



Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Clima social familiar y autocuidado del paciente adulto
con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022

**Trabajo académico para optar el título de especialista
en Enfermería Oncológica**

Presentado por:

De Jesus Benavides, Rosa Milagros

Código ORCID: 0000 0001 9337 2679

Asesora: Dra. Bernardo Santiago, Grisi

Código ORCID: 0000 0002 4147 2771

Línea de Investigación General: Salud, Enfermedad y Ambiente

**Lima – Perú
2023**

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, De Jesús Benavides, Rosa Milagros, Egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica de Enfermería, Segunda Especialidad en Enfermería Oncológica de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado "Clima social familiar y autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022", Asesorado por La Asesora Docente Dra. Bernardo Santiago, Grisi, DNI N° 10041765, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4147-2771>, tiene un índice de similitud de 20 (Veinte) %, con código oid:14912:209071064, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor(a)
 De Jesús Benavides, Rosa Milagros
 DNI N° 45463324



.....
 Firma de Asesor(a)
 Dra. Bernardo Santiago, Grisi
 DNI N° 10041765

Lima, 30 de Octubre de 2022

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a nuestro padre celestial; mi guía y fortaleza en todo este camino profesional lleno de retos y aprendizaje constante. A mi esposo, Luis; por su amor, compañía y siempre apoyo incondicional; y en especial, a mi hija Avril por ser mi principal fuente de superación

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento eterno a mis padres, por haberme dado una educación, una carrera profesional, un hogar donde desarrollarme, crecer, equivocarme, aprender; por sus valores y principios que serán inculcados en mi generación. A mis hermanas, por ser muchas veces mis compañeras de desvelos, por creer y confiar en mi

Agradezco también a mis docentes universitarios, forjadores del futuro; por la entrega, dedicación, tiempo, compromiso, sabiduría, paciencia y por ser guía en todo este camino profesional; por impartir conocimiento que hoy en día forman parte de nuestras decisiones y de nuestro actuar

Asesora: Dra. Bernardo Santiago, Grisi

Código ORCID: [https://orcid.org/0000 0002 4147 2771](https://orcid.org/0000-0002-4147-2771)

JURADO

PRESIDENTE : Dra. Gonzales Saldaña, Susan Haydee
SECRETARIO : Dra. Uturunco Vera, Milagros Lizbeth
VOCAL : Mg. Pretell Aguilar, Rosa Maria

Índice de contenido

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Jurado	iii
Índice de contenido	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	7
1.2.1 Problema General	7
1.2.2 Problema Específico	7
1.3. Objetivos de la investigación	8
1.3.1 Objetivo General	8
1.3.2 Objetivo específico	8
1.4. Justificación de la investigación	8
1.4.1 Teórica	8

1.4.2 Metodológica	8
1.4.3 Práctica	9
1.5. Delimitación de la investigación	9
1.5.1 Temporal	9
1.5.2 Espacial	9
1.5.3 Población o unidad de análisis.....	10
2. MARCO TEORICO	11
2.1. Antecedentes	11
2.1.1 Antecedentes Internacionales	11
2.1.2 Antecedentes Nacionales	13
2.2. Base teórica	16
2.2.1. Definición de familia	16
2.2.2. Definición de clima social familiar	17
2.2.3. Teorías sobre el clima social familiar	19
2.2.4. Evolución historia sobre clima social familiar	20
2.2.5. Clima social familiar según dimensiones	21
2.2.6. Definición de autocuidado	24
2.2.7. Definiciones conceptuales de autocuidado	24
2.2.8. Teorías sobre el autocuidado	25
2.2.9. Evolución historia sobre autocuidado	27
2.2.10. Autocuidado en el paciente oncológico	28
2.2.11. Autocuidado según dimensiones	29
2.3. Formulación de hipótesis	30

2.3.1 Hipótesis General	30
2.3.2 Hipótesis Nula	30
2.3.3 Hipótesis Específica	30
3. METODOLOGIA.....	31
3.1 Método de la investigación	31
3.2 Enfoque de la investigación	31
3.3 Tipo de Investigación	31
3.4 Diseño de Investigación	32
3.5 Población, muestra y muestreo	33
3.6 Variables y Operalización	34
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.7.1 Técnica	35
3.7.2 Descripción del instrumento	36
3.7.3 Validación	38
3.7.4 Confiabilidad	39
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos	39
3.9 Aspectos éticos	40
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	41
4.1. Cronograma de actividades	41
4.2. Presupuesto	42
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44

Anexos	57
Anexo 1: Matriz de consistencia	58
Anexo 2: Instrumentos	60
Anexo 3: Consentimiento informado	68

Resumen

Introducción: La enfermedad del cáncer de próstata, refleja un problema de salud pública a nivel mundial; tanto a la persona que lo padece como también a la familia. Por el cual, su participación, apoyo y determinación de tareas promueve el autocuidado y la pronta recuperación. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre el clima social familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada. **Método:** estudio hipotético deductivo con enfoque cuantitativo de tipo aplicada, observacional, descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal. La muestra poblacional contará con un total de 100 pacientes que acuden de manera semanal y/o mensual al área de hospitalización del séptimo y noveno piso para atención médica y administración de quimioterapia. Asimismo, se utilizará como parte de la investigación dos encuestas siendo una de ellas de tipo dicotómico y la otra en escala de Likert siendo ambas validadas y con confiabilidad para la población objetivo. Seguidamente, los datos en recolección serán procesados en el programa SPSS 26. Y; finalmente, los resultados obtenidos permitirán el desarrollo de la hipótesis en estudio abarcando una mejor conclusión ante lo expuesto.

Palabras claves: Clima familiar, cáncer, autocuidado, familia, apoyo.

Abstract

Introduction: Prostate cancer disease reflects a worldwide public health problem; both to the person who suffers from it and also to the family. For which, their participation, support and determination of tasks promotes self-care and speedy recovery. **Objective:** To determine the relationship between the family social climate and the self-care of the adult patient with prostate cancer in a private clinic. **Method:** hypothetical deductive study with a quantitative approach of applied, observational, descriptive, correlational, prospective and cross-sectional type. The population sample will have a total of 100 patients who come weekly and/or monthly to the hospitalization area on the seventh and ninth floors for medical care and chemotherapy administration. Likewise, two surveys will be used as part of the research, one of them being dichotomous and the other on a Likert scale, both being validated and reliable for the target population. Next, the data in collection will be processed in the SPSS 26 program. And; Finally, the results obtained will allow the development of the hypothesis under study, encompassing a better conclusion in view of the above.

Keywords: Family climate, cancer, self-care, family, support.

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Uno de los mayores problemas que aquejan actualmente nuestra sociedad y en la salud pública es el aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones tales como el cáncer de próstata. ⁽²⁾ Esta enfermedad llamada también, cáncer prostático, actualmente es uno de los desafíos más grandes del mundo; además de ser uno de los tumores malignos y más frecuente en el hombre, con un porcentaje de 21.7%; este porcentaje llega a aumentar con mucha frecuencia debido a la edad del paciente. Siendo, un 90% de los casos se presentan en mayores de 65 años, siendo la edad media de diagnóstico los 75 años de edad, ya que, a medida que el hombre va envejeciendo esta glándula prostática suele aumentar tamaño y bloquear la uretra o la vejiga manifestándose en síntomas posteriores ⁽⁷⁾.

Esta enfermedad se presenta de manera indolente en sus inicios ya que, solo un 30% o 40% de los análisis de biopsia registrados en personas mayores de 75 años de edad, dan luces de síntomas del cáncer de próstata. Cabe decir que, por lo general para detectar el primer síntoma del cáncer de próstata hasta, llegar a un diagnóstico certero transcurre aproximadamente 338 días. Asimismo, el cáncer de próstata es considerado la segunda causa de muerte principal en los hombres y con mayor frecuencia de muerte ⁽¹⁾.

En el mundo, esta enfermedad prostática es considerado como el segundo cáncer comúnmente diagnosticado en varones llegando a los 899.000 nuevos casos al año que equivale

un porcentaje de 13,6% del total que se asigna. Sin embargo, en países desarrollados se registran cerca de 75% de casos, mientras un 25% de casos son registrados en países subdesarrollados. Para el año 2012, la cantidad de muertos por este tipo de neoplasia fue de 307000 esto es solo un porcentaje a nivel de países desarrollados, pero, en nuestro país para el año 2020 la cantidad estimada de muertos por este tipo de cáncer es de 8200 muertes ⁽⁵⁾. En el 2014 se tuvo un registro de diagnóstico evidenciado alrededor de 233,000 nuevos casos, de los cuales 29,480 fueron mortales. En Austria y América del Norte se presentó una tasa de incidencia alta entre 111.6% y 97.2% casos respectivamente. Asimismo, los casos más altos de mortalidad son vistas en poblaciones afrodescendientes como en África del sur y el Caribe estimando entre 19 a 24 muertes por cada 100 mil hombres; observándose además, que por cada 3 nuevos casos 2 fallecen. Esta relación de 1.5 entre la incidencia y la mortalidad, en otras regiones como Europa occidental o Norteamérica es de 7.5 y 9.5 aproximadamente (GLOBOCAN 2018) ⁽⁷⁾. Mientras que las tasas más bajas se presentaron en los países asiáticos (4.5 a 10.5 casos por 100,000 hombres) ⁽⁸⁾.

Según la Organización panamericana de salud (OPS) en las Américas, indica que el cáncer de próstata es el cáncer más común en los varones, dado un equivalente de 413.000 nuevos casos y 85.000 muertes cada año, especialmente en los países caribeños es donde se da la mayor tasa de cáncer de próstata, siendo las más altas de la región Barbados, Trinidad y Tobago y sobre todo Jamaica donde se presentan los casos con mayor incidencia ⁽³⁾.

La Organización mundial de la Salud (OMS) indica que Latinoamérica tiene una incidencia anual del cáncer de próstata que equivale a un 54.2% del total de casos que se presentan hoy en día ⁽⁸⁾. Por tanto, las tasas de incidencia de esta enfermedad son más altas en los países

industrializados. Sin embargo, no guarda proporcionalidad y es mayor en los países con menos desarrollo ⁽⁷⁾.

En el Perú, esta enfermedad prostática; es una de las enfermedades que más se detecta en fase tardía, debido a la falta del diagnóstico precoz; por lo que complica poder recibir el tratamiento de manera oportuna conllevando al paciente un mayor sufrimiento y/o muerte precoz. En el año 2018 el cáncer de próstata fue la neoplasia maligna con mayor incidencia y mortalidad, esto se debe, al incremento de la esperanza de vida asociada a factores de riesgo como la longevidad de cada paciente con tasas de 47.8% y 15.6% por 100.000 habitantes respectivamente (GLOBOCAN), esta información se refleja en los registros de cáncer de próstata entre los años 2010-2012 con una incidencia de 48.6% y una mortalidad de 15.7% ⁽³⁾. Asimismo, en el año 2022 el cáncer de próstata asciende a 30,360 casos detectándose 8,700 nuevos casos de varones en diferentes edades ⁽³⁻⁴⁾.

En ONCOSALUD - AUNA, entre los años 2008 – 2012 la tasa de incidencia de cáncer de próstata se incrementa marcadamente en esta población y alcanza un 56.1% por cada 100.000 habitantes a nivel nacional con una sobrevida global a 5 años. (REPORTE INTERNO DE ONCOSALUD) ⁽⁴⁾.

En este proyecto de investigación se trata de dar a conocer la problemática existente en los varones como es el cáncer de próstata a nivel mundial y nacional, sobre todo en la edad adulta ya que, este tipo de neoplasia representa un problema de salud que no solo demanda intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento sino también, involucra parte personal y familiar; porque merma la capacidad de la misma generando así, muchas veces situación de incertidumbre en las personas que padecen dicha enfermedad ya que, a partir de los 65 años las personas son más propensos a ser partícipes de una o más enfermedades que no es solo cáncer si no otras anomalías⁽¹⁾ considerando además, el estilo de vida factor relacionado a las consecuencias de cronicidad de esta enfermedad ⁽³⁾. El cáncer de próstata, conceptualizado como el crecimiento de células malignas (cancerosas) del tejido y glándula prostática, que es vista como una nuez. En fases avanzadas las células cancerosas se diseminan a sitios distantes a través de los vasos linfáticos y sanguíneos con la capacidad de invadir otros órganos ⁽²⁾.

Las causas de esta enfermedad se desconocen exactamente, pues hoy en día no hay un registro que determine su causa. Sin embargo, existen ciertos factores de riesgo desencadenantes que influyen en su desarrollo. El 30% de estos factores de riesgo se asocian al desequilibrio nutricional generando así; un alto índice de masa corporal, baja consumo de verduras y frutas, poca actividad física, conllevando a una vida sedentaria y, por último, el consumo de alcohol y tabaco, siendo éste, uno de los factores de riesgo más desencadenantes para el desarrollo de esta enfermedad. El 22% representa las defunciones, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a los diferentes estadios de la enfermedad y a los procesos terapéuticos ⁽³⁾. Así mismo, están obligados a realizar diversos cambios personales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para sobrellevar esta

enfermedad, por lo que los modos de afrontamiento juegan un papel imprescindible e importante que influye en la calidad de vida del paciente, al igual que en el soporte y clima socio familiar ⁽⁵⁾.

El clima social familiar es definida como la interacción y las relaciones dinámicas, percibidas y existentes por los integrantes de la familia, con una labor importante en la relación inter e intrafamiliar para la mejora física, natural y espiritual de pacientes que padecen este tipo de enfermedad. Asimismo, el clima social familiar estudia las relaciones e influencias del ambiente sobre la persona, la interrelación, el comportamiento y la experiencia humana que influye y toma como consecuencia la capacidad del control de vida del ser humano, tornándose expuesto a diversas reacciones psicológicas, incluyendo además el miedo a la muerte, la desintegración familiar, el abandono y la ruptura de las relaciones sociales y laborales. Además de la falta de cuidado y la calidad de vida de la persona que se limitan a ciertas funciones cuando la enfermedad se convierte en una situación crítica ⁽⁵⁾.

Por tanto, el clima social familiar influye de manera favorable creando así un clima de confianza generando en los integrantes de la familia una percepción de bienestar y confort. Asimismo, ayuda a comprender cómo funciona cada familia, para así poder brindar una mejor atención, un mejor cuidado al integrante de la familia que lo necesita y que a su vez padece de su enfermedad. Por otro lado, una persona con enfermedad oncológica necesita el apoyo tanto de su familia como del equipo multidisciplinario para poder satisfacer sus necesidades y poder realizar las actividades para su autocuidado ⁽⁶⁾. El autocuidado ha evolucionado como concepto a lo largo de los tiempos y está asociado a la autonomía, la independencia y la responsabilidad personal que puede ser conceptualizado como un proceso de salud y bienestar del individuo innato, pero también

es conceptualizado como la capacidad de tomar iniciativa, actuar y funcionar de forma eficaz en el desarrollo de su potencial para la salud del mismo modo, la esencia del autocuidado es el control del individuo sobre su salud, el empoderamiento, un derecho de todas las personas, que debe fomentarse al máximo hasta el final de la vida ⁽⁹⁾. Las principales consecuencias negativas relacionadas con la salud son de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa, baja autoestima, frustración y abandono en la salud ⁽⁷⁾. Por otro lado, las características que presentan el cáncer y su difícil pronóstico, regularmente relacionada a malignidad y sufrimiento, hacen que el manejo sea poco complicado y el proceso repercute de manera negativa y significativa en el rendimiento laboral y en la vida personal de los pacientes y sus familias ⁽¹⁰⁾.

Finalmente, por todo lo anterior expuesto sobre el incremento del cáncer de próstata en adultos, creemos que es importante la participación familiar en todo el proceso de enfermedad del paciente oncológico para su bienestar, recuperación, afrontamiento de la enfermedad y el cuidado de la salud desarrollando un conjunto de alternativas para su bienestar integral. Del mismo modo, cabe preguntarse ¿qué tan importante es la presencia familiar en el desarrollo de la enfermedad?, ¿qué tanto conocen los pacientes sobre su autocuidado?, ¿el clima familiar influye en el autocuidado del paciente oncológico? Por ello, se formula la siguiente pregunta que conllevará en la búsqueda de respuestas ante la problemática mencionada. Asimismo, espero mediante esta investigación poder aportar información útil tanto para las personas que hoy en día padecen esta terrible enfermedad como para las familias, personal de salud y los especialistas en la materia, encargados de guiar, orientar y ser referente para que el paciente tome las correctas decisiones y consigo posibles soluciones respecto a la salud y cuidado integral.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el clima social familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada en Lima, 2022?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es la relación que existe entre las relaciones familiares y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada en Lima, 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre el desarrollo familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada en Lima, 2022?

¿Cuál es la relación que existe entre la estabilidad familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada en Lima, 2022?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivos General

Determinar la relación que existe entre el clima social familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar la relación que existe entre las relaciones familiares y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata.

Identificar la relación que existe entre el desarrollo familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata.

Identificar la relación que existe entre la estabilidad familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Justificación teórica

Esta investigación en lo que respecta a la justificación teórica, expondrá mediante análisis, diversas teorías, definiciones y/o conceptualizaciones sobre el clima social familiar y el autocuidado del paciente oncológico, contribuyendo a entender la importancia de la presencia del entorno familiar frente al proceso de enfermedad, ya que como tal; la familia es la pieza fundamental ante la sociedad con un valor afectivo y constante aprendizaje social. Asimismo, permitirá ampliar conocimientos ya implícitos y a su vez, estructurar guías o métodos de ayuda para ser frente a la enfermedad del cáncer como pieza familiar. El lazo familiar permite y ayuda al ser humano a desarrollarse de manera autónoma e independiente creando así su propio autocuidado, su propio respeto y amor por uno mismo a pesar de las diferentes adversidades. Por tanto, los resultados de este proyecto servirán para la creación futura de nuevos estudios bajo el mismo tema de análisis.

1.4.2 Justificación metodológica

En lo que respecta a la justificación metodológica, este proyecto de investigación hará uso de instrumentos validados con el propósito de evaluar el proyecto en estudio; Clima social familiar y autocuidado hallando así, información y resultados relevantes, los cuales serán de provecho para

futuras investigaciones. Del mismo modo, los resultado y análisis de estos permitirán un desarrollo de políticas y programas dentro de hospitales y clínicas fomentando la participación no solo del paciente, sino también de la familia contribuyendo a mejorar su autocuidado.

1.4.3 Justificación práctica

Dentro de la justificación práctica, este proyecto en estudio permitirá analizar y evaluar la situación actual del paciente oncológico en relación con el ambiente familiar y el autocuidado. Del mismo modo, los resultados permitirán sensibilizar a las personas, familias y autoridades para la elaboración de guías, capacitaciones, proyectos, estrategias que ayuden y promuevan en la atención del paciente con cáncer mejorando las relaciones familiares y promoviendo su propio cuidado.

1.5. Delimitación de la Investigación

1.5.1 Temporal:

Este proyecto de investigación tendrá como delimitación temporal los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2022. Siendo el periodo de procedencia en la recolección de datos.

1.5.2 Espacial:

El proyecto de investigación se desarrollará en una clínica general en Lima, ubicada en calle Gral. Borgoño, Miraflores 15074. Cuenta con procesos orientados a la calidad en el trato humano del paciente y sus cuidados. Asimismo, cuenta con área de consultorios, procedimientos, imágenes, banco de sangre y 10 piso de los cuales se dividen por especialidades, siendo uno de

ellos el piso 9 y piso 7 de hospitalización oncológica, lugar específico a desarrollarse el proyecto de investigación.

1.5.3 Población o unidad de análisis

En relación con la población de análisis, este proyecto contará con los pacientes que asisten a la clínica para administración de quimioterapia, además de paciente que acuden para atención medica abordando al paciente oncológico.

2. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Gonzales, et al (15) en el año 2019, en Cuba. Publicaron un estudio cuyo objetivo fue: “Proponer una estrategia de autocuidado en los adultos mayores con cáncer de próstata en la comunidad”. Fue un estudio de intervención y desarrollo en el Policlínico Centro del municipio y provincia Sancti Spíritus, desde el 2016 al 2017. Se utilizó como parte de instrumento entrevista estructurada a los adultos mayores con cáncer de próstata en la comunidad para conocer la mejoría del estado de salud, luego de aplicar la estrategia se compararon las proporciones poblacionales mediante prueba de McNemar. Resultado: se lograron cambios significativos en el nivel de conocimiento de los médicos, al finalizar el programa de capacitación se obtuvo 56,52 % lo que muestra un nivel aceptable. El 61,53 % del estado de salud de los adultos mayores fue bueno; el autocuidado se alcanzó de forma aceptable en el 63,46 %. La sobrevida con más de diez años después de aplicada la estrategia fue de 67,30 %. Finalmente, concluyeron en que se logró la estrategia de autocuidados en los adultos mayores con cáncer de próstata, que incluye acciones y actividades que favorecen el logro de cambios significativos en el autocuidado.

Ávila, (16) en el año 2016, en España. Desarrolló un estudio cuyo objetivo fue: “Evaluar la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los pacientes oncológicos atendidos en la unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital San Juan de Dios y Hospital México, Costa Rica”. Fue ejecutado con 173 pacientes oncológicos atendidos en unidades de cuidados paliativos como población muestra. Este estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo, no experimental y transversal. Como parte instrumental se recolectó información sobre aspectos epidemiológicos,

funcionalidad familiar, calidad de vida y sobre el grado de dependencia asociada a las actividades básicas de la vida diaria. Del cual, se realizó análisis descriptivos e inferenciales para evaluar principalmente las diferencias entre ambos hospitales ($p < 0,05$). Resultados: Presentaron prácticamente iguales niveles de funcionalidad familiar, asociándose con la categoría de familia altamente funcional. Asimismo, presentaron similares grados de calidad de vida en función a las dimensiones de estudio. Conclusión: Existe relación entre la sobrecarga familiar para el caso de pacientes oncológicos relacionándose íntimamente con el de Calidad de vida y función familiar y social.

Do Carmo, et al (17) en el año 2020, en Brasil. Realizaron un estudio cuyo objetivo fue: “Comprender, desde la perspectiva de los familiares cuidadores, cómo el proceso de cuidar de la persona con cáncer impacta en la vida del cuidador y la dinámica familiar”. Tuvieron como población estudio a familiares cuidadores de personas con cáncer, de la ciudad de Viçosa, Minas Gerais y Brasil (desde diciembre de 2016 hasta enero de 2017). El estudio fue de tipo descriptivo y exploratorio con un enfoque cualitativo. Se utilizó como parte del instrumento una guía con preguntas abiertas, elaborado a partir de la experiencia profesional de los autores, estructurada sobre la base de la escala de Zarit. Resultado: Los familiares cuidadores mostraron alteraciones en las necesidades humanas básicas relacionadas con los dominios psicobiológico, psicosocial y psicoespiritual. Conclusión: Los profesionales de enfermería deben de incluir a la familiar como plan de atención, planificando acciones que se centren en el apoyo educativo, psicológico, humanizado, empático e integral como también, en la promoción de la salud a fin de disminuir el desgaste físico, psicológico y social del cuidador.

Gorozabel, et al (20) en el año 2020, en Ecuador. Desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue: “Caracterizar las condiciones familiares que favorecen el acompañamiento en el tratamiento

de los pacientes oncológicos”. El estudio fue de enfoque positivista, descriptivo con corte transversal no experimental. Aplicaron como instrumento una encuesta a 20 pacientes que reciben tratamiento oncológico dentro de las instalaciones del hospital SOLCA de Portoviejo y 20 encuestas a familiares o cuidadores que se encontraban acompañando a estos pacientes. Resultados: Permitieron constatar que las condiciones familiares que favorecen la permanencia en el acompañamiento del tratamiento de un familiar oncológico se deben a la existencia del fortalecimiento en las relaciones familiares, sociales y estabilidad emocional en los miembros del grupo familiar. Conclusión: Las condiciones familiares favorecen la permanencia del acompañamiento en el tratamiento de los pacientes oncológicos, siendo de compromiso radical y de responsabilidad para sobrellevar la enfermedad del paciente.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Almirón, (14) en el año 2017, en Arequipa. Se realizó una investigación cuyo objetivo fue: “Identificar la influencia de la familia en la calidad de vida de autocuidado del paciente adulto oncológico con tratamiento ambulatorio de quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el año 2017”. Este, fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal. Tuvo como muestra 35 pacientes. Como parte del instrumento se utilizó dos cuestionarios el primero fue el cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 y el segundo instrumento fue un cuestionario de apoyo familiar a personas con cáncer. Resultados: Mostraron una relación significativa y positiva del apoyo afectivo con las escalas de vitalidad y salud mental, a su vez, se observó buenos niveles en la muestra de calidad de vida de autocuidado y del apoyo percibido por parte de los pacientes evaluados.

Pascuala, et al (19) en el año 2016, en Trujillo. Desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue: “Determinar la relación entre el funcionamiento familiar, apoyo social y la resiliencia del autocuidado en el adulto oncológico”. Fue de tipo correlacional y de corte transversal. Fueron 80 adultos oncológicos la población en estudio y los instrumentos utilizados fueron la prueba de percepción de funcionamiento familiar FF-SIL con un Alfa de Cronbach 0.75 y, el otro instrumento fue el Cuestionario MOS donde la puntuación total en alfa fue de 0.97. Resultado: El 23.8% de funcionamiento familiar en el adulto oncológico es severamente disfuncional, el 30% disfuncional, mientras un 25 % fue moderadamente funcional y, el 21.2% fue funcional. Respecto al apoyo social presentaron; apoyo social máximo el 46.2%, el 36.3% medio, mientras el 17.5% mínimo. En cuanto a la resiliencia, el 36.3% es alta, el 38.8% media y el 25% baja. Conclusión: Significativamente existió una relación entre el nivel de funcionamiento familiar con el nivel de resiliencia de cuidado y, el nivel de apoyo social con el nivel de resiliencia.

Robles, (18) en el año 2018, en Lima. Desarrolló un estudio cuyo objetivo fue: “Determinar los conocimientos y las actitudes de autocuidado en los varones mayores de 40 años que acuden al consultorio de la especialidad de Urología sobre el cáncer de próstata en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales”. Éste fue un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra fue constituida por 168 participantes varones mayores a 40 años de edad. Se aplicó una encuesta dirigida a recabar información sobre los conocimientos y actitudes de autocuidado hacia el cáncer de próstata constituida por 13 preguntas. Resultado: El 57,8% de los encuestados se ha informado acerca del cáncer de próstata mediante los amigos y la familia. Por otro lado, las actitudes que presentan los encuestados frente al cáncer de próstata son hasta cierto grado ambiguas. Finalmente, se concluyó que el nivel de conocimientos que tiene la población que asiste al consultorio de la especialidad de Urología sobre el cáncer de próstata en el Hospital Nacional

Sergio E. Bernales es bajo. Asimismo, la actitud de autocuidado frente al cáncer de próstata en los varones mayores de 40 años es favorable.

Vásquez, (21) en el año 2019, en Chiclayo. Ejecutó un estudio cuyo objetivo fue: “Determinar el apoyo familiar en pacientes oncológicos adultos”. El estudio fue de tipo bibliográfico descriptivo, cuantitativo, cualitativo y mixto; haciendo uso de artículos publicaciones (entre el año 2014-2020), artículos originales, texto completo; empleando además, las principales bases de datos: Proquest, Sciencedirect, BVS y Google Académico. Resultado: Según el estudio fue el de tipo las cualitativas y cuantitativas, empleando encuestas, entrevistas y observación directa. conclusión: La enfermedad, no es solamente individual; en la afectación de la persona enferma hay que sumarle el efecto que el cáncer produce en el entorno familiar.

2.2. Bases teóricas

Para el desarrollo de este fenómeno en estudio es preciso; abordar en la investigación sobre el clima social familiar y autocuidado como constructo teórico.

El padecimiento de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algún integrante de la familia; puede abarcar un serio problema en la funcionalidad; llegando a una desorganización, alteración y cambio que pone en riesgo la estabilidad de cada miembro de la familia. Por ello, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando y que puedan llevarlos a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (Crivello, 2013) ⁽¹⁷⁾.

2.2.1 Definición de familia

La familia es la organización social más importante para el hombre ya que, al pertenecer a una agrupación de este tipo es vital en el desarrollo psicológico y social del individuo ⁽¹⁵⁾. Por otro lado, la familia es definida como un grupo de personas unidas por un parentesco. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción ⁽¹⁶⁾. Por tanto, el concepto de familia ha ido sufriendo transformaciones conforme los cambios en la sociedad según las costumbres, cultura, religión y el derecho de cada país y durante mucho tiempo, se definió como familia al grupo de personas conformadas por una madre, un padre y los hijos e hijas que nacen a raíz de esta relación ⁽¹⁶⁾.

2.2.2 Definición de clima Social familiar

El clima social familiar es una de las más relevantes conceptualizaciones en el estudio de la conducta humana en los contextos sociales ya que, surge de la ecología social y se constituye en un enfoque que estudia la conducta humana desde diferentes perspectivas ⁽²⁸⁾. Por otro lado, el clima social familiar está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes de la misma ⁽¹⁴⁾.

La familia conforma la primera línea de soporte para el individuo; por lo que se reconoce que el clima sociofamiliar, muestra un protagonismo importante de protección y prevención frente a eventos negativos relacionados con la aparición o desarrollo de la enfermedad. Cabe agregar que cuando el cáncer particularmente comienza a mostrar sus síntomas y signos iniciales, las familias comienzan a brindar cuidado, soporte, asistencia, acompañamiento y atención para el paciente oncológico ⁽²²⁾.

El apoyo familiar en el paciente, se da cuando sus objetivos familiares o funciones básicas como brindar seguridad, afecto y respaldo económico se cumplen plenamente a pesar de las adversidades, todo esto permite aumentar la esperanza de poder superar el momento por el que están pasando y así también permite al paciente y a su familia confiar en el especialista y el tratamiento que recomiende ⁽¹⁷⁾. Asimismo, el clima social familiar es uno de los medios con mayor impacto sobre la salud.

Moos, Moos y Trickett refiere que el clima social familiar es “la apreciación de las características socio ambientales de la familia, la misma que se configura mediante el proceso de interrelaciones interpersonales que se establecen entre los miembros de la familia a través de sus relaciones, desarrollo y estabilidad” (1989, citado por Pichardo, 1999) ⁽²⁴⁾. Según House, define apoyo social familiar como un “acuerdo mutuo que se desarrolla entre dos o más personas dentro del contexto familiar en el cual se genera y fortalecen vínculos”. Asimismo, el autor plantea 4 tipos de apoyo: emocional, instrumental, informativo y evaluativo, ⁽²⁰⁾

Por otro lado, Zavala (2001) define el clima familiar como “el estado de bienestar resultante de las relaciones que se dan entre los miembros de la misma”. Es decir, refleja el grado de comunicación, cohesión e interacción, así como el nivel de organización con que cuenta la familia y el control que ejercen unos sobre otros ⁽²³⁾.

Moreno, Estévez, Murgui, y Musitu (2009) mencionan que el clima familiar está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, demostrando así ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes que lo conforman ⁽²⁵⁾.

Finalmente, la conceptualización del clima social familiar es muy importante para contar con una adecuada relación intra e interpersonal con nuestro entorno e influye en la toma de nuestras decisiones; como bien se sabe es necesario lograr desenvolverse de manera óptima en el medio en que uno interactúa cotidianamente, gracias a esta interacción las personas podrán afrontar situaciones difíciles expresándose adecuadamente, siempre y cuando uno tenga la capacidad para hacerlo ⁽¹⁸⁾.

2.2.3 Teorías sobre el Clima social Familiar

Existen varias teorías en relación con el clima social familiar, entre ellas tenemos; para Moos, Moos y Trickett 1994 (citado por Espina y Pumar, 1996) describen su teoría desde la perspectiva donde “El clima social dentro del cual funciona un individuo debe tener un impacto importante en sus actitudes y sentimientos, su conducta, su salud y el bienestar general, así como su desarrollo social, personal e intelectual”⁽²⁴⁾. Según la teoría de Kemper define “el clima socio familiar como el conjunto de características psicosociales e institucionales de un determinado grupo de personas, sobre un ambiente que se desarrolla en forma dinámica, donde se evidencian aspectos de comunicación e interacción favoreciendo el desarrollo personal”⁽²²⁾.

La teoría de Amezcua; nos dice que, “el clima social familiar es la interacción que se genera entre los sujetos de un sistema familiar, y está asociado a características socioambientales como organización, estructura básica o relaciones interpersonales”⁽²¹⁾.

Según la teoría de Trickett manifiesta que “el clima social familiar es la suma de las aportaciones propias de cada miembro de la familia, dichas aportaciones son de vital importancia en el desenvolvimiento de distintas capacidades como entablar relaciones independientes y solucionar diversos conflictos de manera adecuada”⁽¹⁹⁾. Asimismo, Moos detalla al “clima social familiar como la evaluación de las características socio ambiental que presenta la familia, la cual es explicada en base a las relaciones interpersonales de los individuos que conforman la familia, así como también de los aspectos de crecimiento y su organización básica”⁽²⁰⁾.

2.2.4 Evolución histórica sobre el clima social familiar

La palabra familia proviene de la voz latina *famulia*, la cual deriva de *famulus* que significa siervo y, más remotamente, del *sanscrito vama*, hogar o habitación, por lo cual su significado es el conjunto de personas y esclavos que moraban con el señor de la casa ⁽⁴⁹⁾. La familia es la agrupación humana histórica y jurídicamente la más profunda historia en nuestra civilización, ha sido conceptualizada en distintas maneras por muchas disciplinas y con diversos alcances; así para la ciencia del Derecho es trascendental el concepto jurídico de familia también, pero, creemos que antes es necesario conceptualizarla en su aspecto biológico y social, ya que aquellos inciden directamente en el campo jurídico ⁽⁵⁰⁾.

Morgan, expresa que, en el principio de la humanidad, existió un estado primitivo de comercio sexual sin trabas que, al evolucionar hacia un núcleo de mayor cohesión, tuvo como primera manifestación la familia Consanguínea ⁽⁴⁹⁾. Para Henry Moore “la familia es un grupo de personas formado por individuos unidos, y primordialmente vinculados por relaciones de filiación o de pareja” ⁽¹⁶⁾. Según Minuchin, define familia como “el eje central del bienestar y la dinámica familiar cumple un rol biológico, psicológico, económico y social dentro de la sociedad”, su influencia es determinante para garantizar que sus miembros cumplan las tareas asignadas, así mismo para protegerla de situaciones adversas del entorno y fundamentalmente para ayudar a darle sentido de identidad a sus integrantes ⁽²¹⁾.

Por tanto, en relación al clima socio familiar, la familia desempeña un rol fundamental para el moldeamiento de su personalidad, la supervivencia y el desarrollo de la autoestima (Asociación Americana de Cáncer, 2020) ⁽¹⁸⁾. Cada decir además que, cada individuo, como integrante de familia presenta necesidades físicas, psíquicas y sociales, pero, al mismo tiempo presenta ciertas

expectativas, obligaciones y demandas sobre la sociedad que forma parte de la responsabilidad. Desarrollando una supervivencia familiar, una socialización mediante la interacción, en donde el individuo aprende los valores sociales, culturales que hacen de él un integrante eficaz en el vínculo familiar; otra de la función familiar es el cuidado que significa cubrir las necesidades físicas de la familia para el bienestar. El afecto, conceptualizando como una expresión de sentimientos y emociones de manera respetuosa con los deseos y necesidades de los demás ⁽²⁵⁾.

Finalmente, el clima social familiar hace referencia que tanto la estructura como el papel de cada una de las personas en desarrollo varía según la sociedad; siendo el modelo más conocido de esta estructura familiar, la “familia nuclear”.

2.2.5 Clima social familiar según dimensiones

El clima social familiar según Moos y Trickett (1989), está conformado por tres dimensiones o atributos afectivos; que el autor toma en cuenta para evaluar: la relación familiar, el desarrollo familiar y la estabilidad familiar (citado por Guerrero & Mestanza, 2016) ⁽²¹⁾.

Dimensión 1: Relación familiar

Las relaciones familiares son definidas también como interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye como parte de la dimensión a desarrollar la percepción, que evalúa la unión familiar, además del estilo de la familia para afrontar los problemas y/o expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término a desarrollar está asociado al ambiente y recursos familiares ⁽²¹⁾.

Por otro lado, esta dimensión valora también el grado de comunicación como la libre expresión dentro de la familia. La cual se encuentra conformada por las subescalas: cohesión, la cual es definida como el grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí; y la expresividad, que se refiere al grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos y conflicto, que está descrita como el nivel en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia ⁽²¹⁾.

Dimensión 2: Desarrollo familiar

Según el autor, esta dimensión está relacionada con lo particular de cada familia. Ya que, todas las familias pasan por situaciones de transición y evolución. Sin embargo, cada familia tiene su propio método y estrategia el proceso de adaptación. Esta dimensión evalúa el grado de importancia que tienen ciertos procesos dentro de la familia como la independencia y la competitividad, que pueden darse o no en la vida diaria. Está constituida por cinco subescalas: la autonomía o grado en que los individuos que conforma la familia están seguros de sí mismos y deciden de manera individual; la actuación, denominando al grado en que las actividades (escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competencia; la orientación cultural, intelectual o grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales; social recreativo, que mide el grado de participación en el tipo de actividades; y finalmente la moralidad y religiosidad, definida por la importancia que se da en el ámbito familiar a las prácticas y valores de tipo ético y religioso ⁽²²⁾.

Dimensión 3: Estabilidad familiar

La estabilidad familiar es el cimiento que permite en la familia mantener una línea fuerte, de relaciones sanas, llevando a cabo sus funciones como sistema social para que pueda servir de

modelo saludable para entorno. En este sentido, Bernal (2008) afirma que la inestabilidad familiar no solo afecta al entorno familiar, sino que se generaliza a diversos aspectos de la vida de las personas como son las relaciones sociales, las relaciones de trabajo, el rendimiento laboral y la salud física ⁽²³⁾. Esta se define como aquella que brinda información sobre la estructura y organización de la familia sobre el control que unos miembros ejercen sobre otros. Está conformada por dos subescalas: la primera es la de organización, evalúa el valor que se da en la asignación y organización al planificar actividades de la familia y la segunda es la de control de la vida familiar que se ajusta a reglas y procedimientos ya estipulados.

Para el desarrollo de la investigación, se asumió el modelo teórico del clima social familiar de Moos con sus respectivas dimensiones; pues según el criterio de las investigaciones considera a la familia como un aspecto fundamental para sobrellevar una enfermedad más no determinante, debido a que confluyen múltiples factores de índole económico, social y cultural que rodean al contexto familiar ⁽²²⁾.

2.2.6 Definición de autocuidado

El término autocuidado tiene su origen griego en base a un término conocido como cuidado de sí: *epimeleia heautou*, cuya implicancia se relaciona con una práctica reflexiva que hace una persona sobre sí misma ⁽²⁶⁾. Respecto a definición del autocuidado, la CEPAL, dice que en la mayor parte de vida de las personas hay dependencia de cuidados; es decir de bienes y servicios que garanticen su bienestar y, que se considera como derecho a cuidar, a ser cuidado, a no cuidar y a auto cuidarse ⁽²³⁾.

2.2.7 Definiciones conceptuales de Autocuidado

Para Coppard (1985), “el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigida a mantener y mejorar la salud” ⁽²⁴⁾. Para Dorothea Orem (1958), “el autocuidado una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” ⁽²⁵⁾.

La Organización Panamericana de la salud y la Organización Mundial de la salud (OPS/OMS) refieren que el autocuidado es el medio que promueve al máximo el desarrollo de las personas, asumiendo la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener el estado adecuado de salud y bienestar. En este sentido el equipo de salud juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje y mediante la divulgación de ellos conceptos básicos del cuidado de la salud, lograr que la persona se autovalente en todo aspecto ⁽²⁶⁾.

Por otro lado, el autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud ⁽²⁵⁾. Asimismo, la esencia del autocuidado es el control del individuo sobre su salud, el empoderamiento, un derecho de todas las personas, que debe fomentarse al máximo hasta el final de la vida ⁽²⁶⁾. El desafío en la sociedad actual es que el individuo pase de una actitud pasiva, de receptor de cuidados, a una activa o proactiva, de búsqueda de bienestar y de responsabilidad sobre su propia salud ⁽²²⁾.

2.2.8 Teorías sobre el autocuidado

Para hablar sobre el autocuidado se tomó como referencia el Modelo teórico del autocuidado de Dorothea Orem (1991), desarrollando mediante esta teoría tres aportes importantes siendo; la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Para Dorothea Elizabeth Orem, el autocuidado se define como "las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos". Por tanto, la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida ⁽²⁵⁾. Además define los requisitos de autocuidado del desarrollo como condicionantes del autocuidado como son: desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven, etapas de desarrollo de la edad adulta y el embarazo (en adolescencia o edad adulta); y también aquellas que condicionan o afectan adversamente el desarrollo humano, dentro de las cuales se describen la deprivación escolar, problemas de adaptación social, pérdida de familiares, amigos o colaboradores, pérdida de posesiones o del trabajo, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición social/económica, mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal o muerte esperada, y peligros ambientales ⁽²⁴⁾.

En el modelo teórico de Dorothea Orem, establece tres tipos de requisitos del autocuidado; que vienen a ser las actividades que las personas deben realizar para cumplir el objetivo del autocuidado; siendo estas: a) requisitos de autocuidado universal; b) requisitos de autocuidado del desarrollo; y c) requisitos de desviación de la salud ⁽³⁵⁾. Por otro lado, el modelo teórico de Dorothea Orem se desarrolla también en base a elementos teóricos; siendo el primer elemento: El agente de autocuidado, donde la persona tiene la capacidad de cuidar de sí mismo. El segundo

elemento, es el agente de cuidados dependiente, donde existe una persona que cuida o se encarga del cuidado de otra persona que no tiene capacidad para auto cuidarse y, por último; El tercer elemento, es la salud, que viene a ser el objetivo por el cual una persona aspira a un mejor bienestar (36).

En esta teoría el paciente es el protagonista en la toma de decisiones en la salud y en el desarrollo de sus capacidades de autocuidado, para ello se deben realizar acciones dirigidas hacia sí mismos o hacia características ambientales que interfieren en su estado de salud y los conlleve a tener complicaciones que afecten su calidad de vida (12), además, sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente (25).

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud (24).

El cuidado y autocuidado del paciente oncológico debe ser dirigido a su comodidad y confort personal, así como también al funcionamiento y desarrollo personal. El cuidado de los pacientes oncológicos implica la realización de intervenciones básicas orientadas a suplir las actividades de la vida diaria, e intervenciones avanzadas que apoyan la recuperación de la salud o el mantenimiento de la condición clínica (23). Por tanto, el paciente oncológico necesita el apoyo

tanto de su familia como del equipo multidisciplinario (médicos, enfermeros, técnicos, especialistas) para poder satisfacer sus necesidades y poder realizar las actividades fomentando su autocuidado, entendiéndose como, la práctica de actividades que los individuos hacen, las cuales son realizadas por sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar ⁽²³⁾.

2.2.9 Evolución histórica sobre el autocuidado

A través de la historia, la forma del cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a él, ha sido una construcción materializada de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado; en donde la historia y la ciencia han cumplido un papel importante en su evolución ⁽⁵¹⁾

Partiendo de la cultura griega, el auge de las corrientes filosóficas, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de si, del cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo, “hay que cuidarse y respetarse así mismo”. Es así como los griegos enfatizan la importancia del cuidado no sólo del cuerpo sino también el alma. Siguiendo el hilo de la historia con la tradición judeo – cristiana en las prácticas de cuidado, principalmente con el fomento de la práctica de la castidad, la forma integral del autocuidado practicada por los griegos cambió el simbolismo y el significado del contacto con el propio cuerpo y del otro a pasar a una preocupación centrada en el cuerpo hacía unos cuidados centrados en el espíritu ⁽⁵¹⁾.

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente relacionado con la medicina, también hacen referencia en el concepto y formas de promover el cuidado. Ya que, en su mayoría los cuidados son aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos con

responsabilidad por cada persona; a medidas que se va adquiriendo mayores niveles de autonomía y confianza en sí mismo, frente a la vida. ⁽⁵¹⁾.

2.2.10 Autocuidado en el paciente oncológico

Se define como paciente oncológico a aquella persona que padece y sufre de un tumor, es decir; un cáncer; que en condiciones clínicas el paciente oncológico necesita trato especial, multidisciplinario; teniendo una atención diferente al paciente que padece otro tipo de enfermedad. En este tipo de enfermedad los pacientes suelen volverse más dependientes, ya que, se les dificulta poder realizar ciertas actividades solos; como el aseo personal, comer, vestir, cepillarse los dientes, caminar, tomar medicinas, etc., por lo que necesitan una supervisión y atención constante por parte del entorno familiar, cuidador, personal de enfermería; generando así una alta carga no solo física sino también emocional en la familia y en los mismos pacientes. Cabe decir, que en muchos casos existe el cambio estilo de vida y rutina de las personas que lo rodean para estar con el enfermo el mayor tiempo posible, motivándolo para una buena reacción al tratamiento y pronta recuperación ⁽²⁷⁾.

El autocuidado en pacientes oncológicos consiste en brindar las herramientas necesarias para promover la salud e ir desarrollando el bienestar físico, mental y social de la persona enferma, con la finalidad de poder satisfacer sus necesidades, adaptarse al medio ambiente, tomar decisiones con el propósito de preservar la salud ⁽²⁷⁾.

Es importante además saber que, una persona puede convertirse por sí misma en su propio agente de autocuidado ya que, el personal multidisciplinario te educa, prepara y capacita para un mejor cuidado; brinda una oportunidad a los pacientes y a los familiares para conocer sobre la

enfermedad y cómo actuar frente ante cualquier situación o circunstancia con el objetivo de proporcionar salud y mejorar el bienestar de la persona ⁽²⁸⁾.

2.2.11 Autocuidado según dimensiones

En un grupo de conferencia de Desarrollo de Enfermería – NDCG en base a la teoría de Orem, se planteó tres capacidades de autocuidado, las mismas que han sido consideradas como dimensiones del instrumento ASA ⁽⁵²⁾. Esta Escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) ayuda a medir la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem. La agencia de autocuidado es la capacidad que tiene una persona para que pueda emprender en su propio autocuidado a partir de unos factores que son condicionantes y qué según estos, la persona aplicará o no el autocuidado ⁽⁵³⁾.

Dimensión 1: Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado

Son aquellas relacionadas con las habilidades básicas del individuo como las sensaciones, la percepción, la memoria y la orientación ⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

Dimensión 2: Componentes de poder

Son aquellas que impulsan al individuo la acción de autocuidarse, además facilitan el autocuidado referidas a la valoración de la salud, la energía, motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria ⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

Dimensión de operaciones de autocuidado

Corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad ⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

2.3. Hipótesis de la Investigación

2.3.1. Hipótesis General:

Existe relación estadísticamente significativa entre el clima social familiar y autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022

2.3.2. Hipótesis Nula:

No existe relación estadísticamente significativa entre el clima social familiar y autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022

2.3.3. Hipótesis Específicas

Existe relación estadísticamente significativa entre las relaciones familiares y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022

Existe relación estadísticamente significativa entre el desarrollo familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022

Existe relación estadísticamente significativa entre la estabilidad y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022

3. METODOLOGIA

3.1. Método de investigación

El método de investigación a desarrollar en este proyecto de tesis es el método Hipotético deductivo ya que, mediante el estudio y resultados permitirá restablecer la hipótesis planteada; comprobarla o refutarla combinando la reflexión racional o momento racional ⁽³⁵⁾. Asimismo, el método hipotético deductivo basa sus cimientos en determinados fundamentos teóricos, hasta llegar a configurar hechos o prácticas particulares. (Bernal Torres, 2006) ⁽³⁶⁾

3.2. Enfoque investigativo

El enfoque de investigación de este proyecto de tesis es cuantitativo, debido a que el estudio se hizo con variables de orden numérico. Por ende, este fenómeno de estudio tiene la posibilidad de ser replicado y comparado con estudios similares. (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2014) ⁽³⁷⁾.

3.3. Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo aplicada. Ya que, permitirá a aquellos procesos que buscan convertir el conocimiento puro, es decir; teorías, en un conocimiento práctico y útil para la sociedad ⁽³⁹⁾. Por ende, la investigación aplicada está centrada en resolver problemas de manera práctica, en un contexto determinado o, en otras palabras, busca aplicar los conocimientos desde una o varias áreas para satisfacer necesidades. (Murillo 2008) ⁽⁴⁰⁾.

3.4. Diseño investigativo

El diseño investigativo de este proyecto de tesis es observacional ya que, permitirá adquirir información por medio de la observación directa y registro de fenómenos sin ejercer ninguna intervención ⁽⁴¹⁾. Descriptivo, busca especificar características de la investigación. “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Dankhe, 1986) ⁽⁴²⁾. También es correlacional ya que, se busca encontrar la asociación de las variables en estudio (clima social familiar y autocuidado) en base al instrumento utilizado ⁽⁴³⁾. Esta investigación además es prospectiva ya que la información se ira registrando en la medida que va ocurriendo los hechos hacia un tiempo futuro ⁽⁴⁴⁾ y; finalmente, transversal ya que los datos se recolectan en un solo momento, en un tiempo único ⁽⁴⁵⁾.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

Se contará con la participación de 100 pacientes que acuden de manera semanal y/o mensual al área de hospitalización (tiempo de estadía hospitalaria entre 7 a 15 días aproximadamente) del séptimo y noveno piso para administración de quimioterapia y/o atención medica en relación con la patología oncológica de una clínica de Lima como población análisis. Según Hernández Sampieri y Baptista (2006) definió población como la totalidad del fenómeno a estudiar ⁽⁴⁷⁾.

3.5.2. Muestra:

Se tendrá como muestra los 100 pacientes considerados en la población estudio. Las excepciones de muestra serán las que están determinadas en los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión son:

- Sexo masculino
- Edad entre 50 -80 años
- Diagnosticados cáncer de próstata
- Que se encuentren hospitalizados
- Aceptación voluntariamente a participar firmando consentimiento informado

Los criterios de exclusión son:

- Sexo femenino
- Los menores de 50 años y mayores de 80 años
- Los que no son diagnosticados cáncer de próstata
- Que no se encuentren hospitalizados
- Los que no deseen participar

3.6 Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1: Clima social familiar	Es un ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, donde se dan aspectos de comunicación e interacción reflejando actitudes significativas tanto en la conducta como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes ⁽¹⁴⁾ .	Se medirá con el cuestionario de Escala de clima social familiar (FES) creado por R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett en 1982. Consta de 90 ítems que se distribuyen en 3 dimensiones o subescalas con respuestas dicotómicas verdadero (1 punto), falso (0 puntos). Seguidamente el puntaje dado en la respuesta brindada ⁽⁴⁶⁾ .	Relaciones familiares Desarrollo familiar Estabilidad familiar	Cohesión Expresividad Conflicto Autonomía Actuación Intelectual – Cultural Social – Recreativo Moralidad – Religiosidad Organización Control	Ordinal	Muy mala 0 a 30 Mala 31 - 40 Promedio 41 - 55 Tendencia Buena 56 - 60 Buena 65 Excelente 70 -90
V2: Autocuidado	Es una conducta que fomenta el que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado en situaciones concretas de la vida para alcanzar y mantener el estado adecuado de la salud y bienestar sobre uno mismo, hacia los demás o hacia el entorno ⁽²⁵⁾	Se medirá con el cuestionario de Escala de valoración de Agencia de autocuidado (ASA) creado por Everst 1986. Consta de 24 ítems (15 positivos y 9 negativos) que se distribuyen en 3 dimensiones con respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 4 (siempre) el más alto ⁽⁵⁰⁾ .	Capacidades fundamentales y disposiciones de autocuidado Componentes de poder Capacidad para operaciones de autocuidado	Percepción Memoria Orientación Ordenar Integración Estimativas Transicionales Productivas	Ordinal	Bajo (24 – 43) Regular (63 – 81) Bueno (82 – 96)

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se empleará para ambas variables de estudio la técnica de encuesta; cuyo objetivo es recopilación de datos e información para el tema a investigar. Al mismo tiempo, permite consultar a una población amplia de una manera rápida y económica ⁽⁵⁵⁾.

Se usarán escalas que son cuestionarios con características particulares: los ítems son indicadores del mismo rango y la suma total obtenida de cada escala indicará el nivel de la variable del cual se mide ⁽⁵⁴⁾.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumento 1: Clima social familiar

Se empleará como referencia el cuestionario “Escala de Clima Social Familiar (FES)”, creado por R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett en el año 1982 y Adaptado al Perú por César Ruiz Alva y Eva Guerra Turín en el año 1993 con el objetivo de evaluar las características socio ambientales y las relaciones personales en familia ⁽⁴⁶⁾. Compuesta por 90 ítems que se distribuyen a su vez en 10 subescalas que explican las tres dimensiones fundamentales: relaciones familiares (27 ítems), desarrollo familiar (45 ítems) y estabilidad familiar (18 ítems). Posee además opciones dicotómicas, con alternativas verdaderas y falsas. Seguidamente el puntaje de acuerdo con la respuesta dada; considerando que verdadero equivale a 1 punto y falso 0 puntos y su categorización. Normas: se utilizan normas “T” (Media: 50 - D.S.:10) ⁽⁴⁶⁾.

***Categoría de variable:**

ESCALA VALORATIVA	
Niveles	Rango de valores
Muy mala	0 a 30
Mala	31 - 40
Promedio	41 - 55
Tendencia buena	56 – 60
Buena	65
Excelente	70 - 90

Instrumento 2: Autocuidado

Se empleará para el desarrollo de esta investigación, la escala denominada ASA cuyas siglas de las ingles provienen de Appraisal of Self-Care Agency Scale que significa Apreciación de la Agencia de Autocuidado y fue desarrollada en idioma inglés en Holanda por la investigadora Isenberg junto a un equipo de profesores y académicos académicos. La Escala ASA fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de autocuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado ⁽⁵⁵⁾.

Existen dos versiones de este instrumento, la ASA – A que evalúa la agencia de autocuidado que es reportada por el paciente, y la ASA – B que evalúa la agencia de autocuidado reportada por los profesionales de enfermería. Luego esta escala fue adaptada al español por Esther Gallego 1998 ⁽⁵⁵⁾. Esta escala es uno de los instrumentos más utilizados a evaluar en estudios siendo uno de ellos: Calidad de vida en adultos diagnosticados de enfermedad inflamatoria del

colon (Smollen - Topp 2001), el impacto de intervenciones educativas en la calidad de vida en pacientes con fallo cardiaco (Jaarsmat et al., 2000) y, por último, el cuidado de pacientes ancianos (Ward-Griffin – Brawmell, 1990) ⁽⁵⁶⁾. Esta escala también ha sido traducido a diversos idiomas como alemán, chino, noruego, sueco y castellano ⁽⁵⁶⁾.

El instrumento ASA - A, está conformado 24 ítems (15 positivos y 9 negativos). Posee cuatro opciones de respuesta bajo la escala Likert (nunca 1, casi nunca 2, casi siempre 3 y siempre 4). Además, se divide en tres elementos o dimensiones: capacidades fundamentales y disposición del autocuidado (9 ítems), componente de poder (8 ítems) y Capacidad de operacionalizar el autocuidado (7 ítems) ⁽⁵⁶⁾.

En cuanto a la puntuación, la valoración mínima es 24 puntos y la máxima es 96 puntos.

***Categoría de variable:**

ESCALA VALORATIVA	
Niveles	Rango de valores
Bajo	0 a 30
Regular	31 - 40
Bueno	41 - 55

3.7.3. Validación de instrumento

Instrumento 1: Clima social familiar

En este instrumento, se probó la validez de la prueba correlacionándola con la Prueba de Bell, específicamente en el área de Ajuste del Hogar. También, se prueba el FES (escala de clima social familiar) con la Escala TAMAI el área familiar. (La muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias), en el estudio de Ruiz y Guerra (Perú 1993) ⁽⁴⁸⁾.

Instrumento 2: Autocuidado

La validez de este instrumento (ASA) fue dado en muchas regiones de Europa, Asia y Latinoamérica. La correlación de la Escala ASA con la Escala de la Habilidad de los Adultos Mayores (Self-Care Ability Scale for the Elderly) para el autocuidado fue de 0,69 ⁽⁵⁵⁾.

3.7.4. Confiabilidad de instrumento

Instrumento 1: Clima social familiar

Para la estandarización en Lima, en cuanto a la Confiabilidad usaron el método de Consistencia Interna, los coeficientes de fiabilidad van de 0,88 a 0,91 con una media de 0,89 para el examen individual, siendo las áreas de cohesión, intelectual – cultural, expresión y autonomía, las más altas (La muestra usada en este estudio de confiabilidad fue de 139 jóvenes con promedio de edad de 17 años). En el test – retest con dos meses de lapso, los coeficientes eran de 0,86 en promedio (variando de 3 a 6 puntos) ⁽⁴⁸⁾.

Instrumento 2: Autocuidado

Las pruebas psicométricas del instrumento ASA en diversos países como Hong Kong, Holanda, Suiza, Noruega, México y otros han dado valoraciones aceptables y en una investigación mexicana su confiabilidad alfa de Cronbach resulto ser 0.77; en diversos estudios de maestría en Colombia también se reportaron coeficientes de confiabilidad igual a 0.744 sin reportar análisis factorial ⁽⁵⁵⁾.

En el Perú, en una investigación se utilizó la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) en su segunda actualización elaborada por Achury, Sepúlveda y Rodríguez con una confiabilidad de 0.84 ⁽⁵⁵⁾

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Para implementar el estudio se realizará el trámite administrativo, mediante un oficio al director de la Clínica a fin de poder obtener la autorización necesaria para el plan de procesamiento y análisis de datos de la información. Luego, se procederá a coordinar con el jefe del área de hospitalización de dicha clínica con la finalidad de poder establecer un cronograma de actividades para la obtención y recolección de datos considerando los tiempos de intervalo de 10 a 15 minutos para poder aplicarlo, esto se hará previo consentimiento informado al paciente.

Una vez recolectada la información, estos datos serán procesados en una base Excel y posterior a ello, bajo el uso del Programa SPSS en su versión 26. para identificar los niveles de ambas variables mencionadas. Finalmente, los resultados obtenidos serán presentados en tablas y/o gráficos estadísticos donde se analizará e interpretará de manera correspondiente la información obtenida.

3.9. Aspectos Éticos

Para el desarrollo de esta investigación se tomará en cuenta los principios bioéticos considerándose la aplicación del consentimiento informado con previa información clara dada a las participantes

Principio de autonomía

El principio de autonomía se verá reflejada en este estudio mediante el permiso de la participación, respetando su decisión y libre voluntad, así como también; la discreción y garantía de información para fines de estudio sin lucrar, resguardando la confidencialidad y veracidad del estudio.

Principio de beneficencia

De acuerdo con este principio se trabajará en beneficio de la institución frente al estudio de investigación promoviendo crear nuestras estrategias, planeamientos de intervención y cuidado.

Principio de no maleficencia

Se explicará a cada participante el beneficio y la finalidad de su participación en este estudio del cual no implica ningún riesgo a su salud e integridad.

Principio de justicia

Se brindará trato cordial a cada participante sin discriminación ni preferencia alguna. Del mismo modo se aplicarán los instrumentos de forma equitativa con un tiempo de desarrollo prudente.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma

Actividades	AÑO 2021				AÑO 2022							
	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
1. Identificación del problema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Elaboración de la situación problemática. Formulación del problema												
4. Elaboración de objetivos												
5. Elaboración de justificación												
6. Elaboración de la limitación de la investigación												
7. Elaboración de marco teórico												
8. Elaboración de hipótesis												
9. Elaboración de la metodología												
10. Elaboración de la población y muestra												
11. Definición conceptual y operacionalizada de variables												
12. Elaboración de técnicas e instrumentos de recolección de datos												
13. Elaboración del plan de procesamiento y análisis de datos												
14. Elaboración de aspectos éticos												
15. Elaboración de aspectos administrativos												
16. Elaboración de referencias bibliográficas según Vancouver												
17. Elaboración de anexos												
18. Aprobación de proyecto												
19. Aplicación del trabajo en campo												
20. Redacción del informe final												

Leyenda: **Actividades cumplidas**  **Actividades por cumplir** 

4.2. Presupuesto

***Presupuesto general / total:**

Descripción	Subtotal (S/.)
Costo de Bienes	525.00
Costo de servicios (Transporte e internet)	400.00
Recursos Humanos	4600.00
Total, Servicios (S/.)	5,525.00

***Recursos humanos:**

Recursos	Descripción	Precio (S/.)
Asesor del informe	El que orientara en el proyecto presentar	3 700.00
Estadista	Maneja SPSS	500.00 300.00
Encuestador	Colabora con las encuestas	100.00
TOTAL		4 600.00

***Bienes**

Descripción	Subtotal (S/.)
Lapiceros	15.00
Copias	60.00

Impresiones	250.00
Hoja A4	60.00
Tinta para la impresora	80.00
Otros	60.00
TOTAL	525.00

***Servicios**

Descripción	Subtotal (S/.)
Movilidad	150.00
Internet	150.00
Otros	100.00
Total, Servicios (S/.)	400.00

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Juan Carlos Arturo Astigueta Pérez. El cáncer de próstata y su tamizaje en el Perú. Universidad privada Antenor Orrego. Trujillo - Perú. Vol. 3 núm. 4 – 2019 Disponible en: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/503/448>
2. Mariela Pow Sang, Marco A. Huamán. Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. Revista peruana médica. 2013; 30(1):124-28 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a23v30n1.pdf>
3. Héctor Lamadrid Figueroa. Cáncer de próstata: resultado de estudio de la carga global de la enfermedad. Instituto nacional de salud pública. 2017 Disponible en: [Diapositiva 1 \(paho.org\)](#)
4. Frank Young, T., Paila Montenegro B., Alfredo Aguilar C. Manejo multidisciplinario del cáncer de próstata. Auna 2019 Disponible en: [https://marketing.oncosalud.pe/hubfs/Manejo%20Multidisciplinario%20de%20C%C3%A1ncer%20de%20Pr%C3%B3stata%20\(MMCP\)%20\(1\).pdf](https://marketing.oncosalud.pe/hubfs/Manejo%20Multidisciplinario%20de%20C%C3%A1ncer%20de%20Pr%C3%B3stata%20(MMCP)%20(1).pdf)
5. Mayer Zaharia. El cáncer como problema de salud pública en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Revista Peruana Medica Experto Salud Publica. 2013;30(1):7-8 Disponible en: [es \(scielosp.org\)](#)

6. Gloria Diaz A., Juan Yaringaño. Clima familiar y afrontamiento al estrés en paciente oncológicos. Hospital Edgardo Rebagliati Martens. Revista IIPSI. Facultad de psicología. 2010 Disponible en: [Vista de Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos \(unmsm.edu.pe\)](#)

7. Catunta Orccori, Lourdes, Centon Mamani Yvette. Clima familiar y su influencia en el desarrollo de los estilos de afrontamiento en la adolescencia de los participantes del programa a “JÓVENES LÍDERES HACIA UN FUTURO MEJOR” del ministerio público, Arequipa – 2017 Disponible en: [TScorl.pdf \(unsa.edu.pe\)](#)

8. Alejandro Torres Reyes, Inés Tenahua Quitil, María Araceli García López. es. Relación de calidad de vida y autocuidado en el paciente adulto con cáncer. Journal Health NPEPS. 2019 jan-jun; 4(1):16-30. Disponible en: [file:///C:/Users/USER/Desktop/ESPECIALIDAD%20DE%20ONCOLOGIA/EBE%201/EBE/AUTOOCUI.pdf](#)

9. Nix Jaira Ruiz Vázquez. Conocimiento sobre autocuidado y su relación con la calidad de vida de los pacientes con quimioterapia de la Clínica Oncosalud – 2017 Disponible en: [file:///C:/Users/USER/Desktop/ESPECIALIDAD%20DE%20ONCOLOGIA/EBE%201/EBE/autocuidado%20del%20cancer%20de%20prostata.pdf](#)

10. Karen Susan Olin Gonzales, Suseng Sao Madrigal Usca. Clima familiar y afrontamiento del estrés en pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la liga contra el cáncer. Arequipa. 2012.
11. Delia Esperanza, Lourdes Jordán. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Práctica clínica. Universidad Guanajuato – México. m. Vol. 19 N°2 Marzo, 2011 Disponible en:
<file:///C:/Users/USER/Desktop/ESPECIALIDAD%20DE%20ONCOLOGIA/EBE%201/EBE/autocuidado%20y%20enfermer.pdf>
12. Silvia Johana Mafalda Cunha, Pontifica Sousa Patricia. Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. Enfermería global. Brasil - 2015 Núm. 37 – pág. 372 Disponible en:
<file:///C:/Users/USER/Desktop/ESPECIALIDAD%20DE%20ONCOLOGIA/EBE%201/EBE/AUTOUIDADO.pdf>
13. Almirón Baca Carlota. Influencia de al familiar en la calidad de vida del paciente oncológico adulto con tratamiento ambulatorio de quimioterapia en el instituto Regional de enfermedades neoplásicas del sur 2017. Universidad nacional de San Agustín de Arequipa - Perú 2017. Disponible en: <file:///E:/antecedente/CHSalbac.pdf>
14. Abanto Cueva Elizabeth, Sachún Bustinaza Lucia. Funcionamiento familiar, apoyo social, y resiliencia en el adulto oncológico. Hospital de alta complejidad Virgen de la

puerta. Trujillo 2016. Disponible en:

https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2438/1/RE_ENFE_ELIZABETH.ABANTO_LUCIANA.SACHUN_FUNCIONAMIENTO.FAMILIAR%2cAPOYO%2cSOCIAL.Y.RESILIENCIA_DATOS.PDF

15. Gonzales Pérez Aneysis, Naranjo Hernandez Ydalsys, Mirabal Requena Juan Carlos y Escobar Belquis. Estrategia de autocuidado en los adultos mayores con cáncer de próstata en la comunidad. Universidad de ciencias médicas. Cuba 2019. Disponible en: [articulo 1.pdf](#)

16. Ávila Espinoza Eduardo. Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes oncológicos que reciben cuidados paliativos. Universidad de Salamanca. Escuela de medicina. España. 2015. Disponible en https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128489/DME_AvilaEspinozaE_Calidadpacientesc%3%a1ncer.pdf?sequencehttp://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v33n2/a08v33n2.pdf&isAllowed=y

17. Bazán López Karent Yolanda. Impacto socio – afectivo en familia de pacientes oncológicos de cáncer de mama, del instituto regional de enfermedades neoplásicas. Universidad Nacional de Trujillo. 2017. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/10162/L%c3%93PEZ%20BAZ%c3%81N%20KARENT%20YOLANDA%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Robles Martel Eduardo Miguel. Conocimiento y actitudes de autocuidado en varones mayores de 40 años como determinante en la prevención del cancer de prostata en el hospital nacional Sergio E. Bernales, 2016. Disponible en https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3727/robles_mem.pdf?sequence=3&isAllowed=y
19. Alvarado Sánchez Karin, Romero Matute Shirley, Salas Humanan Melanie. Apoyo familiar en cuidado del paciente oncológico adulto hospitalizado con quimioterapia en el Instituto Nacional de Lima. 2018. Disponible: file:///C:/Users/USER/Desktop/Apoyo_AlvaradoSanchez_Karin.pdf
20. Pi Osorio, María, Erconvaldo Alberto. Clima Familiar: una nueva mirada a sus dimensiones e interrelaciones. Universidad de Ciencias médicas. Policlínico Edor de los reyes Martínez Arias. Juguaní. Multimed. Revista Médica. Granma RPNS-1853- : ISSN 1028-4818- 2016. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul162q.pdf>
21. Angulo Salas Roger Joaquín. Clima social familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perú - 2020. Disponible: <http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/777/Angulo%20Salas%2c%20R%2c>

3%b3ger%20Joaqu%c3%adn%20_%20Estr%c3%a9s%20-
%20Oncol%c3%b3gicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Rodríguez Mateo, Heriberto; Luján Henríquez, Isabel; Díaz Bolaños, Carmen Delia; Rodríguez Trueba, José Carlos; González Sosa, Yurena SATISFACCIÓN FAMILIAR, COMUNICACIÓN E INTELIGENCIA EMOCIONAL. vol. 1, núm. 1, 2018 Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores, España. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3498/349855553013/349855553013.pdf>
23. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3049/MENDO-FLORES.pdf?sequence=5>
24. Mafalda da Cunha Silvia, Sousa Patricia. Estrategias para el autocuidado del personal con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. Brasil – Enero 2015. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/revision2.pdf>
25. Muñoz Noelia, Urquiza Telma. Enseñanza de autocuidado en paciente oncológico. Importancia del autocuidado del paciente oncológico en tratamiento de quimioterapia. Argentina - 2014. Disponible en:
https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5762/munoz-noelia.pdf

26. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
27. Cristina Hernández Martín, Manuel Frutos Martín. El modelo d Virginia Henderson en la práctica de enfermería. Tesis – 2016. Disponible:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=5F09300A648920FDB290F73FBD54863E?sequence=1>
28. Algañaraz Melisa, Pérez Angela, Coronel Eliana. Cuidado, higiene y confort del paciente. Universidad Nacional de Cuyo. Argentina – 2012. Disponible en:
https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/7868/algaaraz-melisa.pdf
29. Collado Manjon M.T. Mompean Oliva. Nutrición en el paciente oncológico. Guía de practica de nutrición hospitalaria. RAPD ONLINE VOL. 32. N°4. JULIO - AGOSTO 2010. Disponible en:
<file:///C:/Users/USER/Downloads/RAPD%20Online%202009%20V32%20N4%2007.pdf>
30. Haslen Cáceres Lavernia, Elia Neninger Vinageras, Yanet Menéndez Alfonso, Jesús Barreto Penié. Intervención nutricional en paciente con cancer. Hospital Clinico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba. Revista Cubana de Medicina. 2016;55(1): 59-73. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v55n1/med06116.pdf>

31. Ayala del Calvo, Luz Esperanza, Sepulveda Carrillo Gloria. Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. Revista electrónica trimestral. Brasil. Enero 2017. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00353.pdf>
32. Marilia Aparecida Carvalho Leite, Denismar Alves Nogueira, Fábio de Souza Terra. Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dic. 2015;23(6):1082-9. Brasil. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XBVZNTmBfn5Vz776qtGsGfy/?format=pdf&lang=es>
33. M. Schroller Pujol. La autoestima y el proceso de adaptación a los cambios físicos. Servicio de Cuidados Paliativos. Institut C atala d'Oncologia. Barcelona. MED PAL (MADRID) MEDICINA PALIATIVA Vol. 9: N.  2; 82-86, 2002. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Articulos/archivoPDF_313.pdf
34. Cesar Augusto Bernal torres. Metodología de la investigación. administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Universidad de La Sabana, Colombia. Tercera edición. PEARSON EDUCACIÓN, Colombia, 2010 ISBN: 978-958-699-128-5  rea: Metodología. Disponible: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigación-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
35. Bayron José Prieto Castellano. El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales.

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. Cuadernos de Contabilidad, 2017, 18(46),
ISSN: 0123-1472. Disponible en:

file:///C:/Users/USER/Downloads/El_uso_de_los_metodos_deductivo_e_inductivo_para_a.pdf

36. Sampieri Hernández Roberto, Collado Fernández Carlos y Lucio Baptista Pilar.
Metodología de la investigación. McGraw- Hil Interamericana. México. D.F. 2013
Disponible en: <http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/219/2014/04/Hernandez-Sampieri-Cap-1.pdf>
37. Alfredo Otero Ortega. Enfoques de Investigación. 2018. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Alfredo-Otero-Ortega/publication/326905435_ENFOQUES_DE_INVESTIGACION/links/5b6b7f9992851ca650526dfd/ENFOQUES-DE-INVESTIGACION.pdf
38. Jorge Tam Malaga, Giovanna Vera, Ricardo Oliveros Ramos. Tipos, Métodos y estrategias de investigación científica. 2008. Disponible en:
http://www.imarpe.pe/imarpe/archivos/articulos/imarpe/oceanografia/adj_modela_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf
39. Vargas Cordero Zoila Rosa. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal 33(1), 155-165, ISSN: 0379-7082, 2009. Costa Rica. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>

40. Carlos Bernardo Zárate, Yvana Carbajal Llanos, Rosa Velásquez Muñoz, Carmen Figueredo Echeandía y Herbert Robles Mori. Metodología de la investigación. Material didáctico para uso exclusivo de los estudiantes de las Facultades y Escuelas Profesionales. 2017. Disponible en: <https://www.usmp.edu.pe/estudiosgenerales/pdf/2017-I/MANUALES/METODOLOGIA%20DE%20LA%20INVESTIGACION.pdf>
41. Müggenburg Rodríguez V., María Cristina; Pérez Cabrera, Iñiga Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa Enfermería Universitaria, vol. 4, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 35-38 Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>
42. Aldo Álvarez Risco. Clasificación de las investigaciones. Universidad de Lima. Facultad de ciencias empresariales y económicas. 2020. Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10818/Nota%20Acad%20%2818.04.2021%29%20-%20Clasificaci%20de%20Investigaciones.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
43. Carlos Manterola, Guissella Quiroz, Paulina Salazar y Nayeli García. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuente utilizado en la investigación clínica. Revista médica clínica Los condes. Chile NDES - 2019; 30(1). Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864019300057?token=32D30AF3244D08>

4D879E83778CFEC04BE7994F2E231BC94A4E2E66839FE0446DE58B3B168F1F8F1
CDD8B31543CC83A59&originRegion=us-east-1&originCreation=20220127235209

44. A. Cvetkovic-Vega, Jorge L. Maguiña, Alonso-Soto, Jaime Lama-Valdivia, Lucy E. Correa-López. Estudios Transversales. Artículo de revisión. Rev. Fac. Med. Hum. Enero 2021;21(1):179-185. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-179.pdf>
45. Christian Alberto Jibaja Bernuy. Clima social familiar y dimensiones de la personalidad en estudiantes de cuarto grado de educación secundaria de un colegio privado de la ciudad de Lima. Universidad mayor de Sn Marco. Tesis. Lima - Perú. 2019. Disponible: <file:///C:/Users/USER/Desktop/climamfmaiali.pdf>
46. Ficha de Escala de clima social en la familiar (FES) Disponible: file:///C:/Users/USER/Desktop/cupdf.com_escala-de-clima-social-de-la-familia.pdf
47. Karen Susan Olin Gonzales y Suneng Gonzales Sao Madrigal Usca. Clima familiar y afrontamiento del estrés en pacientes con cáncer de mama diagnosticado en la liga contra el cáncer. Arequipa, 2012. Tesis. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Desktop/clima%20familiarhhoi.pdf>
48. Nix Yajaira Ruiz Vásquez. Conocimiento sobre autocuidado y su relación con la calidad de vida de los pacientes con quimioterapia de la Clínica Oncosalud – 2017. Tesis.

Disponible en:

<file:///C:/Users/USER/Desktop/autocuidado%20del%20cancer%20de%20prostata.pdf>

49. Diana Yiseth Molano Barrera. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. 2020. Artículo. Disponible en:

file:///C:/Users/USER/Desktop/fflorez,+145263339016_visor_jats.pdf

50. Abril Manrique, Fernández Alba, Velandia Anita. Análisis factorial de la escala de valoración de agencia de Autocuidado (ASA). Colombia. 2009. Disponible:

<file:///C:/Users/USER/Desktop/INSTRUMENTO%20ASA.pdf>

51. Julia María Uribe J. El autocuidado y su papel en la promoción de salud. Disponible en:

<file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet->

<ElAutocuidadoYSuPapelEnLaPromocionDeLaSalud-5331981.pdf>

52. Diaz J., Ruibal A., Tejerina A. Cáncer de mama. Aspectos de interés actual. 2012.

53. Cruz I., García M. Prácticas y agencia de autocuidado: Resultados descriptivos en mujeres de 20 a 55 años. 2016. Disponible en: <http://www.indexf.com/para/n25/pdf/437.pdf> 36 45.

54. Rivera L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Revista de Salud Pública [Internet]. diciembre de 2006 [citado 3 de marzo de 2021]; 8:235-47. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2006.v8n3/235-247>

55. Tomas García Muñoz. El cuestionario como instrumento de investigación / evaluación.

Disponible en: http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf

56. Juan Francisco Roldan Merino. Estudio métrico de la escala de requisitos de Autocuidado

(ERA). Basado en la teoría de D. Orem. Universidad de Barcelona. 2011. Disponible en:

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM_TESIS.pdf

Anexos:

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Título: “Clima social familiar y autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022”

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<i>Problema principal:</i>	<i>Objetivo general:</i>	<i>Hipótesis general:</i>	<p>Variable 1: Clima social familiar</p> <p>Dimensión (D) D1. Relaciones familiares D2. Desarrollo D3. Estabilidad familiar</p> <p>Variable 2: Autocuidado</p> <p>Dimensión (D) D1. Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado D2. Componente de poder D3. Capacidad de operacionalizar el autocuidado</p>	<p>Tipo: Aplicada</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Método: Deductivo</p> <p>Diseño: Observacional, descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal</p> <p>Población: La población estará constituida por un total de 100 pacientes que acuden de manera mensual al área de hospitalización del séptimo y noveno piso de una clínica en Lima.</p> <p>Tamaño de muestra: Toda la población será parte de la investigación</p> <p>Técnica: Encuesta</p>
PP. ¿Cuál es la relación que existe entre el clima social familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada en Lima, 2022?	OG. Determinar la relación que existe entre el clima social familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata	<p>HG. Existe relación estadísticamente significativa entre el clima social familiar y autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022</p> <p>HO: No existe relación estadísticamente significativa entre el clima social familiar y autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022</p>		
<i>Problemas específicos</i>	<i>Objetivos específicos:</i>	<i>Hipótesis específicas:</i>		
PS1. ¿Cuál es la relación que existe entre las relaciones familiares y el	OE1. Identificar la relación que existe entre las relaciones	HE1. Existe relación estadísticamente significativa entre las		

<p>autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada en Lima, 2022?</p> <p>PS2. ¿Cuál es la relación que existe entre el desarrollo familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada en Lima, 2022?</p> <p>PS3. ¿Cuál es la relación que existe entre la estabilidad familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata de una clínica privada en Lima, 2022?</p>	<p>familiares y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata.</p> <p>OE2. Identificar la relación que existe entre el desarrollo familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata.</p> <p>OE3. Identificar la relación que existe entre la estabilidad familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata.</p>	<p>relaciones familiares y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022</p> <p>HE2. Existe relación estadísticamente significativa entre el desarrollo familiar y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022</p> <p>HE3. Existe relación estadísticamente significativa entre la estabilidad y el autocuidado del paciente adulto con cáncer de próstata, de una clínica privada, Lima, 2022</p>		<p>Instrumentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario sobre Clima Social Familiar (FES) 2. Cuestionario sobre Autocuidado (ASA)
--	---	--	--	--

Anexo 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO DE VARIABLE 1: CLIMA SOCIAL FAMILIAR

TES de Escala de Clima Familiar

Instrucciones:

A continuación, se presenta en este impreso una serie de frases, las mismas que usted tiene que leer y decir si le parece verdadera o falsa en relación con su familia. Si usted, cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcara la respuesta con un aspa (x) en el espacio que corresponda, si cree que es falso o casi siempre falso marcar con un aspa (x) la respuesta que corresponda. Si considera que la frase enunciada es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponde a la mayoría.

Recuerde que se pretende conocer lo que usted piensa sobre su familia, no intente reflejar la opinión de los demás.

RELACIONES FAMILIARES	V	F
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros		
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos		
3. En nuestra familia peleamos mucho		
4. Muchas veces de la impresión de que en casa solo estamos "pasando el rato"		
5. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos		
6. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos		
7. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa		
8. En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a otros		

9. En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces nos golpeamos o rompemos algo		
10. En mi familia estamos fuertemente unidos		
11. En mi casa comentamos nuestros problemas personales		
12. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra colera		
13. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario		
14. En la casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo mas		
15. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras		
16. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras		
17. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado		
18. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos		
19. En mi familia hay poco espíritu de grupo		
20. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente		
21. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz		
22. Realmente nos llevamos bien unos a otros		
23. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos		
24. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos a otros		
25. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno		
26. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontaneo		
27. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz		
DESARROLLO		
28. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta		
29. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos		
30. A menudo hablamos de temas políticos o sociales sen la familia		

31. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre		
32. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia		
33. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno		
34. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida		
35. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.)		
36. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa		
37. En mi casa no rezamos en familia		
38. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas		
39. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno		
40. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo diferente.		
41. Algunos miembros de mi familia practican habitualmente algún deporte		
42. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana santa, Sata Rosa de lima, etc.		
43. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere		
44. Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor"		
45. Nos interesa poco las actividades culturales		
46. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, aseos, etc.		
47. No creemos en el cielo o en el infierno		
48. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente		
49. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor		
50. En mi casa, casi nunca tenemos conversaciones intelectuales		
51. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones		
52. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal		

53. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema		
54. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio		
55. Alguno de nosotros toca algún instrumento musical		
56. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o del colegio		
57. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe		
58. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros en defender sus propios derechos		
59. En nuestra familia apenas nos esforzamos por tener éxito		
60. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias		
61. Los miembros de mi familia asistimos a veces a cursos o clases particulares por afición o por interés		
62. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo		
63. En mi casa es muy difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás		
64. "Primero el trabajo, luego la diversión" es una norma en mi familia		
65. En mi casa ver la televisión es más importante que leer		
66. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos		
67. En mi casa leer la biblia es algo importante		
68. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa		
69. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o en el estudio		
70. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.		
71. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio		
72. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.		

ESTABILIDAD FAMILIAR		
73. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado		
74. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces		
75. En mi casa somos muy ordenados y limpios		
76. En nuestra familia hay muy pocas normas de cumplir		
77. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos		
78. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones		
79. En mi familia la puntualidad es muy importante		
80. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida		
81. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente		
82. En mi familia se da mucha importancia a cumplir las normas		
83. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados		
84. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor		
85. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona		
86. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiere		
87. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado		
88. En mi casa las normas son muy rígidas y "tienen" que cumplirse		
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer		
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya		

INSTRUMENTO DE VARIABLE 2: AUTOCUIDADO

PRESENTACION:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera.

DATOS GENERALES:

Edad (años):

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Grado de instrucción: Primaria Secundaria Técnica Universidad

N = Nunca CN = Casi nunca CS = Casi siempre S = Siempre

N°	ENUNCIADO	N	CN	CS	S
1	A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2	Reviso si las actividades que normalmente hago para mantenerme con salud son buenas				
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda				
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo				
5	Primero hago lo que sea necesario para mantenerme con salud				
6	Creo que me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				
7	Si quiero, yo puedo buscar las formas para cuidar mi salud y mejorar la que tengo ahora				
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9	Hago cambios en mis alimentos para mantener el peso que me corresponde				
10	Cuando hay situaciones que me afectan, yo las manejo para que no afecten mi forma de ser				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no tengo tiempo para hacerlo				
12	Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos de siempre				

13	Puedo dormir lo suficiente como para no sentirme cansado				
14	Cuando me dan orientación sobre mi salud, pido que me aclaren lo que no entiendo				
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados, con tal de mejorar mi salud				
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina, recorro al profesional de salud para que me dé información sobre los efectos secundarios				
18	Soy capaz de tomar medidas para evitar que mi familia y yo corramos peligro				
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20	Por realizar mis ocupaciones diarias, es muy difícil que tenga tiempo para cuidarme				
21	Si mi salud se ve afectada, yo puedo conseguir información para saber qué hacer				
22	Si yo no puedo cuidarme, busco ayuda				
23	Puedo destinar un tiempo para mí				
24	A pesar de mis limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				

Anexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Se le invita a Ud. ser partícipe del estudio de investigación. Antes de determinar si participa o no, deberá conocer y comprender los siguientes apartados:

Título del proyecto: “CLIMA FAMILIAR Y AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO CON CANCER DE PROSTATA DE UNA CLINICA DE LIMA, AÑO 2022”

Nombre de la investigadora:

LIC: De Jesús Benavides, Rosa Milagros

Propósito del estudio: Determinar como el clima familiar se relaciona con el Autocuidado en el paciente adulto maduro con cáncer de próstata de la clínica delgado – Auna en área de hospitalización periodo 2022

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder a los cuestionarios.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al
Presidente del Comité de Ética de la, correo electrónico:

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N.º de DNI:	
N.º de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
N.º de DNI	
N.º teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	Firma
N.º de DNI	
N.º teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	

DNI:	
Teléfono:	

Lima, ----- de 2022

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....