

CLIMA SOCIAL FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON CÁNCER Y ADOLESCENTES CON TUMORES BENIGNOS

Angela Domínguez Vergara¹⁴ y Jessica Mendo Zelada¹⁵
Universidad César Vallejo

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo estudiar las diferencias del clima social familiar entre los adolescentes con cáncer y los adolescentes con tumores benignos del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2006. Se utilizó como instrumento de medición la Escala del Clima Social en la Familia (CSF) de R. H. Moos y E. J. Trickett estandarizada por C. Ruiz y E. Guerra (Lima, 1993). La muestra fue representada por 17 adolescentes con cáncer y 43 adolescentes con tumores benignos, cuyas edades oscilaban entre los 13 a 18 años. Al analizar los resultados se encontró diferencias altamente significativas en las áreas cohesión y conflicto entre ambos grupos. A su vez se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el área intelectual-cultural, moralidad-religiosidad y organización.

Palabras claves: Clima social familiar, cáncer, tumores benignos y adolescentes.

SOCIAL FAMILY ENVIRONMENT ON TEENAGERS WITH CANCER AND TEENAGERS WITH BENIGN TUMORS.

ABSTRACT

The present comparative investigation had as an objective to study the differences of the familiar social climate between the adolescents who has cancer and the adolescents with benign tumors of the educational Regional Hospital of Trujillo in 2006. The Scale of the Social Climate in Family was used like measuring instrument (CSF) of R.H. Moos and E.J. Trickett standardized by C. Ruiz and E. Guerra (Lima, 1993). Population-it shows were represented by 17 adolescents with cancer and 43 adolescents with benign Tumors, whose ages oscillated between 13 to 18 years. For the analysis of the data statistical was used test t of Student. Finally, analyzing the results highly were significant differences in the areas cohesion and conflict between both groups. Were as well statistically significant differences in the intellectual-cultural area, morality-religiosity and organization.

Key words: Family social climate, cancer, benign tumors and adolescents.

SOZIALES FAMILIENKLIMA IN DEN ADOLESZENTEN MIT KREBS UND ADOLESZENTEN MIT GUTARTIGEN TUMOREN.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Forschung erzieht, die Unterschiede zwischen Sozialem Familienklima in den Adoleszenten mit Krebs und denen mit gutartigen Tumoren von Pädagogischem Regionalem Krankenhaus Trujillos im Jahre 2006. Das Messinstrument ist Soziales Klima - Skala der Familie (CSF) von R.H. Moos y E.j. Trickett, standardisiert bei C. Ruíz und E. Guerra (Lima; 1993). Die Probe wurde bei 17 Adoleszenten mit Krebs und 43 mit gutartigen Tumoren, von 13 bis 18 Jahre alt, repräsentiert.

Wenn man die Ergebnisse analysiert, findet man bedeutende Unterschiede auf den Gebieten Zusammenhang und Konflikt zwischen beiden Gruppen. Auch wurden stadistisch bedeutende Unterschiede auf dem Gebiet intellektuell-kulturell, Moralität, Religiosität und Organisation.

Schlüsselwörter: Soziales Familienklima, Krebs, gutartige Tumoren und Adoleszenten.

¹⁴ Correo electrónico, aniela_17@hotmail.com

¹⁵ Correo electrónico, jecame@hotmail.com

Uno de los principales problemas para recopilar datos de enfermedades oncológicas en adolescentes es la dificultad del registro de los casos que se presentan en este grupo de edad. La importancia de reconocer en forma independiente esta enfermedad en la adolescencia va aparejada a un conjunto de situaciones prácticas. Por ejemplo, los adolescentes oncológicos suelen ser enviados a pabellones pediátricos para su atención. Esto a pesar de la evidente diferencia que existe, en diversos sentidos, entre estos dos grupos de pacientes. En otros casos, los adolescentes enfermos son enviados a salas oncológicas de adultos. Esta situación es claramente incómoda para los enfermos (Cuevas, Villasís y Fajardo, 2003).

En el Perú, la incidencia de esta enfermedad va en aumento, aunque no existen datos estadísticos exactos. Se puede referir que, entre los años 1995 y 2005, de los casi 3 000 pacientes atendidos por el Servicio de Adolescentes del INEN, 767 casos correspondieron a leucemias agudas y linfomas (León, 2006). De otra parte, en Trujillo, según los datos del Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Regional Docente, en el año 2006 se registraron 392 adolescentes que recibieron asistencia en este servicio, de los cuales, sólo 17 fueron diagnosticados con algún tipo de cáncer, a diferencia del año 2005 donde se diagnosticaron un promedio de 10 adolescentes con cáncer.

Según Pérez y Díaz (2006) el cáncer supone para las personas afectadas, una ruptura brusca con la vida cotidiana, lo que conduce a un proceso de despersonalización en donde el yo-persona es reemplazado por el yo-cáncer. No cabe ninguna duda que ello es consecuencia de la importante alteración emocional que acompaña al daño orgánico producido por la enfermedad y a la que, posiblemente, no se le presta la atención psicológica necesaria. Esta situación conduce a un proceso cíclico de lucha, esperanza y resignación asociado inevitablemente a los sentimientos de miedo y capacidad de

curación. Este proceso está condicionado por el tipo de tumor, la edad, la gravedad de la enfermedad y el grado de apoyo familiar, social y psicológico del entorno del enfermo. Asimismo, se produce una transición de un paciente más activo en el período anterior al diagnóstico, a un paciente más pasivo y dependiente en el período de tratamiento. El servicio de oncología aparece como el lugar “en el que se puede hablar de cáncer”, lo que es indicativo de que el cáncer sigue siendo un tema tabú en la sociedad actual. Los pacientes manifiestan una importante dependencia emocional de sus oncólogos que se acompaña de una necesidad de confiar en ellos y en el equipo de profesionales, así como un reconocimiento positivo a su labor y a su capacidad técnica. Ello supondría la adopción de un concepto “pediátrico” de la asistencia oncológica, en el sentido de búsqueda de protección y confianza además de atención sanitaria en los médicos. Sin embargo, tanto los pacientes como los familiares, señalan la necesidad de un mayor número de oncólogos y de una mayor duración del tiempo de la visita médica. La quimioterapia ambulatoria, mientras que para los pacientes es un lugar de relación con otros enfermos, para sus familiares es una zona de reclusión. Ello aparece asociado al miedo a sentirse desatendido si existen problemas una vez se vuelve al domicilio.

Salas (2003) indica una cierta discrepancia entre los familiares y los pacientes. Estos últimos creen en su curación, atribuyen el cáncer al azar y les preocupan los aspectos relacionados con la enfermedad. Sin embargo, los familiares están más centrados en las consecuencias de los tratamientos, perciben la enfermedad como crónica, les preocupa la predisposición familiar al cáncer y temen la existencia de metástasis. Estas diferencias permiten destacar la importancia del entorno social en la evolución de los pacientes con cáncer. Los pacientes se sienten estigmatizados y solicitan que desaparezca el tabú que rodea a la enfermedad así como su consideración dentro de una situación de normalidad en la “que se pueda hablar de ella”. Se manifiesta

la existencia de una serie de metáforas del cáncer y la demanda de políticas sanitarias específicas destinadas a satisfacer necesidades específicas de los enfermos y los familiares. Entre las metáforas destacan, la aparición del yo-cáncer, la visión del tratamiento como un proceso de "limpieza" de la enfermedad, el retorno a una atención pediátrica, el riesgo de estigmatización y aislamiento social, y las sensaciones que tienen los pacientes de que se les atiende pero no se les acompaña, se les informa pero no se les comunica, y se les oye pero no se les escucha. Además de la enfermedad orgánica, la alteración emocional asociada a integrar al paciente y sus familias en el modelo asistencial.

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

Dughi, Macher, Mendoza y Nuñez (1995 citados en Echevarría y Oliva, 2005) refieren que la familia ha demostrado su capacidad de adaptabilidad para los cambios y es innegable la importancia que desempeña para la supervivencia del individuo así como para el moldeamiento de su personalidad. El enfoque que se asume para este estudio en la comprensión de la familia es el de la Psicología ambientalista que, según Joan (1996 citado en Eñoki y Mostacero, 2006) se encuentra relacionada con los efectos psicológicos del ambiente y su influencia sobre el individuo, así como la interrelación del ambiente físico con la conducta y la experiencia humana.

El clima social familiar para Moos (1974 citado en Eñoki y Mostacero, 2006) pretende describir las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente. En este sentido, según García y

De Tomás (2000 citado en Calderón y De la Torre, 2005), las aportaciones personales de cada miembro de la familia tendrán un papel decisivo en las diferentes capacidades para establecer relaciones independientes de carácter dual y de convivencia de tipo grupal.

Lau (1992 citado en Calderón y De la Torre, 2005) considera que uno de los aspectos en relación con la dinámica familiar que han resultado significativos han sido el grado en el que el ambiente familiar se caracteriza por el orden y la rutina, lo que se relaciona con el nivel relativo de armonía y control que caracteriza las relaciones familiares y los estilos parentales. A ello, se puede agregar lo que Moos (1985 citado en Calderón y De la Torre, 2005) manifiesta: el clima social familiar es la apreciación de las características socio-ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos del desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Incluye las dimensiones relaciones, desarrollo y estabilidad.

El efecto del diagnóstico de cáncer para los adolescentes es devastador; adaptarse a los efectos de la enfermedad y su tratamiento les es particularmente difícil. Pueden perder el control personal, es frecuente que presenten cambios en las relaciones interpersonales, así como una gran incertidumbre y angustia ante el futuro. Es en ese contexto cuando la familia cumple un rol importante en la recuperación del paciente, pues le brinda –o debería brindarle– el soporte y la ayuda emocional necesaria para poder afrontar la enfermedad, puesto que hasta el tratamiento resulta intimidante; motivo por el cual se pretende en el estudio dar respuesta al problema ¿existen diferencias en el clima social familiar entre adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos del Hospital Regional Docente de Trujillo?, mediante la contrastación de la siguiente hipótesis:

Hi: Existen diferencias del Clima Social Familiar entre adolescentes con cáncer y

adolescentes con tumores benignos del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2006.

MÉTODO:

Participantes: Se trabajó con dos grupos de adolescentes entre 13 y 18 años, con cáncer o con tumores benignos. En ambos grupos no se consideraron relevantes las causas, el tipo de cáncer o tumor benigno que padecían, ni el tipo de tratamiento recibido. Lo que se consideró dentro de los criterios de inclusión fue que pertenecieran a un tipo de familia nuclear, extendida o incompleta; además de pertenecer a un nivel socioeconómico medio-bajo y ser pacientes activos del Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el año 2006.

Instrumento: Se aplicó la Escala de Clima Social en la Familia (FES), cuyos autores son R. H. Moos y E. J. Trickett, con la estandarización de César Ruiz Alva y Eva Guerra Turín (1993) para adolescentes entre 13 y 18 años de la ciudad de Lima. El instrumento busca evaluar las características socioambientales y las relaciones personales en familia mediante el análisis de 10 áreas divididas en tres dimensiones: dimensiones, desarrollo y estabilidad.

La fiabilidad mediante la consistencia interna fluctúa entre .88 y .91, con una media de .89 para el examen individual. En el re test con dos meses de lapso, el coeficiente es de .86 en promedio. La validez de la escala se obtuvo

correlacionando la prueba con el test de Ajuste de Personalidad de Hugh Bell, específicamente en el área de ajuste en el hogar, hallando coeficientes de .57 para cohesión, .60 para conflicto y .51 para organización. Con el área familiar de la escala TAMAI los coeficientes hallados son: en cohesión .62, expresividad .53 y conflicto .59

Procedimiento: Se evaluó a la población muestral de adolescentes con cáncer y una muestra aleatoria de adolescentes con tumores benignos en el año 2006, la cual fue obtenida mediante el muestreo aleatorio simple (Scheaffer, 2005), con una confiabilidad del 95% y un error de muestreo del 5.0%, logrando un total de 60 adolescentes divididos en dos grupos: 17 adolescentes con cáncer y 43 adolescentes con tumores benignos.

RESULTADOS:

En el área “cohesión” de la dimensión relaciones se encontró en los adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos una diferencia de 5.8 puntos, detectada como altamente significativa por la prueba estadística t de Student; afirmando, en consecuencia, que la compenetración y apoyo mutuo en los adolescentes con cáncer es significativamente superior a la respectiva de los adolescentes con tumores benignos, tal como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1 Comparación del puntaje promedio en el área “Cohesión” de la dimensión Relaciones en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos.

	Grupos de estudio		Total
	Adolescentes con Cáncer	Adolescentes con Tumores Benignos	
- Promedio	56,1	50,3	51,9
- Desv. Estándar	4,5	7,7	7,4
- Nº de Casos	17	43	60

t= 2.91 p< .01

Se comparó el puntaje promedio en el área "Conflicto" de la dimensión relaciones en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. La diferencia encontrada de cinco puntos obtenida fue detectada como altamente significativa por la prueba

estadística t de Student; de lo que puede alegarse que los adolescentes con tumores benignos presentan mayor libertad para expresar su agresividad, cólera y conflicto entre los miembros de sus respectivas familias a diferencia de los adolescentes con cáncer, quienes se reprimen más en este aspecto. (Ver tabla N 2).

Tabla 2 Comparación del puntaje promedio en el área "Conflicto" de la dimensión Relaciones en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos.

	GRUPOS DE ESTUDIO		TOTAL
	Adolescentes con Cáncer	Adolescentes con Tumores Benignos	
- Promedio	46.8	51.8	50.4
- Desv. Estándar	7.7	5.1	6.3
- N° de Casos	17	43	60

t= 2.93 p< .01

En el área "intelectual-cultural" de la dimensión "desarrollo" en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo se encontró una diferencia de 4.2 puntos obtenida entre promedios fue detectada como

estadísticamente significativa por la prueba estadística t de Student; de lo que puede razonarse que los adolescentes con cáncer presentan mayor interés en actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales en comparación a los adolescentes con tumores benignos.

Tabla 3 Comparación del puntaje promedio en el área "Intelectual-Cultural" de la dimensión Desarrollo en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos.

	GRUPOS DE ESTUDIO		TOTAL
	Adolescentes con Cáncer	Adolescentes con Tumores Benignos	
- Promedio	53.5	49.3	50.5
- Desv. Estándar	2.0	0.9	0.9
- N° de Casos	17	43	60

t= 2.29 p< .05

Se comparó el puntaje promedio en el área “moralidad-religiosidad” de la dimensión desarrollo en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Se halló una diferencia de 5.8 puntos entre promedios, detectada

como estadísticamente significativa por la prueba estadística t de Student; de lo que puede aportarse que los adolescentes con cáncer le dan mayor importancia a las prácticas y valores de tipo ético y religioso que los adolescentes con tumores benignos. (Véase tabla 4).

TABLA 4 Comparación del puntaje promedio en el área “Moralidad-Religiosidad” de la dimensión Desarrollo en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos.

	Grupos de estudio		TOTAL
	Adolescentes con Cáncer	Adolescentes con Tumores Benignos	
- Promedio	63.8	58.0	59.7
- Desv. Estándar	2.0	1.2	1.1
- N° de Casos	17	43	60

t= 2.51 p< .05

Se comparó el puntaje promedio en el área “Organización” de la dimensión Estabilidad en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos y se encontró una diferencia de 3.7 puntos entre promedios que fue detectada como estadísticamente significativa por la prueba

estadística t de Student; de lo que puede aseverarse que las familias de los adolescentes con cáncer son más responsables y planifican mejor sus actividades en comparación a los adolescentes con tumores benignos. (Ver tabla 5).

TABLA 5 Comparación del puntaje promedio en el área “Organización” de la dimensión Estabilidad en adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos.

	GRUPOS DE ESTUDIO		TOTAL
	Adolescentes con Cáncer	Adolescentes con Tumores Benignos	
- Promedio	58.7	55.0	56.1
- Desv. Estándar	1.9	1.0	0.9
- N° de Casos	17	43	60

t= 1.97 p< .05

DISCUSIÓN:

Habiéndose estudiado el clima social familiar entre adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos, se encontró que, en el área cohesión (tabla 1) existen diferencias altamente significativas en ambas muestras, siendo mayor en el grupo de adolescentes con cáncer. Holland y Rowland (1998) corroboran los hallazgos cuando refieren que los efectos del cáncer unifican a la familia, al ser frecuentemente la enfermedad asociada a la muerte y, ante este impacto, los familiares buscan que el adolescente sea la prioridad ante otros problemas que puedan estar pasando. De ello se deduce que estos adolescentes tienen altas probabilidades de superar la enfermedad sin consecuencias emocionales graves, al poseer una familia unida, que se apoya mutuamente; constituyendo la base emocional que el adolescente necesita para continuar con el curso y tratamiento de la enfermedad.

Relacionado con el área conflicto (tabla 2), se encontró diferencias altamente significativas en las muestras investigadas, siendo mayor en los adolescentes con tumores benignos. Estos resultados son corroborados por Holland y Rowland (1998) cuando refieren que los familiares de adolescentes con cáncer están atentos para prevenir o disminuir cualquier indicio de hostilidad o cólera por parte de todos los miembros de la familia, pues consideran que afectaría la evolución de su enfermedad. Mientras que, los familiares de adolescentes con tumores benignos tomarían la expresión de ira como un comportamiento sin ninguna relación con su estado de salud actual. De ello se prevé que los adolescentes con tumores benignos pueden presentar más tolerancia ante situaciones de tensión y conflicto, siendo una de ellas su misma enfermedad, ya que tienen mayor libertad para expresar sensaciones y sentimientos de cólera, ira y conflicto.

Respecto al área intelectual-cultural (tabla 3), se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre los adolescentes con cáncer y adolescentes con tumores benignos, siendo mayor en la población de adolescentes con cáncer. Esto es corroborado por los resultados de Guerra (1993) al afirmar que la mala adaptación familiar traerá consigo bajo rendimiento escolar, puesto que si el hogar es percibido como inestable, el adolescente no se sentirá identificado y seguro, dándole prioridad a otros aspectos diferentes a los establecidos en el hogar. Y, esto se contrasta con los resultados en el área cohesión, en donde las familias de los adolescentes con cáncer se encuentran unidas y reciben apoyo mutuo entre sus miembros, siendo más factible que compartan diversas actividades como: recibir apoyo con las tareas académicas, asistir a la biblioteca, al teatro, a exposiciones de obras, debatir sobre los últimos acontecimientos por ejemplo, durante las comidas familiares, entre otras actividades de índole intelectual y cultural que ayudan a reforzar su clima estable y solidario. Por ello se infiere que a los adolescentes con cáncer se les presentarán mayores posibilidades de continuar enriqueciéndose en el área académica, teniendo como resultado mejores oportunidades de superación y satisfacción personal y familiar, favoreciendo su calidad de vida.

Al comparar los grupos en el área moralidad-religiosidad (tabla N° 4), se encuentran diferencias estadísticamente significativas a favor de los adolescentes con cáncer. Esta información se ratifica con lo expuesto por Ruda (1998) cuando refiere que el diagnóstico de cáncer en la familia pone en evidencia la presencia de elementos mítico-religiosos. A su vez, Hurlock (1994) refiere que cuando los adolescentes se encuentran con un hecho impactante como el diagnóstico de una enfermedad grave, pueden promover un agudo interés en la religión. Eso significa que no solamente buscan -y esperan recibir- soporte de su familia y sus redes sociales, además recurren a la religión como parte de sus creencias culturales; pues les brinda calma y esperanza para adoptar una visión

optimista de la situación. Es así que en los adolescentes con cáncer es más factible que surja una óptica diferente respecto a su enfermedad, aceptando el desarrollo de la misma con más calma y confiando en que los resultados serán favorables. Ello incrementa sus posibilidades de curación, puesto que mantienen actitudes positivas.

Entre los adolescentes con cáncer y los adolescentes con tumores benignos se encontró diferencias estadísticamente significativas en el área organización (tabla N° 5), siendo mayor en quienes presentan cáncer. Estos resultados son apoyados por Holland y Rowland (1998) cuando manifiestan que, ante un miembro con cáncer, algunas familias responden adaptativamente con nuevos roles y nuevos objetivos que maximicen oportunidades para las diferentes situaciones que se presenten. A su vez, Minuchin (1974 citado en Holland y Rowland, 1998) también corrobora los resultados cuando afirma que la familia muestra alguna capacidad de cambio y se adapta bajo una situación de estrés, como lo es un diagnóstico de cáncer. Cuando el miembro de una familia presenta dificultades en su salud, interfiere en la organización familiar; volviéndose ésta más inestable si la enfermedad es cancerígena. Ello impactaría más en los familiares, siendo el tiempo un factor benéfico para recuperar el equilibrio, adaptación de las familias y sus funciones; sumado al hecho de que, una de las características primordiales en el ser humano es la adaptabilidad; llegando a reorganizarse en base a su situación para poder evolucionar. Así se puede deducir que los adolescentes con cáncer demostrarán mayor capacidad para cumplir con los requisitos que involucra ser pacientes oncológicos y, por ende, tener mejores resultados en el curso de la enfermedad; puesto que cuentan con un adecuado desenvolvimiento en las actividades y responsabilidades que sus familias les atribuyen.

En base a los objetivos planteados y los resultados encontrados, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Se encuentran diferencias estadísticamente significativas del clima social familiar entre los adolescentes con cáncer y los adolescentes con tumores benignos del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2006.

- En el área cohesión se encuentran diferencias altamente significativas en los adolescentes con cáncer.

- En el área conflicto se encuentran diferencias altamente significativas en los adolescentes con tumores benignos.

- En el área intelectual-cultural se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los adolescentes con cáncer.

- En el área moralidad-religiosidad se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los adolescentes con cáncer.

- En el área organización se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los adolescentes con cáncer.

- Las familias mantienen su organización a pesar de la incertidumbre y malestar que conlleva un diagnóstico de cáncer en su miembro adolescente, siendo la base de ello una adecuada cohesión.

- Las familias de los adolescentes con cáncer consideran a la religión como uno de sus soportes para afrontar sus problemas.

REFERENCIAS:

* Cuevas, M., Villasís, M. & Fajardo, A. (2003). Epidemiología del cáncer en adolescentes. Extraído el 15 de mayo de 2006, de : http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700015

* Calderón, C. y De la Torre, A. (2005). Relación entre clima social familiar y la inteligencia emocional en los alumnos del 5º años de educación secundaria de los colegios particulares mixtos del distrito de Trujillo, 2005. Universidad César Vallejo. Trujillo.

* Domínguez, A. y Mendo, J. (2007). Clima social familiar en adolescentes con

cáncer y adolescentes con tumores benignos del Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para optar el título de licenciado en Psicología. Universidad César Vallejo: Trujillo.

- * Echevarría, G. y Oliva, N. (2005). Relación entre el clima social familiar y la conducta social de las alumnas del nivel secundario del centro educativo nacional de mujeres María Negrón Ugarte de Trujillo. Universidad César Vallejo. Trujillo.
- * Eñoki, K. y Mostacero, L. (2006). "Clima social familiar y rendimiento académico en alumnos de 4º y 5º grado de ecuación secundaria de la I.E.P. "Virgen de Guadalupe" de la provincia de Virú". Universidad César Vallejo. Trujillo.
- * Flores, P. (1999). "Ansiedad y estilos de afrontamiento en padres de niños recién diagnosticados con leucemia o linfoma No - Hodgkin". Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima.
- * Guerra, E. (1993). "Características del clima social familiar y su relación con el rendimiento académico". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- * Holland, J. & Rowland, J. (1998). La familia del paciente con cáncer. En J. Holland y J. Rowland, "Manual de psicooncología" (pp. 585-595) 1º Edición. Prensa de la Universidad de Oxford. New York.
- * Hurlock, E. (1994). Psicología de la adolescencia. (3ª ed.). México: Paidós.
- * León, J. (2006). Breves. Extraído el 28 de agosto de 2007, de: <http://www.gestion.com.pe/gm/archivo/2007/ago/26/6actu.htm>
- * Pérez, C. y Díaz, K. (2006). Duelo en oncología y su repercusión en la salud familiar. Extraído el 23 de febrero de 2007, de: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-131-1-duelo-en-oncologia-y-su-repercusion-en-la-salud-familiar.html>
- * Ruda, M. (1998). Representaciones acerca del cáncer y su origen en padres de niños diagnosticados con esta enfermedad. Lima: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- * Salas, M. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica: revisión teórica. Extraído el 13 de marzo de 2007, de: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13048804>
- * Scheaffer, R. (2005). Elementos de muestreo. (5ª ed.). España: Thomson.