

**UNIVERSIDAD “LA SALLE”  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DE GRADO**

**NIVELES DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y AUTOEFICACIA  
EMOCIONAL EN LOS PADRES DE HIJOS CON CÁNCER**

**Por:**

**Lizeth Murga Bravo**

**Profesor guía:**

**Lic. Alhena L. Alfaro Urquiola**

**Proyecto de Tesis de Grado presentado al Departamento de Psicología como  
requisito para la obtención del Título de:**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

**LA PAZ - BOLIVIA**

**2016**

*“Si evito que un corazón se rompa, no habré vivido en vano: Si mitigo el dolor de una vida, o alivio un sufrimiento o llevo de nuevo al nido a un pichón herido, no habré vivido en vano”*

*(Emily Dickinson)*

*“He aprendido de la vida: que por cada puesta de sol, hay un día que surge; por cada sueño que termina, uno nace; por cada puerta que se cierra, uno se abre; por cada amor que termina, otro comienza; por cada final hay un nuevo comienzo, por cada partida hay una llegada; por cada derrota hay una revancha. Nada está terminado hasta que es la vida”*

*(Paulo Coelho)*

*“No tengas miedo, pues yo estoy contigo, no temas, pues yo soy tu Dios. Yo te doy fuerzas, yo te ayudo y yo te sostengo con mi mano victoriosa”*

*(Isaías 41,10)*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la universidad La Salle por la formación durante estos cuatro años de carrera, tanto como profesional como nivel personal y espiritual; de igual manera agradezco al Departamento de la carrera de Psicología por haberme dado la oportunidad de formarme como profesional con valores, en particular a la Lic. Elizabeth Salazar, por su apoyo, paciencia y motivación.

Agradecer al plantel docente por la formación académica y crecimiento personal, Gracias Lic. Ariel Mealla, Dra. Thania Baspineiro, Lic. Juana Callisaya, Dra. Marianela Paniagua, Lic. Javier Montaña, Lic. Martha Bohórquez, Lic. Erick Fernández agradecer por su paciencia, honestidad y cariño del Dr. Marcelo de la Quintana, agradecer por el esfuerzo y sacrificio por motivar a ser excelentes profesionales Lic. Christian Ferreira, Lic. Leonardo Prado y Oscar Martínez.

De manera especial agradezco a la Lic. Ximena Borda, docente impecable y leal, por haberme guiado durante esta formación y apoyo en los momentos de desmoronamiento, de haberme transmitido más allá de su experiencia y conocimientos, valores humanos y espiritualidad.

De manera muy particular agradezco a la Lic. Alhena Alfaro, Tutora de mi tesis, por haberme guiado durante el proceso y haber dado el esfuerzo por hacer un trabajo ético y profesional. También agradecer al hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga por darme la oportunidad de realizar la presente investigación y sobre todo a cada uno de los padres que fueron parte fundamental dentro del trabajo.

Finalmente agradezco a mi familia, mi papa Alejandro Murga, mi mama Nancy Bravo, hermanas adorables Sandra, Monica y Alejandra por estar a mi lado apoyándome y acompañándome en cada uno de mis pasos, a Samir flores por su constante apoyo,

consejos y motivación a luchar por lo que uno quiere y a Cinthia Daniela Quispe Aruhiza por la motivación y la oportunidad de conocer una linda amistad.

Y como olvidarme de ti que estuviste siempre a mi lado gracias Dios mío por guiarme por el camino bueno, por consolarme en los momentos de tristeza y regalarme aquellos momentos de alegría y darme la sabiduría fortaleza y valor por seguir y cumplir mis objetivos paso a paso con paciencia, amen.

**ÍNDICE GENERAL**

Agradecimientos.....	i
Índice general.....	iii
Índice de contenido.....	iv
Índice de tablas.....	x
Índice de figuras.....	xii
Índice de anexos.....	xiv

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
INTRODUCCIÓN .....	2
I.1. Planteamiento del problema .....	3
I.1.1. Pregunta de investigación .....	7
I.2. Justificación.....	7
I.2.1 Relevancia científica .....	8
I.2.2 Relevancia social.....	9
I.2.3 Relevancia académica .....	10
I.2.4 Relevancia metodológica .....	10
I.2.5 Relevancia en ciencias de la salud .....	11
I.3. Objetivos.....	12
I.3.1 Objetivo general .....	12
I.3.2 Objetivos específicos .....	12
I.4. Hipótesis .....	13
CAPÍTULO II .....	14
MARCO TEÓRICO.....	14
II.1 Psicología de la salud .....	14
II.2.1 Modelo biopsicosocial .....	16
II.2.2 La medicina psicosomática .....	17

II.2.3	Psicología medica.....	18
II.2.4	Medicina conductual .....	18
II.2.5	Psicología clínica .....	19
II.2	Enfermedades autoinmunes.....	20
II.2.1	Cáncer .....	20
II.2.1.1	Características del cáncer .....	21
II.2.1.2	Tipos de cáncer.....	22
II.2.1.3	El cáncer en el niño .....	24
II.2.1.4	El cáncer y la familia.....	25
II.3	Autoeficacia.....	27
II.3.1.	Teoría de la autoeficacia .....	27
II.3.2.	Modelo de la autoeficacia .....	29
II.3.3.	Principios de la autoeficacia.....	30
II.3.4.	Dimensiones de la autoeficacia .....	30
II.3.5.	Influencia de la autoeficacia en el comportamiento humano.....	31
II.3.5.1.	Procesos cognitivos .....	31
II.3.5.2.	Procesos afectivos .....	32
II.3.5.3.	Procesos selectivos .....	32
II.3.6.	Tipos de autoeficacia.....	33
II.3.6.1	Autoeficacia emocional.....	33
II.3.6.2	Autoeficacia de resolución de problemas.....	34
II.3.6.3	Autoeficacia interpersonal.....	34

II.4	Afrontamiento.....	34
II.4.1	Modelo de afrontamiento .....	35
II.4.2	Procesos de afrontamiento .....	36
II.4.2.1.	Evaluación primaria .....	36
II.4.2.2.	Evaluación secundaria.....	37
II.4.3.	Dimensiones del afrontamiento.....	37
II.4.3.1.	Dimensión externa.....	37
II.4.3.2.	Dimensión interna .....	38
II.4.4	Estilos de afrontamiento.....	38
II.4.5	Estrategias de afrontamiento .....	39
II.4.6	Afrontamiento ante la enfermedad.....	42
CAPÍTULO III .....		44
MÉTODO.....		44
III.1	Tipo de investigación .....	44
III.2	Diseño de la investigación.....	45
III.3	Enfoque de la investigación.....	45
III.4	Muestra .....	46
III.5	Participantes (sujetos).....	46
III.6	Ambiente .....	46
III.7	Variables.....	47
III.7.1	Variable 1: Afrontamiento .....	47

III.7.1.1 Operacionalización de los niveles de afrontamiento a la enfermedad: 47	
III.7.2 Variable 2: Autoeficacia emocional.....	49
III.7.2.1 Operacionalización de los niveles de autoeficacia emocional: .....	49
III.7.3 Variables atributo.....	49
III.7.3.1. Edad:.....	49
III.7.3.2. Sexo:.....	50
III.7.3.3. Nivel de instrucción: .....	50
III.7.3.4. Relación marital: .....	50
III.7.3.5. Número de hijos: .....	50
III.7.3.6. Edad del hijo con cáncer: .....	50
III.7.3.7. Tipo de cáncer: .....	50
III.7.4 Análisis de datos .....	50
III.8 Instrumentos (materiales y aparatos).....	51
III.8.1 Cuestionario 1: .....	51
III.8.2 Cuestionario 2: .....	52
III.9 Procedimiento.....	53
III.9.1 Fase 1: identificación de los instrumentos .....	53
III.9.2 Fase 2: Aplicación de la prueba a la muestra.....	53
III.9.3 Fase 3: Resultados.....	54
III.9.4 Fase 4: Conclusiones y recomendaciones .....	54
III.10 Consideraciones éticas.....	54

CAPÍTULO IV .....	55
RESULTADOS.....	55
IV.1 Descripción general de la muestra.....	55
IV.2 Distribución de las variables de estudio .....	64
IV.2.1 Autoeficacia emocional.....	64
IV.2.1.1 Autoeficacia emocional en función al sexo de los padres .....	66
IV.2.1.2 Autoeficacia emocional en función a la edad de los padres .....	67
IV.2.1.3 Autoeficacia emocional en función al nivel de instrucción .....	69
IV.2.1.4 Autoeficacia emocional en función a la relación marital.....	71
IV.2.1.5 Autoeficacia emocional en función al rol de los padres .....	72
IV.2.1.6 Autoeficacia emocional en función a las personas con la que viven	74
IV.2.1.7 Autoeficacia emocional en función a la edad del hijo .....	76
IV.2.1.8 Autoeficacia emocional en función de la cantidad de hijos.....	78
IV.2.1.9 Autoeficacia emocional en función al diagnóstico del hijo .....	79
IV.2.2 Estrategias de afrontamiento .....	81
IV.2.2.1 Estrategias de afrontamiento en función del sexo de los padres.....	82
IV.2.2.2 Estrategias de afrontamiento en función de la edad de los padres....	84
IV.2.2.3 Estrategias de afrontamiento en función al nivel de instrucción.....	85
IV.2.2.4 Estrategias de afrontamiento en función a la relación marital .....	87
IV.2.2.5 Estrategias de afrontamiento en función al rol de los padres.....	88
IV.2.2.6 Estrategias de afrontamiento en función a las personas con la que	
viven	90

IV.2.2.7 Estrategias de afrontamiento en función a la edad del hijo.....	92
IV.2.2.8 Estrategias de afrontamiento en función a la cantidad de hijos .....	93
IV.2.2.9 Estrategias de afrontamiento en función al diagnóstico del hijo .....	95
IV.3 Correlación entre las variables de estudio .....	97
CAPÍTULO V .....	98
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	98
V.1. Conclusiones por objetivo .....	98
V.1.1. Objetivo general .....	98
V.1.2. Objetivos específicos .....	99
V.2. Conclusiones en relación a la hipótesis .....	103
V.3. Recomendaciones .....	104
V.4. Limitaciones y alcances.....	104
V.1.1. Limitaciones.....	104
V.1.2. Alcances .....	105
REFERENCIAS.....	106
ANEXOS .....	114

**INDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Niveles de afrontamiento a la enfermedad .....	48
Tabla 2: Niveles de autoeficacia emocional .....	49
Tabla 3: Variable Sexo de los padres.....	56
Tabla 4: Variable Edad de los padres .....	56
Tabla 5: Variable Nivel de instrucción .....	57
Tabla 6: Variable Relación marital .....	58
Tabla 7: Variable de las personas con la que vive .....	60
Tabla 8: Variable Cantidad de hijos .....	61
Tabla 9: Variable Edad del hijo .....	62
Tabla 10: Variable Diagnóstico del hijo .....	63
Tabla 11: Nivel de autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer .....	65
Tabla 12: Relación entre la variable sexo y autoeficacia emocional .....	66
Tabla 13: Relación entre la variable edad de los padres y Autoeficacia emocional.....	68
Tabla 14: Relación entre la variable nivel de instrucción y autoeficacia emocional.....	70
Tabla 15: Relación de la variable relación marital y autoeficacia emocional .....	71
Tabla 16: Relación de la variable rol que desempeña y autoeficacia emocional.....	73
Tabla 17: Relación a la variable personas con las que vive y autoeficacia emocional....	75
Tabla 18: Relación de la variable edad del hijo y autoeficacia emocional .....	77
Tabla 19: Relación de la variable cantidad de hijos y autoeficacia emocional .....	78

Tabla 20: Relación entre la variable diagnóstico del hijo y autoeficacia emocional.....	80
Tabla 21: Nivel de estrategias de afrontamiento en los padres de hijos con cáncer.....	82
Tabla 22: Relación del variable sexo y nivel de estrategias de afrontamiento.....	83
Tabla 23: Relación de la variable edad de los padres y nivel de estrategias de afrontamiento.....	84
Tabla 24: Relación entre la variable nivel de instrucción y nivel de estrategias de afrontamiento.....	86
Tabla 25: Relación entre la variable relación marital y nivel de estrategias de afrontamiento.....	87
Tabla 26: Relación entre la variable rol que desempeñan y nivel de estrategias de afrontamiento.....	89
Tabla 27: Relación entre la variable personas con las que vive y nivel de estrategias de afrontamiento.....	91
Tabla 28: Relación entre la variable edad del hijo y nivel de estrategias de afrontamiento.....	92
Tabla 29: Relación entre la variable cantidad de hijos y nivel de estrategias de afrontamiento.....	94
Tabla 30: Relación entre la variable diagnóstico del hijo y nivel de estrategias de afrontamiento.....	96
Tabla 31: Correlación entre las variables de afrontamiento y autoeficacia emocional ...	97

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Variable Sexo de los padres .....	56
Figura 2: Variable Edad de los padres .....	57
Figura 3: Variable nivel de instrucción.....	58
Figura 4: Variable Relación marital.....	59
Figura 5: Variable de las personas con las que vive .....	61
Figura 6: Variable Cantidad de los hijos .....	62
Figura 7: Variable Edad del hijo.....	63
Figura 8: Variable Diagnóstico del hijo.....	64
Figura 9: Nivel de Autoeficacia emocional en padres de hijos con cáncer .....	65
Figura 10: Relación entre la variable sexo y Autoeficacia emocional .....	67
Figura 11: Relación entre la edad de los padres y autoeficacia emocional .....	69
Figura 12: Relación entre el nivel de instrucción y autoeficacia emocional .....	70
Figura 13: Relación de la variable relación marital y autoeficacia emocional .....	72
Figura 14: Relación de la variable rol que desempeña y autoeficacia emocional .....	73
Figura 15: Relación de la variable personas con las que vive y autoeficacia emocional	75
Figura 16: Relación de la variable edad del hijo y autoeficacia emocional .....	77
Figura 17: Relación de la variable cantidad de hijos y autoeficacia emocional .....	79
Figura 18: Relación entre la variable diagnóstico del hijo y autoeficacia emocional .....	81
Figura 19: Nivel de Estrategias de Afrontamiento en padres de hijos con cáncer .....	82

Figura 20: Relación de la variable sexo y autoeficacia emocional .....	83
Figura 21: Relación de la variable edad de los padres con Autoeficacia emocional .....	85
Figura 22: Relación entre la variable nivel de instrucción y nivel de estrategias de afrontamiento .....	86
Figura 23: Relación entre la variable relación marital y nivel de estrategias de afrontamiento .....	88
Figura 24: Relación de la variable rol que desempeñan con nivel de afrontamiento .....	89
Figura 25: Relación entre la variable personas con las que vive y nivel de afrontamiento .....	91
Figura 26: Relación entre la variable edad del hijo y nivel de estrategias de afrontamiento .....	93
Figura 27: Relación entre la variable Cantidad de hijos y nivel de afrontamiento.....	94
Figura 28: Relación entre la variable diagnóstico del hijo y estrategias de afrontamiento .....	97

## INDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> Escala de autoeficacia emocional .....	115
<b>Anexo 2.</b> Inventario de estrategias de afrontamiento .....	121

## RESUMEN

El tener un hijo al cual se le ha diagnosticado de cáncer, ocasiona un gran impacto emocional en la familia, con sentimientos de culpa, incertidumbre, de pérdida de control sobre sus vidas, es una situación de crisis en el sistema familiar y cambios físicos, sociales y económicos. Para el cuidador en su gran mayoría son mujeres tienen una responsabilidad considerable con su hijo, descuidando sus propias necesidades. Sin embargo son los propios familiares quienes buscan la forma de afrontar la situación y la capacidad de manejar y controlar aquellos pensamientos y creencias que están cargados de emociones, sentimientos que aparecen durante la enfermedad donde hoy en día está afectando a una gran cantidad de niños.

Por este motivo en la presente investigación se trabajó con 55 padres de hijos con cáncer en un centro hospitalario infantil de la ciudad de La Paz, utilizando los cuestionarios de Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) y Escala de autoeficacia emocional (EAE) para determinar el grado de correlación existente entre ambas, donde se sometió a una prueba de correlación de Rho de Spearman de ,217 ya que la muestra no es probabilística y es por conveniencia, misma que la relación no es significativa y no se puede aplicar ningún tipo de programa en relación con las dos variables estudiadas. A su vez se relacionó las variables intervinientes sexo, edad, nivel de instrucción, relación marital, personas con las que viven, edad del hijo con cáncer, cantidad de hijos y diagnóstico del menor del cual un nivel de significación en función a las personas con las que viven.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La psicología de la salud como ciencia se interesa sobre todo por la interacción del modelo biopsicosocial de la persona, influyendo de esta manera la parte biológica o física de la persona, como intercede la parte emocional a nivel de pensamiento, decisiones, que actitud debe tener, y también la parte de interacción de las personas con grupos o masas donde su objeto de estudio es la acción humana, individual o grupal.

La salud depende no solo de lo que tiene o no tiene el paciente, sino también lo que hace o deja de hacer. (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998). La psicología de la salud interviene en aquellas afecciones de la conducta en la salud y como contribuye a su recuperación. La psicología de la salud es un campo donde abarca todos los aspectos de la salud y la enfermedad. (Werchel & Shebilske, 1998).

En Bolivia una de los problemas de la salud con más repercusiones es la incrementación de aquellas enfermedades inmunológicas como es el cáncer que afecta a una gran cantidad de personas, considerando que hasta la fecha no hay una explicación ni causa por la cual uno es diagnosticado de cáncer, entendida como el crecimiento anormal de células malignas ocasionando lesiones a nivel de los órganos y afectando las mismas a otros órganos. En el caso de los niños hoy en día está afectando a una gran cantidad, aumentando cada año un 12%, la mayoría de los niños tienden a ser diagnosticados de leucemia que se encuentra dentro de la clasificación de la enfermedad del cáncer (Instituto Nacional de Estadística I.N.E., 1993).

Sin embargo estas enfermedades no solo afecta la parte biológica sino además que afecta en gran medida la parte emocional, ocasionando en la familia fuertes cambios emocionales, decisiones, actitud ante la situación, de sobrellevar el duelo, tristeza y en

ocasiones la familia se centra en el problema y dejan a un lado sus propias necesidades como seres humanos. Muchas veces son los padres quienes deben cuidar considerablemente a hijo que es diagnosticado de cáncer y tienden a buscar soluciones y en otras situaciones dejan de hacer algún esfuerzo y terminan por decidir otras opciones (Morales H. D., 2000).

Para esta situación existen varias formas de poder llevar a cabo la, ya sea buscar la forma o manera de afrontar la situación y según (Lazarus & Folkman, 1984) existen diferentes estilos y estrategias de afrontamiento ante el hecho. También influyen aquellos factores cognitivos como es la autoeficacia definida por (Bandura A. , 1999) como las creencias que tiene una persona de tener las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan conseguir los resultados deseados ante una situación.

La presente investigación es un estudio correlacional que pretende conocer si existe o no una relación entre los niveles de estrategias de afrontamiento y autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer.

### **I.1. Planteamiento del problema**

La psicología de hoy en día se enfrenta a muchas investigaciones o campos de estudio que resultan ser importantes para el bienestar de la persona, ya que hay situaciones que afectan a los seres humanos a lo largo de su ciclo vital tales como el matrimonio, la llegada de un hijo, pérdida de trabajo o la presencia de alguna enfermedad ya sea la misma de tipo crónica como es el cáncer (Garassini, 2010).

Respecto a esta última situación, es la psicología de la salud, que resguarda a la salud y por ende a la enfermedad. (Garassini, 2010). La psicología de la salud se considera una especialidad de la psicología que estudia aquellos problemas de la salud pública,

gravedad e intensidad de la misma, intervención inmediata entre otras que de alguna manera afectan a la situación de la enfermedad (Piña & Rivera, 2006).

La psicología de la salud debe entenderse como una rama de la psicología que estudia e influye en los aspectos psicológicos como las actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera de la persona y su estrecha relación con el campo de la salud (Torres & Beltrán, 1996).

De la misma manera Morales (1997) señala a la psicología de la salud como un campo de aplicación de la psicología que estudia aquellos componentes conductuales y comportamentales durante el proceso de salud-enfermedad y su respectiva atención, tomando en cuenta los procesos psicológicos desde los inicios de la enfermedad hasta su estabilidad.

En la presente investigación se tomará en cuenta la enfermedad del cáncer en el campo de la psicología de la salud, enfermedad que afecta hoy en día a una gran cantidad de personas a nivel mundial. Estudios realizados e intervenidos por diferentes profesionales que forman parte de la situación expresaron que el cáncer no solo afecta al paciente sino también a su entorno ya sea física y/o emocionalmente en distintas situaciones de tipo económico, laboral, social, académico, familiar y personal (Peña & Nieto, 2012).

Estudios realizados sobre la enfermedad del cáncer la denominan como “una enfermedad crónica degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar uno de los diez primeros lugares como causa de muerte” (Huerta, Corona, & Méndez, 2006, pág. 46).

En cuanto a los niños que sufren de cáncer “en la ciudad de La Paz en el 2011 se registraron 192 casos de niños con cáncer, el 2012 se observó un incremento a 223 casos y para el 2013 se percibe un ligero incremento a 327 infantes en tratamiento, lo que

representa un 12 por ciento de crecimiento anual” (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

Como se aprecia las tendencias anuales de casos de niños y niñas con cáncer va en incremento, situación que revela la necesidad de contar con mayores conocimientos sobre esta enfermedad y sus consecuencias en las tres esferas del enfoque biopsicosocial, no solo para el paciente sino también para su círculo inmediato.

Vivir y afrontar la enfermedad del cáncer es algo que va más allá de tratar el tumor, recuperarse de la cirugía o responder adecuadamente a las quimioterapias, la realidad de ser un paciente con cáncer o ser cuidador genera situaciones estresantes que altera los problemas psicológicos, dejando a un lado sus propias necesidades para ofrecer el cuidado absoluto al paciente (Huerta, Corona, & Méndez, 2006).

El cáncer infantil como enfermedad crónica le impone inmediatas demandas en el sistema familiar, es por ello que al saber que su hijo es diagnosticado de cáncer, causa un fuerte impacto emocional acompañado de sentimientos de culpa, incertidumbre y pérdida de control sobre sus vidas. Situación que le lleva a fuertes cambios en la vida de la persona ya sea emocional, física, social, familiar, laboral, económico, etcétera. Las personas que mayormente llegan a ser afectados por la misma situación son los padres que dejan a un lado sus propias necesidades, sienten cansancio y viven la situación aún más difícil. (Peña, Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de Sus hijos, 2012).

Según Ortiz (como se citó en (Peña, 2012) ), considera que ser padre de un niño con una enfermedad crónica como es el cáncer, no es nada fácil, debido a que se ocasiona una situación de incertidumbre y surge repercusiones tanto físicas como psicológicas que generan altos niveles de estrés. Desencadenando cambios y desajustes en el sistema

familiar, ya sea en el ciclo vital, la calidad de vida del paciente, el nivel de estabilidad de la familia, el nivel socioeconómico y la historia familiar.

De esta manera se realizó investigación sobre aspectos psicológicos en el contexto familiar, cuidadores primarios que sean de gran aporte a la situación de la enfermedad del cáncer. Dentro de la psicología de la salud estudia aquellas variables que interfieren dentro de la salud reiterando que la salud es el bienestar biológico, psicológico y social, una de ellas es la manera de afrontar los problemas de salud como es la enfermedad del cáncer buscando estrategias para responder asertivamente ante la situación.

Según (Lazarus & Folkman, 1986) el afrontamiento es un conjunto de pensamientos cognitivos y conductuales que cambian constantemente para superar aquellas demandas específicas internas o externas excedentes o desbordantes para la persona y que van dirigidas a la emoción o al problema.

Es un proceso cambiante en la persona y su contexto, se deben contar con estrategias defensivas y con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus & Folkman, 1986).

De la misma manera la autoeficacia como tal es planteada por el autor Albert Bandura (1987) quien define el concepto como aquellos juicios que posee cada individuo sobre sus capacidades (Espada, Gonzales, Orgiles, Carballo, & Piqueras, 2012, pág. 358). Albert Bandura en sus estudios sobre la autoeficacia plantea como “la expectativa de autoeficacia es la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados” (Rueda Beatris, 2004, pág. 205).

La teoría de la autoeficacia fue ampliándose durante el tiempo a distintas investigaciones conceptuales y metodológicas con intención de demostrar cómo los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos de las personas están condicionados por la autoeficacia y esta lleva a la aplicación dentro de la rama de la psicología y por lo

mismo a sus distintos enfoques en las que se desenvuelve ya sea ámbito social, educativo, organizacional, forense y/o clínico (Covarrubias & Mendoza, 2013).

Algunos estudios realizados denotan la influencia de la autoeficacia ya sea de manera positiva o negativa a tres factores principales en el comportamiento de la persona, el primero es a nivel afectivo donde influyen las emociones que se van desencadenando y sentimientos que se van marcando, el segundo es a nivel cognitivo donde influyen los pensamientos, creencias, formación de esquemas, resolución de tareas que se van formando y el tercero es a nivel conductual donde influye el comportamiento y las acciones que tomara ante una situación (Olivari. & Urra., 2007)''.

Entonces la autoeficacia se encuentra en torno a las capacidades cognitivas, conductuales y afectivas y permiten alcanzar aquello que desea la persona.

Por tanto, la relación entre afrontamiento y autoeficacia son importantes para el estudio en el campo de la psicología de la salud, empleando las mismas en familias de pacientes con cáncer, midiendo las variables a través de escalas de afrontamiento ante la enfermedad y su capacidad de autoeficacia de la misma.

### **I.1.1. Pregunta de investigación**

¿En qué medida existe una relación entre autoeficacia y afrontamiento en los padres de niños con cáncer?

¿Será que a mayor autoeficacia de los padres mejor será su nivel de afrontamiento?

### **I.2. Justificación**

Esta investigación pretende arrojar luces sobre los niveles de afrontamiento y autoeficacia en padres de niños con cáncer. En este entendido resulta importante conocer

cuáles son las variables psicológicas que se ven afectadas o que juegan un papel importante con relación a la enfermedad del cáncer, entre ellas se ha identificado a la autoeficacia y el afrontamiento.

### **I.2.1 Relevancia científica**

La psicología como ciencia está interesada en los comportamientos de las personas ante muchos fenómenos que inevitablemente se encuentran vinculados a la sociedad de hoy en día. Durante el desarrollo de la persona bajo un enfoque biopsicosocial es también foco de interés, aquellas situaciones que obstaculicen el bienestar de la persona y por lo mismo lleve a desarrollar comportamientos desadaptativos, en este sentido un abordaje de una enfermedad crónica (como el cáncer) es necesario conocer desde la psicología aquellos aspectos cognitivos, afectivos y conductuales que se encuentran inmersos desde el momento de saber el diagnóstico y las consecuencias a nivel personal, familiar y social de los padres de niños con cáncer.

En Bolivia se realizó un estudio sobre afrontamiento en niños hospitalizados, determinando la estrategia de afrontamiento en cuanto a la asertividad, con el fin de mejorar la interacción social de los niños en instituciones hospitalarias y la capacidad de afrontamiento a partir de la capacidad cognitiva, afectiva emocional y comportamental (Montaño & Rita, 2005).

Después de conocer estos elementos, sobrellevar una enfermedad crónica como el cáncer y que está afectando a uno de la familia resulta ser una situación difícil para los familiares y considerándola como una problemática actual ya que se le da mayor valor al niño que sufre de esta enfermedad, dejando a un lado la familia y por lo tanto padres que forman tienen una estrecha relación con lo que le está pasando a su hijo. De esta manera la investigación pretende arrojar luces sobre los niveles de afrontamiento y

autoeficacia en los padres de niños con cáncer. En este entendido resulta importante conocer cuáles son las variables psicológicas que se ven afectadas o que juegan un papel importante con relación a la enfermedad del cáncer, entre ellas se ha identificado a la autoeficacia y el afrontamiento.

### **I.2.2 Relevancia social**

Influye de manera muy intensa que tiene que ver con respecto al entorno del niño con quienes mayormente frecuenta, en este caso es la familia, específicamente los padres que son los responsables del cuidado de su hijo. Es decir que se pretende trabajar con los padres de los niños con cáncer terminal, para intervenir en los niveles de afrontamiento y autoeficacia y que puedan sobrellevar la situación que conocer, a través de los cuidados, el apoyo emocional y tengan la gratificación de que son capaces de darle a su hijo una mejor calidad de vida.

Por lo general se cree que las personas que mayormente sufren son los pacientes y dejamos de un lado a los padres que siempre y deben de ser atendidos especialmente desde un punto de vista psicológico que puedan hablar y ser escuchados del dolor que llevan los padres y como están afrontando la situación.

Se realizó un estudio sobre cómo afecta las enfermedades terminales dentro del contexto social y sobre el uso de las estrategias, la misma describe sobre los niveles de afrontamiento a la muerte en pacientes con enfermedades terminales como es el caso del cáncer terminal de tipo crónica donde muestra cambios psicológicos, físicos, y sociales por la cual el sujeto atraviesa produciendo alteraciones tanto cognitivas, afectivas y conductuales, tomando en cuenta sobre la muerte como un proceso natural y que la población debe afrontar esta realidad (Morales H. D., 2000).

También se hizo un estudio sobre los niveles de afrontamiento en madres de hijos con autismo desde una intervención psicopedagógica (Muriel, 2013). Sin embargo no se realizó en Bolivia sobre los niveles de afrontamiento en los padres de hijos con cáncer, pero que tanto los niños con autismo y niños con cáncer son trabajados en el ámbito de la salud.

### **I.2.3 Relevancia académica**

Se pretende estudiar los niveles de afrontamiento y autoeficacia se deberá llegar a conocer los conceptos y los niveles que se irán trabajando junto con los padres e hijos y su relación que tiene para llevar un mejor proceso de afrontamiento y autoeficacia emocional.

Tanto el concepto de autoeficacia como de afrontamiento se utilizó en varias investigaciones bajo diferentes enfoques ya sea en el ámbito clínico, social, académico, en el ámbito de la salud que respaldan la importancia de estas dos variables como formas de llevar una mejor calidad de vida y sobrellevando aquellas situaciones que afectan su bienestar físico, psicológico y social (Espejo, 2014; Peña, 2012; Roth & Lacoa, 2008).

### **I.2.4 Relevancia metodológica**

Se aportará a la investigación explorando dos variables el “afrontamiento” y la “autoeficacia”. Utilizando como instrumentos de medida para la estimación y correlación de los niveles de afrontamiento y la autoeficacia emocional en los padres de los niños con cáncer.

Se realizó un estudio sobre el análisis psicológico del emprendimiento en estudiantes universitarios donde se trabajó en el proceso de autoeficacia emocional que define como

la creencia individual en las propias capacidades para emprender las acciones necesarias en busca de resultados, en si es entendida como la opinión afectiva sobre la capacidad para actuar adecuadamente en diferentes situaciones (Roth & Lacoa, 2008). Sin embargo no se realizó un estudio sobre autoeficacia con la enfermedad del cáncer en los pacientes y/ en su entorno.

Al respecto se ha llevado a cabo varias investigaciones con relación a este tema, se realizó una Aplicación de un Programa de Autoeficacia Filial para Optimizar la Relación Filial en Adolescentes, realizó un estudio en el que se revela como los padres puedan ser capaces de relacionarse con su hijo adolescente eficazmente, por su parte aplico una escala de autoeficacia filial percibida y la escala de ambiente familiar, en la que se ha observado en el estudio de que su nivel de autoeficacia filiar es poco significativo y luego de la aplicación del programa de autoeficacia se incrementó los niveles de autoeficacia filial en relación paterno-filial dentro de un grupo experimental realizado en la ciudad de La Paz en la zona sur en un colegio particular (Gómez, Barreal, & Guillén, 2006).

### **I.2.5 Relevancia en ciencias de la salud**

La autoeficacia hace referencia a “las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras”.

Evidentemente el estudio de estas dos variables aportara a las ramas de la psicología clínica, psicología social y psicología clínica sistémica. Es decir, que los psicólogos de hoy en día tienen un gran trabajo que hacer no solo las variables que se mencionan en el presente trabajo, sino también ofrecer el apoyo y la orientación psicológica tanto en el paciente que tiene cáncer como su sistema familiar.

### **I.3. Objetivos**

#### **I.3.1 Objetivo general**

- Determinar el grado de correlación existente entre el afrontamiento y autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer

#### **I.3.2 Objetivos específicos**

- Conocer cuál es el nivel de autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer.
- Conocer los niveles de estrategias de afrontamiento en los padres de hijos con cáncer.
- Determinar las diferencias entre el nivel de autoeficacia emocional en padres de hijos con cáncer en función del sexo, edad, rol, nivel de instrucción y relación marital.
- Definir las diferencias en el nivel de autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer en función de la edad de sus hijos
- Señalar las diferencias entre el nivel de autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer en función a tipo de cáncer que padezcan sus hijos.
- Determinar las diferencias entre el nivel de estrategias de afrontamiento en los padres de niños con cáncer en función del sexo, edad, rol, nivel de instrucción y relación marital.
- Señalar las diferencias entre el nivel de afrontamiento en padres de niños con cáncer en función de la edad de sus hijos.
- Definir las diferencias entre el nivel de afrontamiento en padres de niños con cáncer en función al tipo de cáncer que padezcan sus hijos

#### **I.4. Hipótesis**

H1: A mayor nivel de autoeficacia emocional mayor nivel de afrontamiento ante la situación de la enfermedad

Ho<sub>1</sub>: A mayor nivel de autoeficacia emocional menor el nivel de afrontamiento

Ho<sub>2</sub>: No existe relación entre el nivel de autoeficacia emocional y el nivel de afrontamiento

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### II.1 Psicología de la salud

El nacimiento de la psicología de la salud habría que situarlo, probablemente en un campo de la medicina y la farmacología dando vital importancia a la salud (entendida como el bienestar físico y Psicológico) y al tratamiento de la enfermedad, sin embargo solo se le dio mayor importancia a los sistemas biológicos. De hecho, se reconoce que esto no es suficiente. La salud depende no solo de lo que tiene o no tiene el paciente, sino también lo que hace o deja de hacer. Es decir, las prácticas individuales y culturales se afilian para potenciar el bienestar físico y psicológico de la salud y de esta manera poder entenderlo y explicarlo. Existen teorías que describen la relación de la mente y cuerpo que abre el camino para comprender la psicología de la salud. (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

La psicología de la salud interviene en aquellas afecciones de la conducta en la salud y como contribuye a su recuperación. La psicología de la salud es un campo donde abarca todos los aspectos de la salud y la enfermedad. (Werchel & Shebilske, 1998).

De esta manera se discutió sobre el problema del dualismo cuerpo-mente que se fue implicando enormemente en la salud y la enfermedad. Sin embargo dicha conceptualización depende las diferentes culturas y como estas la interpretan, en algunas han sido entendidas como indisociables en cambio en otras la consideran diferentes (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

Hipócrates, es el mejor representante para describir la naturaleza de la salud como un estado de armonía consigo mismo, pero cuando existe un desequilibrio a causa de una

enfermedad, esto afecta tanto a la naturaleza biológica como también las relativas al comportamiento de la persona, así como la personalidad (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

Desde esta perspectiva tanto la mente como el cuerpo se encuentran fuertemente unidos, y la salud física se ve irrevocablemente influida por las emociones y las conductas de las personas. Sin embargo, con el tiempo se le dio mayor importancia a la enfermedad como reacciones físicas y químicas, dejando a un lado los aspectos psicológicos o sociales. Así como en el caso del cáncer, que “es visto como un fenómeno de naturaleza física en el cual la proliferación incontrolada de células, fruto de una mutación genética, acabara dañando otros órganos y tejidos del organismo” (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998, pág. 24), mientras que la respuesta de la persona ante la enfermedad y otros elementos que resultan ser importantes en su evolución del mismo, son dejados a un lado (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

Según Freud 1998, desde la teoría psicoanalítica “sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga. Además, dichos impulsos, expresados a un nivel somático, tenían un significado simbólico relacionado con el evento psíquico” (Werchel & Shebilske, 1998).

En definitiva, se toma en cuenta a la enfermedad desde sus aspectos físicos y químicos como el caso del cáncer y otras enfermedades, olvidándose que detrás de ello hay una persona que responde a esa nueva situación que va a influir en su aspecto personal, familiar o social y surgir una nueva patología (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

Ante esta dificultad por determinar la importancia de la salud dentro de los aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales, diversos autores han sugerido ahondar la comprensión de la salud y la enfermedad y superar la formación dualista cuerpo-mente.

Después de definir la salud debe tomarse en cuenta a partir del modelo biopsicosocial y a continuación describirá los tres factores que intervienen en la salud.

### **II.2.1 Modelo biopsicosocial**

El modelo biopsicosocial determina los factores biológicos, psicológicos y sociales como elementos de la salud y de la enfermedad. De esta manera tanto las situaciones familiares, sociales, psicológicas (trastornos mentales, emociones, comportamiento, etc.) como las alteraciones bioquímicas interactúan en el proceso de salud y de la enfermedad. El modelo biopsicosocial sustenta que la salud es cuando la persona tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

La salud es entendida, como el bienestar físico, psicológico y social de la persona, que va más allá de la ciencia biomédica y también abarca los aspectos subjetivos y el comportamiento de la persona (Werchel & Shebilske, 1998).

El modelo biopsicosocial habla de tres implicaciones clínicas, en primer lugar sostiene que durante el proceso de diagnóstico de alguna enfermedad se debe tomar en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Un buen diagnóstico es aquel que se hizo bajo una representación multidisciplinar. En segundo lugar, trata sobre las recomendaciones dadas para el tratamiento que deben ser dadas desde el modelo biopsicosocial e interviniendo globalmente en la persona. Y por último, la buena relación entre el paciente y el clínico para mejorar la adhesión al tratamiento de la persona y su efectividad (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

Sin embargo a medida que la psicología de la salud fue avanzando salieron otras disciplinas relacionadas pero a su vez presentan ciertas características que delimitan a la psicología de la salud y saber por dónde va cada una de las disciplinas.

## **II.2.2 La medicina psicosomática**

La medicina psicosomática es entendida como la relación de las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. En la evolución de la medicina psicosomática se repartió en dos momentos. La primera inicio entre 1935 y 1960 donde caracterizaba la influencia del psicoanálisis, centrándose en la causa y la patología de la enfermedad desde una perspectiva psicodinámica. Se decía que las causas de la enfermedad estaban relacionadas con características de personalidad, conflictos interpersonales y la forma de responder al mismo. Sin embargo años después dejaron a un lado el fundamento psicoanalítico y quisieron darle una respuesta científica a la psicosomática dentro de la medicina haciendo terapias para el tratamiento de estas enfermedades. Su objetivo era estudiar a la enfermedad bajo los factores biológicos, psicológicos y sociales para el equilibrio de la persona (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

Al saber que la medicina psicosomática es una de las ramas que implementa a la psicología de la salud, da a conocer como la enfermedad del cáncer es una causa psicosomática, donde intervienen las emociones de la persona y como estas son alteradas por su entorno en el que se encuentra.

Para algunos médicos especialista que practican la medicina psicosomática relatan que el cáncer no se da por azar, de la cual la historia personal del paciente interviene en el proceso de la enfermedad. Para la medicina psicosomática consideran que la facultad de la enfermedad es a causa de un conflicto psicológico violento, es decir, que no ha expresado aquellos problemas en su momento y se quedó viviendo con ello, arrastrando en su diario vivir. Por lo general los niños no expresan aquello que están viviendo, ya sea problemas con sus padres, divorcios, abandono, huerfanidad, problemas en la escuela, entre otras que son causa de que un niño puede sufrir de cáncer, porque se la manifiesta en su cuerpo.

A comienzos de siglo XX, en el libro de Evans “Sobre un estudio psicológico del cáncer” 1926, citado por (Cooper, 1988) donde se vuelve a señalar que las causas de principales de esta enfermedad podría ser la pérdida de un motivo de amor o de una relación emocional importante como la pareja, un amigo, un animal, trabajo, alguna situación concreta o larga que pueda estar afectado a la persona.

### **II.2.3 Psicología medica**

Se define a la psicología médica como “el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representa una orientación teórica particular; los problemas de las mismas pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. La psicología medica tiene, además, como foco todas las áreas de interés académico: investigación, intervención, aplicación y enseñanza” (Werchel & Shebilske, 1998).

A partir de esta definición, se va incorporando las otras áreas que contenían elementos similares como es la medicina psicosomática, sin embargo, no pudo incluir a todas las áreas de intervención como es la psicología de la salud ya que la misma es más amplia en su objeto de estudio. La psicología médica pone en primer lugar a la salud como un campo de intervención, olvidando el papel de los profesionales subordinando el papel de psicólogo a los médicos y de la misma manera confundiendo el objeto de estudio de la psicología como tal. (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

### **II.2.4 Medicina conductual**

La medicina conductual fue utilizada por primera vez en 1973 en el libro Biofeedback, reconocida como un sinónimo de Medicina conductual, y antes ya se había

implementado en niños a través de los factores conductuales en la etiología y la enfermedad somática en el contexto hospitalario. Su principal objetivo fueron las conductas de salud y enfermedad, las causalidades que las mantienen y los cambios necesarios para modificarlas. La medicina conductual aplica en el campo de la medicina a través de la modificación de la conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad y los problemas psicofisiológicos (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

No obstante, tanto la medicina conductual como la psicología de la salud no se encuentran tan distantes, ya que ambas trabajan en investigaciones tanto en la medicina como en la psicología, la única diferencia de una con la otra, es que la medicina conductual pueden ser psicólogos o médicos los que intervienen, en cambio la psicología de la salud es asumida solo por psicólogos (Werchel & Shebilske, 1998). Es decir que al momento de la intervención de una enfermedad como es el caso del cáncer que cada especialidad debe realizar su trabajo como el oncólogo y un psicólogo de la salud, en la reducción del estrés, ansiedad o entrar en estados de ánimo como la depresión que afectan a la persona entran en un proceso de duelo desde el momento de enterarse de la enfermedad y su gravedad además de cuidados paliativos.

### **II.2.5 Psicología clínica**

En el momento en que pretendieron definir el concepto de psicología clínica fue muy discutida por psicólogos ya que ambas tienen muchas similitudes y que asume las mismas funciones de la psicología de la salud. Algunos autores decían que no hay justificación para una nueva creación de la psicología de la salud y otros la aprobaban como es Bellok, 1996; Botella, 1966; Echeberúa, 1996 y Blanco- Picabia 1996 citado de (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

Sin embargo existen elementos que diferencian una de otra como es la prevención dentro de la psicología clínica, en cambio la psicología de la salud solo se ocupa al

tratamiento de la enfermedad física u orgánica. (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998)

## **II.2 Enfermedades autoinmunes**

Son enfermedades que están afectadas por células enemigas del organismo, son complejas y multifactoriales debido a su causa pueden ser medioambientales tales como los tóxicos, virus, contaminantes que afectan al organismo, entre ellas se encuentra la enfermedad del cáncer como una enfermedad inmunológica (Escuela de medicina y ciencias de la salud, 2010).

### **II.2.1 Cáncer**

La enfermedad del cáncer fue conocida desde los tiempos antiguos de los egipcios más o menos entre los años 1600 a.c. el término “cáncer” proviene de *carcinus* que significa cangrejo, que Hipócrates utilizó para designar aquellas neoplasias (cáncer de mama) que, tenía una denotación clara de prolongaciones o patas, así como un cangrejo, hace presa en los tejidos que invaden (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998). La primera autopsia que se realizó fue por el anatomista italiano Giovanni Morgagni en 1761, sentando base sobre los estudios científicos del cáncer también conocido como “oncología”. En el Siglo XVIII, John Hunter fue quien sugirió extirpar un tumor a través del microscopio moderno para el estudio y la localización del cáncer. (Instituto nacional del cancer, 2010)

Según la organización mundial de la salud en el año 2014, considera al cáncer como la segunda causa de muerte a nivel mundial, se le atribuye a un 9,1 millones de defunciones ocurridas en los dos últimos años (Instituto nacional del cancer, 2010).

Existen muchos factores por los cuales las personas pueden contraer cáncer entre ellas se las puede mencionar el consumo nocivo de alcohol, la mala alimentación y la

inactividad física son otros factores de riesgo. Ciertas infecciones causan muertes por cáncer que mayormente son en países pobres. Se prevé que a medida que pasa el tiempo habrá mayores muertes de personas con cáncer aumentado a un porcentaje alto de 11 millones en el año 2030 o menos (Instituto nacional del cancer, 2010).

Estudios relacionados con el cáncer, demuestran que va acompañado de otras variables que fueron motivo de investigación. La depresión es una variable que va acompañada con el paciente que sufre de cáncer y a menudo está asociado la incapacidad, el llanto, falta de apetito, etc. Sin embargo otros dicen que la indefensión o la desesperanza van más asociados a la enfermedad que a la depresión (Sarason, 1999).

### **II.2.1.1 Características del cáncer**

El cuerpo está compuesto por millones de células vivas, que van creciendo y se dividen formando nuevas células y muriendo otras de manera natural. Durante los primeros años de vida de la persona, las células normales se dividen rápidamente para permitir el crecimiento corporal. Pero a medida que la persona va llegando a una etapa adulta la mayoría de las células solo se dividen para reemplazar a las células muertas para reparar los tejidos dañados (Instituto nacional del cancer, 2010).

Sin embargo, en la formación de la enfermedad del cáncer, estas células se convierten en anormales cuando hay un crecimiento descontrolado de las mismas y destruyendo los otros tejidos. El cáncer se puede originar en cualquier tipo de células de cualquier parte del cuerpo. El cáncer, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen (Instituto nacional del cancer, 2010).

Las células normales se transforman en células cancerosas al momento de ocurrir una alteración en el ADN de la persona. El ADN se encuentra en cada una de las células del

cuerpo y es quien dirige todas las actividades del organismo. En las células normales el ADN cuando es alterado por una lesión se repara o mueren aquellas células. En cambio en las células cancerosas el ADN se altera pero no se repara ni se muere más lo contrario aumenta y propaga en su magnitud (Instituto nacional del cancer, 2010).

El crecimiento anormal de las células se la denomina como neoplasia, que quiere decir nueva formación. Las neoplasias pueden ser benignas o malignas, esto quiere decir que aquel bulto que va creciendo puede llegar a ser maligna lo cual es considerada como cáncer. El cáncer tiene dos características típicas de la misma. Como primera característica la célula necesita de nutrientes y oxígeno para apoderarse de los tejidos sanos lo más antes posible. una segunda característica es que las células no permanecen unidas entre sí ya que carecen de las funciones de la membrana de una célula lo que está predispuesto a invadir los tejidos vecinos (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

### **II.2.1.2 Tipos de cáncer**

Los tipos de cáncer se las pueden clasificar según su localización, es decir en el lugar donde se encuentra las células cancerosas (estomago, pulmones, laringe, ojo, etc.) de las cuales se menciona:

#### **II.2.1.2.1 Los sarcomas**

El sarcoma es un tipo de cáncer que se origina en ciertas partes del cuerpo como es en los tejidos como en los huesos o los músculos. Existen dos tipos principales de sarcoma: sarcomas de tejidos óseos y los blandos.

Los sarcomas de tejidos blandos se pueden originar en los tejidos adiposos, musculosos, nerviosos y fibrosos, así como en los vasos sanguíneos y tejidos profundos como la piel. Se puede originar en cualquier parte del cuerpo, la mayoría de ellos en los brazos o las piernas, en ocasiones en la cabeza, el tronco y el área del cuello. Los

sarcomas no son tumores como es el caso de los carcinomas.

Existen varios tipos de tumores de tejidos blandos y no todas son consideradas cancerosas, cuando un tumor no es canceroso es llamada como benigno, en cambio cuando el termino sarcoma es parte de una enfermedad entonces significa que el tumor es maligno, es canceroso. Se clasifica alrededor de 50 tipos diferente de sarcomas de tejido blandos como son los osteosarcomas, el rabdomiosarcoma que es común en los niños que presentan este tumor canceroso y entre otras.

#### II.2.1.2.2 Los carcinomas

Hay canceres que se clasifican según su localización primaria y también se pueden agrupar por los tipos de células que hay en ellos. Resulta ser necesario conocer la agrupación de células cancerosas para ser localizada el lugar de donde inicio el tumor.

Un carcinoma es un cáncer que comienza en las células que cubren el interior o exterior de un órgano del cuerpo, conocidas como células epiteliales. Existen diferentes tipos de carcinomas de las cuales son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma.

El Carcinoma de células escamosas, está compuesta de células planas que mayormente se encuentran en la superficie de la piel o en los revestimientos de ciertos órganos, pueden comenzar en la boca, garganta, esófago, pulmones, ano, cuello uterino, vagina y entre otros.

En cambio el carcinoma de células adenocarcinomas se origina en las células glandulares, es decir células que segregan sustancias, que se encuentran normalmente en los órganos del cuerpo, incluyendo en aquellos que parecen no tiene glándulas como en el estómago, en los intestinos y el colon.

#### II.2.1.2.3 Las leucemias y los linfomas

La leucemia es un tipo de cáncer sanguínea originada a partir de las mutaciones en las células de la madre de la médula ósea, que son las que forma la sangre. La proliferación incontrolada y progresiva da lugar a una sustitución de las células normales de esta manera invadiendo la sangre que llega a diferentes órganos y tejidos. Las leucemias a su vez se clasifican en leucemia Linfoblástica (LL), leucemia mieloblástica, leucemia monocítica, leucemia mielomonocítica y entre otras. También se clasifica según su estado clínico ya sean agudas, que las llevan a la muerte en semanas o meses y las crónicas que sin tratamiento puede llevar a la muerte en meses o años. Las leucemias que afectan más a los niños es la leucemia linfoblástica aguda mientras que la leucemia mieloblástica aguda afecta más a los adultos.

Los linfomas son un tipo de cáncer que comienza con la transformación maligna de linfocitos en el sistema linfático. Esto da el crecimiento incontrolado y exagerado de los linfocitos y la acumulación de estas forma masas tumorales que se pueden encontrar generalmente en los ganglios linfáticos y en otras partes de cuerpo. Se divide los linfomas en dos generalmente que son los linfomas de Hodking y los linfomas de no Hodking.

### **II.2.1.3 El cáncer en el niño**

El cáncer infantil como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas en la su generalidad del sistema familiar, por ello, tener un hijo que es diagnosticado con cáncer causa un gran impacto emocional, con sentimientos de culpa, incertidumbre, y de pérdida sobre el control de sus vidas. Situación estresante a la cual se le atribuyen cambios radicales y repentinos en el contexto emocional, físico, social y familiar (Peña & Nieto, 2012).

Para el cuidador que en su gran mayoría son mujeres, representa una carga considerable de trabajo dejando de lado sus propias necesidades, aumentando el

cansancio y haciendo la situación más difícil. En presente trabajo tienen también tiene como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores de niños con cáncer obtenidas en diferentes estudios (Peña & Nieto, 2012).

#### II.2.1.3.1 Impacto psicosocial del cáncer en el paciente

Cada paciente diagnosticado con cáncer responder de muchas maneras y en momentos muy diferentes. No obstante, como grupo comparten cosas que pueden tener en común y de mucha importancia: como la pérdida de vida, el miedo a no responder a las quimioterapias, dificultades de poder relacionarse con los demás, miedo a perder su trabajo, preocupaciones sobre la integridad de su cuerpo y sus funciones, o la pérdida de su familia. Esto se debe tomar en cuenta de acuerdo a la edad del paciente ya que amenaza según sus necesidades y objetivos de vida. En este caso para un niño se ve amenazada su salud personal, interacción con sus iguales, el miedo constante, alteraciones emocionales y su vida familiar. Las conductas y las emociones del paciente suelen ser congruentes. Muchas veces el paciente tiende a rechazar cualquier tipo de tratamiento ya que no tiene la aseguración de que le mejore y prefiere rechazar aquellos síntomas para evitar otros síntomas como la ansiedad o estrés. No obstante mostrando un signo de debilidad, fracaso personal o aislamiento llevándolo a otros síntomas como la depresión o trastornos de adaptación.

#### II.2.1.4 El cáncer y la familia

En la actualidad, la enfermedad del cáncer puede ser curada en un 38% de los pacientes con cáncer en países desarrollados. Sin embargo, en aquellos pacientes con recursos limitados presentan a no adquirir los tratamientos adecuados para luchar contra el cáncer e incluso pueden no buscarla (Instituto nacional del cancer, 2010).

Tomando en cuenta aquellas limitaciones para luchar contra el cáncer, cada paciente

que presenta esta enfermedad debe tener una mejor calidad de vida. Sin embargo hoy en día aún se sigue tomando mucha importancia al campo científico de la medicina sobre el cáncer y olvidan que también son esenciales el apoyo psicosocial y emocional. Se realizaron investigaciones donde relatan que es de vital importancia el aspecto psicológico y social para tener una mejor rehabilitación de la enfermedad (Instituto nacional del cancer, 2010).

Es por ello que el paciente con cáncer está acompañado a un equipo multidisciplinar (enfermería oncológica, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, especialista en lenguaje, un terapeuta ocupacional, personal de asistencia domiciliaria, religiosos y voluntarios), tomando en cuenta que el paciente con cáncer es también una persona con metas, sueños, preocupaciones individuales y considerar el impacto que la enfermedad tiene sobre la forma de vida de la persona y ayudar a que tenga una mejor calidad de vida (Instituto nacional del cancer, 2010).

#### II.2.1.4.1 Impacto psicosocial del cáncer en la familia

Una enfermedad grave en un miembro de la familia genera estrés en los demás. Los niños son esencialmente venerables y pueden no mostrar su ansiedad en una relación obvia con la enfermedad familiar y mucho menos en ellos porque pretender estar bien para evitar cualquier tratamiento que le cause dolor.

En el pasado, muchos médicos discutieron sobre diagnóstico y pronóstico del paciente con cáncer, ya que existían aquellas dificultades sobre decir a la familia lo tiene y los riesgos que corre el mismo, llevan esto a estudios sobre la honestidad compasiva que es útil y no dañina tanto para pacientes adultos como también para niños.

Al momento de recibir el diagnóstico y pronóstico de cáncer surgen tres etapas en la que el paciente y la familia responder al mismo. En un periodo inicial es normal que sientan rechazo, incredulidad, o desesperación que suele durar en un tiempo de 2 a cinco

días, expresando pensamientos como “esto no me puede estar sucediendo”, “debieron haberse confundido en diagnóstico”, “mi hijo va a sufrir, prefiero que muera en mi casa” y entre otras. En un segundo periodo muestran un estado de ánimo disfórico que dura entre 1 a 2 semanas, suelen estar ansiosos, presión alta, depresión, falta de apetito, insomnio, irritabilidad y entre otros. Influyen pensamientos intrusivos sobre la enfermedad y de incertidumbre con respecto al futuro. Luego de pasar por estos periodos, tanto el paciente como la familia entrar en un proceso de adaptación después de algunas semanas, a medida que van teniendo mayor información, confrontan la realidad y encuentran razones para el optimismo, reanudando sus actividades (Instituto nacional del cancer, 2010).

Sin embargo, el hecho de indicar que existen tres etapas, estas pueden variar y tomar en cuenta que la aparición y el diagnóstico del cáncer en la persona, muchas veces su situación es de indefensión, ya que le traerá consecuencias claramente negativas ya sea en mayor o menor grado, afectara en lo personal, familiar y/o socioeconómico (Amigo, Fernandez, & Perez, 1998).

Se hace hincapié en el modelo biopsicosocial que tenga influencia sobre todos los elementos que tiene sobre el desarrollo de una patología como es el cáncer (Werchel & Shebilske, 1998).

## **II.3 Autoeficacia**

### **II.3.1. Teoría de la autoeficacia**

La teoría de la autoeficacia fue planteada por Albert Bandura a partir de sus estudios sobre los procesos cognitivos. La autoeficacia parte de la teoría cognitiva social como un indicador de las funciones autorreguladoras. El concepto de expectativa de autoeficacia

hace referencia a las creencias de sus propias capacidades de la persona para organizar y ejecutar adecuadamente el curso de sus acciones a situaciones próximas. Tales como las creencias de la eficacia personal que influyen en la forma de pensar, actuar y sentir de las personas (Bandura A. , 1999).

Las personas tienen la capacidad de automotivarse y dirigir sus acciones de forma anticipada a través del ejercicio de pensamiento anticipador, elaborando creencias sobre lo que puede hacer, establecerse objetivos para sí mismo y poder hacer realidad lo que espera la persona (Bandura, Autoeficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual, 1999).

La teoría de la autoeficacia fue concebida por el escritor Albert Bandura, iniciada en el año 1977 en su publicación de la obra “La auto-eficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual” y tiene sus orígenes en la Teoría Cognitivo-social y a su vez es una versión actualizada de la Teoría del aprendizaje social desarrolladas por Bandura y además de mencionar en su libro “Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad” (Bandura & Walters, 1977).

La autoeficacia influye en como las personas piensan, sienten y actúan ante una situación favorable o desfavorable. Un bajo nivel de autoeficacia está asociado con la depresión, ansiedad y el desamparo. En cambio un alto nivel de autoeficacia mejora el control de sus acciones ante dificultades y amenazas, reduce los niveles de depresión, ansiedad y el estrés que le lleva a afrontar las diferentes situaciones vitales (Bandura, 1999).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación de la persona. Algunos investigadores hacen referencia a la autoeficacia como un sentido amplio de competencia personal sobre sus capacidades de cuan efectiva puede ser para afrontar aquellas situaciones estresantes (Espejo, 2014).

### **II.3.2. Modelo de la autoeficacia**

El modelo de la autoeficacia está en base a tres componentes que describe Bandura, formando entre las tres una triada recíproca. Los componentes son:

- a. Determinantes personales donde según la teoría cognitivo social, las personas interpretan y evalúan sus propias experiencias y procesos de pensamiento. De esta manera Bandura (1977) tiende a incluir la existencia de un autosistema, es decir el ejercer el control propio sobre el medio ambiente y sus creencias. El autosistema es saber buscar soluciones, aprender de los otros, planificar estrategias para mejorar las dificultades, regular su propia conducta y reflexionar sobre sus propias irregularidades.
- b. La conducta, que es el resultado de la interacción entre el autosistema y las influencias ambientales, ya que la persona tiende a estar en constante interacción con el entorno ambiental y sociocultural que influyen en la formación de las creencias y conductas dadas. Sin embargo la persona tiene la capacidad de evaluar y alterar su propio pensamiento y conducta considerada como auto-referencia y esta misma influye en la capacidad de ser autoeficaces, en sí la autoeficacia no es más que la autoevaluación de la persona sobre lo que se cree capaz de hacer. (Bandura, 1999)
- c. Influencias ambientales, como se mencionó anteriormente tiene que ver mucho la influencia de su contexto ambiental en el que la persona se encuentre desde la familia que es considerada como su primer entorno y posteriormente el entorno sociocultural que determinan la conducta y las creencias de la persona.

### **II.3.3. Principios de la autoeficacia**

La formación de la eficacia percibida empieza en los primeros años de vida del ser humano. En las primeras etapas, el niño confía en los juicios de otros para crear su autoconfianza y sentido de valía. Es el entorno familiar y social los que apoyan sus esfuerzos ayudando a promover un sentido de eficacia personal, capaz de sobrellevar sus necesidades personales. (Pacajes & Schunk, 1997).

Según Bandura (1999) la autoeficacia se forma a partir de cuatro fuentes principales:

- a) Experiencias de dominio: es el principio de la autoeficacia más importante ya que se funda en las experiencias previas de dominio. Asimismo maneja herramientas cognitivas, conductuales y autoreguladores para crear y realizar lo aprendido para responder eficazmente una situación.
- b) Experiencias vicarias: este principio se da a través de la observación y la imitación de conductas exitosas por otras personas, aumentando de esta manera las creencias del observador y poseer las mismas conductas para vencer aquellas dificultades.
- c) Persuasión social: es la atracción de aquellas capacidades adquiridas para dominar determinadas situación que normalmente son persuadidas verbalmente, dejando aquellos pensamientos que perturban el bienestar de la persona.
- d) Estados psicológicos y emocionales: consiste en mejorar el estado físico y emocional de la persona, reduciendo el estrés y emociones negativas.

### **II.3.4. Dimensiones de la autoeficacia**

La autoeficacia no puntúa características propias de ella, más lo contrario se mueve en su generalidad, fortaleza y nivel.

- A. La generalidad es complejo ya que depende de las creencias personales estructuradas durante la vida de la persona. diversidad de los diferentes tipos de actividades, capacidad adquirida y el comportamiento que se está tomando.
- B. Fortaleza, depende de cuan fuerte y perseverantes pueden ser frente a la dificultades o cuan débil puede ser aquellas experiencias desagradables. Mientras más fuerte sea la autoeficacia mayores probabilidades de desempeñar exitosamente aquella situación.
- C. Nivel, se trata de la cantidad de actividades que la persona es capaz de realizar y superar aquellas dificultades eficazmente.

### **II.3.5. Influencia de la autoeficacia en el comportamiento humano**

El comportamiento del ser humano está regulada por la autoeficacia a partir de cuatro procesos: cognitivo, afectivo, motivacional y selectivo.

#### **II.3.5.1. Procesos cognitivos**

El ser humano tiene la capacidad de pensar lo que pretende hacer, de manera que tiene la oportunidad de responder adecuadamente ante una situación y lograr lo que espera. Por el mismo hecho que es las creencias de la autoeficacia le dan forma al pensamiento y es por ello que la persona tiende a tener un alto sentido de autoeficacia y que responda exitosamente. De lo contrario la persona con un bajo sentido de autoeficacia piensan que les puede ir mal e ir al fracaso (Bandura & Walters, 1977).

Es decir, que es la persona la que tiene la opción de responder bien o mal ante cualquier situación que afecte su bienestar.

### **II.3.5.2. Procesos afectivos**

Los procesos afectivos también pueden ser influidos por las creencias de la autoeficacia tales como la depresión, la ansiedad y el nivel de activación del arousal (Bandura & Walters, 1977).

En primer lugar, las creencias de la autoeficacia intervienen en el procesamiento cognitivo sobre aquellos riesgos que la persona puede correr. A causa de estos riesgos, la persona sufre de un alto grado de ansiedad y se ve afectado su bienestar personal. Sin embargo la persona tiene la posibilidad de tener control sobre sus las posibles amenazas ambientales y evitado tener pensamientos perturbadores del mismo.

A sí mismo, la persona puede tomar control de los pensamientos perturbadores replicados a través de las creencias de la autoeficacia y el problema no es esta sino la falta de habilidad para lidiar con aquellos pensamientos negativos.

Y gracias a las creencias de la autoeficacia reduce o elimina la ansiedad de la persona. Además de tomar un nuevo comportamiento hacia el afrontamiento, es decir, que la persona podrá afrontar aquellas situaciones difícil y poder manejar de manera eficaz.

### **II.3.5.3. Procesos selectivos**

Las personas son las que realizan su vida cotidiana en función a sus actividades que eligen y en el ambiente en el que se encuentra. Estas elecciones son realizadas de acuerdo a la percepción de cada persona y cuan eficaz se siente para manejar dichas actividades. De esta manera se desarrollan ciertas potencialidades y estilos de vidas, por eso es importante las creencias de autoeficacia en el desarrollo personal (Bandura & Walters, 1977).

## **II.3.6. Tipos de autoeficacia**

### **II.3.6.1 Autoeficacia emocional**

La autoeficacia emocional se centra en aquellos efectos que alteran las emociones de la persona y como esta puede sentirse capaz de controlar las emociones para manejar aquellas situaciones. Estas consecuencias emocionales repercuten en el funcionamiento general del paciente que tiene la enfermedad del cáncer, ya que se verán afectados sus actividades diarias y desenvolvimiento personal y social. Según Comas (1990) para aquellas personas que sufren de alguna enfermedad crónica como el cáncer se enmarca el soporte emocional en cinco puntos, reducir la soledad y el aislamiento, aumentar la percepción de control y autonomía, reducir la percepción de ambigüedad, amenaza e incertidumbre, potenciar la autoestima, disminuir los sentimientos que añaden al sufrimiento de la persona.

La autoeficacia emocional fue definida por Eisenberg y Spinrad (2004) como “el proceso que inicia, evita, inhibe, mantiene o modula la ocurrencia e intensidad o duración de los sentimientos, estados, emociones fisiológicas, procesos atencionales, estados motivacionales y otros concomitantes conductuales de la emoción que permiten lograr la adaptación afectiva biológica o social, o el logro de metas individuales”.

(Roth & Lacoa, 2008, pág. 338)

La autoeficacia emocional refleja las capacidades personales percibidas para regular la propia experiencia emocional sobre todo en situaciones difíciles. Es poco probable que las personas puedan manejar sus afectos positivos y negativos si no se sienten realmente capaces de hacerlo, y se asume aquí que un emprendedor tendrá problemas en su tarea si carece de este mecanismo regulatorio. El instrumento utilizado para medir la

auto-eficacia emocional ha sido desarrollado y estudiado a profundidad por Caprara y Gerbino, (2001) y (Bandura & Locke, 2003).

### **II.3.6.2 Autoeficacia de resolución de problemas**

Es la capacidad de resolver y afrontar eficazmente los problemas de manera creativa, innovadora y crítica.

### **II.3.6.3 Autoeficacia interpersonal**

Se refiere a la capacidad de interactuar con las personas de su entorno a través de sus sensaciones en representaciones, significados y potencialidades en propósitos y acciones directas en su realización. Así se desencadenara sentimientos de fraternidad y convivencia entre la persona y sus relaciones con el entorno.

## **II.4 Afrontamiento**

El término “afrontamiento” es un concepto común e indica la manera o la forma de aceptar y/o resolver aquellas situaciones difíciles que pueden alterar o preocupar el bienestar biopsicosocial de las personas (Peña & Nieto, 2012).

El interés sobre el afrontamiento es la forma en como las personas responder adecuadamente a situaciones difíciles, de manera que estas dificultades no desencadenen ninguna alteración psicológica o fisiológica. El afrontamiento es una forma de adaptación a aquellas situaciones dificultosas. Se refiere a tomar estrategias para lidiar con aquellas amenazas y encontrar el equilibrio, estabilidad emocional y social.

Así Lazarus y Folkman 1984 fueron quienes plantearon la definición del afrontamiento, el cual ha sido utilizado como punto de partida de muchas

investigaciones posteriores. Estos autores definieron el afrontamiento como aquellos “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta definición ha sido adoptada en la mayoría de las investigaciones referidas al afrontamiento, sobre todo en el ámbito de la psicología de la salud” (Lazarus & Folkman, 1984, págs. 22-26). Es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus & Folkman, 1984).

El afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales el primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa, o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace o haría en determinadas condiciones. Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace dentro de un contexto específico. Tercero hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose (Lazarus & Folkman, 1984).

Según (Peña & Nieto, 2012) denomina al afrontamiento como un proceso que pone en marcha frente a la situación en crisis en este caso a la enfermedad, empleando diferentes tipos de estrategias y mecanismos psicológicos para eliminarlo, dominarlo o reducirlo a través de recursos personales, sociales o afectivas.

#### **II.4.1 Modelo de afrontamiento**

El modelo del afrontamiento se da en base a tres componentes que describe Lazarus y Folkman, citado en (Casado, 2006) formando entre las tres una triada recíproca. Los componentes son:

- A. Interacción del sujeto con su medio, las reacciones que ya a tomar y la capacidad de responder adecuadamente a aquellos. El sujeto hace una valoración de cómo responder al entorno social desde su biografía, sus relaciones actuales y su posición social.
- B. El conocimiento, de la percepción de los esfuerzos de ajuste tanto en la modificación de las condiciones del medio como de su valoración de sí mismo y su vivencia de la realidad.
- C. Valoración, del sufrimiento como resultado del desequilibrio entre los recursos del sujeto, tanto objetivos como percibidos, y las demandas, igualmente percibidas y objetivas, de su entorno.

La introducción al afrontamiento hace referencia a la conducta y comportamiento del ser humano y que esta misma genere respuestas positivas. Se realizaron estudios sobre el afrontamiento ante la enfermedad y como esta es causante de estrés en la persona. Sin embargo también se tomó en cuenta la capacidad de afrontamiento centrada en el proceso de interacción, sobre la relación entre el sujeto y su medio.

## **II.4.2 Procesos de afrontamiento**

Según (Casado, 2006) describe los procesos de afrontamiento ante la situación de la enfermedad, se da en base a dos evaluaciones:

### **II.4.2.1. Evaluación primaria**

Es el momento donde el sujeto hace la valoración de la situación como tal, lo que significa de riesgo, de compromiso a su bienestar o hasta el momento de supervivencia. Esta primera evaluación se encuentra íntimamente ligada a la siguiente.

#### **II.4.2.2. Evaluación secundaria**

Aquí es donde el sujeto donde reconoce los recursos que tiene tanto personales y sociales, como económicas e institucionales para hacer frente a la demanda del entorno. La conexión de estas dos variables determina que la situación sea valorada como:

- Reto o desafío: el sujeto considera que tiene los recursos necesarios para hacer frente a la situación amenazante. Esta situación hace que la persona use de sus recursos y genere sentimientos de eficacia y logro.
- Amenaza: es donde el sujeto considera que no tiene los suficientes recursos para hacer frente a la situación amenazante, por lo que se siente desbordado por ella. Se deteriora su capacidad de afrontamiento, se siente poco eficaz. Para el modelo es significativo el deterioro de las funciones, la respuesta ansiosa del sujeto es el resultado de que la situación le es amenazante, tener la sensación de poder hacer nada por controlarlas y encontrarse sometido a la angustia y la ansiedad.

#### **II.4.3. Dimensiones del afrontamiento**

Los recursos del afrontamiento puede hacer frente a la situación de la enfermedad reduciéndola o bien incrementado y manteniendo los niveles de salud (Casado, 2006). Estos recursos engloban dos dimensiones:

##### **II.4.3.1. Dimensión externa**

Se encuentra asociada a acciones relacionadas con el entorno sociocultural propiciador de un determinado estilo de vida.

### **II.4.3.2. Dimensión interna**

Se encuentra ligada a las disposiciones, herencia, edad y sexo de la persona, ya que es de vital importancia porque las estrategias del afrontamiento se dan en base al desarrollo madurativo de la persona.

Ambas dimensiones se relación e interactúan mutuamente ya que se desarrollan en un entorno familiar, hospitalario y sociocultural predisponiendo a la persona a comportamientos precisos y particulares. Estos recursos que comprende a estas dos dimensiones permiten que la persona maneje aquellas situaciones estresantes de manera más eficiente y reduzca síntomas que son característicos de la enfermedad (Casado, 2006).

### **II.4.4 Estilos de afrontamiento**

Los estilos de afrontamiento se pueden focalizar en el problema, en la emoción o en la valoración de la situación (Londoño, y otros, 2006).

- **Afrontamiento Confrontativo:** la persona se enfrenta al problema, busca soluciones, trata de hacer cosas para que sus condiciones de vida sean menos estresantes.
- **Afrontamiento Evitativo:** la persona rehúye el problema pasivamente, tratando de esta manera de minimizar el daño.

Al momento de dirigirse al problema se fortalece un estilo de afrontamiento orientada a la manipulación o alteración a aquellas situaciones causantes de la amenaza. De esta manera se puede describir un estilo de afrontamiento que lleva a confrontar la situación.

Al momento de dirigirse a la respuesta emocional, se consolida un estilo de

afrontamiento a reducir o eliminar aquellas respuestas emocionales negativas que son a causa de aquella situación amenazante.

Cuando se dirige a la valoración inicial de la situación se emprende un estilo de afrontamiento donde tiende a reevaluar el problema y dar a profundidad la causa por la cual aquella situación amenazadora.

Al igual que la autoeficacia los estilos de afrontamiento resultan ser cognitivas y/o comportamentales y las mismas pueden darse de manera activa, pasiva o evitativa: al ser activa la persona tiende a buscar diferentes tipos de solución al problema, en cambio la pasiva es cuando la persona simplemente prefiere hacer nada al respecto y esperar que cambien las situación por si solas y la evitativa es cuando la persona intenta evitar o huir de la situación y de sus consecuencias (Londoño, y otros, 2006).

#### **II.4.5 Estrategias de afrontamiento**

El concepto de estrategias de afrontamiento ha sido trabajado en el campo de la salud mental y la psicopatología, alude a un conjunto de acciones que se realizan para solucionar o satisfacer aquellas demandas específicas, principalmente relacionado con las emociones, la resolución de problemas y el estrés. Las estrategias de afrontamiento son comportamientos intencionados para el logro de objetivos, poniendo en acción a la persona y los ajustes a las demandas y exigencias de la situación. Estas estrategias pueden ser cambiantes dependiendo de la situación y en el contexto que se encuentre (Peña & Nieto, 2012).

Existen muchas estrategias de afrontamiento, para ello se tomó en cuenta de diferentes investigación sobre cuales son la estrategias de afrontamiento más utilizadas ante la situación que afecta el bienestar de la persona.

En su investigación de (Huerta, Corona, & Méndez, 2006), sobre la evaluación de los

estilos y estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer, dentro de las estrategias las más utilizadas por los cuidadores fueron la búsqueda de información, resolución de problemas, la regulación afectiva, el análisis lógico y descarga emocional que fue la menos utilizada. Así también se definió que las estrategias de afrontamiento según (Peña, 2012) en los padres de niños con cáncer utilizan frecuentemente la búsqueda de información y solución de problemas, es decir que buscan a un profesional para tratar de saber más sobre la enfermedad y fortaleciendo el cuidado de la enfermedad de sus hijos.

(Lazarus & Folkman, 1984) Propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

1. **Confrontación:** constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
2. **Planificación:** apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación, evaluación secundaria.
3. **Aceptación de la responsabilidad:** indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
4. **Distanciamiento:** Implica los esfuerzos que realiza la persona por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
5. **Autocontrol:** Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
6. **Re evaluación positiva:** supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

7. Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos inexistentes e ineficaces.

8. Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que la persona realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Según (Cano, Rodríguez, & García, 2007) describe otros tipos de estrategias de afrontamiento:

1. Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce
2. Reestructuración cognitiva: estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
3. Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
4. Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en la situación.
5. Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento.
6. Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
7. Retirada social: estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional de aquella situación.

8. Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación o su inadecuado manejo.

#### **II.4.6 Afrontamiento ante la enfermedad**

Se realizaron muchas investigaciones de las miles estrategias de afrontar a la enfermedad. Algunas investigaciones muestran que a más estrategias de afrontamiento menos síntomas de angustia, depresión, físicas y psicológicas. Según (Cano, Rodríguez, & García, 2007) la selección de los procesos de afrontamiento son influenciadas por dos factores: el primero, incluye los antecedentes y características personales, como la edad, inteligencia, cognición, desarrollo emocional; mientras que el segundo se hace referencia a las características de la enfermedades físicas y ambientales.

El diagnóstico de una enfermedad suele implicar importantes cambio en la vida cotidiana de una persona, y el proceso de adaptación a estos cambios requiere que la persona aplique estrategias de afrontamiento generales y específicas. Tanto es así, que se estima que aproximadamente un 30% de las personas diagnosticadas de una enfermedad no logran adaptarse, y no logran recuperar un nivel de funcionamiento adecuado (Escuela Andaluz de Salud Publica, 2009).

Se entiende por estrategias de afrontamiento los pensamientos y los comportamientos que la persona utilizan para responder a situaciones estresantes y disminuirla (Escuela Andaluz de Salud Publica, 2009).

En el caso de la enfermedad, sobre todo al inicio, la incertidumbre es un factor importante en la familia ya que muchos de ellos resultan desconocer por falta de información acerca del diagnóstico y de la gravedad de la enfermedad, del estadio de la enfermedad en el que la persona se encuentre, de tratamientos y cuidados complejos y difíciles de entender, así como de la ausencia de un pronóstico (Escuela Andaluz de

Salud Publica, 2009). Después, cuando ya conocemos qué le ocurre al paciente y empezamos a valorar la evolución, es más sencillo facilitar los elementos suficientes para que la persona pueda procesar adecuadamente lo que le está ocurriendo (Escuela Andaluz de Salud Publica, 2009).

Al momento de revisar sobre las estrategias de afrontamiento según la (Escuela Andaluz de Salud Publica, 2009) determina las siguientes:

Una primera estrategia que a veces se utiliza sería lo que los psicólogos llaman el pensamiento mágico, que consiste en mantener la esperanza de que ocurra un milagro, o que la situación problemática desaparezca o termine de repente. El problema que este tipo de pensamiento ocasiona es que nos hace perder tiempo, mientras esperamos algo que no llegará, para poner en marcha estrategias eficaces de solución de problemas (Escuela Andaluz de Salud Publica, 2009)

Otras estrategias sobre la cual la persona hace es buscar culpables. La persona piensa sobre quién ha pudo tener la culpa: uno mismo, o también en muchas ocasiones la culpa se busca fuera, en la familia, los vecinos, o los profesionales sanitarios. El problema de este es que la persona puede resultar ser víctima (Escuela Andaluz de Salud Publica, 2009).

No pensar en la enfermedad puede distraer las responsabilidades o puede caer en comportamientos patológicos como el alcoholismo, las compras compulsivas, la bulimia que con el tiempo tendrá otros problemas. Además, para no pensar en ello, muchas personas descuidan sus seguimientos sanitarios y sus cuidados (Escuela Andaluz de Salud Publica, 2009).

Son estrategias de afrontamiento ineficaces que no resultan ser favorables para el bienestar de la persona y de la misma manera puede afectar al entorno social.

## CAPÍTULO III

### MÉTODO

#### III.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo -correlacional, una investigación correlacional se define como:

Un tipo de investigación cuyo propósito es conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. Este tipo de investigación tiende a ser más probable para responder a la relación existente entre variables o eventos que sean estudiadas en determinada investigación (Salkind, 1999). En tanto esta investigación pretende medir la existencia o no de alguna relación entre los niveles de afrontamiento y autoeficacia ante la situación de tener un hijo con cáncer. Los estudios correlacionales miden el grado de relación entre estas dos variables ya mencionadas (cuantifican la relación), posteriormente la analizan la relación de las mismas. De la misma forma respaldara a las hipótesis sometidas a prueba (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010). La investigación correlacional le da uso a un índice de numérico llamado coeficiente de correlación como medida de fortaleza de tal relación e informar el valor de dicho índice (Salkind, 1999).

El coeficiente de correlación es un índice numérico por la cual se reflejara la relación entre las dos variables, se expresa como un numero entre -1.00 y +1.00, a medida que va aumentando su valor tienden a tener a estar más relacionados entre ellas (Salkind, 1999).

En la presente investigación se indagará en las variables y su grado de correlación. Según (Salkind, 1999) si son directas o positivas, es decir que a medida que una variable cambie su valor, la otra cambia en su misma dirección, como a mayor autoeficacia

mayor serán los niveles de afrontamiento ante la enfermedad, en cambio si llegasen a ser indirectas o negativas, la variable cambia su valor en una dirección pero la otra cambia en otra dirección, es decir a mayor autoeficacia menor es la posibilidad de afrontar la situación.

### **III.2 Diseño de la investigación**

Esta investigación se dirige a un diseño no experimental, ya que no se manipularán deliberadamente ninguna variable. La información obtenida a través de instrumentos de medida de afrontamiento y autoeficacia en los padres de niños con cáncer será analizada de acuerdo al contexto y a las variables intervinientes.

La investigación tiene por objetivo indagar la incidencia y los valores en los que se manifiesta las variables dentro del enfoque cuantitativo. El procedimiento consiste en medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos en una de las variables y posteriormente proporcionar su descripción. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010).

Por lo tanto la presente investigación es de tipo transeccional, debido a que se realizará una única medición a un grupo de padres en un determinado tiempo sin la realización de algún seguimiento de tipo temporal y de esta manera permitirá comprender la situación actual de los padres que tienen sus hijos la enfermedad del cáncer.

### **III.3 Enfoque de la investigación**

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo ya que se medirá las variables de afrontamiento y autoeficacia emocional y probar teorías (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010, págs. 4-6).

### **III.4 Muestra**

La muestra es no probabilística o dirigida por conveniencia, es una muestra que van acorde a las variables, en la que el investigador selecciona a los participantes porque los mismos se encuentran en un momento oportuno y por su fácil disponibilidad (Hernanadez, Fernandez, & Baptista, 2010). Sin embargo, el tamaño de la población se buscará a través del muestreo de Bola de nieve, donde el sujeto ayuda a acudir a otros sujetos con las mismas características y poder obtener una cantidad grande de población y la misma tener mayor confiabilidad. El tipo de muestreo de bola de nieve es de tipo no discriminatorio exponencial (Explorable.com, 2009). Este tipo de muestreo es conveniente cuando la población con la que se trabajará es de difícil acceso ya que facilita la en la obtención de resultados y que las mismas sean confiables para la investigación (Salkind, 1999).

En la presente investigación, se trabajó con un total de 55 padres de niños con cáncer que se recolectaron la información en un centro de hospitalización infantil del área de Oncohematología.

### **III.5 Participantes (sujetos)**

La presente investigación se estudió los niveles de afrontamiento ante la enfermedad y autoeficacia emocional en 55 padres de niños con cáncer de un centro de hospitalización infantil del área de Oncohematología con una muestra no probabilística o dirigida, donde la población esta seleccionada por las características de la investigación (Hernanadez, Fernandez, & Baptista, 2010, pág. 176).

### **III.6 Ambiente**

La aplicación de los cuestionarios se realizó principalmente en instalaciones del área

de Oncohematología de un centro de hospitalización infantil y por los mismos se indago por medio de los padres la búsqueda de otros para el alcance de la muestra.

### **III.7 Variables**

La presente investigación comprende de dos variables, de las cuales la variable 1 es el afrontamiento de los padres en la situación de sus hijos con la enfermedad del cáncer, la variable 2 es el nivel de autoeficacia de los padres de niños con cáncer. También se tiene las variables atributo que consisten de tres.

A continuación se explica cada una de las variables:

#### **III.7.1 Variable 1: Afrontamiento**

Niveles de afrontamiento ante la enfermedad en los padres de niños con cáncer: se refiere a las estrategias que la persona pueda utilizar para poder resolver aquellas situaciones difíciles (ver tabla 1).

##### **III.7.1.1 Operacionalización de los niveles de afrontamiento a la enfermedad:**

Tabla 1: Niveles de afrontamiento a la enfermedad

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA	ÍTEM	MEDICIÓN
Niveles de afrontamiento a la enfermedad	Resolución de problemas	Búsqueda de estrategias cognitivas y comportamentales encaminadas a reducir aquellos pensamientos negativos que produce la situación (Lazarus & Folkman, 1986).	Inventario de estrategias de afrontamiento	01, 09, 17, 25, 33	Escala Likert Politómica 0.- En absoluto 1.- Un poco 2.- Bastante 3.- Mucho 4.- Totalmente
	Autocrítica	Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación ante la enfermedad o su inadecuado manejo del mismo (Roth & Lacoa, 2008).		02, 10, 18, 26, 34	
	Expresión emocional	Búsqueda de estrategias encaminadas a liberar las emociones que surgen en la situación que está pasando (Roth & Lacoa, 2008).		03, 11, 19, 27, 35	
	Pensamiento desiderativo	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no sea negativa sino está encaminada a pensamientos agradables o positivos ante la situación de la enfermedad (Roth & Lacoa, 2008)		04, 12, 20, 28, 36	
	Apoyo social	Búsqueda de estrategias de apoyo de su entorno y de los demás como apoyo emocional (Roth & Lacoa, 2008).		05, 13, 21, 29, 37	
	Reestructuración cognitiva	Estrategias encaminadas a modificar pensamientos que puedan alterar la conducta y el comportamiento de la persona		06, 14, 22, 30, 38	
	Evitación de problemas	Está encaminada a buscar estrategias para evitar o negar aquellos pensamientos que le genera malestar en la persona a causa de la situación (Roth & Lacoa, 2008).		07, 15, 23, 31, 39	
	Retirada social	Estrategias de aislamiento de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional negativa (Roth & Lacoa, 2008).		08, 16, 24, 32, 40	

### III.7.2 Variable 2: Autoeficacia emocional

Niveles de autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer: se refiere a las creencias de una persona sobre la capacidad de controlar aquellas emociones sobre situaciones que le resulte difícil (ver tabla 2).

#### III.7.2.1 Operacionalización de los niveles de autoeficacia emocional:

Tabla 2: Niveles de autoeficacia emocional

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INSTRUMENTO	ÍTEM	MEDICIÓN
Niveles de autoeficacia emocional	Autoeficacia emocional	Procesos por la cual permite modificar los estados emocionales que permiten la adaptación afectiva, biológica y emocional ante la situación (Roth & Lacoa, 2008).	Cuestionario	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34.	Escala Likert Politémica

### III.7.3 Variables atributo

**III.7.3.1. Edad:** se tomó en cuenta la edad de los padres de niños con cáncer, con el interés de saber la relación entre la edad de los padres y los niveles de afrontamiento a la enfermedad y autoeficacia emocional.

- III.7.3.2. Sexo:** Se tomó en cuenta el sexo de los padres de niños con cáncer, con el motivo de analizar quien frecuenta más con los niños de esta condición.
- III.7.3.3. Nivel de instrucción:** Se tomó en cuenta sobre el grado de educación de los padres de niños con cáncer, con el motivo de analizar las relaciones entre el nivel de instrucción y los niveles de afrontamiento ante la enfermedad y autoeficacia emocional.
- III.7.3.4. Relación marital:** Se tomó en cuenta el estado civil de los padres, para analizar la relación conyugal actual y los niveles de afrontamiento ante la enfermedad y autoeficacia emocional.
- III.7.3.5. Número de hijos:** Se tomó en cuenta la cantidad de hijos que tienen en la constitución familiar, tomando en cuenta al hijo que padece de cáncer, con el motivo de analizar si es que alguno de sus hijos también tiene cáncer o no la tuvieron.
- III.7.3.6. Edad del hijo con cáncer:** es importante esta variable ya que nos dejaremos llevar por la edad del niño con cáncer para la obtención de la muestra.
- III.7.3.7. Tipo de cáncer:** se tomó en cuenta el tipo de cáncer que tiene el niño o niña para el análisis de la relación entre los tipos de cáncer y los niveles de afrontamiento a la enfermedad y autoeficacia emocional en los padres.

#### **III.7.4 Análisis de datos**

El análisis de la información está apoyado a través de la aplicación del programa SPSS 19. Las variables incluidas en el estudio fueron expuestas a pruebas estadísticas. En la presente investigación se presenta una relación de los principales resultados obtenidos por cada una de las variables estudiadas y posteriormente se presenta el

análisis de las correlaciones realizadas correspondiente a estas variables, variable 1 (Nivel de afrontamiento a la enfermedad) y la variable 2 (nivel de autoeficacia emocional) y la relación de estas dos variable con las variables atributo (Edad, Nivel de instrucción, relación marital, números de hijos, edad de los hijos, edad del hijo con cáncer y el tipo de cáncer). Al no tener una muestra probabilística, se asume que los datos no se distribuirán de manera normal motivo por el cual se trabajará con un coeficiente de correlación de Rho de Pearson, así mismo se extraerán distribuciones de frecuencias para responder a los objetivos específicos y la obtención de los resultados para responder al objetivo general.

### **III.8 Instrumentos (materiales y aparatos)**

Para alcanzar los objetivos de la presente investigación se aplicaron dos instrumentos de medida: escala de autoeficacia emocional. Dicha escala tiene como objetivo conocer los niveles de autoeficacia emocional en los padres de niño con cáncer.

El segundo instrumento es la escala de afrontamiento ante la enfermedad de los padres de niños con cáncer. Este instrumento tiene como objetivo identificar los niveles de afrontamiento ante la enfermedad.

#### **III.8.1 Cuestionario 1: Escala de autoeficacia emocional (EAE)**

Escala de Auto-Eficacia Emocional (Anexo 1). El instrumento utilizado para medir la auto-eficacia emocional ha sido desarrollado y estudiado a profundidad por (Caprara & Gerbino, 2001) y (Bandura A. , 2006). La formulación de sus ítems fue realizada bajo la supervisión e intervención de Bandura (Bandura A. , 2006) y su estudio factorial determinó una solución monofactorial. La escala de autoeficacia emocional tiene una estructura tipo Likert con 34 ítems y cinco opciones de respuesta. Fue validada en

Bolivia confirmándose su estructura factorial y su consistencia y fiabilidad con un coeficiente Alfa de Cronbach de .871 (Roth & Lacoa, 2008).

### **III.8.2 Cuestionario 2:** Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

El segundo cuestionario de inventario de estrategias de afrontamiento (Anexo 2) desarrollado y supervisada por (Tobin, Holroyd, Reynolds, & Kigal, 1989), adaptado al español por (Cano, Rodríguez, & García, 2007). Esta prueba cuenta con una confiabilidad a través de consistencia interna que arroja un alfa de cronbach de 0.835. El cuestionario cuenta con una estructura de tipo Likert con 40 ítems y cinco opciones de respuesta (0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente).

Este cuestionario está distribuido en ocho dimensiones, a continuación se desarrollara una breve explicación de estas:

- Resolución de problemas: busca estrategias cognitivas y comportamentales encaminadas a reducir aquellos pensamientos negativos que produce la situación. (Ítems 01, 09, 17, 25, 33)
- Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpción y la autocrítica por la ocurrencia de la situación ante la enfermedad o su inadecuado manejo del mismo. (Ítems 02, 10, 18, 26, 34)
- Expresión emocional: la persona busca estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en la situación que está pasando. (Ítems 03, 11, 19, 27, 35)
- Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no sea negativa sino está encaminada a pensamientos agradables o positivos ante la situación de la enfermedad. (Ítems 04, 12, 20, 28, 36)
- Apoyo social: la persona trata de buscar estrategias de apoyo de su entorno y de los demás como apoyo emocional. (Ítems 05, 13, 21, 29, 37)

- Reestructuración cognitiva: estrategias encaminadas a modificar pensamientos que puedan alterar la conducta y el comportamiento de la persona. (Ítems 06, 14, 22, 30, 38 )
- Evitación de problemas: está encaminada a buscar estrategias para evitar o negar aquellos pensamientos que le genera malestar en la persona a causa de la situación. (Ítems 07, 15, 23, 31, 39)
- Retirada social: Estrategias de aislamiento de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional negativa. (Ítems 08, 16, 24, 32, 40)

### **III.9 Procedimiento**

En la presente investigación se realizó de la siguiente manera:

#### **III.9.1 Fase 1: identificación de los instrumentos**

Se determinó los dos cuestionarios para medir los niveles de afrontamiento ante la enfermedad (Inventario de estrategias de afrontamiento), lo cual mide las estrategias de afrontamiento en general en tanto que no se encontró un cuestionario que fuera desarrollado para medir el afrontamiento ante la enfermedad.

#### **III.9.2 Fase 2: Aplicación de la prueba a la muestra**

Se aplicara los cuestionarios a los padres de niños con cáncer, por la cual se iniciara en la institución del hospital del niño Dr. Ovidio Aliaga en el área de Oncohematología y posteriormente a través de los padres se realiza los cuestionarios a través de contactos con los padres y ubicación de los mismos utilizando la muestra Bola de nieve.

### **III.9.3 Fase 3: Resultados**

A través de la entrega de los cuestionarios se tabulara las respuestas del mismo para la obtención de los resultados utilizando el programa de SPSS que es un instrumento de estadística y obtener resultados numéricos que avalen a las variables de afrontamiento y autoeficacia emocional.

### **III.9.4 Fase 4: Conclusiones y recomendaciones**

Posteriormente se describirá a través de la obtención de los resultados, las conclusiones sobre las correlaciones entre las dos variables y su influencia sobre las variables atributo, es decir a donde llevo la investigación y respondiendo a los objetivos de la investigación

### **III.10 Consideraciones éticas**

En la presente investigación se obtiene el beneficio de poder trabajar en estas variables a través de las intervenciones a través de proyectos, programas y planes que puedan mejorar la calidad de vida de las personas desde un enfoque psicológico y de la salud. Se obtendrá el consentimiento informado para cada uno de los padres y poder formar parte de la investigación donde incluirá la información importante que necesitaran tener los posibles participantes. Además de tener el beneficio de saber los resultados a través de la entrega de una copia sobre la investigación tanto a la institución como a instituciones que les sea de interés común. Así como también el ofrecimiento de soporte emocional a los padres que serán participe de la presente investigación.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios realizados a 55 padres de hijos con diagnóstico de cáncer. Los mismos se presentarán divididos en tres análisis, en primera instancia se presentarán los datos correspondientes a la caracterización de la muestra, es decir sus datos sociodemográficos y la distribución de variables atributo, en un segundo momento se presentarán los datos descriptivos de las variables de estudio y finalmente las correlaciones halladas.

#### **IV.1 Descripción general de la muestra**

Como puede apreciarse en la tabla 3 la muestra estuvo conformada en su mayoría por madres, siendo las mismas más del 70% de las encuestadas. Así mismo la tabla 4 presenta la distribución de los encuestados en función de su edad; cerca del 70% se encuentra entre los 26 y 45 años y sólo un 7% supera esta edad.

En lo que se refiere al nivel de instrucción, como se aprecia en la tabla 5, cerca de la mitad de los encuestados adquirió como nivel más alto los estudios secundarios, seguidos de un 25,5% que cursó la primaria. Menos de un 10% curso estudios a nivel de técnico medio o de licenciatura. La tabla 6 presenta el estado civil o relación marital, el 45,5% afirmó convivir en pareja mientras que cerca del 30,9% se encuentran casados, el 12,7% solteros y un 9,1% separados.

Tabla 3: Variable Sexo de los padres

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	16	29,1
Mujer	39	70,9
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

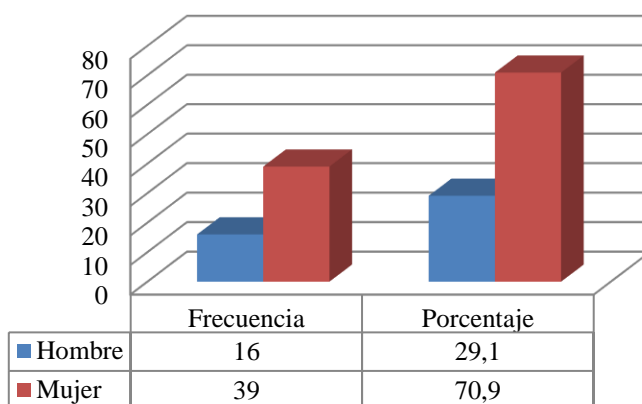


Figura 1: Variable Sexo de los padres

Tabla 4: Variable Edad de los padres

Edad por rango	Frecuencia	Porcentaje
18 - 25	13	23,6
26 - 35	21	38,2
36 - 45	17	30,9
46 - 55	4	7,3
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

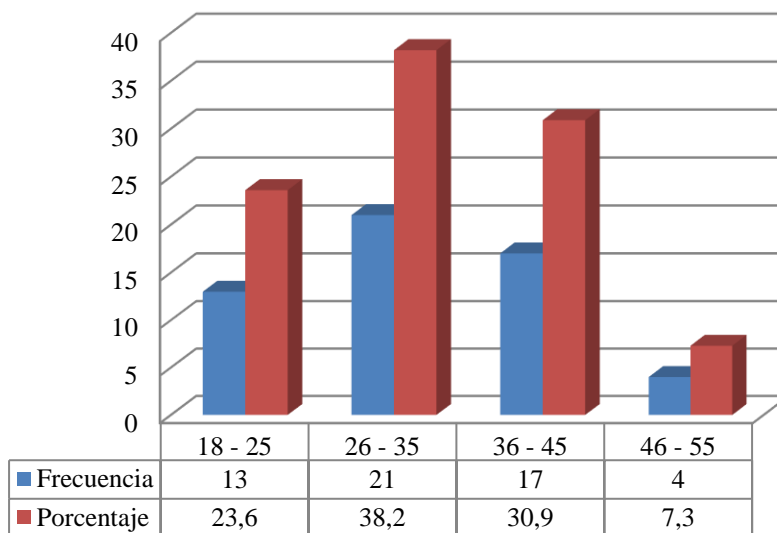


Figura 2: Variable Edad de los padres

Tabla 5: Variable Nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
<b>Primaria</b>	14	25,5
<b>Secundaria</b>	27	49,1
<b>Técnico medio</b>	9	16,4
<b>Técnico superior</b>	2	3,6
<b>Licenciatura</b>	3	5,5
<b>Total</b>	55	100,0

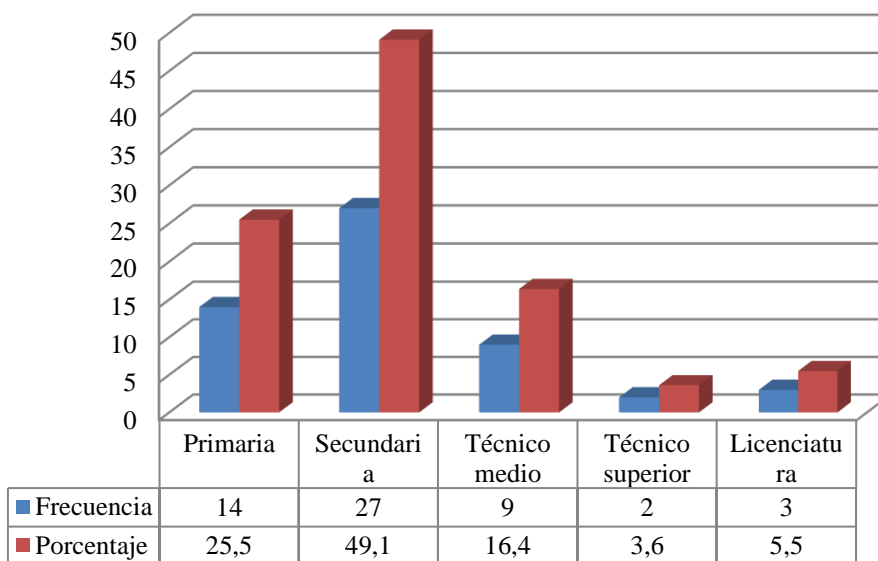


Figura 3: Variable nivel de instrucción

Tabla 6: Variable Relación marital

Relación marital	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	7	12,7
Convive	25	45,5
Casado (a)	17	30,9
Separado (a)	5	9,1
Divorciado (a)	1	1,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>

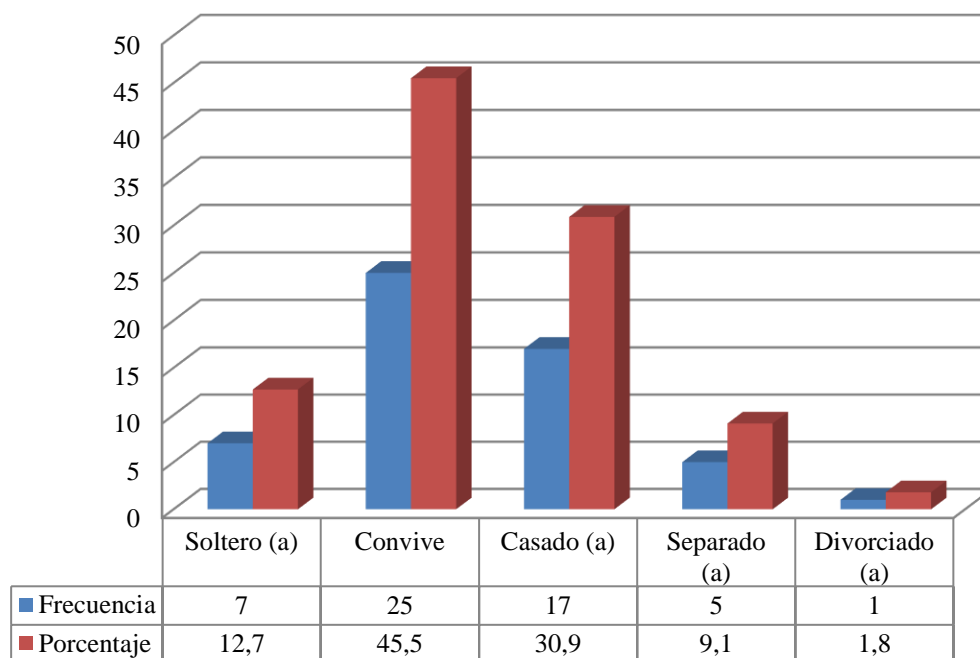


Figura 4: Variable Relación marital

Si se analiza con quién o quienes viven, como se puede ver en la tabla 7 a continuación, la mitad de la muestra tiende a vivir con su pareja y su(s) hijo(s) representando en un 50,9%, el 30,9% viven solo con su(s) hijo(s) y el resto de la muestra en su mínimo porcentaje. Al igual que la tabla 8 se puede tomar en cuenta a cantidad de hijos que tienen los padres representando con el 56,6% de la muestra en rangos que tienen entre 1 0 - 2 hijos, de todas maneras en el caso de la investigación tendría entre 1 a 2 hijos ya que se realizó a solo padres de familia, y un 36,4% tiende a tener entre 3 a 5 hijos. Es decir que el hijo que tiene cáncer se encuentra entre el primer y/o segundo hijo en su mayoría y considerando las edades que posteriormente se les menciona.

En lo que refiere a la edad del hijo con cáncer el 49,1% se encuentran en la edad de 4 a 7 años, un 30,9% de la muestra tienen la edad entre 0 a 3 años y un 9,1% de entre 8 a

11 años de edad (ver tabla 9). Donde la mayoría de los niños tienden a ser diagnosticados de Leucemia Linfoblástica de células A, representando en un 49,1%, un 18,2% representa a la categoría de Leucemia Linfoblástica de Células B donde ambas son clasificadas dentro de la categoría de Leucemia, en otra categoría se encuentra un 14,5% de los niños son diagnosticados de carcinomas y un 7,3% de sarcomas como puede observarse en la tabla 10.

Tabla 7: Variable de las personas con la que vive

<b>Personas con las que vive</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Solo (a)</b>	1	1,8
<b>Con mi(s) hijo(s)</b>	17	30,9
<b>Con mi pareja e hijo(s)</b>	28	50,9
<b>Con mis padres</b>	3	5,5
<b>Con mis padres, pareja e hijo(s)</b>	5	9,1
<b>Otro</b>	1	1,8
<b>Total</b>	55	100,0

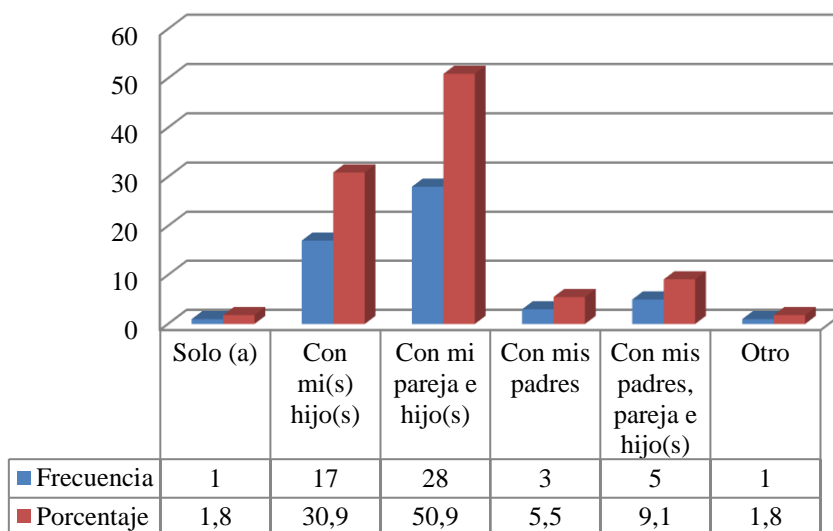


Figura 5: Variable de las personas con las que vive

Tabla 8: Variable Cantidad de hijos

Cantidad de hijos por rango	Frecuencia	Porcentaje
0 - 2	31	56,4
3 - 5	20	36,4
6 - 8	4	7,3
<b>Total</b>	55	100,0

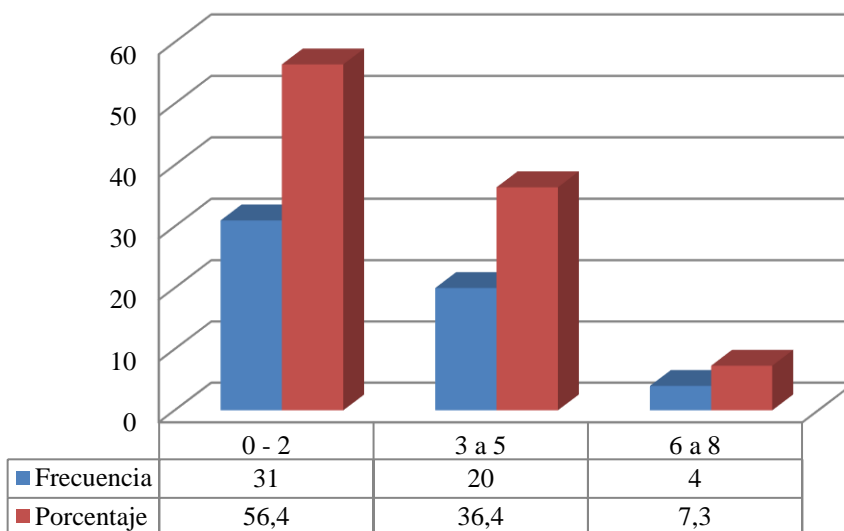


Figura 6: Variable Cantidad de los hijos

Tabla 9: Variable Edad del hijo

Edad del hijo por Rangos	Frecuencia	Porcentaje
0 - 3	17	30,9
4 - 7	27	49,1
8 - 11	5	9,1
12 - 14	6	10,9
<b>Total</b>	55	100,0

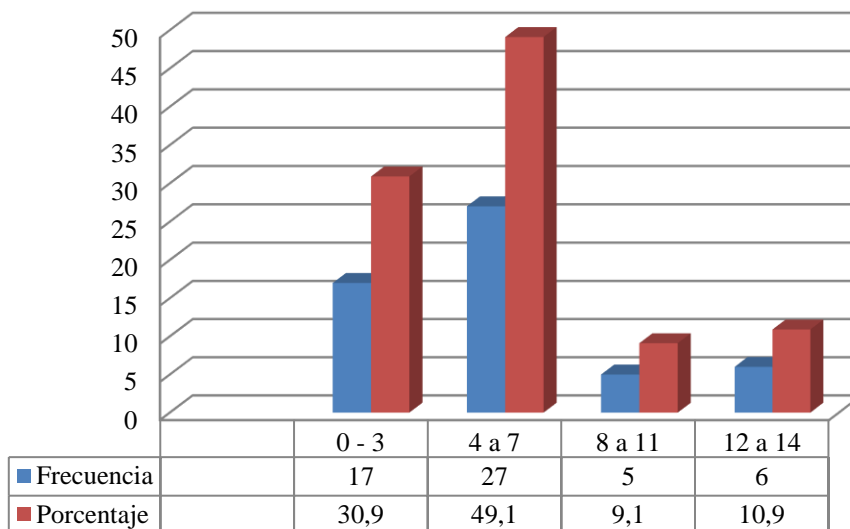


Figura 7: Variable Edad del hijo

Tabla 10: Variable Diagnóstico del hijo

<b>Diagnóstico del hijo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Carcinoma</b>	8	14,5
<b>Leucemia Linfoblástica de Células A</b>	27	49,1
<b>Leucemia Linfoblástica de Células B</b>	10	18,2
<b>Linfoma de Hodking</b>	3	5,5
<b>Linfoma de no Hodking</b>	3	5,5
<b>Sarcoma</b>	4	7,3
<b>Total</b>	55	100,0

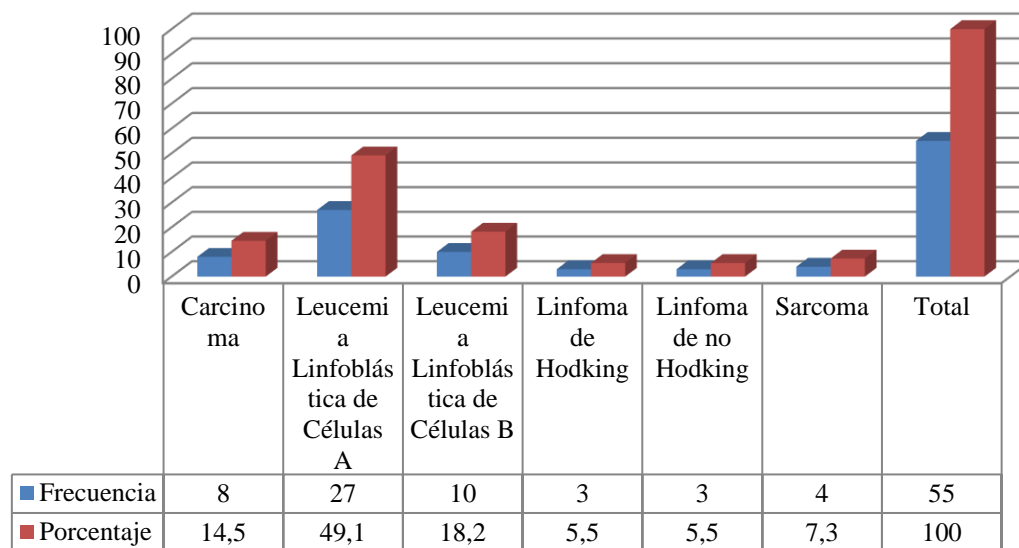


Figura 8: Variable Diagnóstico del hijo

## IV.2 Distribución de las variables de estudio

### IV.2.1 Autoeficacia emocional

La autoeficacia emocional se centra en aquellos efectos que alteran las emociones de la persona y como esta puede sentirse capaz de controlar las emociones para manejar aquellas situaciones. Estas consecuencias emocionales repercuten en el funcionamiento general del paciente que tiene la enfermedad del cáncer, ya que se verán afectados sus actividades diarias y desenvolvimiento personal y social (Comas 1990). En este sentido tras aplicar una escala de autoeficacia emocional a los padres de niños diagnosticados con cáncer se pudo apreciar en la tabla 11 que más del 67% de los mismos tiene un nivel alto de autoeficacia emocional, el 23,6% tiene un nivel muy alto, una minoría de 9,1% tiene un nivel medio y ninguno obtuvo puntajes que lo ubicaran en un rango de baja autoeficacia.

Tabla 11: Nivel de autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Medianamente capaz</b>	5	9,1
<b>Muy capaz</b>	37	67,3
<b>Completamente capaz</b>	13	23,6
<b>Total</b>	55	100,0

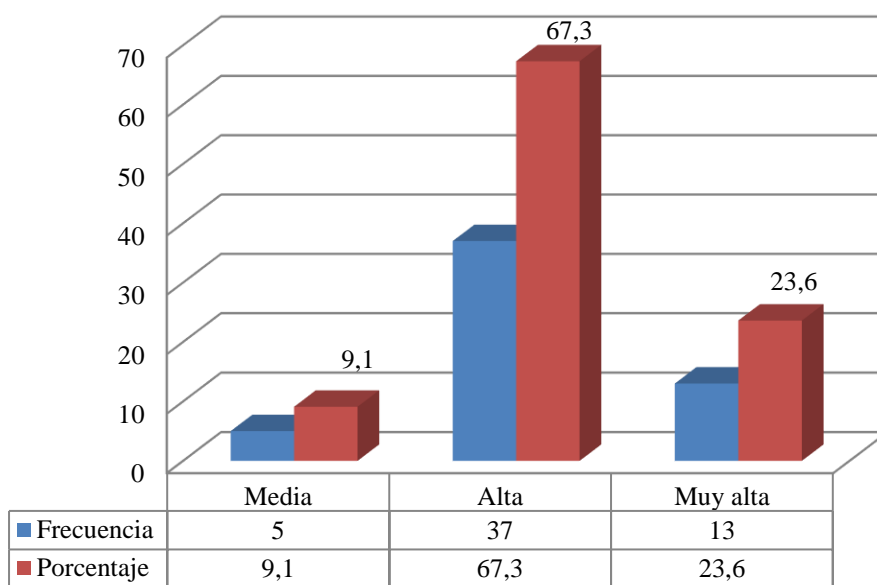


Figura 9: Nivel de Autoeficacia emocional en padres de hijos con cáncer

#### IV.2.1.1 Autoeficacia emocional en función al sexo de los padres

A continuación, en la tabla 12 se muestra la distribución de la autoeficacia emocional en función al sexo y como puede observarse que del 100% de los padres que son medianamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 80% son mujeres y el 20% son hombres. Del 100% de los padres que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 67,6% son mujeres y el resto que es de 32,4% son hombres. Del 100% de los padres que son completamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 76,9% son mujeres y el 23,1% son hombres.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.309 datos que denota que esta relación no es significativa por lo tanto no hay relación.

Tabla 12: Relación entre la variable sexo y autoeficacia emocional

Relación entre la variable sexo y autoeficacia emocional			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
<b>Autoeficacia Emocional en Rango</b>	<b>Medianamente capaz</b>	Frecuencia	1	4	5
		Porcentaje	20,0%	80,0%	100,0%
<b>Autoeficacia Emocional en Rango</b>	<b>Muy capaz</b>	Frecuencia	12	25	37
		Porcentaje	32,4%	67,6%	100,0%
	<b>Completamente capaz</b>	Frecuencia	3	10	13
		Porcentaje	23,1%	76,9%	100,0%
<b>Total</b>		Frecuencia	16	39	55
		Porcentaje	29,1%	70,9%	100,0%

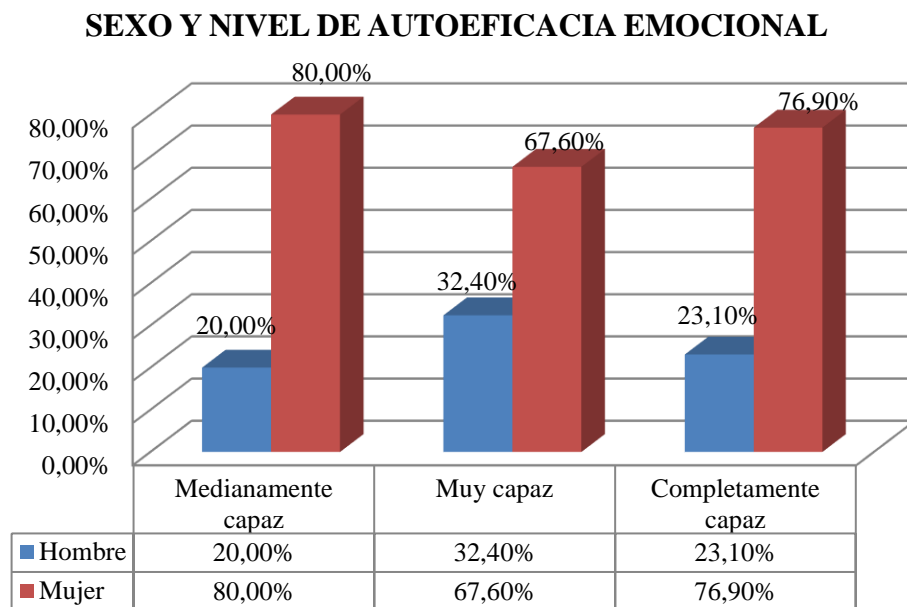


Figura 10: Relación entre la variable sexo y Autoeficacia emocional

#### IV.2.1.2 Autoeficacia emocional en función a la edad de los padres

En la tabla 13 se muestra la distribución de la autoeficacia emocional en función a la edad de los padres, y como se puede observar del 100% de los padres que son medianamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 60% de los padres se encuentran entre las edades de 26 a 35 años y el 40% tienen las edades de entre 18 a 25 años de edad. Del 100% de los padres que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 37,8% de los padres se encuentran entre las edades de 36 a 45 años de edad, el 35,1% se encuentra entre las edades de 26 a 35 años, el 21,6% de los padres se encuentra entre las edades de 18 a 25 años y una minoría de 5,4% se encuentra entre las edades de 46 a 55 años.

Del 100% de los padres que son completamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 38,5% se encuentra entre las edades de 26 a 35 años de edad, el 23,1% se encuentra entre 18 a 25 años, de la misma manera las edades de entre 36 a 45 años y el resto se encuentra de entre 46 a 55 años siendo un 15,4% de los padres.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.767 datos que denota que esta relación no es significativa y por lo tanto no hay relación.

Tabla 13: Relación entre la variable edad de los padres y Autoeficacia emocional

Relación entre la variable edad de los padres y Autoeficacia emocional			Edad de los padres en rango				Total
			18 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	
<b>Autoeficacia Emocional en Rango</b>	<b>Medianamente capaz</b>	Frecuencia	2	3	0	0	5
		Porcentaje	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>Autoeficacia Emocional en Rango</b>	<b>Muy capaz</b>	Frecuencia	8	13	14	2	37
		Porcentaje	21,6%	35,1%	37,8%	5,4%	100,0%
	<b>Completamente capaz</b>	Frecuencia	3	5	3	2	13
		Porcentaje	23,1%	38,5%	23,1%	15,4%	100,0%
<b>Total</b>		Frecuencia	13	21	17	4	55
		Porcentaje	23,6%	38,2%	30,9%	7,3%	100,0%

En la figura 11 se puede apreciar los datos descriptivos de la tabla anterior del cual se puede apreciar a simple vista y verificar la relación existente entre la edad de los padres y nivel de autoeficacia emocional. La mayoría de los padres que son autoeficaces emocionalmente y se encuentran entre las edades de entre 26 a 35 años representando en un 38,2% seguido viene las edades de entre 36 a 45 años que representa el 30,9% del total de la muestra.

### EDAD DE LOS PADRES Y NIVEL DE AUTOEFICACIA EMOCIONAL

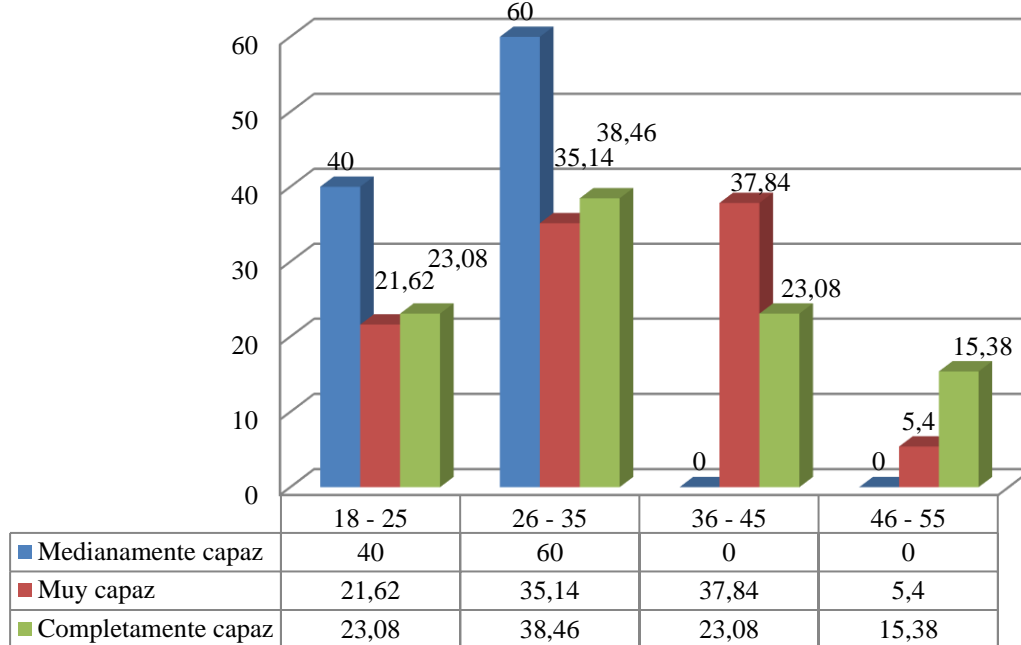


Figura 11: Relación entre la edad de los padres y autoeficacia emocional

#### IV.2.1.3 Autoeficacia emocional en función al nivel de instrucción

A continuación en la tabla 14 se muestra la distribución de la autoeficacia emocional en función al nivel de instrucción. Como puede observarse el 100% de los padres que son medianamente autoeficaces emocionalmente el 60% llegaron a cursar la secundaria, el 20% llegó a cursar la primaria y el otro 20% llegó a ser técnico medio. Del 100% de los padres que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 51,4% llegó a cursar la secundaria, un 21,6% llegó a primaria, un 16,2% de los padres llegó a ser técnico medio y el resto llegó a ser técnico superior y otros a licenciatura representando el 5,4% en ambas categorías.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables y se pudo apreciar que la misma es de .764 es decir que esta relación no es significativa.

Tabla 14: Relación entre la variable nivel de instrucción y autoeficacia emocional

Relación entre la variable nivel de instrucción y autoeficacia emocional		Nivel de instrucción					Total	
		Primaria	Secundaria	Técnico medio	Técnico superior	Licenciatura		
<b>Autoeficacia Emocional en rango</b>	<b>Medianamente capaz</b>	Frecuencia	1	3	1	0	0	5
		Porcentaje	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<b>Muy capaz</b>	Frecuencia	8	19	6	2	2	37
		Porcentaje	21,6%	51,4%	16,2%	5,4%	5,4%	100,0%
	<b>Completamente capaz</b>	Frecuencia	5	5	2	0	1	13
		Porcentaje	38,5%	38,5%	15,4%	0,0%	7,7%	100,0%
<b>Total</b>	Frecuencia	14	27	9	2	3	55	
	Porcentaje	25,5%	49,1%	16,4%	3,6%	5,5%	100,0%	

### NIVEL DE INSTRUCCION Y AUTOEFICACIA EMOCIONAL

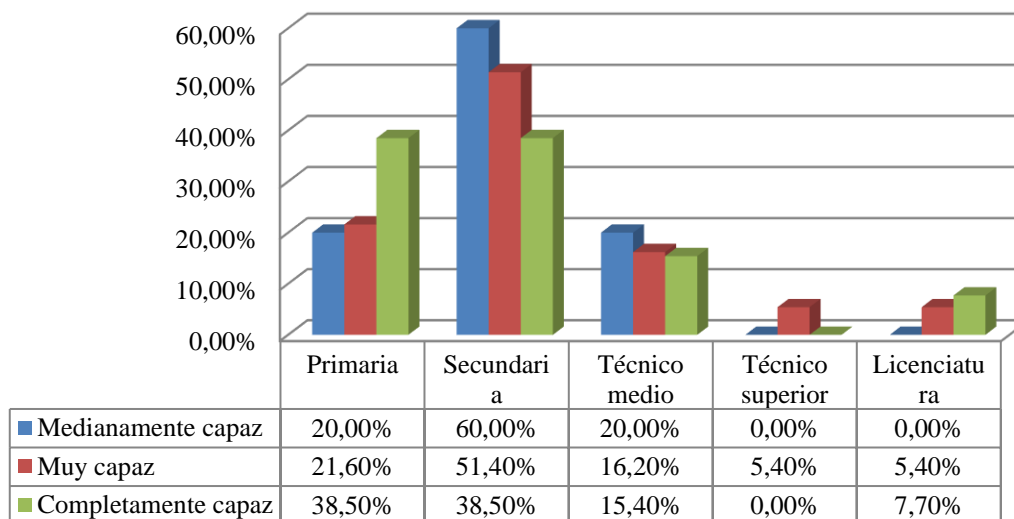


Figura 12: Relación entre el nivel de instrucción y autoeficacia emocional

#### IV.2.1.4 Autoeficacia emocional en función a la relación marital

En la siguiente tabla se puede observar la distribución de frecuencias de autoeficacia emocional en función a la relación marital con una capacidad de ser autoeficaces emocionalmente ante la situación que se les acontece, representando del 100% de los padres que son medianamente autoeficaces emocionalmente el 60% conviven con su pareja, el 20% está casado y el otro 20% de los padres están separados.

Del 100% de los padres que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 45,9% conviven con su pareja, el 35,1% esta casados, el 10,8% están separados y el 5,4% de los padres solteros y un 2,7% están divorciados. Del 100% de los padres que son completamente autoeficaces emocionalmente el 38,5% conviven y de la misma manera hay padres que están solteros, y un 23,1% están casados.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.130 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 15: Relación de la variable relación marital y autoeficacia emocional

Relación de la variable relación marital y autoeficacia emocional			Relación marital					Total
			Soltero (a)	Convive (a)	Casado (a)	Separado (a)	Divorciado (a)	
<b>Autoeficacia Emocional en Rango</b>	<b>Medianamente capaz</b>	Frecuencia	0	3	1	1	0	5
		Porcentaje	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	100,0%
	<b>Muy capaz</b>	Frecuencia	2	17	13	4	1	37
		Porcentaje	5,4%	45,9%	35,1%	10,8%	2,7%	100,0%
	<b>Completamente capaz</b>	Frecuencia	5	5	3	0	0	13
		Porcentaje	38,5%	38,5%	23,1%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>		Frecuencia	7	25	17	5	1	55
		Porcentaje	12,7%	45,5%	30,9%	9,1%	1,8%	100,0%

### RELACIÓN MARITAL Y NIVEL DE AUTOEFICACIA EMOCIONAL

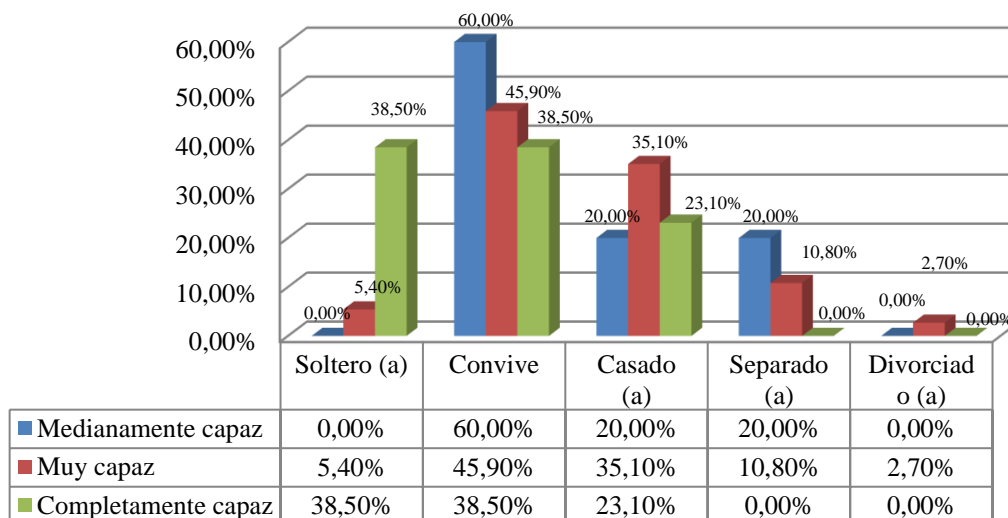


Figura 13: Relación de la variable relación marital y autoeficacia emocional

#### IV.2.1.5 Autoeficacia emocional en función al rol de los padres

En la tabla 16 se procedió a una distribución de frecuencias de autoeficacia emocional en función al rol que cumple los padres. Como puede observarse en la siguiente tabla, del 100% de los padres que son medianamente capaces el 60% son cumplen el rol de madre y el 40% cumple el rol de padre.

Del 100% de los padres que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 67,6% de los padres cumple el rol de madre y el 32,4% de los padres cumplen el rol de padres. Del 100% de los padres que con completamente capaces el 76,9% de los padres cumplen el rol de madres y el 23,1% cumplen el rol de padres.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, y como puede apreciarse la misma es de 0.309, datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 16: Relación de la variable rol que desempeña y autoeficacia emocional

Relación de la variable Rol que desempeña y Autoeficacia emocional			Rol que desempeña		Total
			Padre	Madre	
<b>Autoeficacia Emocional en Rango</b>	<b>Medianamente capaz</b>	Frecuencia	1	4	5
		Porcentaje	20,0%	80,0%	100,0%
<b>Autoeficacia Emocional en Rango</b>	<b>Muy capaz</b>	Frecuencia	12	25	37
		Porcentaje	32,4%	67,6%	100,0%
	<b>Completamente capaz</b>	Frecuencia	3	10	13
		Porcentaje	23,1%	76,9%	100,0%
<b>Total</b>		Frecuencia	16	39	55
		Porcentaje	29,1%	70,9%	100,0%

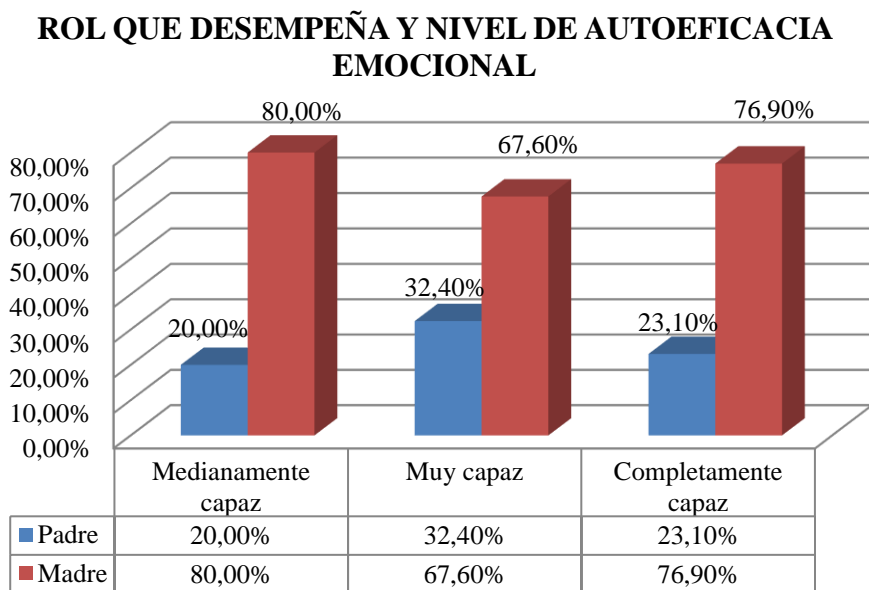


Figura 14: Relación de la variable rol que desempeña y autoeficacia emocional

#### **IV.2.1.6 Autoeficacia emocional en función a las personas con la que viven**

A continuación en la tabla 17 puede observarse la distribución de frecuencias de autoeficacia emocional en función a las personas con las que vive. Como puede apreciarse del 100% de los padres que son medianamente capaces el 40% viven con su pareja e hijos, un 20% vive con sus hijos, otro 20% viven con su padres pareja e hijos y un 20% con otros.

Del 100% de los padres que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 56,8% viven con su pareja e hijos, el 27% viven con sus hijos, el 8,1% viven con sus padres su pareja e hijos, un 5,4% viven con sus padres, y un 2,7% viven solos.

Del 100% de los padres que son completamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 46,2% viven con sus hijos, el 38,5% viven con su pareja e hijos, el 7,7% viven con sus padres su pareja y sus hijos, y un 7,7% viven con sus padres.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.344 datos que denota que esta relación no es significativa.

Del total de la muestra que son autoeficaces emocionalmente el 50,9% de los padres viven con su pareja e hijos, el 30,9% viven con sus hijos, el 9,1% viven con sus padres, su pareja e hijos, y la minoría en otros.

Tabla 17: Relación a la variable personas con las que vive y autoeficacia emocional

Relación a la variable personas con las que vive y autoeficacia emocional	Personas con las que vive						Otro	Total
	Solo (a)	Con mi(s) hijo(s)	Con mi pareja e hijo(s)	Con mis padres	Con mis padres, pareja e hijo(s)			
<b>Autoeficacia Emocional</b>								
<b>Medianamente capaz</b>	Frecuencia	0	1	2	0	1	1	5
	Porcentaje	0,0%	20,0%	40,0%	0,0%	20,0%	20,0%	100,0%
<b>Muy capaz</b>	Frecuencia	1	10	21	2	3	0	37
	Porcentaje	2,7%	27,0%	56,8%	5,4%	8,1%	0,0%	100,0%
<b>Completamente capaz</b>	Frecuencia	0	6	5	1	1	0	13
	Porcentaje	0,0%	46,2%	38,5%	7,7%	7,7%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	Frecuencia	1	17	28	3	5	1	55
	Porcentaje	1,8%	30,9%	50,9%	5,5%	9,1%	1,8%	100,0%

### PERSONAS CON LAS QUE VIVE Y NIVEL DE AUTOEFICACIA EMOCIONAL

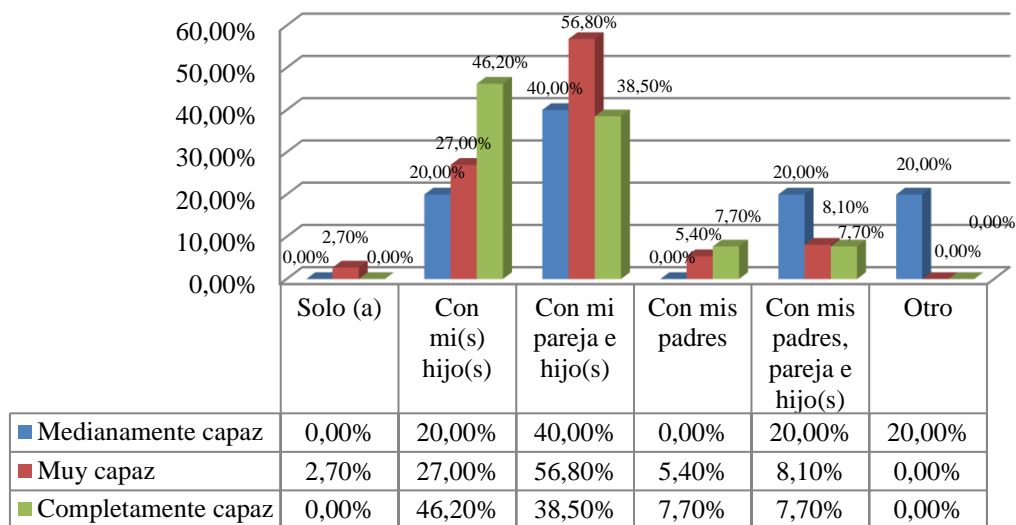


Figura 15: Relación de la variable personas con las que vive y autoeficacia emocional

#### **IV.2.1.7 Autoeficacia emocional en función a la edad del hijo**

En la tabla 18 se puede observar la distribución de frecuencias de autoeficacia emocional en función a la edad del hijo con cáncer, y como puede apreciarse del 100% de los padres que son medianamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 60% tienen hijos de entre 0 a 3 años de edad y el 40% tienen la edad de entre 4 a 7 años de edad.

Del 100% de los padre que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 48,6% tienen hijos de entre la edad de 4 a 7 años de edad, 29,7% de los padres tienen hijos de entre 0 a 3 años de edad, el 13,5% de los padres tienen hijos de entre la edad de 12 a 14 años y el resto que representa el 8,1 tienen hijos de entre 8 a 11 años de edad.

Del 100% de los padres que son completamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 53,8% tienen hijos de entre la edad de 4 a 7 años, el 23,1% de los padres tienen hijos de entre la edad de 0 a 3 años, el 15,4% tienen hijos de entre la edad de entre 8 a 11 años y el 7,7% tienen hijos de entre la edad de 12 a 14 años.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.226 datos que denota que esta relación no es significativa.

Del 100% del total de los padre que son autoeficaces emocionalmente el 49,7% tienen hijos de entre 4 a 7 años de edad, el 30,9% de los padres tienen hijos de entre 0 a 3 años de edad, el 10,9% de los padres tienen hijos de entre 12 a 14 años de edad y el 9,1% tienen hijos de entre 8 a 11 años de edad.

Tabla 18: Relación de la variable edad del hijo y autoeficacia emocional

Relación de la variable edad del hijo y Autoeficacia emocional			Edad del hijo Rango				Total
			0 - 3	4 - 7	8 - 11	12 - 14	
Autoeficacia Emocional en Rango	Medianamente capaz	Frecuencia	3	2	0	0	5
		Porcentaje	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Muy capaz	Frecuencia	11	18	3	5	37
		Porcentaje	29,7%	48,6%	8,1%	13,5%	100,0%
	Completamente capaz	Frecuencia	3	7	2	1	13
		Porcentaje	23,1%	53,8%	15,4%	7,7%	100,0%
Total	Frecuencia	17	27	5	6	55	
	Porcentaje	30,9%	49,1%	9,1%	10,9%	100,0%	

### EDAD DEL HIJO Y NIVEL DE AUTOEFICACIA EMOCIONAL

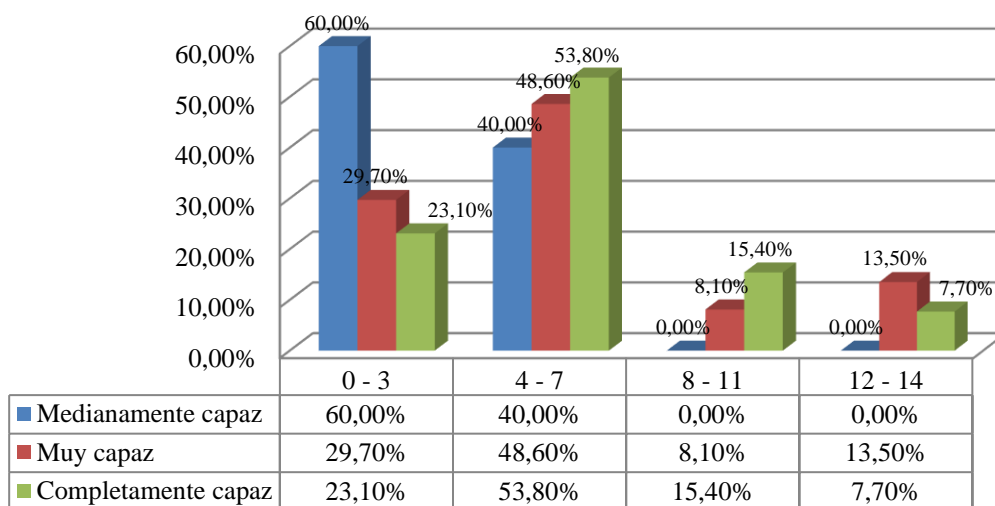


Figura 16: Relación de la variable edad del hijo y autoeficacia emocional

#### IV.2.1.8 Autoeficacia emocional en función de la cantidad de hijos

En la siguiente tabla 19 se puede verificar la distribución de las frecuencias en función a la cantidad de hijos que tienen, y como puede observarse, del 100% de los padres que son medianamente autoeficaces emocionalmente el 60% tienen de 3 a 5 hijos y el 40% de entre 1 a 2 hijos.

Del 100% de los padres que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 56,8% tienen de entre 1 a 2 hijos, el 32,4% tienen de entre 3 a 5 hijos y el 10,8% tienen de entre 6 a 8 hijos. Del 100% de los padres que son completamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 61,5% de los padres tienen de entre 1 a 2 hijos y el 38,5% tienen de entre 3 a 5 hijos.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.181 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 19: Relación de la variable cantidad de hijos y autoeficacia emocional

Relación de la variable cantidad de hijos y autoeficacia emocional			Cantidad de hijos en rango			Total
			0 - 2	3 - 5	6 - 8	
<b>Autoeficacia Emocional</b>	<b>Medianamente capaz</b>	Frecuencia	2	3	0	5
		Porcentaje	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
<b>en Rango</b>	<b>Muy capaz</b>	Frecuencia	21	12	4	37
		Porcentaje	56,8%	32,4%	10,8%	100,0%
	<b>Completamente capaz</b>	Frecuencia	8	5	0	13
		Porcentaje	61,5%	38,5%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>		Frecuencia	31	20	4	55
		Porcentaje	56,4%	36,4%	7,3%	100,0%

### CANTIDAD DE HIJOS Y NIVEL DE AUTOEFICACIA EMOCIONAL

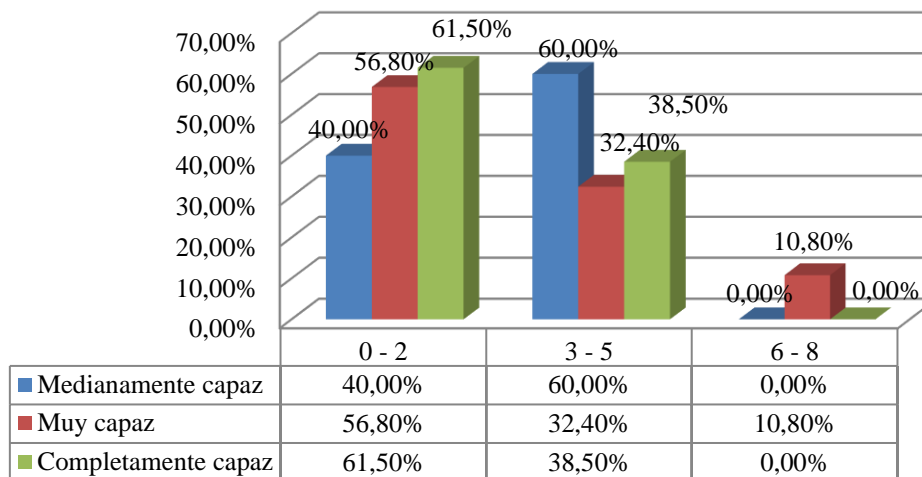


Figura 17: Relación de la variable cantidad de hijos y autoeficacia emocional

#### IV.2.1.9 Autoeficacia emocional en función al diagnóstico del hijo

En cuanto al diagnóstico específico que se les da a los padres es uno de los motivos más grandes por la cual se puede saber que está sobrellevando la situación con eficacia y capacidad de ser poder controlar emociones que añaden a la situación que es de mucha significancia. En la tabla 20 se puede observar que los padres que tienen hijos diagnosticados de cáncer y son autoeficaces emocionalmente, el 49,1% tienen un diagnóstico específico de leucemia Linfoblástica de células A, el 18,2% tienen un diagnóstico de leucemia Linfoblástica de células B, el 14, % tienen carcinomas, el 7,3% tienen sarcoma y el 11% presentan de linfomas de Hodking y no Hodking.

Del 100% de los padres que son medianamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 60% tienen un diagnóstico de LLA, el 20% presentan de LLB y el 20% presentan de carcinoma.

Del 100% de los padres que son muy capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 51,4% presentan de LLA, el 16,2% presentan de LLB, el 10,8% presentan de carcinoma y el 16,2% presenta de linfomas de Hodking y no Hodking.

Del 100% de los padres que son completamente capaces de ser autoeficaces emocionalmente el 38,5% de los padres tienen hijos diagnosticados de LLA, el 23,1% tienen LLB, el 23,1% presentan de carcinomas y el 15,4% de sarcomas.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.483 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 20: Relación entre la variable diagnóstico del hijo y autoeficacia emocional

Relación entre la variable diagnóstico del hijo y autoeficacia emocional			Diagnóstico del menor					Total	
			Carcinoma	Leucemia Linfoblástica de Células A	Leucemia Linfoblástica de Células B	Linfoma de Hodking	Linfoma de no Hodking		Sarcoma
<b>Autoeficacia Emocional en Rango</b>	<b>Medianamente capaz</b>	Frecuencia	1	3	1	0	0	0	5
		Porcentaje	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	<b>Muy capaz</b>	Frecuencia	4	19	6	3	3	2	37
		Porcentaje	10,8%	51,4%	16,2%	8,1%	8,1%	5,4%	100,0%
	<b>Completamente capaz</b>	Frecuencia	3	5	3	0	0	2	13
		Porcentaje	23,1%	38,5%	23,1%	0,0%	0,0%	15,4%	100,0%
<b>Total</b>	Frecuencia	8	27	10	3	3	4	55	
	Porcentaje	14,5%	49,1%	18,2%	5,5%	5,5%	7,3%	100,0%	

### DIAGNOSTICO DEL MENOR Y NIVEL DE AUTOEFICACIA EMOCIONAL

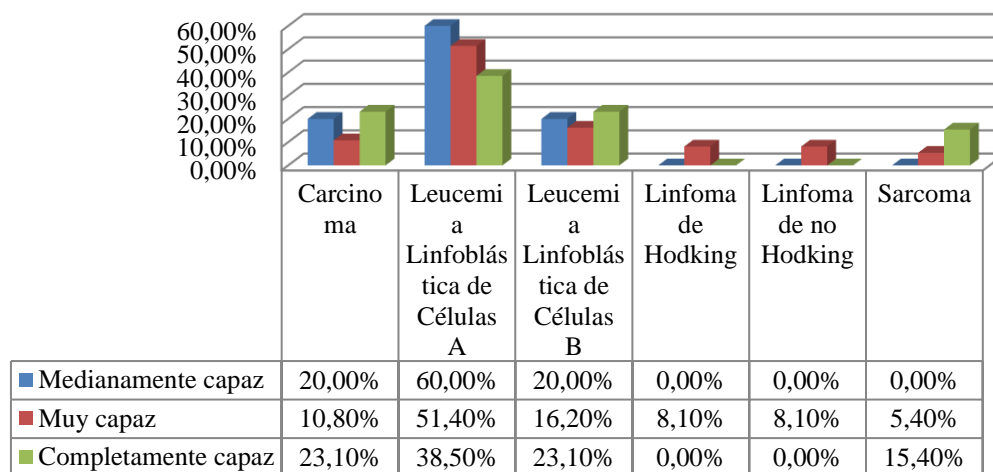


Figura 18: Relación entre la variable diagnóstico del hijo y autoeficacia emocional

#### IV.2.2 Estrategias de afrontamiento

El interés sobre el afrontamiento es la forma en como las personas responder adecuadamente a situaciones difíciles, de manera que estas dificultades no desencadenen ninguna alteración psicológica o fisiológica. Se refiere a tomar estrategias para lidiar con aquellas amenazas y encontrar el equilibrio, estabilidad emocional y social. El diagnóstico de una enfermedad suele implicar importantes cambio en la vida cotidiana de una persona, y el proceso de adaptación a estos cambios requiere que la persona aplique estrategias de afrontamiento generales y específicas. Tanto es así, que se estima que aproximadamente un 30% de las personas diagnosticadas de una enfermedad no logran adaptarse, y no logran recuperar un nivel de funcionamiento adecuado como es el caso de enfermedades inmunológicas como el cáncer (Escuela Andaluz de Salud Publica, 2009).

En este sentido tras aplicar un Inventario de estrategias de afrontamiento a los padres de niños diagnosticados con cáncer se pudo apreciar que más del 76,4% de los mismos usan poco las estrategias de afrontamiento y un 23,6 usan bastante las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.

Tabla 21: Nivel de estrategias de afrontamiento en los padres de hijos con cáncer

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Un poco</b>	13	23,6
<b>Bastante</b>	42	76,4
<b>Total</b>	55	100,0

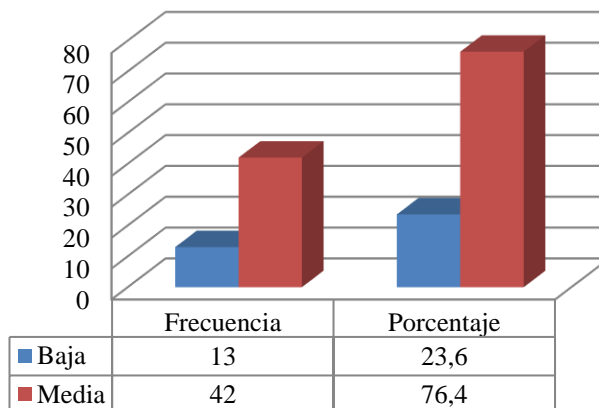


Figura 19: Nivel de Estrategias de Afrontamiento en padres de hijos con cáncer

#### IV.2.2.1 Estrategias de afrontamiento en función del sexo de los padres

A continuación el tabla 22 se puede apreciar la distribución de estrategias de afrontamiento en función al sexo. Como puede apreciarse del 100% de los padres que

tienden a afrontar un poco el 69,2% de los padres son mujeres y el 30,8% son hombres. Del 100% de los padres que tienden a afrontar bastante el 71,4% son mujeres y el 28,6% son hombres.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se puede observarse la misma es de 0.567 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 22: Relación del variable sexo y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación del variable sexo y nivel de estrategias de afrontamiento			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
<b>Afrontamiento en rango</b>	<b>Un poco</b>	Frecuencia	4	9	13
		Porcentaje	30,8%	69,2%	100,0%
	<b>Bastante</b>	Frecuencia	12	30	42
		Porcentaje	28,6%	71,4%	100,0%
<b>Total</b>	Frecuencia	16	39	55	
	Porcentaje	29,1%	70,9%	100,0%	

### SEXO Y NIVEL DE ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO

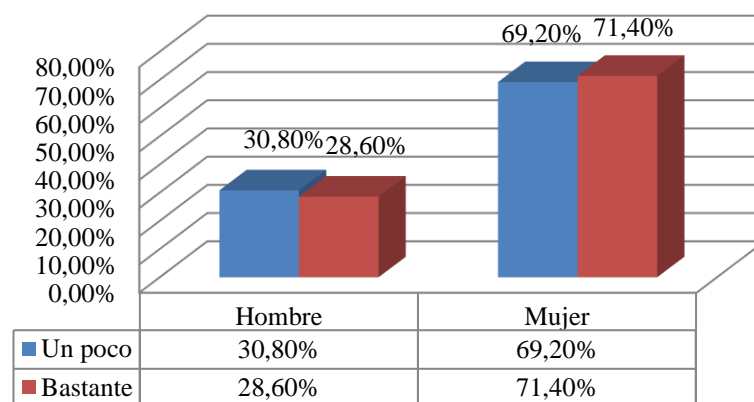


Figura 20: Relación de la variable sexo y autoeficacia emocional

#### IV.2.2.2 Estrategias de afrontamiento en función de la edad de los padres

A continuación se muestra la distribución de los niveles de estrategias de afrontamiento en función a la edad de los padres. Como puede observarse del 100% de los padres que tienden a usar poco los niveles de afrontamiento el 61,5% tienen la edad de entre 26 a 35 años, 15,4% tienen la edad de 18 a 25 años y de la misma manera de entre 36 a 45 años y un 7,7% de entre 46 a 55 años.

Del 100% de los padres que tienden a usar bastante los niveles de estrategias de afrontamiento el 35,7% tienen la edad de entre 36 a 45 años, el 31% tienen la edad de entre 26 a 35 años, el 26,2% tienen la edad de entre 18 a 25 años y el 7,1% tienen la edad de entre 46 a 55 años.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.200 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 23: Relación de la variable edad de los padres y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación de la variable Edad de los padres y nivel de estrategias de afrontamiento			Edad de los padres en rango				Total
			18 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	
<b>Afrontamiento en rango</b>	<b>Un poco</b>	Frecuencia	2	8	2	1	13
		Porcentaje	15,4%	61,5%	15,4%	7,7%	100,0%
	<b>Bastante</b>	Frecuencia	11	13	15	3	42
		Porcentaje	26,2%	31,0%	35,7%	7,1%	100,0%
<b>Total</b>	Frecuencia	13	21	17	4	55	
	Porcentaje	23,6%	38,2%	30,9%	7,3%	100,0%	

### EDAD DE LOS PADRES Y NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

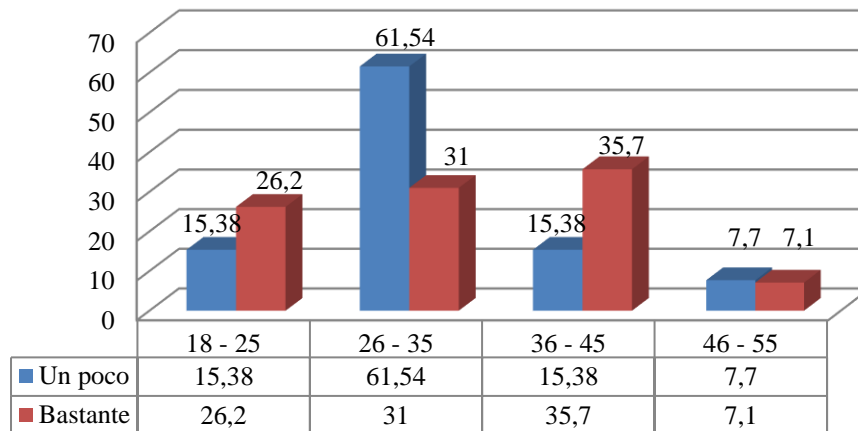


Figura 21: Relación de la variable edad de los padres con Autoeficacia emocional

#### IV.2.2.3 Estrategias de afrontamiento en función al nivel de instrucción

A continuación en la tabla 24, se puede observar la distribución de los niveles de estrategias de afrontamiento en función a nivel de instrucción. Del 100% de los padres que tienden a usar poco los niveles de estrategias de afrontamiento el 53,8% de los padres están en secundaria, 30,8% llegaron a primaria, el 7,7% de los padres llegaron a ser técnico medio y el 7,7% llegaron a licenciatura.

De 100% de los padres usar bastante las estrategias de afrontamiento el 47,6% de los padres llegaron a secundaria, el 23,8% de los padres llegaron a primaria, el 19% ejerció a ser técnico medio y el 9,6% llegó a ser técnico superior y licenciatura.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.768 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 24: Relación entre la variable nivel de instrucción y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación entre la variable nivel de instrucción y nivel de estrategias de afrontamiento			Nivel de instrucción					Total
			Primaria	Secundaria	Técnico medio	Técnico superior	Licenciatura	
Afrontamiento en rango	Un poco	Frecuencia	4	7	1	0	1	13
		Porcentaje	30,8%	53,8%	7,7%	0,0%	7,7%	100,0%
	Bastante	Frecuencia	10	20	8	2	2	42
		Porcentaje	23,8%	47,6%	19,0%	4,8%	4,8%	100,0%
Total	Frecuencia	14	27	9	2	3	55	
	Porcentaje	25,5%	49,1%	16,4%	3,6%	5,5%	100,0%	

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

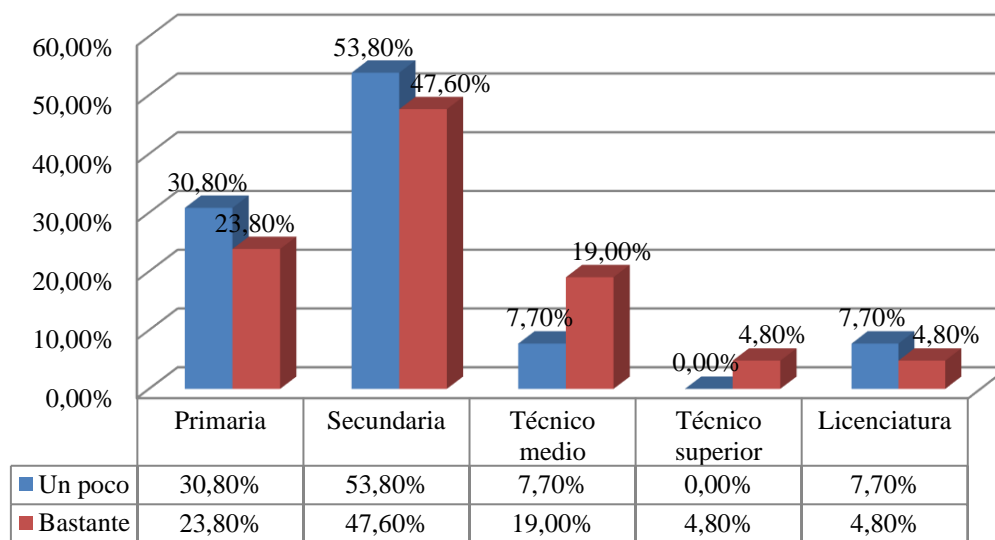


Figura 22: Relación entre la variable nivel de instrucción y nivel de estrategias de afrontamiento

#### IV.2.2.4 Estrategias de afrontamiento en función a la relación marital

En la siguiente tabla 25 se puede ver la distribución de frecuencia de los niveles de estrategias de afrontamiento en función a la relación marital. Como puede observarse del 100% de los padres que tienen a usar poco los estrategias de afrontamiento el 38,5% conviven con su pareja, el 30,8% de los padres están casados, 23,1% están separados el 7,7% están solteros.

Del 100% de los padres que usan bastante las estrategias de afrontamiento el 47,6% conviven con su pareja, el 31% están casados, el 14,3% están solteros, el 4,8% están separados con su pareja y el 2,1% divorciados.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.207 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 25: Relación entre la variable relación marital y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación entre la variable relación marital con nivel de afrontamiento		Relación marital					Total	
		Soltero (a)	Convive	Casado	Separado	Divorciado		
				(a)	(a)	(a)		
<b>Afrontamiento en rango</b>	<b>Un poco</b>	Frecuencia	1	5	4	3	0	13
		Porcentaje	7,7%	38,5%	30,8%	23,1%	0,0%	100,0%
	<b>Bastante</b>	Frecuencia	6	20	13	2	1	42
		Porcentaje	14,3%	47,6%	31,0%	4,8%	2,4%	100,0%
<b>Total</b>		Frecuencia	7	25	17	5	1	55
		Porcentaje	12,7%	45,5%	30,9%	9,1%	1,8%	100,0%

### RELACION MARITAL Y NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

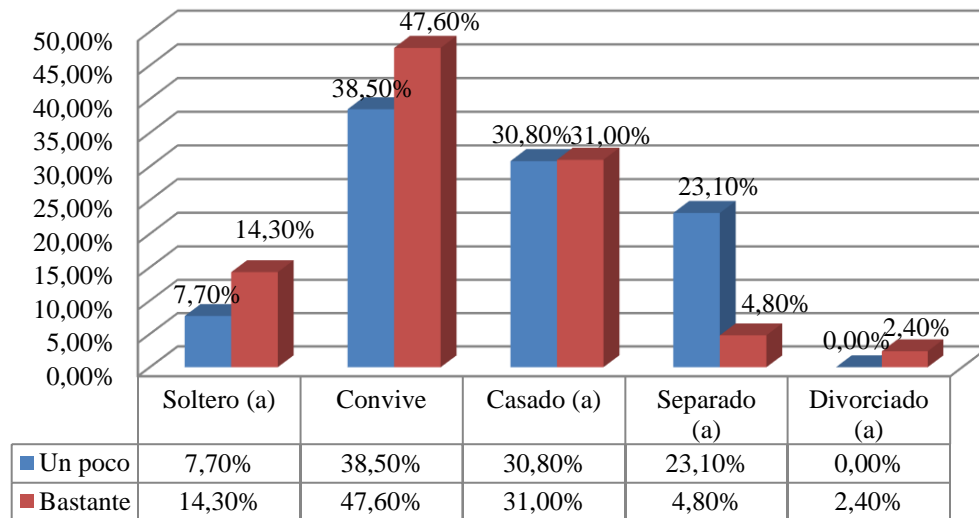


Figura 23: Relación entre la variable relación marital y nivel de estrategias de afrontamiento

#### IV.2.2.5 Estrategias de afrontamiento en función al rol de los padres

En la siguiente tabla 26 se muestra la distribución de frecuencias de los niveles de estrategias de afrontamiento en función al rol que cumplen. Como puede observarse del 100% de los padres que usan poco las estrategias de afrontamiento el 69,2 cumple el rol de madre y el 30,8% cumple el rol de padre. Del 100% de los padres que usan bastante las estrategias de afrontamiento el 71,4% cumplen el rol de madre y el 28,6% cumplen el rol de padre.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.567 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 26: Relación entre la variable rol que desempeñan y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación de la variable rol que desempeñan con nivel de afrontamiento			Rol que desempeña		Total
			Padre	Madre	
<b>Afrontamiento en rango</b>	<b>Un poco</b>	Frecuencia	4	9	13
		Porcentaje	30,8%	69,2%	100,0%
	<b>Bastante</b>	Frecuencia	12	30	42
		Porcentaje	28,6%	71,4%	100,0%
<b>Total</b>	Frecuencia	16	39	55	
	Porcentaje	29,1%	70,9%	100,0%	

### ROL QUE DESEMPEÑA Y NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

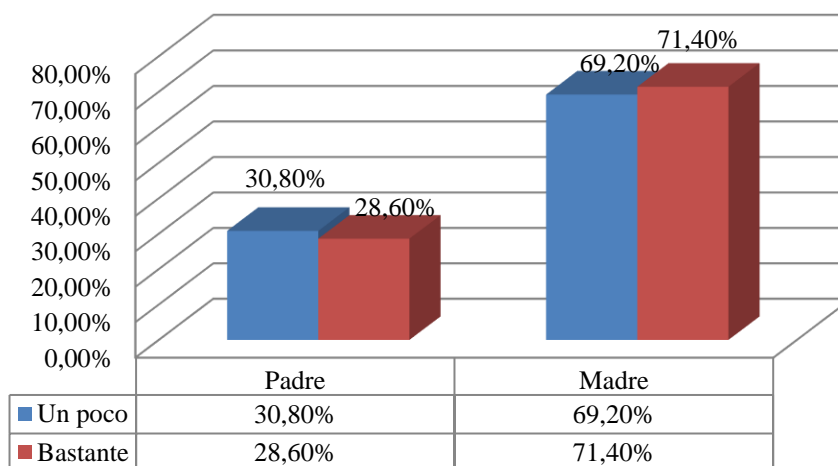


Figura 24: Relación de la variable rol que desempeñan con nivel de afrontamiento

#### **IV.2.2.6 Estrategias de afrontamiento en función a las personas con la que viven**

Al igual que la tabla 15, el nivel de afrontamiento ante la enfermedad se debe a las personas con las que vive como una forma de apoyo a los mismos. Como puede observarse en la tabla 27 podemos ver la distribución de frecuencias de los niveles de estrategias de afrontamiento en función a las personas con las que vive.

Del 100% de los padres tienden a usar poco las estrategias de afrontamiento el 53,8% viven con su pareja e hijos, el 23,1% viven solo con sus hijos, un 15,4% viven con sus padres y un 7,7% viven con otros.

Del 100% de los padres que usan bastante las estrategias de afrontamiento el 50% viven con su pareja e hijos, el 33,1% viven solo con sus hijos, el 11,9% viven con su padres, su pareja y sus hijos, y el 4,8% viven solos y otros con sus padres.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.035 datos que denota que esta relación es significativa. Motivo por la cual demuestra que personas con las que viven pueden influenciar en la capacidad de afrontar la situación.

Del 100% de los padres que tienden a tener un nivel de afrontamiento el 50,9% viven con su pareja e hijos, el 30,9% viven solo con sus hijos, el 9,1% de los padres viven con sus padres, su pareja y sus hijos, el 5,5 viven con sus padres y el resto viven solo o con otros.

Tabla 27: Relación entre la variable personas con las que vive y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación entre la variable personas con las que vive y nivel de estrategias de afrontamiento		Personas con las que viven					Otro	Total	
		Solo (a)	Con mi(s) hijo(s)	Con mi pareja e hijo(s)	Con mis padres	Con mis padres, pareja e hijo(s)			
<b>Afrontamiento en rango</b>	<b>Un poco</b>	Frecuencia	0	3	7	2	0	1	13
		Porcentaje	0,0%	23,1%	53,8%	15,4%	0,0%	7,7%	100,0%
	<b>Bastante</b>	Frecuencia	1	14	21	1	5	0	42
		Porcentaje	2,4%	33,3%	50,0%	2,4%	11,9%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	Frecuencia	1	17	28	3	5	1	55	
	Porcentaje	1,8%	30,9%	50,9%	5,5%	9,1%	1,8%	100,0%	

### PERSONAS CON LAS QUE VIVEN Y NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

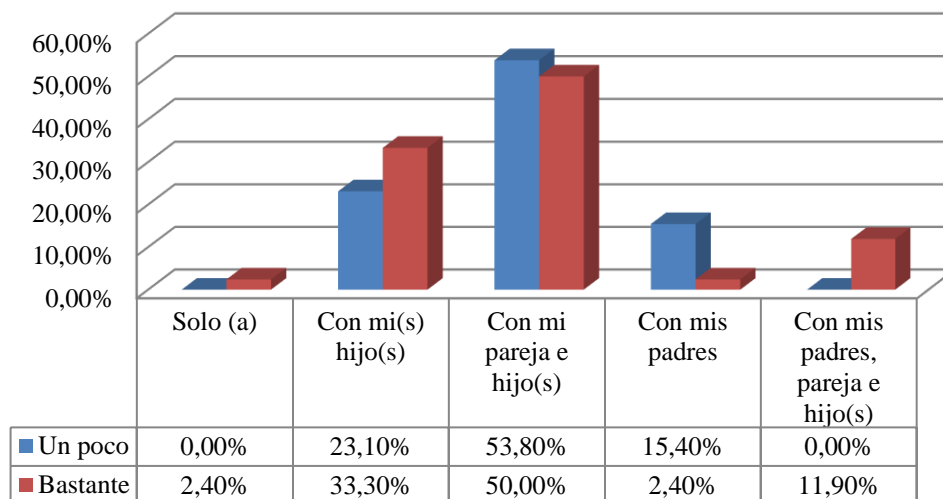


Figura 25: Relación entre la variable personas con las que vive y nivel de afrontamiento

#### IV.2.2.7 Estrategias de afrontamiento en función a la edad del hijo

En la siguiente tabla 28 se puede apreciar la distribución de frecuencias de los niveles de estrategias de afrontamiento en función a la edad del hijo. Del 100% de los padres que usan poco los niveles de afrontamiento el 46,2% tienen hijos de entre la edad de 0 a 3 años, el 23,1% tienen la edad de entre 4 a 7 años, el 15,4% tienen la edad de entre 15,4% y el resto de entre 12 a 14 años.

Del 100% de los padres que usan bastante las estrategias de afrontamiento el 57,1% tienen la edad de entre 4 a 7 años, el 26,2% de los padres tienen las edades de entre 0 a 3 años, el 9,5% tienen las edades de entre 12 a 14 años y el 7,1% tienen las edades de entre 8 a 11 años.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.197 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 28: Relación entre la variable edad del hijo y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación entre la variable edad del hijo y nivel de estrategias de afrontamiento			Edad del hijo Rango				Total
			0 - 3	4 - 7	8 - 11	12 - 14	
Afrontamiento en rango	Un poco	Frecuencia	6	3	2	2	13
		Porcentaje	46,2%	23,1%	15,4%	15,4%	100,0%
	Bastante	Frecuencia	11	24	3	4	42
		Porcentaje	26,2%	57,1%	7,1%	9,5%	100,0%
Total	Frecuencia	17	27	5	6	55	
	Porcentaje	30,9%	49,1%	9,1%	10,9%	100,0%	

### EDAD DEL HIJO Y NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

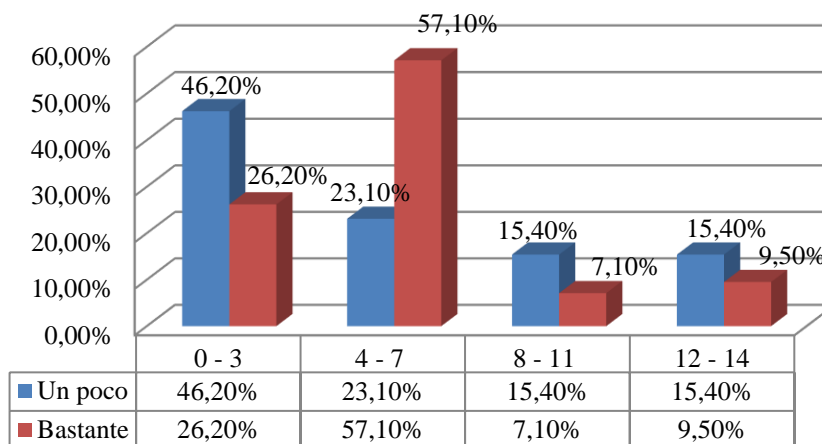


Figura 26: Relación entre la variable edad del hijo y nivel de estrategias de afrontamiento

#### IV.2.2.8 Estrategias de afrontamiento en función a la cantidad de hijos

En la siguiente tabla 29, se puede ver la distribución de frecuencias de los niveles de estrategias de afrontamiento en función a la cantidad de hijos. Del 100% de los padres que una poco las estrategias de afrontamiento el 53,8% tienen de entre 1 a 2 hijos y el 46,2% tienen de entre 3 a 5 hijos.

Del 100% de los padres que usan bastante las estrategias de afrontamiento el 57,1% tienen de entre 1 a 2 hijos, el 33,3% tienen de entre 3 a 5 hijos y el 9,55% tiene de entre 6 a 8 hijos.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.426 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 29: Relación entre la variable cantidad de hijos y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación entre la variable Cantidad de hijos y nivel de estrategias de afrontamiento			Cantidad de hijos en rango			Total
			0 - 2	3 - 5	6 - 8	
Afrontamiento en rango	Un poco	Frecuencia	7	6	0	13
		Porcentaje	53,8%	46,2%	0,0%	100,0%
	Bastante	Frecuencia	24	14	4	42
		Porcentaje	57,1%	33,3%	9,5%	100,0%
Total	Frecuencia	31	20	4	55	
	Porcentaje	56,4%	36,4%	7,3%	100,0%	

### CANTIDAD DE HIJOS Y NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

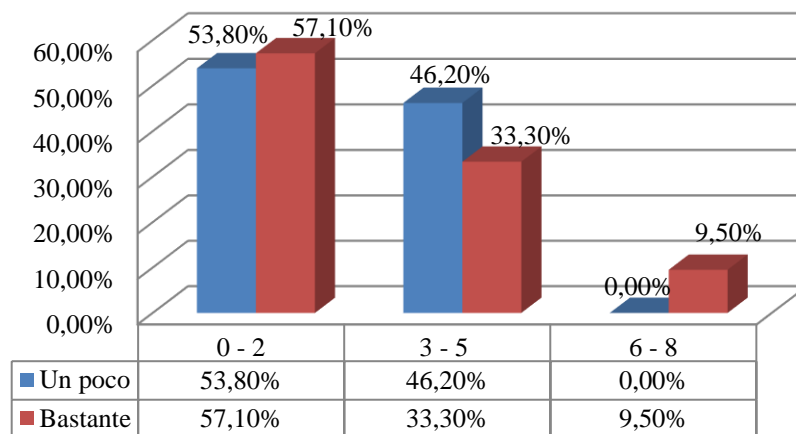


Figura 27: Relación entre la variable Cantidad de hijos y nivel de afrontamiento

#### **IV.2.2.9 Estrategias de afrontamiento en función al diagnóstico del hijo**

De acuerdo a la clasificación del diagnóstico que presenta el niño puede influir en manera de afrontar la enfermedad en el caso el cáncer es una enfermedad muy delicada al momento de decir a los padres esta situación. Sin embargo de 55 padres que se obtuvo la muestra, 27 de los padres tiende a afrontar la situación de la enfermedad en un término medio teniendo en cuenta el Diagnóstico que es de Leucemia Linfoblástica de células A.

En la tabla 30 se puede verificar la distribución de frecuencias de niveles de estrategias de afrontamiento en función al diagnóstico del menor. Del 100% de los padres que usan poco las estrategias de afrontamiento el 46,2% tiene el diagnóstico de LLA, el 23,1% tienen LLB, y el resto tiende a presentar otras clasificaciones que no son muy frecuentes.

Del 100% de los padres que usan bastante las estrategias de afrontamiento el 50% de los padres tienen hijos diagnosticados de LLA, el 16,7% tiene LLB, el 4,8% presenta linfomas de Hodking, de la misma manera el 4,8% presentan linfomas de no Hodking y el 7,1% presenta de sarcoma.

Del total de la muestra más del 50% de los padres tienen hijos diagnosticados de leucemia y como se había presentado anteriormente en los datos estadísticos a nivel nacional por año se incrementa los casos de cáncer en los niños y el más frecuente es de leucemia.

Los datos se sometieron a una prueba de significación de chi cuadrado para verificar la relación entre estas dos variables, se pudo apreciar que la misma es de 0.891 datos que denota que esta relación no es significativa.

Tabla 30: Relación entre la variable diagnóstico del hijo y nivel de estrategias de afrontamiento

Relación entre la variable diagnóstico del hijo y nivel de estrategias de afrontamiento		Diagnóstico del menor					Total
		Leucemia Linfoblástica de Células A	Leucemia Linfoblástica de Células B	Linfoma de Hodking	Linfoma de no Hodking	Sarcoma	
		<b>Afrontamiento en rango</b>	<b>Un poco</b>	Frecuencia: 6 Porcentaje: 46,2%	Frecuencia: 3 Porcentaje: 23,1%	Frecuencia: 1 Porcentaje: 7,7%	
	<b>Bastante</b>	Frecuencia: 21 Porcentaje: 50,0%	Frecuencia: 7 Porcentaje: 16,7%	Frecuencia: 2 Porcentaje: 4,8%	Frecuencia: 2 Porcentaje: 4,8%	Frecuencia: 3 Porcentaje: 7,1%	42 100,0%
<b>Total</b>		Frecuencia: 27 Porcentaje: 49,1%	Frecuencia: 10 Porcentaje: 18,2%	Frecuencia: 3 Porcentaje: 5,5%	Frecuencia: 3 Porcentaje: 5,5%	Frecuencia: 4 Porcentaje: 7,3%	55 100,0%

### DIAGNOSTICO DEL MENOR Y NIVEL ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

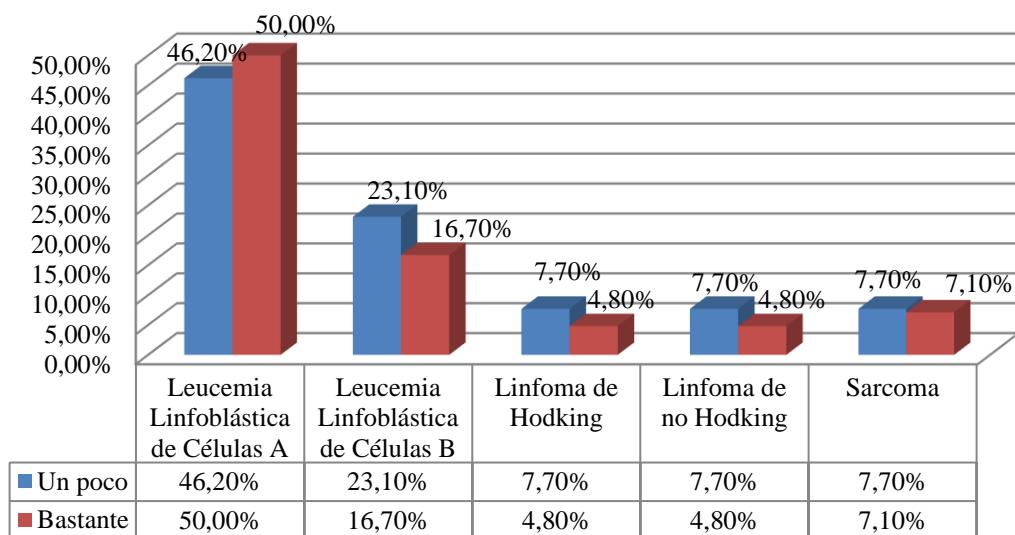


Figura 28: Relación entre la variable diagnóstico del hijo y estrategias de afrontamiento

### IV.3 Correlación entre las variables de estudio

A partir de los resultados obtenidos, se hizo el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman para las variables afrontamiento y autoeficacia emocional, como se aprecia en la tabla 29 a continuación, existe una relación directa y positiva entre ambas variables. No obstante, esta no es significativa puesto que reporta valores de ,217. Esto quiere decir que a mayor nivel de autoeficacia emocional mayor es el grado de afrontamiento que tienen los padres pero que no se puede tomar esta relación como algo constante ni determinante. No obstante es importante tomar en cuenta que este resultado debe tratarse con cuidado por el tamaño de la muestra con la cual se trabajó.

Tabla 31: Correlación entre las variables de afrontamiento y autoeficacia emocional

	<b>Autoeficacia emocional</b>	<b>Estrategias de Afrontamiento</b>
<b>Autoeficacia emocional</b>	1,000	,217
<b>Estrategias de Afrontamiento</b>	,217	1,000

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

A continuación se presenta las conclusiones obtenidas a través de los resultados de la investigación. La misma pretendía determinar la relación entre el nivel de autoeficacia emocional y el nivel de afrontamiento ante la enfermedad de los padres de hijos con cáncer, además de identificar las relaciones existentes entre las dos variables con las variables atributos de los cincuenta y cinco padres participantes que respondieron a los dos cuestionarios encontrados para dichas variables, los mismo que se aplicaron en un centro hospitalario infantil del área de Oncohematología y fuera de la institución.

En el capítulo respectivo se presenta las conclusiones a las que se llegó en la investigación, mismas que serán explicadas de acuerdo a los siguientes indicadores:

- En relación a los objetivos planteados en la investigación
- Recomendaciones para futuras investigaciones
- Descripción de las limitaciones y alcances de la investigación

#### **V.1. Conclusiones por objetivo**

##### **V.1.1. Objetivo general**

El objetivo general de la presente investigación fue “Determinar el grado de correlación existente entre el afrontamiento y autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer”.

Para cumplir con el objetivo se utilizó el análisis estadístico de la correlación de Spearman, dado que la distribución de la muestra no es aleatoria ni tiene un comportamiento normal, por lo tanto no es susceptible de aplicar pruebas paramétricas.

Calculando el coeficiente de correlación de Spearman se obtiene valores que varían entre -1 hasta +1 pasando por el cero, cuando el valor se acerca a +1 se dice que los valores se acercan de manera directa y estrecha, cuando el valor resultante es cercano a -1 se dice que las variables se asocian inversamente de manera muy estrecha y cuando se acerca a cero se dice que ambas variables no presentan asociación.

Aplicada las pruebas se obtuvo una correlación de 0.217 siendo esto positivo y sin nivel de significancia. En base a estos resultados se evidencia la relación entre las dos variables, este resultado podría deberse a cualquier otro factor y no necesariamente a la interacción entre las variables. Esto indica que se presenta una relación de ambas variables por diferentes factores en cada uno de los padres de hijos con cáncer, ya sea por factores personales y/o sociales. No obstante es importante tomar en cuenta que este resultado debe tratarse con cuidado por el tamaño de la muestra constituida por cincuenta y cinco padres.

### **V.1.2. Objetivos específicos**

A continuación se describe las conclusiones de los objetivos específicos desarrollados en la presente investigación:

El primer objetivo específico fue: Conocer cuál es el nivel de autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer, este objetivo fue logrado a partir de la aplicación de la Escala de Autoeficacia Emocional, a cincuenta y cinco padres de hijos con cáncer. A partir de la aplicación de este instrumento se logró conocer el nivel de autoeficacia emocional de cada uno de los padres.

El nivel de autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer permite conocer sobre la capacidad de poder controlar y manejar eficazmente sus emociones ante la situación que se encuentre cambiando de esa manera su forma de pensar y actuar (Bandura A. , 1999). Se demostró que la mayoría de los padres participantes tienden a ser muy capaces de eficaces al manejar y controlar sus emociones.

Esto puede ser motivo por el cual las madres tienden tener mayor apego hacia los hijos ya sea de tipo afectivo o emocional o de relación fraterna madre e hijo. Además de que en Bolivia aún prevalece en su mayoría una cultura patriarcal donde el padre trabaja para sostener a la familia y la madre es quien cuida a los hijos (Muriel, 2013).

El segundo objetivo fue: Conocer los niveles de afrontamiento en los padres de niños con cáncer, este objetivo fue logrado a partir de la aplicación del Inventario de estrategias de afrontamiento que permitió conocer el nivel de respuesta de cada uno de los padres de hijos con cáncer. En este sentido se encontró que tienen un nivel medio que permite cuestionar la situación de usar algunas estrategias y optar por buscar otras que no son de afrontamiento así como lo explica (Lazarus & Folkman, 1986).

Los resultados pueden ser por la falta de conocimiento de estrategias que pueden ayudar a sobrellevar de las dificultades, o la falta de respuestas de mejora a posible enfermedad por lo que esto no es posible de saber.

Sin embargo el nivel de afrontamiento es medio por lo que puede hacer respecto al uso de estrategias que ayudan a afrontar la situación ya sea buscar formas de solucionar el problema, hablar del hecho, pensar en positivo, asumir el problema, entre otros (Huerta, Corona, & Méndez, 2006).

El tercer objetivo específico fue: Determinar las diferencias entre el nivel de autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer en función del sexo, edad, rol, nivel de instrucción y relación marital, este objetivo fue logrado a partir del cuestionario

que fue aplicado, ya que estos contemplan los datos de edad, sexo, rol, nivel de instrucción y relación marital, de los padres de hijos con cáncer y el nivel de autoeficacia emocional.

En cuanto al variable sexo, a través de los resultados obtenidos se puede notar que en general tanto los hombres como las mujeres son muy capaces de tener un nivel de autoeficacia emocional alta representando a un 67,3% de la muestra. Sin embargo ambas variables no tienen relación significativa.

En cuanto a la variable edad, a través de los resultados obtenidos se puede notar que la mayoría de los padres participantes se encuentran muy capaces de controlar sus emociones eficazmente notando que padres encuestados se encuentran entre las edades de 36 a 45 años tienden a ser más autoeficaces y la edad entre 26 a 35 años igual siendo de esta manera la mayoría. .

En función al rol que cumple los padres se dice que una mayoría están las madres quienes son capaces de manejar adecuadamente sus emociones dentro de la situación, al igual que los padres, sin embargo deberá notarse que al momento de aplicar la prueba se encontró más a madres que a padres.

En cuanto a la variable nivel de instrucción, a través de los resultados obtenidos se puede notar que la mayoría de los padres que formaron participes de la investigación tienen un grado de estudio de secundaria y estas tienen un nivel de autoeficacia emocional alta por lo que respondieron ser muy capaces de sobrellevar la situación y manejar adecuadamente sus emociones.

El cuarto objetivo fue: Señalar las diferencias entre el nivel de autoeficacia emocional en padres de niños con cáncer en función de la edad de sus hijos, a través de los resultados se puede notar que la edad de hijo difiere en el nivel de autoeficacia siendo en

la mayoría muy capaces de manejar adecuadamente sus emociones sin ser alterados de manera que puedan manejar con eficacia.

El quinto objetivo fue: Señalar las diferencias entre el nivel de autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer en función a tipo de cáncer que padezcan sus hijos, a través de los resultados obtenidos se puede notar que la mayoría de los padres tiene hijos diagnosticados de leucemia y tiene un nivel de autoeficacia emocional alta respondiendo a ser muy capaces de manejar correctamente sus emociones para sobrellevar la situación con eficacia.

El sexto objetivo fue: Determinar las diferencias entre el nivel de afrontamiento en padres de niños con cáncer en función del sexo, edad, rol, nivel de instrucción y relación marital, este objetivo fue logrado a partir del cuestionario que fue aplicado, ya que estos contemplan los datos de edad, sexo, rol, nivel de instrucción y relación marital de los padres de hijos con cáncer y el nivel de estrategias de afrontamiento.

En cuanto al variable sexo, a través de los resultados obtenidos se puede notar que en general tanto los hombres como las mujeres son medianamente capaces de afrontar la situación por lo que respondieron a usar bastante las estrategias de afrontamiento.

En cuanto a la variable edad, a través de los resultados obtenidos se puede notar que la mayoría de los padres participantes se encuentran medianamente capaces de afrontar la situación sin embargo esto opta en personas que son a nivel de madurez son personas que edad bastante adulta y adulto joven.

En cuanto a la variable rol que desempeñan los padres se dice que una mayoría están las madres que medianamente capaces de afrontar la situación al igual que los padres, notando una gran diferencia en cuanto a la cantidad de padres y madres.

En cuanto a la variable nivel de instrucción, a través de los resultados obtenidos se puede notar que la mayoría de los padres que formaron partícipes de la investigación tienen un grado de estudio de secundaria y estas tienen un nivel de afrontamiento medio ya que respondieron a usar estrategias de manera bastante y en otras un poco.

El séptimo objetivo fue: Señalar las diferencias entre el nivel de afrontamiento en padres de niños con cáncer en función de la edad de sus hijos, a través de los resultados se puede notar que la edad de hijo comprende en el nivel de afrontamiento siendo en la mayoría medianamente capaces de afrontar la situación.

El octavo objetivo fue: Definir las diferencias entre el nivel de afrontamiento en padres de niños con cáncer en función al tipo de cáncer que padezcan sus hijos, a través de los resultados obtenidos se puede notar que la mayoría de los padres que tienen hijos diagnosticados de leucemia, tienen un nivel de Afrontamiento medio respondiendo bastante capaces de afrontar la situación de la enfermedad.

Sin embargo existe un nivel de significación en cuanto a las personas con las que viven los padres, ya que la mayoría conviven con su pareja e hijos y algunos solo viven con sus hijos. Esto es una clara evidencia que uno se apoya a la familia para poder buscar formas, maneras o estrategias para afrontar la enfermedad que están llevando (Garassini, 2010).

## **V.2. Conclusiones en relación a la hipótesis**

La hipótesis planteada para la presente investigación fue “A mayor nivel de autoeficacia emocional mayor nivel de afrontamiento ante la situación de la enfermedad” esta hipótesis fue rechazada ya que según los datos de correlación de Spearman obtenidos a través de los dos cuestionarios aplicados a los cincuenta y cinco padres de hijos con cáncer, tiene una respuesta positiva pero no es significativa, esto es

debido probablemente al tamaño de la muestra y/o la aparición de otras variables intervinientes.

La siguiente hipótesis planteada fue “No existe relación entre el nivel de autoeficacia emocional y el nivel de afrontamiento” se aprueba ya que ambas no tiene una relación significativa.

### **V.3. Recomendaciones**

Las recomendaciones que se pueden contribuir a esta investigación son las siguientes:

- Aplicar los instrumentos a un mayor número de mujeres en situación de violencia doméstica. Lo cual esto permitirá obtener resultados más claros sobre las relaciones existentes entre las dos variables, nivel de autoeficacia emocional y nivel de estrategias de afrontamiento.
- A momento de aplicar los instrumentos es recomendable hacer uso de terapia, ya que los participantes se encontraron en situaciones difíciles de continuar con el cuestionario y que sería de mucha ayuda.
- Recomendable abrir un programa de autoeficacia y afrontamiento para los padres que se encuentran en la misma situación, esto debido a los resultados obtenidos en cuanto al nivel de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.

### **V.4. Limitaciones y alcances**

#### **V.1.1. Limitaciones**

- La investigación se realizó con solo cincuenta y cinco padres de hijos con cáncer, por lo que los resultados no pueden ser generalizados al resto de la población y menos en trabajar relacionando estas dos variables.

- Las pruebas realizadas a determinar los niveles de afrontamiento y autoeficacia emocional son generalizadas por que hubiese sido de mucho aporte que estén enfocadas a la enfermedad, sin embargo no se logró obtener ya que no hay este tipo de escalas a este nivel. Y en otras no había un coeficiente de cronbach alta por lo que se anuló.
- La población que se escogió es pequeña ya que el cáncer en los niños es aun difícil de detectar a tiempo y en nuestro país a diferencias de otras todavía es una población escasa.

#### **V.1.2. Alcances**

- A pesar de la una población mínima, en la ciudad de la Paz se logró encontrar a una cantidad máxima de numero de padres para la realización de la investigación según el 100% de la población que hay en la ciudad de la Paz.
- La colaboración de cada uno de los participantes fue grata y además en su mayoría considera que la psicología debe estar más ocupada en el área de la salud apoyando los pacientes y familiares que forman parte de él.

## REFERENCIAS

- Amigo, V. I., Fernandez, R. C., & Perez, A. M. (1998). *Manual de la psicología de la salud*. Madrid, España: Ediciones Piramide.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Bandura, A. (2006). *Guiede to the constrction of self-efficacy scales*. Greenwich: Information Age Publishing.
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). *Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited*. Recuperado el 10 de Enero de 2016, de Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited:  
[www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61115/88849](http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61115/88849)
- Bandura, A., & Walters, R. (1977). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, España: Alianza.
- Camargo Bohorquez Constanza, W. C. (2004). *El cancer, aspectos basicos sobre su biologia, clinica, prevencion, diagnostico y tratamiento*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2014, de El cancer, aspectos basicos sobre su biologia, clinica, prevencion, diagnostico y tratamiento.:  
<file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Mis%20documentos/Downloads/El%20cancer.pdf>
- Cano, G. F., Rodríguez, F. L., & García, M. J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Recuperado el 20 de Junio de 2015, de Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento:  
[https://www.researchgate.net/publication/235419673\\_Adaptacion\\_Espanola\\_del\\_Inventario\\_de\\_Estrategias\\_de\\_Afrontamiento](https://www.researchgate.net/publication/235419673_Adaptacion_Espanola_del_Inventario_de_Estrategias_de_Afrontamiento)

- Caprara, G. V., & Gerbino, M. (2001). Affective perceived self-efficacy: The capacity to regulate negative affect and to express positive affect. En G. V. Caprara, *Self-efficacy assessment* (págs. 35-50). Trento, Italia: Erickson.
- Caro, I. (s.f.). *Revision critica de la teoria de la autoeficacia de A. Bandura*. Recuperado el 26 de Octubre de 2014, de Revision critica de la teoria de la autoeficacia de A. Bandura: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N16-4.pdf>
- Casado, C. F. (2006). *Modelos de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapeuticas*. Recuperado el 12 de Junio de 2015, de Modelos de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapeuticas: [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20\\_3\\_5.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf)
- Cooper, C. L. (1988). *Organizacion mundial de la salud: Sobre un estudio psicológico del cáncer*. Ginebra: O'Hanlon. Obtenido de Organizacion mundial de la salud.
- Covarrubias, C. G., & Mendoza, M. (2013). *La teoria de la autoeficacia y el desempeño docente: El caso de Chile*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de La teoria de la autoeficacia y el desempeño docente: El caso de Chile: <http://www.hemisfericosypolares.cl/articulos/048-Covarrubias%20Lira-Autoeficacia%20Desempeno%20Docente%20Chile.pdf>
- Escuela Andaluz de Salud Publica. (2009). *Educacion Terapeutica: Psicoeducacion Transcripcion de las estrategias de afrontamiento general ante una enfermedad*. Obtenido de Educacion Terapeutica: Psicoeducacion Transcripcion de las estrategias de afrontamiento general ante una enfermedad: <http://www.opimec.org/media/courses/atencion-integrada-a-pacientes-con-enfermedades->

crónicas/recursos/unidad3/tema2/Transcripciones/Video\_Afrontamiento\_General  
\_Alba\_Transcripción.pdf

- Escuela de medicina y ciencias de la salud. (2010). *Las enfermedades inmunológicas tienen un mismo origen* . Obtenido de Las enfermedades inmunológicas tienen un mismo origen :  
[https://www.google.com.bo/?gws\\_rd=cr&ei=kzSIVYiMG4ifyQTs2IOIBQ#q=afrontamiento+ante+la+enfermedad](https://www.google.com.bo/?gws_rd=cr&ei=kzSIVYiMG4ifyQTs2IOIBQ#q=afrontamiento+ante+la+enfermedad)
- Espada, J., Gonzales, M., Orgiles, M., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). *Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles*. Recuperado el 12 de Abril de 2015, de Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles:  
<http://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551018.pdf>
- Espejo, R. R. (2014). *Autoeficacia y Violencia doméstica un estudio correlacional*. La Paz, Bolivia: Universidad La Salle.
- Explorable.com. (24 de Abril de 2009). *Muestreo de bola de nieve*. Recuperado el 17 de mayo de 2015, de Muestreo de bola de nieve:  
<https://explorable.com/es/muestreo-de-bola-de-nieve>
- Gandur, D. N. (s.f.). *Manual de enfermería oncológica; Instituto Nacional de Cáncer*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2014, de Manual de enfermería oncológica; Instituto Nacional de Cáncer.
- Garassini, M. E. (2010). *Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos*. Recuperado el 19 de Abril de 2015, de Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos:  
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico9/9Psico%2006.pdf>

- Gómez, J., Barreal, M. R., & Guillén, G. N. (2006). *Aplicación de un Programa de Autoeficacia Filial para Optimizar la relacion filial en adolescentes*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2012, de Aplicación de un Programa de Autoeficacia Filial para Optimizar la relacion filial en adolescentes:  
<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v7n2/v7n2a1.pdf>
- Gómez, J., Barreal, M. R., & Guillén, N. (s.f.). *Aplicación de un Programa de Autoeficacia Filial para Optimizar la relacion filial en adolescentes*. Recuperado el 19 de Abril de 2015, de Aplicación de un Programa de Autoeficacia Filial para Optimizar la relacion filial en adolescentes:  
<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v7n2/v7n2a1.pdf>
- Hernanadez, S. R., Fernandez, C. C., & Baptista, L. P. (2010). *Metodologia de la investigacion* (Quinta ed.). (J. M. Chacon, Ed.) Mexico: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITIRES,S.A. DE C.V.
- Huerta, R. D., Corona, J., & Méndez, J. (Enero-Marzo de 2006). *Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cancer*. Recuperado el 12 de Abril de 2015, de Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cancer:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061g.pdf>
- Instituto Naciona de Estadística. (15 de Febrero de 2014). En Bolivia más de 300 niños padecen cáncer. *Los tiempos*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de [http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/nacional/20140215/en-bolivia-mas-de-300-ninos-padecen-cancer\\_245188\\_534401.html](http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/nacional/20140215/en-bolivia-mas-de-300-ninos-padecen-cancer_245188_534401.html)
- Instituto Nacional de Estadística I.N.E. (1993). *Instituto Nacional de Estadística I.N.E.* Recuperado el 18 de Septiembre de 2014, de Instituto Nacional de Estadística I.N.E.: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf>

- Instituto nacional del cancer. (2010). *Manual de enfermedadaria oncológica*. Buenos Aires, Argentina: Miniserio de Salud.
- Kirk, B. A., Schutte, N. S., & Hine, D. W. (30 de June de 2008). *Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale*. Recuperado el 19 de Abril de 2015, de Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale:  
[https://www.researchgate.net/publication/256504660\\_Development\\_and\\_preliminary\\_validation\\_of\\_a\\_scale\\_to\\_assess\\_managing\\_the\\_emotions\\_of\\_others](https://www.researchgate.net/publication/256504660_Development_and_preliminary_validation_of_a_scale_to_assess_managing_the_emotions_of_others)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivo Stress and cognitive*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. Obtenido de Estrés y procesos cognitivos.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, United States.
- Londoño, N. H., Henao L., G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. C. (27 de Junio de 2006). *Propiedades psicométricas y validación de la escala de Coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana*. Recuperado el 15 de Mayo de 2015, de Propiedades psicométricas y validación de la escala de Coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana:  
<http://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>
- Montaño, A., & Rita, R. (2005). *Capacitacion en afrontamiento asertivo en niños para mejorar la interaccion social, dentro del ambiente intrahospitalario*. La Paz: Universidad Mayor de San Andres.

- Morales, E. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo, México: UNISON.
- Morales, H. D. (2000). *Niveles de afrontamiento a la muerte en pacientes terminales: caso insuficiencia renal crónica terminal y cáncer terminal en el hospital obrero de la ciudad de La Paz*. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés.
- Muriel, C. L. (2013). *Intervención Psicopedagógica en el proceso de afrontamiento de una madre con un niño autista*. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés.
- Olivari., C., & Urra., E. (2007). *Autoeficacia y conductas de salud. ciencia y enfermería*. Recuperado el 12 de Abril de 2015, de Autoeficacia y conductas de salud. ciencia y enfermería: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>
- Pacajes, F., & Schunk, D. (1997). Currents directions in self-efficacy research. En M. Maher, & Pintrich, *Advances in motivation and achievement*. Greenwich: JAI Press.
- Peña, C. L. (2012). *Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de Sus hijos*. Recuperado el 22 de Abril de 2015, de Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de Sus hijos: [http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2197/CDMPSII163\\_Art%C3%ADculo%20L%C3%ADnea\\_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1](http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2197/CDMPSII163_Art%C3%ADculo%20L%C3%ADnea_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1)
- Peña, C. L., & Nieto, L. (2012). *Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de Sus hijos*. Recuperado el 29 de Mayo de 2015, de Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de Sus hijos: [http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2197/CDMPSII163\\_Art%C3%ADculo%20L%C3%ADnea\\_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1](http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2197/CDMPSII163_Art%C3%ADculo%20L%C3%ADnea_Investigaci%C3%B3n.pdf?sequence=1)

- Perez, W. (7 de Julio de 2013). En Bolivia cada dia se registran 11 casos de nuevos de algun cancer. *La Razon*.
- Piña, J., & Rivera, B. (12 de Junio de 2006). *Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué*. Recuperado el 22 de Abril de 2015, de Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué.
- Roth, E., & Lacoa, D. (2008). Análisis Psicológico del Emprendimiento en Estudiantes Universitarios: Medición, Relaciones y Predicción. La Paz, Murillo, Bolivia: Universidad Catolica Boliviana. Obtenido de Análisis Psicológico del Emprendimiento en Estudiantes Universitarios: Medición, Relaciones y Predicción.
- Rueda Beatris, P. G. (Septiembre de 2004). *Personalidad y percepcion de autoeficacia:Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud*. Recuperado el 23 de Octubre de 2014, de Personalidad y percepcion de autoeficacia:Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud: [http://aepcp.net/arc/02.2004\(3\).Rueda-Perez.pdf](http://aepcp.net/arc/02.2004(3).Rueda-Perez.pdf)
- Salkind, N. J. (1999). *Métodos de investigación* (3ª ed.). Naucalpan de Juárez, México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.
- Sarason, B. R. (1999). Familia, apoyo social y salud . En J. Buendía, *familia y psicologia de la salud* (pág. 29). Madrid: Piramide.
- Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R., & Kigal, J. (1989). *The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory*. Chicago: Cognit ther Res.
- Torres, I., & Beltrán, F. J. (1996). *La Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. Xalapa, México: Universidad Veracruzana.

- Valle, J. S. (2007). *Validacion de la version española de la "Escala Burgen de afrontamiento de la muerte" y del "Perfil revisado de la actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultura. Puesta en marcha de un programa de intervencion I.* (E. d. Granada, Ed.) Recuperado el 19 de Abril de 2015, de Validacion de la version española de la "Escala Burgen de afrontamiento de la muerte" y del "Perfil revisado de la actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultura. Puesta en marcha de un programa de intervencion: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1563/1/16729341.pdf>
- Werchel, S., & Shebilske, W. (1998). *Psicología: fundamentos y aplicaciones*. Madrid, España: Prentice Hall Iberia.

# ANEXOS

## Anexo 1

### CUESTIONARIO 1: ESCALA DE AUTOEFICACIA EMOCIONAL

En el presente cuestionario es parte de una investigación que servirá como requisito para la obtención del título de licenciatura, este tiene como propósito obtener la información sobre la forma de ser auto eficaz que usted tiene emocionalmente, y busca ayudar a personas que estén atravesando situaciones similares a la suya. Sus datos se manejarán con confidencialidad y sólo serán utilizados para la investigación, resguardando su anonimato. Si tiene alguna pregunta tanto sobre la investigación como sobre el cuestionario, no dude en comentarla con la investigadora.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

A continuación se le presenta una tabla que busca recabar algunos datos generales sobre usted y su familia, por favor **ENCIERRE** la respuesta que represente su caso.

Datos personales:

Sexo: a. Hombre b. Mujer	Estado Civil: a. Soltero(a) b. Convive c. Casado (a)
Edad: _____	

Rol que desempeña: a. Padre b. Madre c. Otro_____	d. Separado (a) e. Divorciado (a) f. Viudo (a)
Máximo grado académico obtenido: a. Ninguno b. Primaria c. Secundaria d. Técnico medio e. Técnico superior f. Licenciatura g. Post grado	Personas con las que vive: a. Solo (a) b. Pareja c. Con mi(s) hijo(s) d. Con mi pareja e hijo(s) e. Con mis padres f. Con mis padres, pareja e hijo (s) g. Otro_____

Datos familiares:

Cantidad de hijos: _____	

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica

en la situación, marcando al número que corresponda: Esté seguro de que responde a todas las frases y una respuesta en cada frase. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

### ESCALA DE AUTOEFICACIA EMOCIONAL

<b>Incapaz</b>	<b>Poco capaz</b>	<b>Medianamente capaz</b>	<b>Muy capaz</b>	<b>Completamente capaz</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Nº	AFIRMACION	# DE RESPUESTA				
		1	2	3	4	5
1.	Alegrarte del existo de un amigo	1	2	3	4	5
2.	Expresar felicidad cuando le sucede algo bueno	1	2	3	4	5
3.	Disfrutar de tus éxitos	1	2	3	4	5
4.	Expresar felicidad cuando una persona importante para ti te manifiesta inesperadamente su cariño	1	2	3	4	5
5.	Entusiasmarte cuando desarrollas una actividad que te apasiona	1	2	3	4	5
6.	Expresar satisfacción cuando consigues los objetivos que te has propuesto	1	2	3	4	5
7.	Expresar tu simpatía a las personas que te gustan	1	2	3	4	5
8.	Darte cuenta rápidamente cuando conoces nuevos amigos, las cosas que les gustan y las que no les gustan	1	2	3	4	5
9.	Reconocer cuando alguien necesita consuelo y apoyo emocional aunque no te diga directamente	1	2	3	4	5
10.	Darte cuenta de lo que otros sienten por ti	1	2	3	4	5
11.	Expresar tu cariño a un amigo al que quieres mucho	1	2	3	4	5
12.	Expresar libremente alegría y entusiasmo en fiestas y	1	2	3	4	5

	encuentros con amigos					
13.	No desmoralizarte demasiado ante una dura crítica	1	2	3	4	5
14.	No deprimirte ante las dificultades	1	2	3	4	5
15.	No desanimarte si tus amigos y tus familiares no pueden apoyarte en un momento en que tú lo necesitas	1	2	3	4	5
16.	No abandonarte a la tristeza por el fallecimiento de un ser querido	1	2	3	4	5
17.	Superar la tristeza cuando las personas que quieres no responden a tu cariño	1	2	3	4	5
18.	Mantener la calma en situaciones de estrés	1	2	3	4	5
19.	Darte cuenta cuando alguien está seriamente enojado contigo	1	2	3	4	5
20.	Superar la frustración si los otros no te aprecian como tu quisieras	1	2	3	4	5
21.	Evitar desconsolarte cuando estas lejos de las personas que quieres	1	2	3	4	5
22.	Darte cuenta cuando una persona esta triste e infeliz	1	2	3	4	5
23.	Evitar enojarte cuando los otros se comportan mal contigo	1	2	3	4	5
24.	Darte cuenta cuando una persona está seriamente paralizada por el miedo	1	2	3	4	5

25.	Superar rápidamente la molestia de sufrir una injusticia	1	2	3	4	5
26.	No perder el control de tus acciones cuando estás muy enojado	1	2	3	4	5
27.	Entender el estado de animo de otras personas cuando estás muy involucrado en una discusión con ellas	1	2	3	4	5
28.	Darte cuenta cuando un compañero necesita de tu ayuda sin que te lo pida directamente	1	2	3	4	5
29.	Superar la rabia cuando te rechazan inesperadamente	1	2	3	4	5
30.	Controlar el mal humor cuando las personas que quieres te critican duramente	1	2	3	4	5
31.	Darte cuenta que una persona siente una especial simpatía por ti	1	2	3	4	5
32.	Ponerte en el lugar de un compañero que se encuentra en dificultades	1	2	3	4	5
33.	Darte cuenta del estado de animo de tus amigos	1	2	3	4	5
34.	Darte cuenta del efecto de tus amigos sobre los sentimientos de los demás	1	2	3	4	5

## Anexo 2

### CUESTIONARIO 2: INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En el presente cuestionario es parte de una investigación que servirá como requisito para la obtención del título de licenciatura, este tiene como propósito obtener la información sobre la forma de afrontamiento que usted tiene, y busca ayudar a personas que estén atravesando situaciones similares a la suya. Sus datos se manejarán con confidencialidad y sólo serán utilizados para la investigación, resguardando su anonimato. Si tiene alguna pregunta tanto sobre la investigación como sobre el cuestionario, no dude en comentarla con la investigadora.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

A continuación se le presenta una tabla que busca recabar algunos datos generales sobre usted y su familia, por favor **ENCIERRE** la respuesta que represente su caso.

Datos personales:

Sexo:  c. Hombre  d. Mujer	Estado Civil:  g. Soltero(a)  h. Convive  i. Casado (a)
Edad: _____	

Rol que desempeña: d. Padre e. Madre f. Otro _____	j. Separado (a) k. Divorciado (a) l. Viudo (a)
Máximo grado académico obtenido: h. Ninguno i. Primaria j. Secundaria k. Técnico medio l. Técnico superior m. Licenciatura n. Post grado	Personas con las que vive: h. Solo (a) i. Pareja j. Con mi(s) hijo(s) k. Con mi pareja e hijo(s) l. Con mis padres m. Con mis padres, pareja e hijo (s) n. Otro _____

Datos familiares:

Cantidad de hijos: _____	

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica

en la situación, marcando al número que corresponda: Esté seguro de que responde a todas las frases y una respuesta en cada frase. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

### INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>Totalmente</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

N°	AFIRMACION	# DE RESPUESTA				
1.	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2.	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3.	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4.	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5.	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6.	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7.	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8.	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9.	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10.	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11.	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12.	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera	0	1	2	3	4

	terminase					
13.	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14.	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15.	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16.	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17.	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18.	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19.	Analice mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20.	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21.	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22.	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como	0	1	2	3	4
23.	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24.	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25.	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26.	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4

27.	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28.	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29.	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30.	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31.	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32.	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33.	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34.	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35.	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36.	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37.	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38.	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39.	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40.	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4