea padre, esposa, profesional y el rol terciario es aquel que se elige libremente por la persona, de naturaleza temporal, es una tarea de menos importancia dentro de su desarrollo actual como ser integrante de un equipo o ser miembro de un club deportivo. [31]

La función del rol se basa en los papeles que la persona ocupa en la sociedad, lo que se concreta como sistema de expectativas sobre como una persona que ocupa una posición se comporta hacia una persona que ocupa otra posición, llegando a una integridad social que es la necesidad de saber quién es una persona en lo referente a otra de modo que la persona pueda actuar. El rol dentro de un grupo, es el vehículo a través del

cual las metas del sistema social se alcanzan realmente ya que son los componentes de la acción asociados a la infraestructura del grupo. Las distintas funciones se diseñan para aportar a la realización de la misión de un grupo, tareas o funciones asociadas al mismo [31]

El modo adaptativo de interdependencia. Hace enfasis en las interacciones cercanas con las personas, como sujetos y agrupaciones más que labores en la sociedad. La forma de interdependencia en la cual la necesidad de integridad antes que adecuarse al efecto, desarrollo, maduración y recursos se complementa.[31]

El modelo de adaptación de Roy, permite evidenciar que cada sujeto o agrupación hace un esfuerzo por la integridad emparentada por cada una de estos espacios, con el fin de poder compensar las demandas de afecto, desarrollo, y recursos para lograr la necesidad primordial de la integridad emparentada del modo de la interdependencia. Este guarda relación con las fases afectivas, de desarrollo, y de recurso con los que el individuo continúa creciendo como persona y como miembro que contribuye a la comunidad. [31]

Las relaciones interdependientes se fraccionan en dos clases: significativas y sistemas de ayuda. Las significativas nos presentan a las personas las cuales se les da la prioridad o de la importancia, pueden ser padres, esposos, amigos, Dios, miembros de la familia o aún animales. Estos significativos conciernen amarse, respetarse, valorarse, y alternadamente, ellos aman, respetan, y valoran un grado mayor que en otras relaciones. [31]

Dimensiones de la adaptación: Son dimensión física, de desarrollo, emocional, intelectual, social y espiritual.[17]

Factores que influyen en la respuesta adaptiva: Existen distintos elementos que ayudan a salir de la afección como lo son:

Factores personales: Se puede afirmar que las características individuales libran una función incuestionable en la forma en cómo se visualiza la enfermedad así como también de la manera en la que se dé frente a esta contexto, ya que, por ejemplo, la forma de alcanzar que el paciente sea partícipe de forma activa en el proceso de adaptación y que quiera superar su situación, que tenga una actitud pasiva, que sea alegre, que tenga ganas de vivir y de hacer un sin número de cosas, de sobrepasar la enfermedad ya sea por su familia o por ella misma. Esta forma de ser tiende a generar resultados increíbles en las distintas acciones cotidianas e incluso en la propagación de la supervivencia, según experiencias alcanzadas con pacientes con cáncer. [17]

Apoyo social: Ya la enfermedad no solo altera el desarrollo de las labores del sujeto y se deterioran, sino también, las representaciones del cuerpo y de sí mismo; toda personas que padezca la enfermedad debe recibir el apoyo adecuado y más aún si es un paciente con cáncer de mama ya que el dolor que suele presentar este tipo de pacientes es muy intenso, no solo haciendo énfasis en lo físico sino también en el aspecto moral durante el primer diagnóstico.[17]

Es fundamental que los pacientes que padezcan esta enfermedad estén acompañadas cuando el personal de salud les de la noticia o el diagnostico, ya que se es seguro que el paciente necesitara el apoyo moral adecuado, esto debido a que el paciente se torna vulnerable ante la situación; es por esto que el aspecto social influye considerablemente en la forma de cómo el paciente afronta la enfermedad y se desprende de su rol de enfermo ante los demás permitiendo realizar su rutina sin complicaciones y por ende disminuir la posibilidad de agravar la enfermedad manteniendo una vida tranquila y sana.[17]

2.3.4. Familia

Concepto:

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.[32]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede conceptualizar la familia como “Una agrupacion de personas que viven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”. [33]

Para los investigadores la familia es un núcleo fundamental para la sociedad, formada por el padre, la madre y los hijos, el grupo familiar posee un vínculo y viven como tal.

Función familiar:

Teniendo en cuenta los distintos autores, se podría abreviar las funciones de la familia en cuanto a la relación que guardan los integrantes y su vinculación; entre ello tenemos garantizar la supervivencia y su desarrollo sano del otro brindándole protección y educación, aportando un clima afectivo y de estabilidad emocional y psicológica, estimular las relaciones de forma autónoma con su medio físico y social y permitir que tome sus decisiones de acuerdo a sus contextos sociales. [32]

Tipos:

Familia nuclear: padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar», familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines, familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres y otros tipos de familias: son aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que

ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable.[33]

Familia y enfermedad

La determinación de que una persona tiene una enfermedad incurable, o en todo caso de resultados inciertos, es causa de una serie de eventos que afecta psicológica y moralmente a todas las personas del entorno del paciente las cuales pasan por las mismas etapas que vive la persona con la enfermedad (shock, negación, desesperación, ira, reelaboración, aceptación) [34]

Entendemos que la familia no solo son los integrantes que la conforman sino es una organización, un sistema único que acciona de manera distinta a los cambios que se den en ella, es por eso que en el momento en que se ve afectada la salud de uno de sus integrantes todos los miembros se ven implicados en el cuidado de la persona enferma con el fin de mantener un equilibrio en las distintas dimensiones que abarca el ser humano (fisicas, psicológicas, sociales y espirituales).[34]

La enfermedad es verdaderamente una situación muy compleja para la familia, ya que afecta el equilibrio y la tranquilidad de la misma, esto porque sus integrantes tienen que asumir y enfrentar las distintas complicaciones del proceso salud-enfermedad por el que atraviesa uno de sus miembros; así mismo los integrantes se ven en la obligación de distribuir funciones vinculadas al manejo de la persona enferma para que se dé un cuidado optimo que garantice el confort del paciente. [34]

La enfermedad origina un desorden en los papeles: lo que hacía la madre, el padre, el hijo; ahora debe ser ocupado por otro miembro de la familia; varían las rutinas; se modifica la vida laboral de los miembros, frecuentemente brotan problemas desde el punto de vista economico. La dinámica, y por tanto el equilibrio familiar, se ve modificado. La exigencia

de la familia frente al nuevo contexto no es solamente la de ser ayudada a manejar al familiar que padece la enfermedad sino también la de ser apoyada para que se reorganice como sistema teniendo en cuenta las exigencias del paciente y también sus anteriores dinámicas específicas.[34]

El medio se debe modificar con el fin de poder adaptarse a las variaciones, pero también conservarse con el fin de evitar que los cambios demasiado bruscos y radicales afecten las capacidades de progreso. Mientras el pedido de ayuda para tratar al enfermo es explícito y casi inmediato, el pedido de ayuda para reelaborar el proceso de adaptación/conservación del sistema familiar, no lo es. [34]

Es evidente que la ansiedad por la persona que padece la enfermedad y los métodos en que todos hacen lo posible para apoyar a su ser querido hacen que los miembros de la familia dejen de lado sus funciones para con las exigencias que requiere el resto de miembros de la familia, no obstante, con el trascurrir del tiempo se reivindicaran sus derechos (tengamos como ejemplo la enfermedad de un menor de edad donde las atenciones se centralizan en dicho niño descuidando a los demás niños que puedan haber en la familia). Esto concierne un contexto muy complejo para el cuidador en el pedido para tratar al paciente y no dejar de lado al resto de personas que indirectamente se ven afectadas por la enfermedad.[34]

2.3.5. Cáncer

Concepto:

Cáncer es un término que se da uso para describir padecimientos en las que células anormales se fraccionan descontroladamente y pudiendo violentar tejidos sanos. Las células cancerosas se pueden esparcir a otras partes del cuerpo por tanto por el sistema sanguíneo como por el linfático.

Actualmente encontramos más de 100 tipos de cáncer. Los cuales en su mayoría toman el nombre del órgano o de las células en donde se diagnostica; como ejemplo tenemos el cáncer que inicia en el colon se

llama cáncer de colon; el cáncer que comienza en las células basales de la piel se llama carcinoma de células basales. [35]

Origen

Nuestro organismo está conformado por distintos tipos de células. Estas las cuales crecen y se fragmentan en una forma controlada con la finalidad de producir más células según sean necesarias para mantener saludable el organismo. Cuando las células se degeneran o se dañan, mueren y son reemplazadas por nuevas células.

No obstante, en algunos casos este transcurso ordenado sufre un descontrol lo cual puede causar que el material genético (ADN) de una célula se vea alterado, produciendo cambios que afectan el crecimiento y la segmentación normal de la célula. Cuando esto ocurre, las células no mueren cuando deberían de hacerlo y se forman células nuevas cuando no son necesarias para el cuerpo. Las células que sobran forman una masa de tejido que se viene a llamar tumor. [35]

Factores de riesgo

La herencia genética y el entorno son los primeros factores de riesgo en el desarrollo de cáncer. El Instituto Nacional del Cáncer[35], hace mención que los causantes específicos de riesgo se fraccionan en estas categorías que abarca:

Envejecimiento: El componente de riesgo más transcendental de cáncer es el envejecimiento. En su mayoría los cánceres ocurren en las personas al promediar los 65 años de edad. Sin embargo personas de todas las edades, incluyendo los infantes, pueden desarrollar esta enfermedad.[35]

El consumo indiscriminado de productos a base del tabaco. Las investigaciones suelen relacionar la exposición a productos a base de tabaco con los distintos tipos de cáncer entre otras enfermedades mortales

entre las que podemos encontrar el carcinoma de pulmón y problemas cardiovasculares.[35]

Dieta rica en grasa. Los científicos creen en la existencia de una conexión entre una dieta rica en cierto tipo de grasa y el cáncer de colon y recto. [35]

Obesidad. Los estudios de investigación nos muestran que la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar distintos tipos de cáncer. [35]

Radiación Ultravioleta (uv). La exposición constante a la luz solar, camas de bronceado o lámparas de sol incrementa la probabilidad de desarrollar ciertos tipos de cáncer de piel, incluyendo el melanoma. [35]

Alcohol. El consumo de alcohol en exceso, especialmente asociado con fumar, incrementa la posibilidad de padecer ciertos cánceres. [35]

Radiación ionizante. El cáncer de pulmón y la leucemia, entre otros, pueden ser causa por la exposición a rayos-X y a elementos radioactivos. Existen ciertos trabajos potencialmente riesgosos para desarrollar esta enfermedad. [35]

Productos químicos, metales, pesticidas. Muchos pesticidas uusados usualmente y productos de limpieza para el hogar, tienen sustancias químicas que pueden causar cáncer en animales de laboratorio. [35]

Terapia de reemplazo hormonal (HRT). Las distintas investigaciones muestran una conexión entre la terapia de reemplazo hormonal y el cáncer de mama en mujeres. [35]

Dietilestibestrol (DES). El DES es estrógeno sintético, una hormona femenina. Entre los años 1938 y 1971 el DES se prescribió a mujeres para ayudarlas con problemas del embarazo. En 1971, El DES se relacionó a un cáncer raro (conocido adenocarcinoma de células claras) en las hijas de madres que usaron esta hormona (DES) durante el embarazo. La

posibilidad que tienen las hijas de mujeres expuestas a DES, de desarrollar este tipo de cáncer es de aproximadamente 1/1000 (0.1 por ciento). [35]

Antecedentes familiares de cáncer. En ciertos tipos de cáncer tienden a ocurrir con más periodicidad en algunas familias, lo que sugiere que hay un compromiso genético mayor.[35]

Tratamiento

Las principales terapias para controlar el cáncer son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia y los modificadores de la respuesta biológica. Teniendo en cuenta que los tumores malignos son tan variables en cuanto a su presentación y conducta, la elección de uno o más métodos constituye una tarea sumamente difícil. Los objetivos primordiales del tratamiento son la curación, el control y el alivio. El objetivo del tratamiento curativo es la total erradicación del tumor. El control se refiere a la detección o enlentecimiento del crecimiento tumoral, aunque sin conseguir su curación. Este tratamiento puede ayudar en mejorar la supervivencia, así como la calidad de vida.[35]

Quimioterapia

La quimioterapia es la especialidad del tratamiento del cáncer que usa medicamentos para matar las células cancerosas, el médico especializado en la administrarlos de medicamentos de quimioterapia se llama oncólogo y es distinto al del cirujano oncólogo y del radioterapeuta. Los medicamentos contra el cáncer se pueden administrar por diversas rutas, tales como las orales, con inyecciones dentro del líquido cefalorraquídeo o dentro de cavidades e incluso como cremas para la piel, su finalidad es impedir la proliferación de células cancerosas.

Las medicaciones de quimioterapia se metabolizan en el hígado y se excretan del cuerpo mediante los riñones y la bilis que se elimina con los excrementos. El médico oncólogo debe tener cuidado en recetar la dosis

adecuada de medicación, la cual debe calcularse cuidadosamente de acuerdo a las pruebas de función del hígado, el corazón y los riñones.

A diferencia de la cirugía y la radioterapia, que son tratamientos locales del cáncer, la quimioterapia es un tratamiento generalizado o sistémico. Eso significa que actúa en todo el cuerpo afectando tanto a las células cancerosas como a las células sanas; es por eso que la quimioterapia puede eliminar células cancerosas que ya se han diseminado a distintos órganos del cuerpo.[35]

Radioterapia

La radioterapia es la disciplina médica que hace uso de las radiaciones ionizantes con fines terapéuticos. Su campo de acción es principalmente la oncología, aunque también trata otras enfermedades no oncológicas, aunque en una menor medida. El objetivo de la radioterapia es la administración de una dosis de radiación letal sobre la lesión o volumen diana, resguardando, dentro de un nivel aceptable, los tejidos sanos circundantes. [35]

La radioterapia se puede fragmentar en dos áreas, la radioterapia externa o teleterapia y la braquiterapia. En la radioterapia externa la fuente de radiación se encuentra en el exterior del paciente, mientras que en braquiterapia se hace uso de métodos radioactivos, siempre encapsuladas, que se insertan temporalmente en su interior, en una zona cercana a la lesión o sobre ésta.[35]

La radioterapia como tratamiento curativo único se pone en uso en un sin número enfermedades neoplásicas. El tratamiento puede consistir en radioterapia externa exclusiva, braquiterapia exclusiva, o la combinación de ambas.

Mientras la radioterapia combinada con cirugía y/o quimioterapia son los tratamientos más comunes en la actualidad, la radioterapia exclusiva aún

se utiliza como modalidad única en diversos estadíos tempranos de cánceres de cabeza y cuello, y neoplasias ginecológicas.[36]

Mecanismo de acción:

La quimioterapia labora sistémicamente, es decir, que por medio de la sangre llega a todos los tejidos del cuerpo, a diferencia de la radioterapia, que elimina las células cancerosas de un tumor sólo en una determinada área específica del organismo donde se aplica.

La quimioterapia interactúa sobre las células que se fragmentan y se reproducen rápidamente, que es una de las peculiaridades principales de las células tumorales. Pero hay otras células del organismo, células sanas, que también se reproducen de una forma rápida y que, por lo tanto, aunque sean células normales, también padecen las consecuencias de la quimioterapia. Aparecen así los efectos secundarios no deseados, lo que es lo mismo, la toxicidad.[35]

CAPITULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

En este estudio se utilizó la investigación cualitativa; en la cual se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma que se encamina por lograr una descripción holística, es decir que intenta examinar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en específico.[37]

Estudia la realidad en su contexto natural, es decir tal y como sucede, procurando interpretar los fenómenos teniendo en cuenta los conceptos que tienen para los sujetos implicados. El estudio cualitativo envuelve la utilización recogida de una gran variedad de elementos, entrevista, textos históricos, experiencia personal, historias de vida, imágenes, observaciones sonidos que describen la rutina, los contextos problemáticos y los significados en la vida de las persona.[38]

Debido a esto nos permitió en nuestra investigación interpretar y analizar las experiencias de los familiares de pacientes oncológicos en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo; sobre la forma en que se adaptan y afrontan desde el modelo de callista Roy, viendo desde la perspectiva sus sentimientos, vivencias, cambios y su opinión; para lo cual se dio uso a la observación no participante, la entrevista semiestructurada y la técnica de saturación. Con abordaje metodológico de estudio de caso, la cual brindara la oportunidad de realizar una investigación a profundidad sobre las experiencias del familiar cuidador del sujeto con cáncer.

3.2. Abordaje metodológico

El enfoque en el que nos basamos fue el Estudio de Caso, involucra un transcurso de indagación que se determina por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés.[38]

También se dice que el estudio de casos es un esquema empírico que investiga un fenómeno social contemporáneo dentro del ámbito de la realidad

social, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse. Normalmente, la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, unidades sociales o instituciones, en este caso fueron las familiares de los pacientes con cáncer [39]

La principal ventaja de los Estudios de Caso, parte del supuesto de que existen muchas realidades y que entre estas hay interacción, se propicia la flexibilidad en la interacción con las personas y permite aproximaciones más comprensivas y globales de la realidad. Los Estudios de Caso proponen al investigador la ocasión de llegar a conocer profundamente los contextos, los sentimientos, los pensamientos, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno del sujeto. [39]

La mayor desventaja de los Estudios de Caso se basa en que estos no pueden generalizarse, pues si el investigador descubre relaciones importantes, normalmente le será difícil corroborar si estas se presentarán en otros sujetos o organismos [40]

3.3. Sujetos de investigación

Los sujetos estuvieron conformados por todos los familiares de pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio sin ningún tipo de exclusión del hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2016 - Chiclayo durante el periodo de ejecución del proyecto.

A los familiares se les asigno el seudónimo de flores: Rosa, Margarita, Clavel, Azucena, Dalia y Girasol; identificándose cada uno de ellos en el análisis de los datos.

La muestra está determinada por saturación y respuestas similares; es decir los informantes no indiquen algo diferente de lo ya expresado en las entrevistas y no se aporte nada nuevo a la investigación.

3.4. Escenarios

El presente estudio se realizó en el servicio de quimioterapia- ambulatoria del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo- Essalud, ubicado en la plaza de la seguridad, cercado de Chiclayo, perteneciente a Essalud.

Dicho nosocomio cuenta con el servicio de quimioterapia ambulatoria, que está ubicado en el sótano, del hospital antiguo, donde se brinda atención solo ambulatoria para dichos pacientes, se está atendiendo hasta 27 pacientes oncológicos ambulatorios por día.

3.5. Técnicas de recolección de datos

La técnica que utilizaremos es la de saturación, la cual en el aspecto del estudio cualitativo se concibe como el punto en el cual se ha evidenciado ya una determinada variedad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen otros elementos. Mientras sigan surgiendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse.

No obstante, Morse advierte contra lo que designa un falso sentido de saturación, el cual puede darse debido enfoque muy restringido, una búsqueda mal encauzada, o incluso una falta de sutileza del investigador. Por eso recomienda que la inserción de nuevas unidades de observación debe continuar hasta que el investigador disponga de los recursos necesarios para construir una teoría comprehensiva y convincente sobre el tema. Por lo demás, señala que lo transcendental no es el número de veces en que aparece un dato, ya que ningún dato que resulte, por extraño o contradictorio que parezca, debe ser desechado.

En su mayoria son precisamente las fracciones de información más raras las que ayudan a poner al resto de la información en perspectiva; es la detallada información de lo encontrado lo que dará su importancia al estudio. [41]

3.6. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó como instrumento la entrevista, la cual es una técnica en la que el entrevistador pide información de una persona o de un grupo, para alcanzar datos sobre una situación problema determinada. Presupone pues, la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal (La entrevista se clasifica en estructurada, semiestructurada, no estructurada.

En la investigación se utilizó la entrevista semiestructurada, modalidad que se aplicó, se caracteriza porque el entrevistador dispone de un "formato", que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador.

En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las interrogantes que crea adecuadas y realizarlo en los términos que crea convenientes, exponer su significado, pedir al entrevistador aclaración cuando se le haga difícil entender algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación [42]

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Como primer punto presentamos todos los requisitos que pedía el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, que pasó por el área de capacitación. Luego de siete días nos hicieron pagar un derecho que vamos a ejecutar nuestra tesis en dicho hospital. Posteriormente la tesis pasa por comité de ética la cual después de 25 días nos dieron nuestra resolución, ya con esta nos dirigimos al servicio de quimioterapia ambulatoria.

Ya en el servicio de oncología presentamos nuestra resolución y nos prestaron el libro de los pacientes oncológicos que estaban recibiendo su tratamiento, lo cual con los datos de los pacientes, hemos podio llamar a los familiares.

Con los familiares nos presentamos les explicamos sobre esta investigación que se está haciendo e hicimos que nos firmaran el consentimiento informado, en original y una copia, quedando uno con el informante y otro con los investigadores, conteniendo el título, los objetivos de la investigación y el consentimiento para la participación de la misma.

Luego se entabló y se trató de ganar la confianza con el familiar cuidador; se le explicó los objetivos de la investigación, se aseguró al cuidador que su información fue de carácter confidencial, cuán importante es su colaboración para la investigación y que su participación fue voluntaria. Se aplicó los instrumentos de recolección de datos, y que se le iba a grabar su entrevista.

Esta investigación se ejecutó mediante varias visitas al servicio de Oncología Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, realizando las entrevistas al familiar cuidador de la persona en un ambiente tranquilo y con privacidad, libre de interrupciones.

3.8. Principios éticos

Durante el desarrollo de la presente investigación se hizo uso de los principios de la ética

Principio del valor fundamental de la vida humana:

El valor esencial de la vida establece la indisponibilidad y la sacralidad de la vida. El derecho a la vida es el principal de los derechos y el más primordial, es fundamental para la existencia de los demás derechos. El respeto por la vida, así como su defensa y promoción, tanto por la ajena como por la propia, representan el principio ético más significativo de la persona, es un importe absoluto por el cual siempre se debe guardar respeto, es lo más sagrado que se tiene, la vida de cada cual es única, irrepetible, insustituible, inviolable. Tal respeto a la vida humana se entiende en todas sus etapas de manifestación, desde el momento de la concepción (fecundación) hasta el último momento (muerte cerebral total).[43]

Es así como para efectos de la presente investigación, se tuvo pleno respeto, con el valor de la vida humana, debido a que existen pacientes en

fase terminal y siguen con sus tratamientos de quimioterapia, que fue manifestado por sus familiares que ellos seguirán el tratamiento hasta el último día de vida de su paciente. Nosotros como investigadores vemos que se está cumpliendo con este principio tanto ellos como nosotros apoyando la decisión de familiares y la autonomía del paciente, porque ellos así lo quieren; sin embargo se mantendrá el mínimo cuidado al momento de realizar la entrevista y teniendo en cuenta principalmente el estado emocional de las personas a quienes ira dirigida la investigación.

Principio de libertad y responsabilidad

Una persona tiene la libertad para propia dignidad y con lo que él es; mientras que una persona consigo misma conceder o no la intervención sobre sí pero, y éste es un punto importante, tiene a la vez la responsabilidad de que su elección esté en consonancia con su tiene un compromiso de respeto, puesto que ni él se ha hecho a sí mismo ni él se da la dignidad y el valor que tiene.[43]

Este principio nos menciona que el familiar ha de ser libre al decidir sobre la elección terapéutica que se le va a aplicar, decisión que debe dar en base a un conocimiento racional de los hechos y desde su propia libertad. Es por eso que todas las personas que han participado de este estudio, lo han hecho, haciendo uso pleno de su libertad, asumiendo la responsabilidad de su elección con la firma del consentimiento informado. Los investigadores, asumieron con responsabilidad, velar porque la información obtenida de los informantes, sea utilizada sólo con fines de investigación y de mantener confidencialidad y privacidad respecto a lo que nos ha podido brindar el participante de le entrevista. [43]

La beneficencia

El principio de beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Muchos actos de beneficencia son obligatorios, pero un principio de beneficencia, tal y como nosotros lo entendemos, impone una obligación de ayudar a otros a promover sus importantes y legítimos intereses.[44]

Se tomó en cuenta, debido que los familiares no sufrieron ningún daño con la investigación.

3.9. Criterios de rigor científico

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos.

Frente a la disyuntiva de los aspectos de rigor, algunos publicistas sugieren que la búsqueda de la calidad en sí misma podría conducir a una obsesión por demostrarla, permitiendo que el proceso de evaluación de la investigación cualitativa sea rigurosamente estricto y en algunos casos a impregnar los diseños de los estudios cualitativos de poca flexibilidad amenazando el ingenio, la versatilidad y la sensibilidad de dar significado y contextualizar los fenómenos, como si se sucumbiera a la ilusión de la técnica con el propósito de dar validez, en vez de proporcionar retratos significativos, fieles a la vida, evocadores de historias y paisajes de experiencia humana. [45]

Entre estos describiremos la credibilidad, transferibilidad, consistencia, confirmabilidad, relevancia y la adecuación teórico-epistemológica.[45]

Credibilidad o valor de la verdad

El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado como autenticidad, es una exigencia importante esto porque permite demostrar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son observados por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles al tema estudiado. [45]

Además, está definido por la preeminencia que tenga el estudio y los aportes que sus resultados sirvan de apoyo en la consecución o comprobación de

nuevas teorías. En definitiva, es significativo que exista una relación entre los datos obtenidos por el investigador y la realidad que cuentan los relatos de los participantes. [45]

Transferibilidad o aplicabilidad

Este aspecto consiste en trasferir las derivaciones obtenidas de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad se tiene en cuenta que los fenómenos investigados están profundamente ligados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes del estudio. [45]

La forma de conseguir este criterio es mediante una descripción exhaustiva de las características de la forma en que se da la investigación y de las personas participantes; dicha representación servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios. De ahí se deriva la jerarquía de la aplicación del muestreo teórico o intencional que permite extender los objetos conceptuales que emergen del estudio y poder identificar factores comparables con otros contextos. Podríamos decir que los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles de acuerdo con la situación en que se empleen. [45]

La aplicabilidad en los estudios cualitativos podría verse amenazada por el sobredimensionamiento de los relatos o por no ponerlos en la perspectiva que les corresponde. [45]

Consistencia o dependencia.

Conocido a su vez como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos; en el estudio cualitativo, por su complejidad, la estabilidad de los datos no está consolidada, como tampoco es posible la replicabilidad exacta de un estudio realizado bajo este paradigma debido a la amplia diversidad de situaciones o realidades analizadas por la persona que realiza el estudio. [45]

No obstante, a pesar de la variabilidad de los datos, el investigador debe encaminar una relativa estabilidad en la información que almacena y analiza sin

perder de vista que por la naturaleza de la investigación cualitativa siempre tendrá un cierto grado de desequilibrio. [45]

Para alcanzar la consistencia de los datos se hace uso de una serie de procedimiento los cuales son: la triangulación de investigadores, de métodos y de resultados; el empleo de un evaluador externo, y la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos; así mismo, la estrategia de comparación constante la cual permite revisar y comparar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas, todos estos mecanismos aseguran tanto la credibilidad como la consistencia. [45]

Confirmabilidad o reflexividad

Denominado también neutralidad u objetividad, bajo este criterio las consecuencias de la investigación deben avalar la veracidad de las descripciones elaboradas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el rol del investigador durante el estudio de campo e identificar sus alcances y limitaciones para mantener un control de los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. [45]

El investigador cualitativo tiene el adeudo ético de brindar la información a las personas responsables de los espacios donde dará su estudio de campo y dentro del protocolo presentado al comité de investigación, qué acciones se darán durante la investigación. Así queda claro el rol que desempeñara en las observaciones y en las interacciones con los sujetos del estudio. [45]

Para conseguir la integridad es necesario que el instrumento de cosecha de datos manifieste los objetivos de la investigación, así mismo que el investigador ejecute transcripciones textuales de las entrevistas, y que la escritura de los resultados se contraste con la literatura existente sobre el tema, respetando la citación de las fuentes, asimismo se recomienda que se tenga en cuenta la revisión de los hallazgos por parte de otros investigadores. [45]

Vigilar la autenticidad de los datos y custodiar bien los asuntos de rigor en una investigación cualitativa debe ir de acorde a la reflexividad del investigador que posibilita que este sea consciente de la influencia de sus diseños y de la perspectiva con la que aborda el fenómeno de estudio. [45]

Relevancia

La relevancia admite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando. [45]

Este criterio hace referencia a la contribución con nuevos hallazgos y a la configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales, se podría afirmar que la relevancia permite verificar si dentro del estudio hubo correspondencia entre la justificación y los resultados que se dieron en el proceso investigativo. [45]

Adecuación o concordancia teórico-epistemológica

El criterio de adecuación o concordancia teórico-epistemológica se debe tomar en cuenta cuando se trabaja con el momento metodología cualitativa. La coherencia epistemológica de una investigación cualitativa está determinada por la consistencia entre el problema o tema que se va a investigar y la teoría empleada para la comprensión del fenómeno. [45]

Es trascendental tener en cuenta que la forma en cómo se plantee la cuestión conceptualizara el diseño y tipo de conocimiento concebido; así mismo, la aplicación de este criterio debe estar presente durante el transcurso de la investigación, en la forma en que se recogen, analizan y presentan los datos, de tal modo que exista una correspondencia entre los presupuestos teóricos y la forma en que son encuadrados los asuntos metodológicos y de carácter práctico que articulan una investigación. Este criterio da cuenta de cómo el investigador hace visibles sus referentes teóricos a lo largo de todo el transcurso de la investigacion. [45]

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis y discusión de resultados

La investigación se basó en el modelo de Adaptación de Sor Calixta Roy, el cual se centra en la adaptación del hombre como un ser cambiante en todas sus dimensiones, recordando que la adaptación es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona. Este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del sujeto y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades, dando como resultado conductas adaptativas eficaces o ineficaces.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas semi estructurada, fueron procesados mediante un análisis de contenidos temático, el cual permite ordenar un gran volumen de información de modo que sea posible describirlas analizarla, interpretarla y darla a conocer. Este tipo de análisis cualitativo va permitir la obtención de categorías, que permitirán conocer el afrontamiento y adaptación de los familiares en pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Una vez realizado el análisis e interpretación de las entrevistas emergen categorías y sub categorías que se presenta a continuación:

CATEGORIA I. AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION A LA ENFERMEDAD:

- Afrontamiento de la enfermedad
- Emociones Derivadas del afrontamiento de la enfermedad: Tristeza por el diagnostico, Temor de morir
- Adaptación a la enfermedad.

- Cambios en el estilo de vida

CATEGORIA II. MODOS DE ADAPTACION A LA ENFERMEDAD

- Modo de Adaptación Fisiológica: Cumplimiento del tratamiento de la enfermedad

- Modo de Autoconcepto: Concepto positivo de sí mismo

- Modo de adaptación de interdependencia: Apoyo Familiar y Buenas relaciones sociales

- Función de Rol

CATEGORIA I. AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION A LA ENFERMEDAD:

La adaptación y el afrontamiento están relacionados mutuamente ya que para lograr la adaptación de cualquier proceso o enfermedad depende de la manera como una persona afronte dicha situación ya que influye en ello múltiples factores como el entorno, los procesos adquiridos y los automáticos propios del ser humano. A continuación se desarrollaran las subcategorías del objeto de estudio.

Afrontamiento de la enfermedad

El termino afrontamiento se refiere a los mecanismos de defensa maduros que favorecen la adaptación del individuo.[46] Así mismo el concepto de afrontamiento hace referencia al conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos.[47] Además el afrontamiento es clave

para el manejo de la enfermedad, mantenimiento de la salud o bien la recuperación.[48]

De igual manera los procesos de afrontamiento son formas innatas o adquiridas mediante los que la persona interactúa con el ambiente. Los innatos son genéticamente determinados y vistos como procesos automáticos e inconscientes, los cuales se denominan subsistemas reguladores porque responden a través de procesos neurológicos, químicos y endocrinos. Los procesos de afrontamiento adquiridos son desarrollados a través de estrategias de aprendizaje, juicios y emociones.[49] Por otro lado en la práctica de enfermería a menudo se observa qué los pacientes y sus familias hacen frente a las enfermedades crónicas degenerativas de diferentes formas, positivas o negativas.[48]

Para los investigadores el afrontamiento es el modo que pone el ser humano para adaptarse ante cualquier situación, es decir conjunto de acciones intelectuales y conductuales para poder así interactuar con su medio y hacer frente ante un problema que le presenta la vida; lo cual esto ayuda al proceso de salud y enfermedad.

Además este afrontamiento puede ser positivo y negativo; en el caso de los familiares que tiene pacientes oncológicos ambulatorios manifestaron que muchos de ellos tuvieron al principio un afrontamiento negativo frente a la enfermedad como tristeza, depresión, entre otros, sin embargo para afrontar esta enfermedad nos aferramos a la fe a Dios y el deseo de seguir adelante hicieron que cambie su manera de ver las cosas y afrontan con mayor responsabilidad la enfermedad, tomando la decisión de cumplir con el tratamiento y los cambios que se venían

Ante ello los sujetos de la investigación refieren lo siguiente:

> "…cuando fuimos a recoger los resultados y nos dijeron que mi Madre tenía cáncer, solo fue llorar desconsoladamente, papá, mamá y yo; era muy devastador, mi vida parecía que

iba acabar en ese instante, mi madre es con la persona que vivía, le contaba mis cosas los tres éramos muy unidos y sin ella no somos nada.”(Rosa)

“…me sentí angustiada, el doctor me dijo que si no seguía con el tratamiento mi esposo podía morir, no sabía qué hacer, además nosotros no tenemos mucho dinero, tuve miedo de no poder curar a mi esposo pero gracias a Dios el seguro me está ayudando con todo, la única bendición que tengo es que estoy aferrada a mi fe” (Dalia)

“se me callo el mundo, al enterar que mi madre tenía cáncer, entre en depresión ansiedad, sentí tristeza, miedo de perderla, recordé los mejores momentos que he vivido con ella, se me hacía un nudo en la garganta hasta que solté en llanto” (Girasol)

“…me desmaye al enterarme, mi hermana menor que vive con ella se desesperó y se puso a llorar, estuvo muy asustada , quería buscar al mejor doctor para que la sane a mi madre, ya que mis hermanos trabajamos y podemos solventar esta enfermedad.” (Clavel)

“…Cuando nos enteramos que mi hermano tenia cáncer la familia sintió una profunda tristeza, especialmente yo, porque mi hermano era mi compañero de toda la vida, no suelo admitirlo pero recuerdo que esa tarde llore como nunca porque lo primero que se te viene a la mente en este tipo de situaciones es que la vida de tu familiar se va apagando y eso es muy doloroso para cualquier persona” (Margarita)

Emociones Derivadas del afrontamiento de la enfermedad:

Las emociones son fenómenos subjetivos fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración que nos ayudan a adaptarnos a las oportunidades y desafíos que enfrentamos durante situaciones importantes de la vida.[50] Así mismo es un estado afectivo que presenta una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos).[51] La cual se experimenta de inmediato, de forma visceral; puede ser más excitante que un sentimiento, pero suele durar poco tiempo.[52]

La primera reacción ante el diagnóstico de su familiar un conflicto de emociones y negación frente a la enfermedad, ya que como ellos lo manifiestan nunca se esperaron que su familiar tenga una enfermedad como el cáncer, la cual genera en todos los ámbitos ciertas expectativas y malestar en todos los miembros de la familia y esto es aún mayor en el cuidador principal.

Ante ello los sujetos de la investigación refieren lo siguiente:

> "…es difícil de poder creerlo, creía que era una pesadilla que me iba a levantar y decir solo fue un sueño, no salía del asombro y no dejaba de llorar y echarme la culpa por la enfermedad de mi madre, ¿porque no pude ir con ella antes al doctor?," (Girasol)

> "…me sentí como si se acabara el mundo, sentí una tristeza infinita me resistía a creerlo y no quería reconocer el diagnóstico del doctor, lo lleve a un consultorio particular, a mi iglesia para que le rezaran, sin embargo el no sanaba, solo lo deje en manos del Señor y estoy siguiendo en pie el tratamiento" (Dalia)

> "…para mí solo era un sueño, que en cualquier rato iba a levantar, sin embargo cada vez que levantaba quería huir,

me preguntaba una y mil veces ¿Qué había hecho yo de malo para que me esté pasando esto?, ¿Por qué me tenía que quitar la vida de mi madre?, mi madre apenas tenía 40 años era muy joven, los tres éramos tan felices antes que pasara esto"(Rosa)

"…A veces uno piensa que no puede ser real, ya que con esa persona que has vivido prácticamente toda tu vida, te has encariñado tanto que deseas que sea a cualquiera menos a él, y es ahí cuando a veces empiezas a cuestionarte muchas cosas y surgen un montón de preguntas como el ¿Qué estamos pagando? O el ¿Por qué a la gente buena? Uno suele tratar de no pensar que es esa enfermedad y quiere etiquetarlo de otra forma creyendo que pueden ser cosas simples pero después reaccionas y te das cuenta que lo que tiene tu hermano es cáncer y que no hay marcha atrás" (Margarita)

Adaptación de la enfermedad

La adaptación se refiere al proceso y al resultado por los que la persona, tiene la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. Comienza cuando hay un estímulo y exige una respuesta. [23]

Además es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona. Este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del sujeto y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades dando como resultado conductas adaptativas eficaces o ineficaces.[53]

La adaptación es un proceso en el cual la persona es capaz de integrarse al entorno y a los cambios que se presentan en él, en donde el individuo responde a estímulos o demandas que se presentan en sus vidas y estas pueden ser de

forma eficaz o ineficaz. Así mismo los familiares con pacientes oncologicos necesitan adaptarse tanto a la evolución y los cuidados que la enfermedad impone y esto incluye un cambio en su estilo de vida, ya que el tratamiento y control de la enfermedad tiene un efecto sobre la adaptación del paciente en aspectos de bienestar social y psicológico.[53]

Los familiares con pacientes oncológicos ya detectados hace uno a dos años, logran adaptarse a ella y a los cambios que se presentan, y la clave para poder lograrlo son las acciones o respuestas positivas que ellos ejecutan y entre ellas tenemos la aceptación a la enfermedad, luego aprender a convivir con ella y lo más importante es la voluntad que ellos tengan para poder cumplir con todas las demandas y cuidados que la enfermedad origina.

Ante ello los sujetos de la investigación refieren lo siguiente:

> *"…el comienzo fue devastador, me afecto demasiado, no sabía qué hacer, hasta que ya estamos organizándonos en casa..."(Rosa)*

> *"… como cualquier persona me sentí mal, me afecto, sin embargo ya sabía como manejar la situación debido que mis 4 hermanos también han muerto con cáncer, lo que hacemos es tomarlo con tranquilidad, llevarla a su tratamiento, conversar y hacerla sentir que todo pasara y que es lo que Dios quiera…" (Azucena)*

> "…yo me he logrado adaptarme a la enfermedad, Dios sabe que ya no estamos yendo a predicar por estar en su tratamiento con mi esposo, pero cuando es sane vamos a volver a nuestro servicio y trato de llevar la armonía casa". (Dalia)

Cambios en el estilo de vida

Cuando un miembro de la familia se enferma, se produce una crisis, pues involucra que los familiares asuman nuevas responsabilidades y participen directamente de su cuidado tanto en el hogar como en el hospital. En el familiar cuidador, se producen cambios en sus rutinas y estilos de vida, provocando a veces descuido en su propia salud, trabajo, vida personal y familiar lo que origina ansiedad, estrés, cansancio, aislamiento social, y algunas veces incertidumbre por desconocer el proceso de la enfermedad, más aún cuando es una enfermedad terminal.

El trabajo con el familiar cuidador de la persona con cáncer, existe una serie de cambios en todo su entorno que influyen en su estado de salud para beneficio del paciente. La presencia de problemas familiares, crisis por duelo, estos pueden manifestarse como alteraciones en el equilibro de la persona, los que se pueden interpretar como “enfermedad” por quien lo presenta.

Ante ello los sujetos de la investigación refieren lo siguiente:

> *“…somos de Bagua y nos hemos tenido que mudarnos a Chiclayo, actualmente estamos viviendo por la brisas, aparte cuando mi mama se entera de la enfermedad que ha vuelto de nuevo se debilita y se postra en cama y le tuvimos que comprar silla de ruedas, bueno ahora ya puede caminar, otro cambio que se dio en sus alimentos, le dieron una dieta muy estrica, es muy agobiante como cuidador estar en le hospital todo el dia, salgo con dolor de cabeza, pero lo hago todo por mi madre” (Clavel)*

> *“…contratar a un personal de salud para que cuide de mi hermana y de sus esposo, yo como hermano mayor soy el que velo por ellos porque no tienen hijos” (Azucena)*

"…en este caso el servicio de salud es muy lento a mi madre le pedían una y otro examen, la cual para no dejar esperar, tuve que viajar a otra ciudad para que le hagan sus exámenes, comprarle medicamentos fuera una y otra cosa que faltaba, tuve que contratar alguien para que vea a mi hija y a ella, porque soy yo la que trabajo para ellas" (Girasol)

"…los cambios en mi hogar son que yo estoy vendiendo los fines de semana comida, para solventar los gastos de viaje porque venimos de lejos y tenemos que estar viajando en el transcurso del tratamiento, aparte los hermanos de mi iglesia también me están apoyando con una y otra cosita, he vendido mis cositas para los pasajes, no me alcanza, mi esposo es el que me traía, sin embargo me estoy organizando para que el no se sienta mal". (Dalia)

"…Los únicos cambios que se hicieron fueron que se dio más énfasis en la limpieza del hogar, los turnos para cuidar de mi hermano y organizarnos para brindarle la mayor comodidad". (Margarita)

CATEGORIA II. MODOS DE ADAPTACION A LA ENFERMEDAD

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de las personas, la cual es promovida en cuatro modos de adaptación: función fisiológica, autoconcepto, función de rol e interdependencia. Así mismo Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos [23]

Modo de Adaptación Fisiológica: Cumplimiento del tratamiento de la enfermedad

Este modo Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de

adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.[53]

Así mismo se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse [23]

Además el comportamiento de este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos, y sistemas que componen el ser humano, en el grupo social, está representado por las facilidades físicas y los recursos que tienen los participantes para interactuar y por las capacidades para realizar sus actividades [55]

El modo de adaptación fisiológica se refiere a la forma como la persona responde a su entorno y a los cambios fisiológicos que se presentan en el organismo para cubrir sus necesidades básicas. En el caso de los familiares con pacientes oncológicos, los cambios más resaltantes están relacionados con la el tratamiento.

Ante ello los sujetos de la investigación refieren lo siguiente:

> *"…yo la llevo a mi madre a todos sus tratamientos ella recibe quimioterapia, y la traigo, aparte recibe paquete globular, estoy muy pendiente en ella, sin embargo yo salgo con un terrible dolor de cabeza pero todo sea por ella" (Girasol)*

> *"…son 18 radioterapias que recibe mi esposo ya va por la doceava radioterapia, tengo que venir desde Trujillo, así me ha derivado ya mismo terminamos, cumplimos al pie de la letra su tratamiento". (Dalia)*

"…no me descuido para nada de mi madre, también tuve que mudarme para tener facilidad de no perder ninguna quimioterapia ya está casi finalizando, sin embargo a ella le ponen plaquetas, sangre y todo se cumple" (Clavel)

Modo de Autoconcepto: Concepto positivo de sí mismo

Se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quién es uno, de modo que se pueda ser o existir con un sentido de unidad. El autoconcepto se ha definido como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de si misma en un momento dado, estos son adquiridos a través de la interacción social. [55]

De la misma forma se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la auto coherencia y la auto ideal) y la identidad moral y ética (incluye la auto observación y la autoevaluación)[53]

Además se hace énfasis en los aspectos psicológicos y espirituales de la persona. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha podido evidencial como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo[23.]

En el caso de los familiares con pacientes oncológicos, los cuales padecen la enfermedad en un transcurso de 1 a 2 años manifiestan tener un buen concepto de sí mismo, y esto se ve reflejado con la opinión positiva que tienen sobre sus familiares oncológicos, en donde ellos tratan de aceptar tanto su enfermedad como su imagen personal.

Ante ello los sujetos de la investigación refieren lo siguiente:

"…primero cuando veía a mi madre que usaba pañueleta en su cabeza por la quimioterapia me ponía a llorar, pero ahora

ya no salimos, siento que es normal, usamos las dos sombreros cuando salimos…" (Girasol)

"…yo creo que el es un hombre sano fuerte que solo estamos pasando por una prueba y que todo pasara" (Dalia)

"…he cambiado mucho ya no me pongo triste, veo que las cosas están mejorando cada día, pongo de mi parte, salimos a pasear a distraernos" (Rosa)

"…sabes me daba mucha vergüenza salir a la calle y q la gente la viera con su pañueleta y que le preguntaran, era feo sin embargo yo me adapte a su imagen de mi madre, salimos como si nada pasara lo usamos como moda, me corte mi pelo peño para estar como ella" (Clavel)

Modo de adaptación de interdependencia: Apoyo Familiar y Buenas relaciones sociales

La Interdependencia enfatiza en las relaciones entre las personas de una misma sociedad, teniendo como labor fundamental el modo de adaptación de la interdependencia en las personas es la de dar y recibir amor, respeto y valores. Las componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social.[53]

Así mismo se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. [23]

El modo de adaptación de interdependencia, se refiere a la interrelación del ser humano con su medio, los cuales son pilares fundamentales para que la persona desarrolle sus necesidades sociales y de afecto para obtener su

bienestar psicológico y pueda desempeñar un buen rol en la sociedad.

Los familiares con pacientes oncológicos requieren apoyo afectivo para poder mantener un equilibrio físico – emocional y así poder cumplir con las demandas que la enfermedad impone. Los sujetos de investigación relatan en las entrevistas que cuentan con el apoyo de sus familias, además mantienen buenas relaciones con ellos y sus amistades.

Ante ello los sujetos de la investigación refieren lo siguiente:

> "…esta enfermedad de mi madre si influyo en la relaciones personales, hubo conflicto, nos echábamos la culpa, sin embargo hemos podido mejorar, sobre todo por el bienestar de ella" (Rosa)
>
> "toda mi familia amigos me apoyan no sabes cuánto, cuando yo tengo que trabajar la llevan a mi madre a su tratamiento" (Girasol)
>
> "…nos ayudamos todos, mi amigos familiares, vecinos nos ayudan, el cambio de hogar fue doloroso porque mi madre es bien querida en la vecindad que vivíamos" (Clavel)
>
> "…somos doce hermanos 4 fallecidos y los demás nos apoyamos, económicamente, en cuidar a nuestra hermana que ella sienta que no es un peso para nosotros" (Azucena)

Función de Rol

Se basa principalmente en el rol que tiene la persona en la comunidad. El papel, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se representa como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra

posición.[23]

Así mismo Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; así mismo describe los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña el individuo en la sociedad. Por ende el rol describe las expectativas que se tiene de cómo actuara un individuo frente a otro[53].

Además se enfoca en los roles que el individuo ocupa en la sociedad. Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones que una persona, ocupa una posición, realiza o desempeña[55].

La función de rol se centra en el desempeño de la persona en su medio, en la manera que el ser humano se siente al realizar una actividad, sin embargo existen situaciones en donde el ser humano puede ver afectado su rol en la sociedad y en su familia

> *"…en mi casa solo vivimos mamá papá y yo, apenas tengo 18, ella no trabaja es ama de casa y es la que velaba por nosotros, yo voy a la universidad y ella está pendiente de mí, una parte de mi vida siento que se me va."(Rosa)*

> *"…mi esposo es mi sustento del hogar, él trabajaba de albañil y traía el sustento para el hogar; aparte nosotros somos testigos de Jehová y salíamos a predicar ahora ya no podemos hacer nada de eso. (Dalia)*

> *"…soy madre soltera, mi hijita tiene 8 años, nosotros vivíamos con mi madre, yo salía trabajar y ella era la cuidaba a mi hija, ahora con el tratamiento ella se limita en algunas cosas porque ya no las puede hacer," (Girasol)*

> *"…mi hermana es ama de casa, ella cuida a su esposo que se encuentra postrado, por una enfermedad degenerativa"*

(Azucena)

"…mi madre es ama de casa y es la que vela por mi hermana pequeña y por mi padre, la cual se siente muy angustiada por ellos" (Clavel)

"…Mi hermano tiene sus dos hijas adolescentes, es el sustento de su hogar junto a su esposa, ambos trabajaban y educaban a sus hijas y también apoyaba a mis padres con algunas cositas que fueran necesarias en casa de mis viejitos" (Margarita)

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. Consideraciones finales

Los familiares de pacientes oncológicos suelen sentir diferentes emociones, que para algunos, pasar por todo ello hace que puedan afrontar de una manera adecuada y adaptarse a la enfermedad, pero para otros no es así hay un afrontamiento negativo. Por lo cual se debe reconocer los estímulos focales y contextuales para dar intervención a ello y poder ayudar a la familia que trate de adaptarse, según la teoría de Callista Roy.

En la mayoría de situaciones el paciente oncológico es el que lleva el sustento al hogar y son los miembros de la familia los que durante el periodo pre-enfermedad dependían de él en distintas formas, situación que se ve invertida con la aparición de la enfermedad, ya que es durante el trascurso del tratamiento cuando el paciente es dependiente de los cuidados que le pueda brindar la familia.

Los cambios en el ambiente y en el hogar suelen estar relacionados con el traslado de familiares cuidadores y pacientes desde su ciudad de origen hacia la ciudad de Chiclayo por motivo de la accesibilidad al tratamiento oncológico y en ciertos casos con la estadía permanente en la ciudad anteriormente mencionada por temas de comodidad y evitar el estrés del traslado considerando que puede afectar la salud del paciente que se encuentra recibiendo tratamiento oncológico.

En la mayoría de casos la familia, especialmente los parientes cercanos suelen recurrir a la religión, como un medio de apoyo o refugio moral y espiritual ante la situación por el estado de salud de su familiar, refiriendo en ciertos casos que la enfermedad es una prueba para ellos o como también que es un medio de unión de parte de la familia con Dios o entre los mismos integrantes de su familia.

La familia constituye una base fundamental para el cuidado del paciente que recibe tratamiento oncológico, ya que es un soporte físico y emocional que permite tanto a familiares como al mismo paciente afrontar la situación y adaptarse a los cambios que se dan desde el diagnostico, pasando por el tratamiento y culminando con el proceso de recuperación de la salud.

5.2. Recomendaciones

Los investigadores proponen brindar consejería y orientación a los familiares respecto al afrontamiento de situaciones estresantes, del mismo modo establecer programas que ayuden a fortalecer la adaptación al tratamiento oncológico que recibe su familiar, esto mediante un trabajo conjunto con un equipo multidisciplinario que incluya terapias psicológicas las cuales permitan brindar soporte emocional a la familia durante el tratamiento.

El profesional de enfermería debe verse más involucrado con el familiar ya que es el quien se encarga de los cuidados del paciente oncológico y de brindar las comodidades necesarias al paciente cuando este culmina con su tratamiento y pasa a retornar a su hogar, esto con la finalidad de brindar mayor comodidad a la persona enferma así como también al resto de la familia que lo acompaña, haciendo así que el proceso de afrontamiento a la enfermedad sea más tolerable tanto por el paciente como por la familia.

Brindar un seguimiento o visitas domiciliarias a los familiares de los pacientes oncológicos para asegurar que cuente con las condiciones físicas necesarias que permitan afrontar la enfermedad y más aún el periodo post-tratamiento oncológico en la que el paciente retorna a su hogar y requiere de los cuidados del familiar responsable.

Referencias

1. Silvia Aibar. Celano C. Chambi M. Estrada S. Gandur N. Gange P. González C. Curie M. et al Manual de enfermería oncológica. Vol 1. Argentina 2010.

2. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013, 1era Ed. [sede web] 2013- [actualizado noviembre del 2013, acceso: 28 de setiembre del 2016. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portl/docs/asis_cancer.pdf

3. Oganizacion Mundial De La Salud (OMS). Datos y cifras sobre el cáncer 2014, acceso: 13 noviembre del 2016. Disponible en:http://www.who.int/cancer/about/facts/es/

4. Ramos Pardo, C. & Cenduales Duarte, R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Instituto Nacional De Cancereologia-Ese 2015.

5. Ramos Muñoz, W. & Venegas Ojeda, D. (2013). Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013.

6. Salvatierra, L. La Republica. Lambayeque es la segunda región que más casos de cáncer registra.2014

7. Velez, d. C. Slideshare. 2014 Recuperado el 19 de Abril de 2016, de Boletin Epidimiologico: http://es.slideshare.net/cristiandiazv/boletn-epidemiologico-ene2014

8. AGUDELO, M. D. Adaptación y cuidado en el ser humano , una visión de enfermería. Bogotá, Colombia: El Manual Moderno.2007

9. Salido, d. C. Las cinco etapas del cambio. Capital humano, 54-58. 2007

10. Ticona Benavente S.; Santos Monteiro E.; Siqueira Costa A.; Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia, Colombia 2015.

11. Garcia Conde Benet A. Dimensiones Básicas De La Personalidad, Afrontamiento Y Adaptación En Pacientes Oncológicos, VALENCIA. 2014

12. Jiménez Ocampo V, Zapata Gutiérrez S, Díaz Suárez L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. Vol. 13, No. 2, 159-172.2013

13. PEÑA Cuartas L. Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de Sus hijos, PEREIRA 2012

14. GARCIA ROMERO B.Estudio Cualitativo Del Perfil Del Cuidador Primario, Sus Estilos De Afrontamiento Y El Vínculo Afectivo Con El Enfermo Oncológico Infantil; BARCELONA.2011.

15. Chacín Fuenmayor M; Chacín J. Estrategias de afrontamiento en padres de niños y adolescentes con cáncer, Venezuela.2011

16. Soca Paucar A. Afrontamiento familiar frente al paciente con tratamiento de quimioterapia. Departamento de Oncología, Hospital María Auxiliadora. Lima – Perú 2014.

17. Baca Romero D, Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo, Lima – Perú 2013.

18. Morales Tello I. Respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el modelo de Callista Roy. Lima - Perú 2011.

19. Chirinos Medina C. Organización del cuidado familiar de pacientes con cáncer de cuello uterino durante el proceso de tratamiento de la enfermedad Estudio de casos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Lima – Peru. 2010.

20. Gloria Díaz A, Juan Yaringaño L. Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos, Lima – Perú 2010.

21. Chanduví Huamán L. Granados Morí F.; García Flores L.; Fanning Balarezo M. Asociación entre calidad de vida y Estrategias de afrontamiento al Estrés en pacientes oncológicos de un Hospital en Chiclayo 2014.

22. Portal Villegas B, Villanueva Terrones V. Experiencias del familiar cuidador de la persona con cáncer terminal – Hospital base Almanzor Aguinaga Asenjo – Essalud – Chiclayo- 2015

23. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 4° Edición. Editorial Hatcourt. España.2003: Pag. 177.

24. Rodrigez Marin J, M Angeles P, López Roig S. *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad,* Universidad de Alicante.

25. Vázquez Valverde C., Crespo López M. y J. M. Ring; Estrategias de afrontamiento, Capitulo 31, pág. 427

26. Calle Chumacero N.; Carrasco Perez F.; Estrategias de afrontamiento que realiza el ser humano que recibe tratamiento ambulatorio de la clínica Oncorad Chiclayo, 2013.

27. Cuadrado I Salido David las cinco etapas del cambio Capital Humano, nº 241, pág. 54, Marzo, 2010.

28. Melina Miaja Ávila y José Moral de la Rubia. El Significado Psicológico De Las Cinco Fases Del Duelo Propuestas Por Kübler-Ross Mediante Las Redes Semánticas Naturales Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, Mexico 2013

29. Perez Cardenas C, Rodrigez Herrera F,afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, la Habana Cuba 2006

30. Perez cardenas C, Atención Primaria de Salud .acercamiento a Familias De Pacentes con cáncer de mama instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana Facultad de Ciencias Médicas "Gral. Calixto García" 2009

31. Matalinares Calvet M.; Tratamiento en pacientes con cáncer: impacto y adherencia, Lima - Perú 2014.

32. Enciclopedia británica en español, la familia: conceptos, tipos y evolución 2009.

33. OMS .Recuperado el 16 de Mayo de 2016, de http://www.buenastareas.com/ensayos/Definicion-De-Familia-Segun-La-Oms/68090662.html

34. Proserpio T. Familia Y Enfermedad 2009.

35. Huerta E. Confrontando el Cáncer: una guía para pacientes y sus familiares , Lima - Perú 2014

36. Cabrera Pazos A, Palacios Fornell M, Gil Ramírez I. Fundamentos Teórico Prácticos en Radioterapia. [Internet] Malaga, 2011 [citado en oct. 2011] Disponible en: http://www.fatedocencia.info/5001/5001.pdf

37. Vera Vélez L. La investigación cualitativa. Ponce. 2008

38. García Jiménez E, Rodríguez Gómez G, Gil Flores J. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Editorial Aljibe; 1996.

39. Puig Díaz, R. El Estudio de Casos en la Investigación Cualitativa. [Sede web]- 2013 [Fecha de actualización 25 de mayo del 2013 - Acceso 13 de octubre del 2014] Disponible en: http://es.slideshare.net/bibliotecarioinvestigando/el-estudio-de-casos-en-la-investigacin-cualitativa

40. Polit D. Investigación científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos. México: Mc Graw Hill; 2001.

41. Martínez Salgado C. (2011) El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Mexico DF

42. Entrevista cualitativa [Sitio web] – [acceso 23 de octubre del 2014] Disponible en:http://pochicasta.files.wordpress.com/2008/11/entrevista.pdf

43. García Puelpan, M. Principios de la Bioetica Personalista. [Sitio web]- 2009 [Fecha de actualización 1 de noviembre del 2009] Disponible en: http://bioeticapersonalista.blogspot.pe/2009/11/principios-de-la-bioetica-personalista.html

44. Busquets Alibés, E. Principio de autonomia y beneficiencia. Dos principios en tensión [Sitio web]- 2008 [acceso 11 de marzo del 2008] Disponible en: http://www.bioeticaweb.com/autonomasa-y-beneficiencia-dos-principios-en-tensiasn/

45. Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan (Col.) 2012; Vol 12 (3): 263-274

46. Bailey Jr, Donald E; Stewart, Janet L. Modelo y teorías en enfermería. Capítulo 30, MerleMishel. 5° Edición. Editorial ElsieverSciencie.España. 2003 p. 563

47. Lazarus R. Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona - España: Edición. Martinez- Roca.1986.

48. Lazcano Ortiz M, Salazar Gonzales B. Validación del Instrumento: Afrontamiento y Proceso de Adaptación de Roy en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Aquichan (Col). 2008; 8(1): 116-125.

49. Lazcano Ortiz M, Salazar Gonzales B. Estrés percibido y adaptación en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Aquichan (Col). 2007; 7(1): 77-84.

50. Reeve J. Motivación y Emoción. 3era Edición. Editorial Mc Grall – Hill/ interamericana. México. 2003.

51. García Cuadrado A. Antropología Filosófica. 2da Edición. Editorial Eunsa.España.2003.

52. Bisquerra R. Educación emocional y bienestar. Madrid: Cisspraxis. 2000.

53. Gutiérrez Agudelo M. Adaptación y cuidado en el ser humano: Una Visión de Enfermería. Manual Moderno: Colombia. 2007.

54. Porta J, et al. Definición y opiniones acerca de la sedación terminal: estudio metacéntrico Catalán-balear. Medicina Paliativa, Madrid, 1999.

55. Palomino Lorente, A. “Fundamentos de psicología de la personalidad” 1er Edición. Editorial: Ediciones Rialp. Madrid. 2003.

ANEXO 1

AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE LOS FAMILIARES DESDE EL MODELO DE CALLISTA ROY EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO AMBULATORIO DEL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2016.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA FAMILIAR DE PACIENTE QUE RECIBE TRATAMIENTO ONCOLOGICO AMBULATORIO

CÓDIGO: .....

I. **Objetivo:** La presente entrevista tiene como objetivo recoger información sobre: Comprender, conocer y analizar la forma en la que el familiar del paciente oncológico afronta y se adapta según el modelo de Callista Roy , en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, por ellos solicitamos su colaboración y participación en esta entrevista, la cual será confidencial y anónima.

II. DATOS INFORMATIVOS

- **Edad:**
- **Parentesco :**
- **Procedencia:**
- **Religión:**
- **Edad al inicio de la enfermedad del paciente:**

III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

1. ¿Qué sentimientos y/o emociones sintió cuando se enteró que su familiar tenía cáncer?
2. ¿A qué se dedicaba su familiar?
3. ¿Qué rol afectó?
4. ¿Cómo es su experiencia como familiar cuidador de una persona con Cáncer?
5. ¿Qué medidas se tomaron en su hogar para brindar una mejor calidad de vida a su familiar durante el tratamiento oncológico?
6. ¿Cuáles fueron las actitudes que tomaron sus familiares ante el tratamiento oncológico que recibe su familiar?
7. ¿Usted cómo ha logrado adaptarse?

ANEXO 2

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACION EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

"AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE LOS FAMILIARES DESDE EL MODELO DE CALLISTA ROY EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO AMBULATORIO DEL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, 2016. "

INVESTIGADOR (as): Villegas Azabache Leyla – Vílchez Cubas Néstor Eduardo

Yo, ----------, identificada (a) con D.N.I. Nº_____ declaro que acepto participar en la investigación: "Afrontamiento Y Adaptación De Los Familiares Desde El Modelo De Callista Roy En Pacientes Que Reciben Tratamiento Oncológico Ambulatorio Del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016.", realizada por los Estudiantes Villegas Azabache Leyla – Vílchez Cubas Néstor Eduardo , asesoradas por la Lic. Cabrejos Bravo Karla Margarita. Dicha investigación tiene como objetivo: Determinar el Afrontamiento y Adaptación de los Familiares desde el Modelo de Callista Roy en Pacientes que Reciben Tratamiento Oncológico Ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2016. Por lo cual, participaré en la aplicación del instrumentos: Entrevista semi estructurada; para luego realizar el análisis respectivo. Asumiendo que la información brindada será solamente de conocimiento de los investigadores y de su asesor, quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo la libertad de retirar mi participación en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con las investigadoras.

Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

Chiclayo, _____ del 2016

_____ _____

Villegas Azabache Leyla
Investigadora

Vílchez Cubas Néstor Eduardo
Investigador