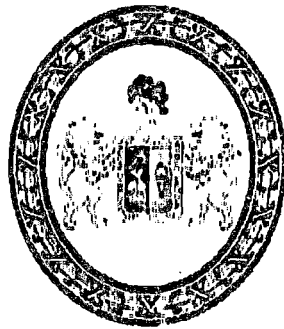


UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA EN ONCOLOGIA



**GRADO DE RESILIENCIA EN RELACIÓN A LA
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN PACIENTES
ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DE HUANCAYO
2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA EN ONCOLOGIA**

TESISTAS:

Lic. Enf. LEYVA CANO, Nylene Luisa
Lic. Enf. MEJÍA CÁCERES, Tula
Lic. Enf. URBINA PÉREZ, Karen Sisel

ASESORA:

MG. MARUJA MANZANO TARAZONA

HUÁNUCO, PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios por su amor infinito, al brindarnos
paciencia, sabiduría y serenidad.

También, dedicamos el presente trabajo a
nuestras queridas familias por ser el
impulso de nuestras vidas, con su cariño
nos motivan a crecer cada día.

Las autoras.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradecemos a Dios, dueño de nuestras vidas.

También, agradecemos a nuestras familias, por representar la motivación e impulso en cada momento.

A los pacientes oncológicos, quienes participaron de esta investigación, y a todo el personal del Hospital Neoplásicas de Huancayo que de una y otra forma dieron sus aportes para el desarrollo de la tesis, así como a quienes quisieron serlo y por algún motivo no pudieron. Es a todos y cada uno de ellos, a quienes va dedicado este estudio.

Asimismo, agradecemos a las autoridades y docentes de la Facultad de Enfermería, de la universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco mostrando gratitud especial a nuestra asesora, por su apoyo en la realización de esta tesis.

Las autoras.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre la presencia de la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en un Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo en el 2014. **Métodos.** Fue un estudio de nivel relacional, de tipo prospectivo, observacional, analítico y transversal; con una población muestral de 35 pacientes oncológicos; quienes cumplieron con los criterios de inclusión, y respondieron una guía de entrevista y la escala de resiliencia, previa validación y fiabilidad. El análisis estadístico fue a través de la prueba de Chi cuadrado (X^2), apoyándonos en el SPSS V 15.0 para Windows. **Resultados.** Mediante la prueba de Chi-cuadrada se encontró relación significativa entre los siguientes cánceres: de próstata (valor $X^2 = 24.029$ y $p = 0.00$), de estómago, (en valor $X^2 = 20.829$ y $p = 0.00$), de mama (con valor $X^2 = 17.857$ y $p = 0.00$), y el de útero (con valor $X^2 = 10,783$ y $p = 0.005$), con el grado de resiliencia en los pacientes en estudio, con estos resultados se rechazaron las hipótesis nulas, y se aceptaron las relaciones entre ambas variables. **Conclusión.** Existe relación significativa entre la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo durante el 2014, representando la resiliencia un recurso para sobrellevar la enfermedad que inclusive mejora la capacidad de afrontamiento, que le permiten aplicar estrategias para recuperar su salud y predice niveles de calidad de vida.

Palabras claves. *Enfermedad oncológica, resiliencia, autoeficacia, estrategias individuales.*

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between the presence of cancer disease and the degree of resilience in patients treated at a hospital Neoplastic Diseases of Huancayo in 2014. **Methods.** It was a study of relational level of prospective, observational, analytical and cross; with a sample population of 35 cancer patients; who met the inclusion criteria and answered an interview guide and scale of resilience, following validation and reliability. Statistical analysis was by the chi square (X^2), relying on the V SPSS 15.0 for Windows. **Results.** By Chi-square test significant relationship between the following cancers found: prostate ($X^2 = 24,029$ $p = 0.00$ value), stomach (in value $X^2 = 20,829$ $p = 0.00$), breast ($X^2 = 17,857$ value $p = 0.00$) and uterus ($X^2 = 10,783$ value $p = 0.005$), with the degree of resilience in the patients studied, with these results the null hypothesis is rejected, and the relationship between the two variables were accepted. **Conclusion.** There is significant relationship between cancer disease and the degree of resilience in patients treated at the Hospital of Neoplastic Diseases Huancayo during 2014, representing a resource resilience coping that even improves coping strategies that allow you to apply for regain

Keywords. To determine the relationship Keywords . Oncological disease , resilience, self-efficacy , individual strategies.

PRESENTACIÓN

El cáncer, en sus diferentes localizaciones y variantes, es un importante problema de salud pública a nivel mundial que ejerce una enorme presión en los sistemas de salud del mundo.

La resiliencia que adoptan los pacientes para enfrentar la enfermedad oncológica cobra vital importancia; porque por sus posibles aplicaciones en el campo de, la prevención y educación. Es una estrategia poderosa para disminuir conductas de riesgo, frente al hecho de afrontar una enfermedad como el cáncer; las personas resilientes salen adelante ante situaciones de riesgo, se sobreponen a las experiencias negativas y a menudo se fortalecen en el proceso de superarlas.

Esta situación, motivó analizar en qué medida existe relación entre el grado de resiliencia y la enfermedad oncológica en pacientes atendidos en un Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo en el 2014.

En tal sentido, la presente investigación expone los hallazgos que en materia del estudio fueron analizados. Para tal efecto, se han estructurado en cinco capítulos.

En el primer capítulo se abordó el problema, los objetivos, tanto general como específicos, la justificación e importancia de la investigación, las hipótesis generales y específicas, las limitaciones de la investigación, las variables, y su operacionalización.

En el segundo capítulo se exhibe los aspectos operacionales, el cual comprende: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el tercer capítulo, se expone el marco metodológico de la investigación, el cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, plan de procesamiento de datos y el análisis e interpretación de los datos.

En el cuarto capítulo, se presentan los resultados de la investigación con su respectivo análisis e interpretación. Y en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados.

Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Presentación.....	vi
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas.....	x
Índice de figuras.....	xi
INTRODUCCIÓN	
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Aspectos básicos del problema de investigación.....	01
1.2. Formulación del problema.....	04
1.3. Justificación.....	05
1.4. Propósito.....	06
1.5. Objetivos de la investigación.....	07
1.6. Hipótesis de investigación.....	08
1.7. Variables.....	08
1.8. Operacionalización de variables.....	09
1.9. Limitaciones.....	10
1.10. Definición de términos operacionales.....	10
CAPÍTULO I	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de investigación.....	12
2.2. Bases teóricas.....	16
2.2.1. Teoría de resiliencia y riesgo.....	16
2.2.2. El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson.....	17
2.3. Bases conceptuales: enfermedad oncológica.....	19
2.3.1. Definición de enfermedad.....	19
2.3.2. Enfermedad oncológica.....	19
2.3.3. Tipos de enfermedad oncológica.....	21
2.4. Bases conceptuales: grado resiliencia.....	25
2.4.1. Definición de la resiliencia.....	25
2.4.2. El comportamiento resiliente.....	29
2.4.3. Características de la persona resiliente.....	30
2.4.4. Tipos de resiliencia.....	31
2.4.5. Resiliencia frente a la enfermedad oncológica.....	34

CAPÍTULO II	
3. MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Ámbito del estudio.....	36
3.2. Tipo de estudio	36
3.3. Diseño del estudio	37
3.4. Método de estudio.....	37
3.5. Población.....	38
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.7. Validez de los instrumentos de recolección de datos.....	40
3.8. Confiabilidad de los instrumentos.....	41
3.9. Procesamiento de recolección de datos.....	42
3.10. Aspectos éticos de la investigación.....	42
3.11. Elaboración de datos.....	42
3.12. Análisis e interpretación de datos.....	43
CAPÍTULO III	
4. RESULTADOS DISCUSIÓN	
4.1. Resultados descriptivos:.....	45
4.2. Comprobación de hipótesis.....	60
4.3. Discusión de resultados.....	65
Conclusiones.....	69
Recomendaciones.....	71
Referencias bibliográficas.....	73
Bibliografía.....	80
Anexos.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	45
Tabla 2.	Tipo de enfermedad oncológica diagnosticados según percepción de los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	47
Tabla 3.	Nivel de resiliencia, según dimensiones percibidas por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	48
Tabla 4.	Grado de resiliencia percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	59
Tabla 5.	Correlación entre la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia percibida en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	60
Tabla 6.	Correlación entre el cáncer de próstata y el grado de resiliencia percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	61
Tabla 7.	Correlación entre cáncer de estómago y el grado de resiliencia percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	62
Tabla 8.	Correlación entre cáncer de mama y el grado de resiliencia percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	63
Tabla 9.	Correlación entre el cáncer de útero y el grado de resiliencia percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Representación gráfica del género de los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	46
Figura 2.	Representación gráfica de la dimensión autoconocimiento y recursos internos, según percepción los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	49
Figura 3.	Representación gráfica de la dimensión autorregulación, según percepción de los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	50
Figura 4.	Representación gráfica de la dimensión gestión del estrés, percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	51
Figura 5.	Representación gráfica de la dimensión responsabilidad percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	52
Figura 6.	Representación gráfica de la dimensión identidad-autoestima percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	53
Figura 7.	Representación gráfica de la dimensión recursos externos, percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	54
Figura 8.	Representación gráfica de la dimensión equilibrio vital, percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	55
Figura 9.	Representación gráfica de la dimensión generatividad percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	56
Figura 10.	Representación gráfica de la dimensión red familiar y social percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	57
Figura 11.	Representación gráfica de la dimensión coherencia y motivación trascendente percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	58
Figura 12.	Representación gráfica del grado de resiliencia, percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.....	59

1. INTRODUCCIÓN

1.1 . Aspectos básicos del problema de investigación

El cáncer es un término que engloba a más de 200 diversas enfermedades que tienen como característica común la alteración genética de las células que modifican los mecanismos normales de control, crecimiento, proliferación y muerte celular¹. La enfermedad oncológica requiere de tratamientos invasivos mutilantes allegados a tiempo, estas están relacionadas a diversos factores, como los estilos de vida no saludables, los aspectos ambientales y hereditarios mencionados en la Teoría de Knudson².

También los afectados tienen que enfrentarse en el transcurso de la enfermedad, la angustia y el sufrimiento de tener que comunicar a la familia la mala noticia y a la vez no quererlos afligir con la nueva situación que ha aparecido; el miedo a morir, a ser abandonados a su suerte, al sufrimiento físico, a la discapacidad en caso de sobrevivencia, y al futuro e incertidumbre del curso de la enfermedad que a partir de ese momento se vuelve amenazante³, así como el distrés afectivo que provoca la pérdida de la autonomía, del control, la imagen corporal y la autoestima, entre otras situaciones, lo que hace tanto pacientes como familiares necesitan apoyo y orientación para sobrevivir la situación conflictiva y estresante es allí donde la participación de la enfermera y el equipo de salud es fundamental^{4,5}.

También, de acuerdo con Justo, citado por Lopes⁶, a este marco de múltiples sufrimientos, se suma el hecho de que las reacciones de los pacientes son auto debilitantes, puesto que el funcionamiento psicológico triste o deprimido debilita la función inmune que a su vez conduce al empeoramiento de la enfermedad y posterior descenso en la expectativa de supervivencia.

En resumen aflora la vivencia de fracaso, y los sentimientos de abatimiento y desolación⁷, ya que el cáncer es una experiencia traumática que modifica las demandas de la vida, a tal punto que los pacientes sienten que sus vidas han dado un vuelco repentino⁸.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer ocupa el tercer lugar como causa de muerte en Latinoamérica⁹. Este hecho, hace suponer que para el año 2020, cerca de un millón de personas en Latinoamérica necesitarán atención por parte de equipos de Cuidados Paliativos (CP), y alivio del dolor por cáncer, y para el 2030 más de 1.6 millones de personas morirán.

Los países con los mayores indicadores de mortalidad por cáncer, según el reporte de la OPS en el 2008, son: Brasil, Uruguay, Barbados, Perú, Argentina y Chile¹⁰. En México, el cáncer de mama representa la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad y afecta a todos los grupos socioeconómicos¹¹.

En las últimas décadas se ha desarrollado el concepto de resiliencia, que expresa la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas. Cuando un sujeto o

grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso puede resultar fortalecido por éstos. Actualmente, la resiliencia se aborda desde la psicología positiva, la cual se centra en las capacidades, valores y atributos positivos de los seres humanos, y no en sus debilidades y patologías, como lo hace la psicología tradicional¹². En consecuencia la resiliencia tiene importantes repercusiones no solo en el aspecto teórico, sino en la práctica¹³.

La resiliencia frente al cáncer está determinada por el control en cuanto a la capacidad de respuesta específica que ayuda a superar la situación traumática. Los problemas según Rolland, Walsh y Herzer citados por Grau¹⁴, son: comunicarse con claridad, expresarse emocionalmente de forma abierta, resolver problemas de forma colaborativa. Ello, denota el efecto positivo en la recuperación rápida de eventos críticos, como lo es el hecho de padecer de la enfermedad del cáncer.

Siguiendo estas opciones Garssini¹⁵, se refieren que se están realizando múltiples estudios, donde se incluya el optimismo como el involucramiento de factores intelectuales, e interpersonales como variables predictoras del surgimiento de conductas de afrontamiento a la diversidad. En ese sentido, dado que en el contexto del Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, existe un gran contingente de pacientes con cáncer que expresan diferentes problemas emocionales y físicos derivados de la enfermedad oncológica, es que surgió la inquietud de explicar en qué medida los enfermos oncológicos tienen capacidades

de afrontamiento como la resiliencia. Esto, con la intención de promocionar y desarrollar fortalezas cognoscitivas y emocionales durante la recuperación, a fin de que el paciente halle un propósito y los aspectos positivos en la vida y hasta ver la enfermedad como una oportunidad para crecer y beneficiarse.

1.2 . Formulación del problema

En el presente estudio se resolvió los siguientes problemas de investigación:

Problema general

¿Existe relación entre la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo en el 2014?

Problemas específicos

- ¿Existe relación entre el cáncer de próstata con el grado de resiliencia en pacientes en estudio?
- ¿El cáncer de estómago se relaciona con el grado de resiliencia en pacientes en estudio?
- ¿El cáncer de mama guarda relación con el grado de resiliencia en pacientes en estudio?
- ¿Existe la relación entre el cáncer de útero y el grado de resiliencia en pacientes en estudio?

1.3 . Justificación

El presente estudio se justificó por las siguientes razones:

Teórica.

No existiendo estudios de investigación, a nivel local, relacionados a las variables incluidas en la presente investigación, y dado la necesidad de aportar con evidencias científicas sobre la temática de estudio, se realizó la presente investigación, a fin de explicar el modo de adaptación y la forma como el paciente oncológico hace frente a su enfermedad. Esto resulta importante pues, permite al profesional de enfermería apoyar al paciente con la planificación y aplicación de estrategias de afrontamiento necesarios, para controlar los problemas de la dimensión psicológica, disminuyendo en la medida de lo posible los efectos que provoca el impacto de sobrellevar la enfermedad oncológica¹⁶.

Se considera de relevancia teórica para el campo de enfermería pues la información de la presente tesis permitirá el fortalecimiento de la resiliencia para favorecer la salud de las afectadas por el cáncer en sus diferentes tipos.

Práctica

Los resultados de la presente investigación permitirá la valoración de la aplicación de estrategias de afrontamiento hacia el control de los problemas emocionales y la de mejora de la salud del paciente y hacerlos más fuertes para enfrentar toda situación difícil.

La enfermedad oncológica dejó de ser visto como un fenómeno puramente biológico y fisiológico, ahora es visto desde un plano psicológico y social, y por lo tanto la investigación realizada en el campo la resiliencia de los pacientes oncológicos será un aporte para enfrentar la enfermedad¹⁷.

Social

El cáncer tiene una enorme connotación psicosocial y genera un impacto emocional en la población, lo cual da lugar a que se cree un campo propicio para la aplicación práctica de la enfermería para la salud. Las implicancias del cáncer a nivel social, arrastran un estigma y fatalismo difíciles de superar si no se cuenta con una estrategia integral.

Frente a ello, capitalizar aquellos factores protectores que provee la resiliencia, resulta importante, por ello, la presente investigación muestra un valor social en tanto, aborda el soporte que brinda la resiliencia a la salud mental y orgánica, identificando, reconociendo y manejando sus sentimientos y preocupaciones de su propio futuro incierto; desarrollando confort y crecimiento personal, con ello favorecer la calidad de vida percibida. De este modo, minimizar los progresos de la enfermedad y evitar el alto costo terapéutico y social.

1.4 . Propósito

La presente investigación se realizó con el fin de identificar el grado de resiliencia en relación a la enfermedad oncológica de los pacientes

atendidos en el Hospital Regional de Enfermedades Neoplásicas de El Tambo-Huancayo, con cuyos resultados, orientado al profesional de enfermería a fin de que se elabore programas de capacitación y/o actualización en relación el abordaje de la resiliencia para los profesionales de enfermería y de la salud.

1.5 . Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo en el 2014.

Objetivos específicos

- Identificar la relación entre el cáncer de próstata con el grado de resiliencia en pacientes en estudio.
- Evidenciar la relación entre el cáncer de estómago y el grado de resiliencia en pacientes en estudio.
- Relacionar el cáncer de mama y el grado de resiliencia en pacientes en estudio.
- Analizar la relación entre el cáncer de útero y el grado de resiliencia en pacientes en estudio.

1.6 . Hipótesis de investigación

- **Hipótesis general**

H0: La enfermedad oncológica no se relaciona con el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo en el 2014.

Hi: La enfermedad oncológica se relaciona con el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo en el 2014.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁: Existe relación entre el cáncer de próstata con el grado de resiliencia en pacientes en estudio.

Hi₂: Se observa relación entre el cáncer de estómago y el grado de resiliencia en pacientes en estudio.

Hi₃: Están relacionados el cáncer de mama y el grado de resiliencia en pacientes en estudio.

Hi₄: Existe relación entre el cáncer de útero y el grado de resiliencia en pacientes en estudio.

1.7 . Variables

Variable independiente

Enfermedad oncológica

Variable dependiente

Grado de resiliencia

1.8 . Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Enfermedad oncológica	Presencia de la enfermedad		Si/no	Nominal dicotómica
	Cáncer de próstata.	Cualitativa	Si/no	Nominal dicotómica
	Cáncer gástrico	Cualitativa	Si/no	Nominal dicotómica
	Cáncer de mama	Cualitativa	Si/no	Nominal dicotómica
	Cáncer de útero	Cualitativa	Si/no	Nominal dicotómica
VARIABLE DEPENDIENTE				
Grado de resiliencia	Nivel de resiliencia	Cualitativa	0 – 83 = Bajo 84 – 166 = Moderado 167 – 250 = Alto	Ordinal politómica
	Autoconocimiento y recursos internos	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Autorregulación	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Gestión del estrés	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Responsabilidad	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Identidad- Autoestima	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Recursos externos	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Equilibrio vital	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Generatividad	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Red familiar y social	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón
	Coherencia y motivación trascendente	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De razón

1.9 Limitaciones

La limitación del presente estudio está dada por que los hallazgos solo son válidos para el grupo poblacional del estudio; ello debido al número reducido de la muestra.

Asimismo, las limitaciones económicas del estudio fueron superados por las investigaciones, se aplicó el consentimiento informado y otros principios bioéticos como parte de las consideraciones éticas del estudio.

1.10 Definición de términos operacionales

Grado de resiliencia

Es la capacidad para afrontar la adversidad y lograr adaptarse bien ante las adversidades, en este caso a una enfermedad oncológica. En la presente investigación, esta variable consideró una serie de dimensiones: autoconocimiento y recursos internos, autorregulación, gestión del estrés, responsabilidad, identidad-Autoestima, recursos externos, equilibrio vital, generatividad, red familiar y social, coherencia y motivación trascendente. Se midió en tres niveles: alto, moderado y bajo.

Enfermedad oncológica.

La enfermedad oncológica, es un padecimiento grave y complejo, que tiene una evolución cuyo pronóstico depende en gran medida de la etapa de presentación y diagnóstico de la misma. En el presente estudio se consideró la presencia de varios tipos de cáncer: de próstata, de útero, gástrico, y de mama; dado a la mayor prevalencia en el hospital de estudio.

CAPÍTULO I

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente, con la finalidad de presentar a los antecedentes de forma sistematizada, con el fin de profundizar en el conocimiento de la temática de esta investigación.

Desde finales del siglo XX hasta la fecha, la investigación sobre resiliencia se ha focalizado en poblaciones diferentes de la infancia y la adolescencia, dándose un creciente y paulatino auge de estudios en población adulta, en diferentes temáticas, por ejemplo, adultos en condiciones de maltrato y sin hogar, personas en extrema pobreza, personas de zonas rurales aisladas, sobrevivientes de terrorismo, soldados veteranos de la guerra del Golfo, sobrevivientes de desastres naturales -huracanes, estudiantes universitarios, personas con trastornos psiquiátricos, adictos de sustancias psicoactivas -alcohol, tabaco- personas de la tercera edad y cuidadores de enfermos crónicos¹⁸; por esta razón es que se vio la necesidad de efectuar la investigación en una población de pacientes con diagnóstico de cáncer.

En España, 2012, Grau¹⁹, desarrolló un estudio titulado "Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas"; cuyo

objetivo fue describir los diferentes enfoques que se pueden aplicar al estudio del concepto de resiliencia familiar en el contexto de las enfermedades crónicas pediátricas y sus implicaciones en la práctica clínica y educativa. Asimismo, buscaron describir los principios generales que deben regir esta práctica y las actuaciones concretas de los profesionales de los sistemas sanitarios, educativos y sociales. Concluyeron indicando que la resiliencia familiar es imprescindible para mantener una buena calidad de vida del niño enfermo y de la familia en su conjunto.

Este antecedente de investigación presenta proximidad con el estudio desarrollado, puesto que ayudó a profundizar en la comprensión de la variable resiliencia y por ende en la descripción del problema en estudio.

En la ciudad de Medellín, Colombia, Quiceno, Alpi²⁰, desarrollaron un estudio titulado “Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos”; cuyo propósito fue identificar las diferencias y relaciones de la resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas, y analizar el peso de estas sobre la resiliencia en 121 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal crónica. Utilizaron como medición la escala de resiliencia RS y la escala de resiliencia breve CD-RISC2. A nivel de resultados no encontraron diferencias estadísticamente significativas de la resiliencia en función a la características sociodemográficas. El análisis de regresión lineal múltiple

mostró que el tiempo de diagnóstico tuvo un peso negativo sobre la resiliencia. En conclusión, las características clínicas tienen mayor relevancia sobre la resiliencia que las sociodemográficas cuando se es adulto mayor y con diagnóstico de enfermedad crónica.

Este antecedente presentó proximidad con el estudio desarrollado puesto que orientó en la discusión de los resultados encontrados.

En México, 2011, Ivonne, Nieto y Valdez²¹; desarrollaron un estudio titulado "Resiliencia en madres e hijos con cáncer"; cuyo objetivo fue plantear muchos retos compartidos durante el transcurso de la enfermedad tanto para los niños como sus familias y en especial para la madre, por lo que esta investigación tuvo por objetivo identificar las características de resiliencia entre madres y sus respectivos hijos estos últimos que tienen diagnóstico de cáncer, así como conocer el grado de relación entre ambos. Contaron con la participación de 60 individuos, de los cuales 30 fueron niños diagnosticados con cáncer, de ambos sexos, entre 8 y 17 años de edad, y los restantes 30 participantes correspondieron a sus respectivas madres, con edades entre 28 y 60 años. Aplicaron dos medidas de resiliencia, cuestionario de resiliencia para niños y escala de resiliencia (fuerza y seguridad personal) para adultos. Los resultados indican alta resiliencia en los niños en las tres dimensiones (factores protectores internos, externos y empatía). La resiliencia materna muestra ser alta en la dimensión altruismo, seguida de un nivel de resiliencia moderada en las dimensiones de: autoestima,

familia, seguridad y afiliación. Encontraron una asociación entre la resiliencia del niño (empatía) y de su madre (seguridad). Concluyeron que la familia es un factor de protección indispensable para favorecer el desarrollo de la resiliencia infantil, y el rol especialmente de la madre es necesario cuando se trata de niño con cáncer.

En Argentina, 2011, Ocampo, Valdez, González, Andrade, Oblitas y García²², abordaron un estudio titulado "Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama"; cuyo objetivo fue conocer el grado de relación y la capacidad predictiva que tienen variables psicológicas con la calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer de mama. Participaron 50 mujeres en diferentes fases de tratamiento. Aplicaron el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), la escala de afrontamiento de MOOS, la escala de Resiliencia SV-RES, y la escala multidimensional de religiosidad y espiritualidad. Los resultados evidenciaron una relación positiva y significativa entre la calidad de vida (CV) con el afrontamiento y la resiliencia. El estilo de afrontamiento por análisis lógico y la fortaleza fueron predictores de la calidad de vida (CV). Concluyeron indicando que, el afrontamiento y la resiliencia incluidos en programas de intervención pueden incrementar la calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer de mama.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teorías de resiliencia y riesgo

Esta teoría fue propuesta por Munist, Kotliarenco, Suárez y Grotberg²³, quienes consideran que las conductas protectoras agregan un componente importantísimo para aumentar la eficacia del trabajo preventivo. Se entiende como conductas de protección aquellas acciones voluntarias o involuntarias, que pueden llevar a consecuencias protectoras para la salud, son múltiples y pueden ser biopsicosociales.

Del mismo modo, la teoría de la resiliencia nace de la observación de niños y adolescentes que, a pesar de estar expuestos a condiciones de vida adversas, llegan a ser adultos saludables y positivos. En general la resiliencia es entendida como aquella característica humana que permite recuperarse y superar la adversidad. Es un concepto que nos centra en los factores protectores, que pueden ser propios como la inteligencia, locus de control interno, sentido del humor y habilidades empáticas; o externos o circunstanciales como la cohesión familiar, al menos un padre amoroso, sentido de pertenencia escolar, etc.

Por otra parte, no se debe olvidar qué dosis graduales y controladas de problemas pueden constituir factores positivos si se consideran sus funciones, como el aprender a responder en forma adecuada, saludable y constructiva, las posibilidades de fortalecer la autoestima y autoeficacia a través de logros, de desarrollar destrezas sociales y tomar decisiones.

En resumen, la teoría de resiliencia y riesgo trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras. Esta teoría arguye que hay factores internos y externos que protegen contra el estrés social o el riesgo a la pobreza, la ansiedad o el abuso. Si el paciente oncológico cuenta con factores protectores fuertes, podrá resistir las conductas poco saludables que a menudo resultan de estos elementos de estrés o de riesgo²⁴. La teoría resiliencia y riesgo provee una parte importante del enfoque de habilidades para la vida.

2.2.2. El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson

Este modelo se centra en cómo el paciente se adapta a la enfermedad y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación. Para Johnson²⁵, el objetivo de enfermería es reducir el estrés de tal forma que el paciente pueda avanzar con mayor facilidad a través del proceso de recuperación. El modelo de Johnson se centra en las necesidades básicas en relación en los siguientes subsistemas de conductas: subsistema de afiliación. Es probablemente el más importante, asegura la supervivencia y la seguridad, subsistema de dependencia que promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca. El subsistema de ingestión, *que tiene que ver con cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones nos alimentamos*, cumple así la amplia función de satisfacer el apetito; subsistema de eliminación, que está en relación del cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación, considera aspectos biológicos, sociales y

fisiológicos; el subsistema sexual, que obedece a la doble función de la procreación y la gratificación; subsistema de realización. Este subsistema trata de manipular el entorno, controla y domina un aspecto propio o del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación y subsistema agresión/protección, *que* consiste en proteger y conservar.

Los *supuestos principales* de esta teoría son: enfermería, persona. Salud y entorno²⁶.

El sistema humano está constantemente sometido a factores estresantes, los cuales producen un desequilibrio en el individuo. Es aquí donde el profesional de enfermería debe intervenir proporcionando cuidados que lleven al usuario a enfrentar de mejor manera las amenazas tanto internas como externas que se le presentan en diversas ocasiones, y así lograr que las personas enfrenten estos factores de manera positiva, lo que los llevará a ser una persona resiliente.

Partiendo de la base que los sistemas son interactivos, interdependientes e integrados, podemos decir que "los cambios en un subsistema producidos por una enfermedad no se pueden comprender del todo sin entender su relación con los cambios producidos en los otros subsistemas". Es así como los principios del modelo del sistema conductual permiten a la enfermera/o valorar la importancia de ofrecer de forma constante protección, nutrición y estímulo para así fomentar la resiliencia en el individuo²⁷.

Según Johnson²⁸, las personas son seres activos en constante labor de búsqueda no solo para adaptarse a su entorno, sino también,

para alterar dicho entorno y adaptarlo a sus necesidades. Asimismo, considera que el sistema conductual es más activo que reactivo.

Otros autores hablan que factores de riesgos propios de las enfermedades y lesiones son un enfoque comúnmente utilizado para conocer cuán preparados están las personas para experimentar un problema de salud. La exposición al estrés o a un desafío psíquico es fundamental para definir la resiliencia en los seres humanos²⁹.

2.3. Bases conceptuales: enfermedad oncológica

2.3.1. Definición de enfermedad

El término enfermedad proviene del latín “infirmitas” que significa “falta de firmeza” y consiste en un proceso que acaece a un ser vivo y altera su estado normal de salud.

Se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. Esta situación puede desencadenarse por múltiples razones, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco al organismo con evidencias de enfermedad. Estos desencadenantes se conocen bajo el nombre de noxas (del griego νόσος)³⁰.

2.3.2. Enfermedad oncológica

La enfermedad oncológica es un padecimiento grave y complejo, que tiene una evolución cuyo pronóstico depende en gran medida de la

etapa de presentación y diagnóstico de la misma. Ocasiona un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, tanto en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende³¹.

Por otro lado, la enfermedad oncológica tiene un carácter altamente estigmatizado en la sociedad, especialmente sentida por el paciente y su familia; se asocia con niveles significativos de mortalidad, que varía con la condición de que se trate y el estadio en el que se encuentra la enfermedad. Este hecho, a menudo asociado con la incertidumbre del diagnóstico, pronóstico y el sufrimiento físico y psicológico, plantean cuestiones importantes en la calidad de vida de los individuos involucrados³².

La imposibilidad de curar muchos casos, a pesar de los avances médicos, el miedo al dolor, a la mutilación. Con la muerte como horizonte cercano, ha promovido esta enfermedad como algo que simboliza, en realidad, lo que de más asustador existe en la vida.

Del mismo modo, la enfermedad oncológica se ha traducido en una situación debilitante y otra fatal, que afecta a un número creciente de personas. Los territorios de la oncología son la experiencia humana, densa y dolorosa. El sufrimiento a través de ellos los inunda, gana expresiones subjetivas y configuraciones objetivas originadas por sorpresa, extrañeza y asombro sobre la condición de la humanidad. Por un lado, la sorpresa de la naturaleza conspirativa de los órganos y sobre los disturbios causados en las entrañas del cuerpo. En segundo lugar,

causa extrañeza sobre la batalla silenciosa entre la vida y la muerte. Por último, la perplejidad ante el carácter incierto, imprevisible y a menudo irreversible, de los efectos sobre el significado de la existencia³³.

2.3.3. Tipos de enfermedad oncológica

En la actualidad existen diversos tipos de cánceres, en el presente estudio solo se consideraron 4 de ellos; los cuales se describen a continuación:

2.3.3.1. Cáncer de próstata

Se denomina cáncer de próstata al que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata. El cáncer se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente. Éstas también podrían propagarse desde la próstata a otras partes del cuerpo, especialmente los huesos y los ganglios linfáticos originando una metástasis³⁴.

Todo hombre mayor de 50 años puede estar afectado por esta enfermedad, por lo que debe someterse a un examen médico al menos una vez al año. Aunque no se puede afirmar que la hormona masculina, la testosterona, desempeñe un papel predominante en el desarrollo del tumor, parece que influye en su crecimiento³⁵.

Este tipo de cáncer no produce ningún síntoma. El examen clínico sistemático de la próstata por parte del médico y los análisis sanguíneos efectuados como forma de detección precoz permiten orientar el

diagnóstico. En algunos casos, el cáncer da lugar a la presencia de sangre en la orina y a la aparición de trastornos urinarios: aumento del número de micciones, dolor al orinar y necesidad de hacer un esfuerzo para vaciar la vejiga. En los casos muy avanzados, la salida de la orina puede estar bloqueada, porque la uretra está comprimida por la próstata o porque el cáncer ha invadido la vejiga y los uréteres³⁶.

El diagnóstico, generalmente se establece mediante un examen clínico. La introducción de un dedo en el recto (tacto rectal) revela una próstata consistente y abollada. El diagnóstico se confirma mediante ecografía por vía rectal y, posteriormente, por biopsia de la próstata. Una vez confirmado el diagnóstico, es necesario determinar el estadio de evolución del cáncer, que puede estar localizado en la próstata (ello permite prescribir un tratamiento curativo) o estar diseminado fuera de la glándula, con metástasis que suelen afectar a los huesos y los ganglios linfáticos. En este caso, sólo se dispone un tratamiento paliativo³⁷.

2.3.3.2. Cáncer del útero

Es el cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común (un procedimiento en el que se raspan células del cuello uterino y se observan bajo un microscopio). La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH)³⁸.

El tipo más común de cáncer del útero se denomina cáncer endometrial (adenocarcinoma). Este tipo de cáncer puede presentarse cuando se forma en el revestimiento del útero. Los sarcomas son otro tipo de cáncer uterino. En este caso, el tumor canceroso se forma a partir de los músculos y otros tejidos. Aunque ocurre en raras ocasiones, este tipo de cáncer uterino es más agresivo que el adenocarcinoma y presenta distintos síntomas. Debido a que el cáncer endometrial es más común y sus síntomas son distintos a los del sarcoma, este folleto estará centrado en el cáncer endometrial³⁹.

En el diagnóstico del cáncer de útero se realiza, en primer lugar, una historia clínica completa y una exploración ginecológica detallada. Se solicitará una analítica sanguínea con determinación de marcadores tumorales. Lo frecuente es que, en primer lugar, realice una ecografía transvaginal para ver las características y el grosor del endometrio⁴⁰.

2.3.3.3. Cáncer de la mama

El cáncer de seno (mama) es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pudiera crecer hacia (invadir) los tejidos circundantes o propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. Esta enfermedad ocurre casi por completo en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer⁴¹.

Las estrategias de detección precoz recomendadas para los países de ingresos bajos y medios son el conocimiento de los primeros signos y

síntomas, y el cribado basado en la exploración clínica de las mamas en zonas de demostración. El cribado mediante mamografía es muy costoso y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden costear un programa a largo plazo⁴².

2.3.3.4. Cáncer gástrico

El cáncer del estómago también es conocido como cáncer gástrico, se origina en las células epiteliales que forman la capa más interna de la mucosa del estómago.

Para el diagnóstico del cáncer de estómago, el médico elaborará una historia clínica y efectuará una exploración física que le oriente sobre hábitos del paciente y/o la existencia de síntomas y signos que puedan hacer sospechar la existencia de un cáncer de estómago. Para el diagnóstico, el mejor medio es la gastroscopia. Esta exploración, además, permite la obtención de muestras. Una vez diagnosticado el tumor de estómago son oportunas, para el análisis de extensión de la enfermedad, la eco endoscopia y la Tomografía axial computarizada (TAC) o escáner abdominal. La eco endoscopia es muy útil para conocer el grado de invasión local y la TAC abdominal para determinar metástasis a distancia⁴³.

2.4. Bases conceptuales: grado resiliencia

2.4.1. Definiciones de la resiliencia

El vocablo resiliencia tal como lo explica Melillo y Suarez⁴⁴, proviene del latín *Resilio* que significa volver al estado original, recuperar la forma única. Etimológicamente Cyrulnik⁴⁵ lo traduce como saltar hacia atrás, rebotar, ser repelido, surgir y resistir ante cualquier agresor; para los físicos resiliencia es la cualidad que tienen los materiales para no deformarse ante presiones y fuerzas externas; en las ciencias de la salud es la habilidad de resistir, demostrar fuerza, endurecerse y no alterarse ante situaciones adversas y de crisis.

Al respecto Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg⁴⁶, definieron la resiliencia, como la capacidad humana que permite hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas; así como la habilidad de recomposición y mantenimiento de los mecanismos de adaptación frente a la adversidad, recurriendo a todas las posibilidades para lograr un equilibrio entre factores protectores y de riesgo, al mismo tiempo pone en evidencia fortalezas y aspectos positivos que posibilitan un desarrollo más saludable.

Por su parte Walsh⁴⁷, indica que la resiliencia, es la capacidad de una persona para recuperarse de la adversidad, ser fortalecida y poseer mayores recursos. Menciona también que se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida. Además, Quintero⁴⁸, expresa que la resiliencia

constituye un cambio de paradigma al centrar el enfoque no en las debilidades, sino en las fortalezas del individuo; pues la resiliencia no es sólo una característica personal, sino que es una responsabilidad de la familia, la escuela, la sociedad; toda vez que han de constituirse en ámbitos generadores para que los sujetos logren enfrentar y superar con éxito los diversos factores de riesgo.

Estudios recientes sobre el tema de resiliencia, sostienen que es un proceso de desarrollo saludable y dinámico de los seres humanos, en el cual la personalidad y la influencia del ambiente interactúan recíprocamente. Luthar, Cicchetti y Becker⁴⁹, la describen como un proceso eficiente que lleva a la adaptación positiva dentro de un contexto de significativa adversidad; por lo que Rutter⁵⁰, remarca que es un proceso que no elimina los riesgos y las condiciones adversas de la vida, sino que permite al individuo manejarlos de modo efectivo.

En ese sentido, Infante⁵¹, resalta la caracterización de la resiliencia como un proceso que puede ser promovido y cuyos resultados no serán homogéneos ni estables en todos los ámbitos del desarrollo, por lo tanto no es una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y de las circunstancias.

Asimismo Castro y Llanes⁵², expresan que la resiliencia no debe confundirse con una técnica de intervención, ya que se trata según Walsh⁵³ de una estrategia de enfrentamiento transmitida por el primer círculo social del individuo, orientada a mejorar a las personas, a las

familias y en general a las comunidades a enfrentar con éxito situaciones de riesgo.

Grotberg⁵⁴, sostiene que el tema de la resiliencia puede sintetizarse en los siguientes puntos básicos siguientes:

- La resiliencia está ligada al desarrollo y el crecimiento humano, incluyendo diferencias etareas y de género.
- Promover factores de resiliencia y tener conductas resilientes requieren diferentes estrategias.
- El nivel socioeconómico y la resiliencia no están relacionados.
- La resiliencia es diferente de los factores de riesgo y los factores de protección.
- La resiliencia puede ser medida; además es parte de la salud mental y la calidad de vida.
- Las diferencias culturales disminuyen cuando los adultos son capaces de valorar ideas nuevas y efectivas para el desarrollo humano.
- Prevención y promoción son algunos de los conceptos en relación con la resiliencia.
- La resiliencia es un proceso: existe factores de resiliencia, comportamientos resilientes y resultados resilientes.
- La combinación de múltiples factores de origen genético, psicológico, social y situacional pueden determinar un estado de riesgo o de resiliencia en el niño o el adolescente.

La resiliencia es un concepto proveniente de la física: es la capacidad que tienen los materiales de recobrar su forma original después

de haber sido sometidos a una presión que los deforme. Este concepto fue aplicado a la psicología para describir la capacidad que tienen determinados sujetos y grupos de sobreponerse a las adversidades, de autorregenerarse de determinadas heridas o traumas, y de sobreponerse a acontecimientos desestabilizadores; y el conjunto de procesos sociales y personales que permiten conseguir el bienestar físico y psicológico, a pesar de las adversidades⁵⁵.

Por otro lado, desde una perspectiva más clínica, Walsh citado por Grau⁵⁶, considera a la resiliencia como los procesos interactivos que fortalecen al individuo y a la familia en el transcurso del tiempo.

En consecuencia, el concepto de resiliencia ayuda a entender las complejas interacciones entre enfermedad biológica, la unidad familiar, los miembros de la familia y los profesionales involucrados en su atención; también los cambios importantes que surgen durante la enfermedad tanto en el individuo como en la dinámica familiar, cómo sus creencias, sus valores y su legado multigeneracional influyen en la construcción de los significados de los problemas de salud y de las relaciones que se establecen con los profesionales⁵⁷.

El término resiliencia surge para dar una explicación de casos en donde se ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social⁵⁸.

En esta investigación la resiliencia fue considerada como el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del

individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan a superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva⁵⁹.

2.4.2. El comportamiento resiliente

Henderson⁶⁰, define comportamentalmente a la resiliencia como un conjunto de competencias “para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”, a veces de tipo traumático; cuya respuesta según Rutter⁶¹, es conducida por un conjunto de factores o mecanismos de interacción que se ponen en juego durante el desarrollo de la persona.

En tanto, Rutter⁶², explica que todos nacemos con una resiliencia innata, con la habilidad para desarrollar rasgos y cualidades que nos permiten ser resilientes, sin embargo existe gran variabilidad de la respuesta de las personas ante la adversidad, pues mientras unas habiendo vivido las más terribles experiencias escapan a sus secuelas, otras en las mismas condiciones sucumben a ellas, dejando entrever la existencia de algo que influye en la respuesta diferente y que ciertas características en el ser humano le dan una potencia diferencial frente a la adversidad.

Por su parte Vsillant y Davis⁶³, señalan que el comportamiento resiliente muestra características especiales en el contexto de las relaciones de interdependencia entre los individuos y los sistemas social, político, económico, escolar, cultural y mediático. Por tanto se concluye que la resiliencia no está necesariamente relacionada con la mayor

aptitud intelectual ni con la clase social adinerada, pero sí con la salud mental y la calidad de vida.

2.4.3. Características de la persona resiliente

Suárez⁶⁴, sostiene que la persona a lo largo de su vida presenta fluctuaciones de su estado de resiliencia, momentos de mayor y menor capacidad de responder a las adversidades. La define como el resultado de un balance entre factores de riesgo (asociados a toda suerte de eventos negativos de vida que incrementan la probabilidad del individuo de presentar problemas físicos, psicológicos y sociales), factores protectores (influencias que mejoran o alteran las respuestas individuales ante determinados riesgos de desadaptación) y la personalidad del ser humano. También establece que existen diversas interacciones entre estos factores y cada uno de ellos no es totalmente independiente de los demás, sino que están relacionados entre sí de manera compleja, con lo cual se establece un interjuego entre lo individual y social- comunitario.

De igual modo Salgado⁶⁵, refiere que las personas de índole resiliente logran mantener un equilibrio estable en su comportamiento sin afectar su rendimiento y su vida cotidiana ante un suceso traumático. Ellas no suelen pasar por un período de “recuperación” tras el trauma, y a pesar de haber sido criadas en condiciones de alto riesgo para su salud individual, son psicológicamente sanas y exitosas. Este fenómeno, aparentemente propio de personas extraordinarias, resulta, en realidad, de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano.

En el mismo sentido Saavedra⁶⁶, declara que una persona con características resilientes, es aquella que es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, tiene un sentido de sí mismo positivo, dimensiona los problemas, tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar.

2.4.4. Dimensiones de resiliencia

A continuación se describen cada una de las dimensiones, consideradas en la presente investigación:

2.4.4.1. Autoconocimiento y recursos internos

Es el proceso reflexivo (y su resultado) por el cual la persona adquiere noción de su yo y de sus propias cualidades y características. Como todo proceso, puede ser desglosado en diversas fases, como: autopercepción, autoobservación, memoria autobiográfica, autoestima, autoaceptación. No puede haber, pues, autoestima sin autoconocimiento. De ahí la importancia del autoconocimiento para el desarrollo personal.

2.4.4.2. Autorregulación

Se denomina autorregulación a la capacidad que posee una entidad o institución para regularse a sí misma, lo cual supone un logro de equilibrio espontáneo, sin necesidad de la intervención de otros factores, entidades o instituciones para lograr dicho proceso de autorregulación.

2.4.4.3. Gestión del estrés

El manejo del estrés se inicia con la identificación de las fuentes de estrés en su vida. Esto no es tan fácil como parece. Sus verdaderas fuentes de estrés no siempre son obvias y es muy fácil pasar por alto sus propios pensamientos, sentimientos y comportamientos estresantes.

2.4.4.4. Responsabilidad

Es la capacidad de compromiso o de cuidado de una persona consigo misma y con todo lo de alrededor.

2.4.4.5. Identidad y autoestima

Hace referencia a un conjunto de juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable. Estos juicios generales refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia⁶⁷. (Ejemplo de ítems): "Yo soy...Una persona que los demás quieren una persona que le gusta ayudar, una persona que demuestra afecto".

2.4.4.6. Recursos externos

Son juicios que se refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano⁶⁸. (Ejemplo de ítems) "Yo tengo: personas que me apoyan, a quien recurrir en caso de problemas,

personas que estimulan mi autonomía e iniciativa. Buena salud, satisfacción con lo que he logrado en la vida.”

2.4.4.7. Equilibrio vital

El equilibrio refiere a un estado de estabilidad, de balanceo o compensación entre los atributos y características de dos cuerpos o de dos situaciones.

2.4.4.8. Generatividad

Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas. Ejemplo de ítems: “Yo puedo: generar estrategias para solucionar mis problemas, esforzarme por lograr mis objetivos, trabajar con otros en la solución de problemas”⁶⁹.

2.4.4.9. Red social y familiar

Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal. Ejemplo de ítems: “Yo tengo: Relaciones personales confiables, una familia bien estructurada y relaciones afectivas sólidas”⁷⁰.

2.4.4.10. Coherencia y motivación trascendente

Se refiere al tiempo que comparten los miembros de la familia, la lealtad que existe entre ellos y la fortaleza de los lazos familiares.

2.4.5. Resiliencia frente a la enfermedad oncológica

Galende⁷¹, define al sujeto resiliente como aquel: “que no se sitúa como víctima pasiva de sus circunstancias, sino como sujeto activo de su experiencia”. En este mismo contexto, la resiliencia es la capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a la que están sometidos e, incluso, de salir fortalecidos de la situación”⁷².

Tal como lo explica, De Simone⁷³, cuando el paciente oncológico comienza a pasar de los porqués a los para que, es cuando se cuestiona el sentido de su vida y de su sufrimiento. “La construcción de sentido es una obra humana y no solo un descubrimiento”. Solo reconociendo que estamos en crisis, podemos darle un sentido a la misma. Aceptar que está enfermo, es comenzar un afrontamiento constructivo de la situación.

Es así que el cáncer conlleva una perturbación del funcionamiento cotidiano de una persona y tiende, además, a cronificarse. Es un fenómeno más complejo, donde la vida o la muerte dependen de muchos factores, entre los que, por supuesto, no se pueden excluir, los psicológicos.

Por todo ello, resulta interesante conocer los estados emocionales y los estilos de afrontamiento de los pacientes con esta enfermedad, ver si se sienten apoyados por sus familiares y cómo se relacionan estos factores con el estado emocional y psicológico de los pacientes. Existen elementos importantes a tener en cuenta en la evolución de estos pacientes: el apoyo social con que cuentan, los estados emocionales y el estilo de afrontamiento que habitualmente han exhibido en su vida ante

eventos importantes, así como el manejo integral y multidisciplinario que exige una optimización en la eficacia y eficiencia de las intervenciones⁷⁴.

En suma, la calidad de vida de una persona que padece o ha padecido cáncer puede verse afectada de diversas maneras. Algunas personas describen cambios positivos en sus vidas después de concluir los tratamientos. Para ellos, el cáncer ha supuesto un acercamiento a seres queridos, la resolución de problemas a los que previamente no se habían enfrentado, una mayor valoración de la vida o una actitud más positiva ante ella. Para otros, sin embargo, el cáncer ha provocado cambios físicos, emocionales y sociales que alteran su rutina diaria⁷⁵.

CAPÍTULO II

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. **Ámbito del estudio**

Este estudio de investigación se llevó a cabo en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, ubicado entre los jirones La Victoria y Arequipa. Brinda asistencia las 24 horas del día, a la población.

La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de marzo a agosto del 2014, este periodo estuvo programado por las investigadoras para todo el proceso investigativo.

3.2. **Tipo de estudio**

Por el número de variables, el presente estudio, fue **analítico**, ya que el presente estudio consta de dos variables (variable independiente y dependiente).

Según la intervención del investigador, el presente estudio fue **observacional**, ya que no existió intervención alguna por parte de los investigadores, solo se buscó medir el fenómeno de acuerdo a la ocurrencia natural de los hechos.

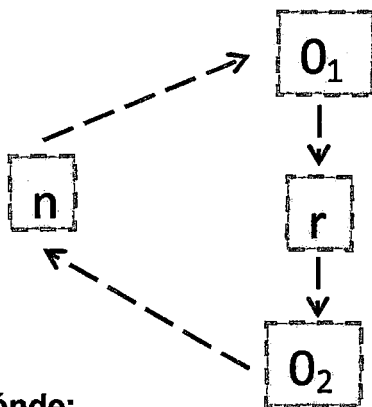
Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue **prospectivo**, porque se registró la información existente en tiempo presente.

Y, fue transversal puesto que solo se recogió los datos en una sola oportunidad.

3.3. Diseño del estudio

El diseño que se utilizó en la presente investigación fue el correlacional, como se muestra a continuación:

DIAGRAMA:



Dónde:

n = Muestra en estudio

O₁= Variable dependiente (grado de resiliencia)

O₂ = Variable independiente (enfermedad oncológica)

r= Relación de variables

3.4. Método de estudio

Se hizo uso del método hipotético-deductivo, partiendo de unas premisas teóricas dadas, se llegó a unas conclusiones determinadas a través de un procedimiento de inferencia o cálculo formal. El paso de las premisas a la conclusión se realizó a través de tres fases o momentos: I. Observación, II. Formulación de hipótesis y III. Verificación o contrastación

de las hipótesis:

3.5. Población

La población estuvo constituida por 35 pacientes, usuarios de un hospital oncológico de la ciudad de Huancayo, ello según la lista proporcionada por dicho hospital.

Características de la población

- **Criterios de inclusión.** Se incluyeron en el estudio a los pacientes:
 - Que tuvieron más de 18 años de edad.
 - Con diagnóstico confirmado de cáncer (canceres de mayor frecuencia).
 - Se encontraron LOTEP (lúcidos, orientados, en tiempo, espacio y persona).
 - Aceptaron participar en la investigación (firmaron su consentimiento informado).
- **Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio a los pacientes que:
 - No aceptaron participar en el estudio.
 - Radicaban fuera del contexto del estudio.
 - Se encontraron en fase terminal de la enfermedad.

Muestra y muestreo

Unidad de análisis

Pacientes oncológicos atendidos en el Hospital de estudio.

Unidad de muestreo

Se trabajó con el total de la población por ser accesible para la investigación. Siendo un total de 35 pacientes oncológicos, ello según la lista proporcionada por el hospital en estudio.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio, se aplicó para la recolección de datos la técnica de la entrevista y observación.

- **Encuesta de las características generales de la muestra en estudio (anexo 1):**

Este instrumento contiene 4 reactivos, los mismos que indagan el tipo de enfermedad, la edad, el género, género, procedencia, número de hijos.

- **Escala de resiliencia (anexo 2).**

Este instrumento fue elaborado por Santos⁷⁵ de la Fundación Humanae, gracias a ello en la presente investigación se recogió la información referente al grado de resiliencia del paciente para enfrentar los efectos que ocasiona el cáncer en el aspecto bio-psico-social. En este instrumento se formularon 50 preguntas, con alternativa de respuesta múltiple y evaluó 10 dimensiones tal como se especifica en la operacionalización de variables.

Llegando a considerar en la suma total la siguiente puntuación.

Resiliencia bajo	0 – 83 pts
Resiliencia moderado	84 – 166 pts
Resiliencia alto	167 – 250 pts

3.7. Validez de los instrumentos de recolección de datos

Validez de contenido

En la presente investigación, los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

3.7.1. Validación por juicio de expertos

Se procedió de la siguiente manera:

1. La validación fue realizada a través de la apreciación de 4 expertos, los cuales contaron con características especiales como ser expertos en investigación, profesionales con amplia trayectoria en temas de Oncología, catedráticos de universidades del área de salud expertos en investigación, los cuales calificaron los ítems de los instrumentos y la ficha, en términos de relevancia, claridad en la redacción y no tendenciosidad en la formulación de los ítems.
2. Cada experto recibió adecuada información escrita acerca del propósito del estudio; objetivos e hipótesis, operacionalización de las variables, y los instrumentos de recolección de datos.
3. Los expertos dieron a conocer sus distintos puntos de vista, en donde tomaron en cuenta las apreciaciones del instrumento respecto de cada ítem. La mayoría de expertos concordaron en sus observaciones donde hubo coincidencia favorable, se les catalogó como congruentes, claros y no tendenciosos quedando incluidos en el instrumento. Con ello se logró la validez por jueces.

3.7.2. Validez racional

Los instrumentos de investigación (anexo 2) inferenciables, aseguraron la representatividad de todas sus dimensiones, ya que los constructos medidos, están literariamente bien definidos, gracias a la *revisión actual y completa de los antecedentes de investigaciones internacionales y locales.*

3.8. Confiabilidad de los instrumentos

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos de medición inferenciables, vimos por conveniente aplicar la validez de consistencia interna, para la cual, se cumplió el coeficiente alfa de Crombach que arrojó un valor de 0.8, para el anexo 2; ello demostró la fiabilidad del instrumento para aplicar a la muestra en estudio.

Se realizaron dichas medidas en los resultados de una muestra piloto (se aplicó los instrumentos en un contexto similar), en donde se identificaron también otras dificultades, principalmente de carácter ortográfico, palabras poco entendibles, ambigüedad en los términos y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña prueba se realizó en otro establecimiento de salud de nuestra localidad.

3.9. Procedimientos de recolección de datos

Los pasos desarrollados para el cumplimiento de los objetivos planteados fueron los siguientes:

- Coordinación previa de las investigadoras con el Director del

Hospital de Enfermedades Neoplásicas, a quién se le envió una solicitud pidiendo autorización del campo de estudio.

- Para aplicar los instrumentos a los pacientes seleccionados, se procedió a realizar la selección de las unidades de análisis, los instrumentos fueron aplicados por un personal capacitado.

3.10. Aspectos éticos de la investigación

Consentimiento informado. A través del cual la muestra de estudio fue informada por escrito de los objetivos generales del proyecto en el que fueron incluidos. Una vez leído este documento, lo firmarán así como el investigador.

3.11. Elaboración de datos

- **Exploración de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron y al mismo tiempo se realizó el control de calidad de datos a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Categorización de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio.
- **Ordenamiento de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de nuestra investigación.

- **Presentación de datos.** Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.12. Análisis e interpretación de datos

- **Análisis descriptivo**

Se utilizó una estadística descriptiva de las variables continuas (procedimientos MEANS) para la descripción de las muestras: media, desviación estándar, máximo, mínimo, mediana, desviación estándar de la media, etc.

Asimismo, se aplicó la estadística descriptiva en las variables categóricas (procedimiento FREQ), con la obtención de frecuencias y porcentajes de las categorías aplicadas a establecer la correlación entre las distintas afirmaciones, obtenidas de la guía de entrevista.

- **Comprobación de hipótesis**

Se tomó varias consideraciones, ya que deseamos medir el grado de correlación entre las dos variables, dicha relación, se elaboró con los valores numéricos alcanzados en los dos instrumentos por cada uno de los usuarios, es decir, a nivel cuantitativo, para ello se tuvo que cumplir con el requisito indispensable, de someter las distribuciones de contrastaste a una prueba de normalidad; empleando para ello, la prueba de Kolmogorov Smirnov según dimensiones de las variables en estudio,

mediante dicha prueba se tomó la decisión de emplear la prueba no paramétrica de Chi cuadrado.

En el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0 para Windows.

CAPÍTULO III

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.

Características demográficas	n = 35	
	Frecuencia	%
Edad en años		
26 – 35 años	3	8,6
36 – 45 años	12	34,3
46 – más años	20	57,1
Género		
Masculino	7	20,0
Femenino	28	80,0
Lugar de procedencia		
Cercado	20	57,1
Otros distritos	15	42,9
Número de hijos		
1 – 2 hijos	16	45,7
3 – 4 hijos	19	54,3

Fuente. Encuesta de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra en estudio, se observó que por encima de la mitad 57.1% (20) se encontraban entre las edades de 46 años a más; asimismo, 80% fueron del género femenino; el lugar de procedencia de los mismos fue en su mayoría del cercado de Huancayo (57,1%) y 54,3% tuvieron de 3 a 4 hijos.

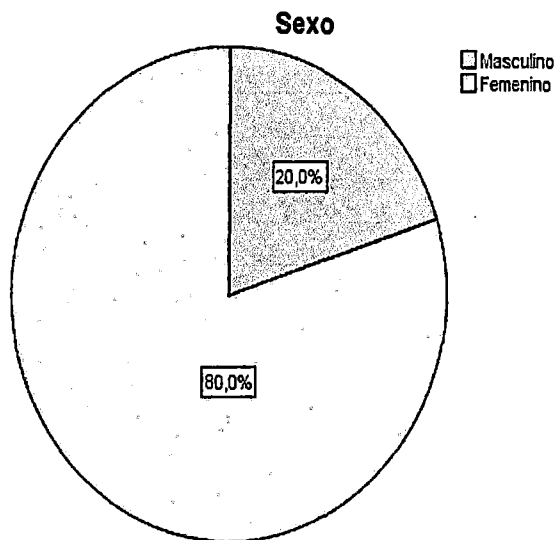


Figura 1. Representación gráfica del género de los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

La presente figura 1 muestra que la mayoría de los pacientes en estudio fueron del género femenino [80% (28)], frente a una mínima proporción de personas del género masculino (20%).

Tabla 2. Tipo de enfermedad oncológica diagnosticada en los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Tipo de enfermedad oncológica diagnosticada	n = 35	
	Frecuencia	%
Cáncer de próstata	3	8,6
Cáncer de estómago	4	11,4
Cáncer de mama	5	14,3
Cáncer de útero	23	65,7
Total	35	100,0

Fuente. Encuesta de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).

En la presente tabla se observa el tipo de enfermedad oncológica diagnosticada en la muestra en estudio, donde, una gran mayoría [65,7% (23)] presentó cáncer al útero, seguido de una proporción mínima (14,3%) de quienes presentaron cáncer de mama, y en orden decreciente el cáncer de estómago y de próstata.

Tabla 3. Nivel de resiliencia según dimensiones en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Dimensiones de la resiliencia	n = 35					
	Bajo		Moderado		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%
Autoconocimiento y recursos internos	8	22,9	19	54,3	8	22,9
Autorregulación	8	22,9	17	48,6	10	28,6
Gestión del estrés	8	22,9	18	51,4	9	25,7
Responsabilidad	7	20,0	20	57,1	8	22,9
Identidad-Autoestima	8	22,9	19	54,3	8	22,9
Recursos externos	8	22,9	18	51,4	9	25,7
Equilibrio vital	9	25,7	17	48,6	9	25,7
Generatividad	8	22,9	18	51,4	9	25,7
Red familiar y social	8	22,9	18	51,4	9	25,7
Coherencia y motivación trascendente	9	25,7	17	48,6	9	25,7

Fuente. Escala de resiliencia (Anexo 2).

Al evaluar el nivel de resiliencia percibida por los pacientes oncológicos en estudio, se observó un nivel bajo [25,7% (9)] en la dimensión equilibrio vital; en la dimensión responsabilidad-identidad un nivel moderado [57,1% (20)], y en la dimensión autorregulación un nivel alto [28,6% (10)].

Nótese que en las diversas dimensiones, la percepción de la resiliencia, alcanzó un nivel moderado en cerca o alrededor de la mitad de los pacientes.

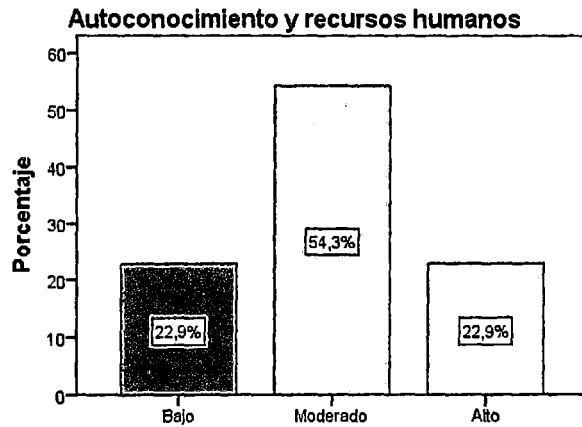


Figura 2. Representación gráfica de la percepción en la dimensión autoconocimiento y recursos internos, por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

En esta figura, se muestra la percepción de los pacientes en estudio respecto a la dimensión autoconocimiento y recursos internos, donde alrededor de la mitad de ellos [54,3% (19)] manifestaron un nivel moderado, seguido de alrededor de una quinta parte de ellos [22,9% (8)] que percibieron en el nivel bajo y alto respectivamente.

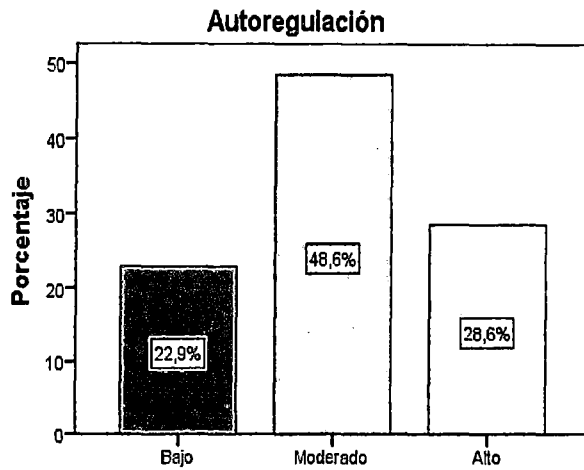


Figura 3. Representación gráfica de la percepción de la dimensión autorregulación, por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

En relación a la percepción de la dimensión autorregulación, cerca de la mitad de los pacientes en estudio, se ubicaron en un nivel moderado (48,6%), seguido de una proporción de 28.6% que percibieron en un nivel alto.

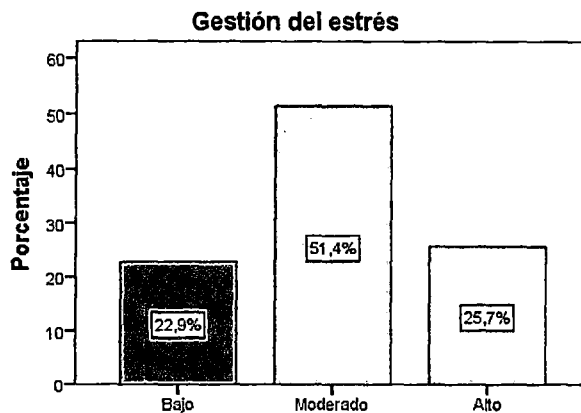


Figura 4. Representación gráfica de la percepción de la dimensión gestión del estrés, por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Respecto a la percepción de la dimensión gestión del estrés, la mayoría de los pacientes en estudio expresó en un nivel moderado (51,4%), seguido por una proporción que percibió un nivel alto (25,7%) y 22,9% en el nivel bajo.

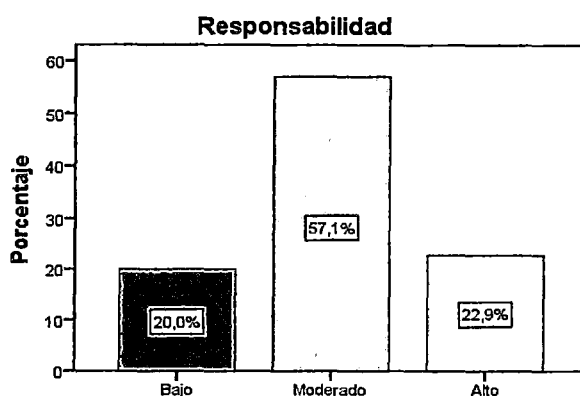


Figura 5. Representación gráfica de la percepción de la dimensión responsabilidad, por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

La dimensión responsabilidad, fue percibida por más de la mitad de los pacientes en estudio, en un nivel moderado (57,1%), seguido por una proporción que percibe dicha dimensión en el nivel alto (22,9%) y 20% en el nivel bajo.

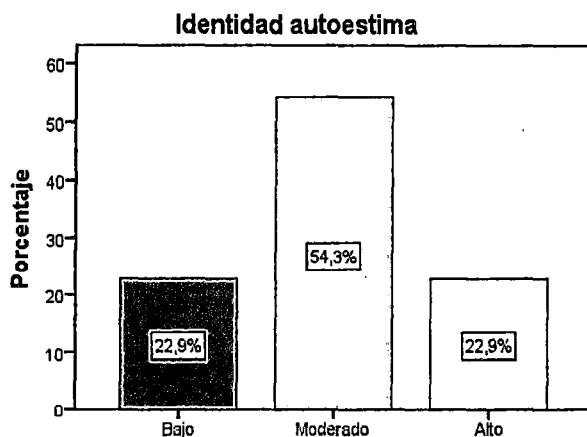


Figura 6. Representación gráfica de la percepción de la dimensión identidad-autoestima, por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Respecto a la percepción de la dimensión identidad-autoestima, por los pacientes en estudio, más de la mitad de ellos expresaron un nivel moderado (54,3%), seguido de una proporción que percibió en el nivel alto y bajo respectivamente (22,9%).

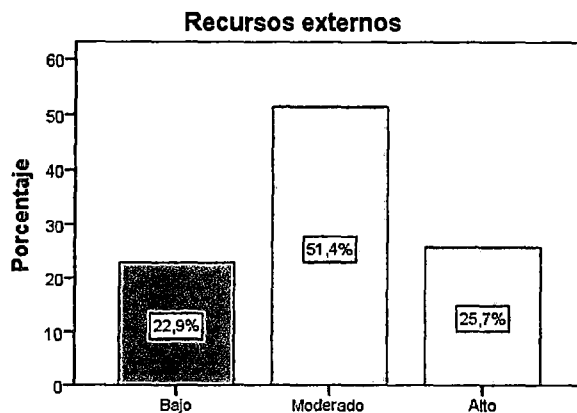


Figura 7. Representación gráfica de la dimensión recursos externos percibido por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

En lo que respecta, a la percepción de la dimensión recursos externos, por los pacientes en estudio, se observa que alrededor de la mitad de ellos consideraron un nivel moderado (51,4%), seguido de un 25,7% que se ubicó en el nivel alto y 22,7% en el nivel bajo.

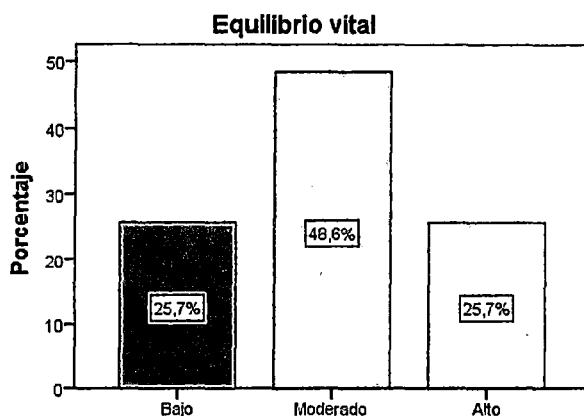


Figura 8. Representación gráfica de la dimensión equilibrio vital percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

En lo que se refiere a la percepción de la dimensión equilibrio vital, por los pacientes en estudio, cerca de la mitad de ellos expresaron un nivel moderado (48,6%), seguido de un 25,7%, que se ubicó en el nivel alto y bajo respectivamente.

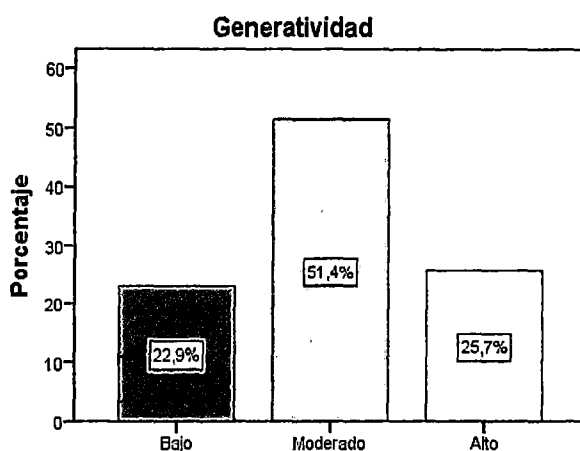


Figura 9. Representación gráfica de la dimensión generatividad percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

En relación a la percepción de la dimensión generatividad, por los pacientes en estudio, alrededor de la mitad de ellos expresaron un nivel moderado (51,4%), seguido de un 25,7% que se ubicaron en un nivel alto y un 22,9% en un nivel bajo respectivamente.

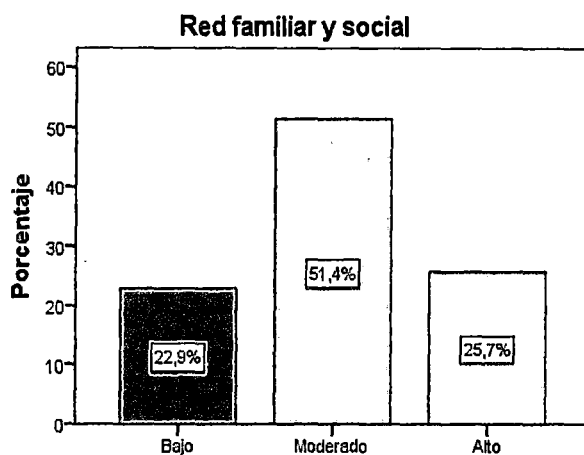


Figura 10. Representación gráfica de la percepción de la dimensión red familiar y social, por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

En la percepción de la dimensión red familiar y social, por los pacientes en estudio, alrededor de la mitad de ellos consideraron en un nivel moderado (51,4%), seguido de un 25,7%. que percibió en un nivel alto y 22,9% en un nivel bajo.

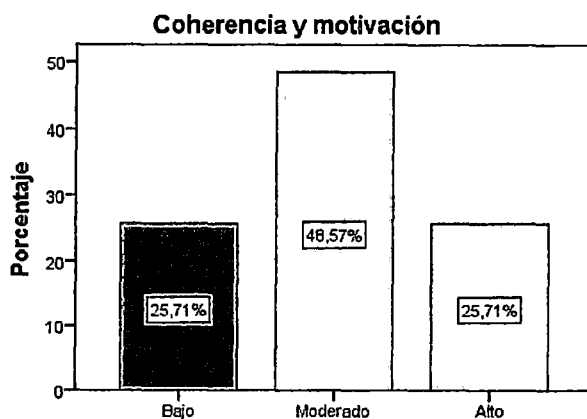


Figura 11. Representación gráfica de la percepción de la dimensión coherencia y motivación trascendente, por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Finalmente, la percepción de la dimensión coherencia y motivación, por los pacientes en estudio, cerca de la mitad de ellos lo hicieron en un nivel moderado (48,6%), seguido de un 25,7%, que percibieron dicha dimensión en el nivel alto y bajo respectivamente.

Tabla 4. Grado de resiliencia percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.

Grado de resiliencia	n = 35	
	Frecuencia	%
Bajo	8	22,9
Moderado	18	51,4
Alto	9	25,7

Fuente. Escala de resiliencia (Anexo 2).

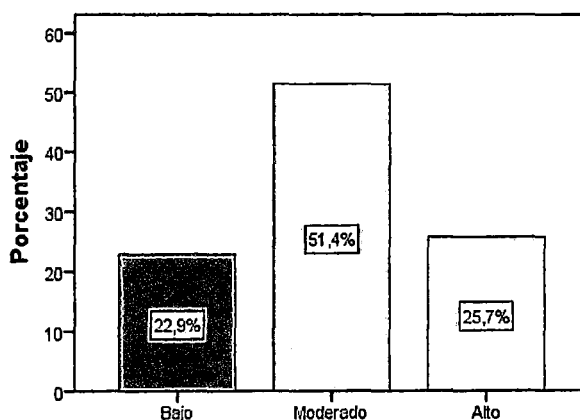


Figura 12. Representación gráfica del grado de resiliencia, percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

En la presente tabla 4 y figura 12, se observa a nivel global, que el grado de resiliencia percibida por los pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas, fue de un nivel moderado [51,4%(18)] en alrededor de la mitad de ellos; seguido de una importante proporción de 25,7%; que mostró resiliencia alta y 22,9% de nivel bajo.

4.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 5. Correlación entre la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Enfermedad oncológica	Grado de resiliencia						X ² con bondad de ajuste	gl	Valor p
	Bajo		Moderado		Alto				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Sí	8	22,9	18	51,4	9	25,7	27, 286	3	0,00
No	27	77,1	17	48,6	26	77,1			

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente. Encuesta de las características generales de la muestra en estudio, escala de resiliencia (Anexo 1 y 2).

Al analizar de modo global, la relación entre la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo durante el 2014, se encontró que 51.4% (18) de ellos, presentó la enfermedad oncológica y a su vez percibió un grado de resiliencia de nivel moderado.

Al comprobar estadísticamente la relación entre las variables en estudio, mediante la prueba de Chi-cuadrada, se encontró relación significativa entre ambas variables, dado que se obtuvo un valor de $X^2 = 27.286$, superior al valor de la región crítica (9.488) para tres grados de libertad y con un nivel de significancia de $p = 0.00$, con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis de investigación.

Tabla 6. Correlación entre el cáncer de próstata y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Cáncer de próstata	Grado de resiliencia						X ² con bondad de ajuste	gl	Valor p
	Bajo		Moderado		Alto				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Sí	0	0	1	2,9	2	5,7	24,029	1	0,00
No	35	100	34	97,1	33	94,2			

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente. Encuesta de las características generales de la muestra en estudio, escala de resiliencia (Anexo 1 y 2).

En lo que respecta a la relación entre el cáncer de próstata y el grado de resiliencia percibida por la muestra de estudio, se encontró que 5,7% (2), presentaron cáncer de próstata y a su vez percibieron un grado de resiliencia de nivel alto.

Al comprobar estadísticamente la relación entre las variables en estudio, se encontró relación entre ambas variables, ello se demostró mediante la prueba de Chi-cuadrada, con un valor calculado de $X^2 = 24.029$ mayor a la región crítica (9.488) para grado de libertad y con un nivel de significancia de $p = 0.00$, con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis de investigación.

Tabla 7. Correlación entre cáncer de estómago y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Cáncer de estómago	Grado de resiliencia						X ² con bondad de ajuste	gl	Valor p
	Bajo		Moderado		Alto				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Sí	1	2,9	1	2,9	2	5,7	20,829	1	0,00
No	34	97,1	34	97,1	33	94,2			

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente. Encuesta de las características generales de la muestra en estudio, escala de resiliencia (Anexo 1 y 2).

En la relación entre el cáncer en estómago y el grado de resiliencia en la muestra en estudio, se encontró que 5,7% (2), presentó cáncer de estómago y a su vez percibió un grado de resiliencia de nivel alto.

Al comprobar estadísticamente la relación entre las variables en estudio, se encontró la existencia de relación entre ambas variables, ello mediante la prueba de Chi-cuadrada que estimó un valor de 20.829 mayor al de la región crítica (9.488) para un grado de libertad y con un nivel de significancia de $p = 0.00$, con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis de investigación.

Tabla 8. Correlación entre cáncer de mama y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Cáncer de mama	Grado de resiliencia						X ² con bondad de ajuste	gl	Valor p
	Bajo		Moderado		Alto				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Sí	1	2,9	4	11,4	1	2,9	17,857	1	0,00
No	34	97,1	31	88,6	34	97,1			

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente. Encuesta de las características generales de la muestra en estudio, escala de resiliencia (Anexo 1 y 2).

En el análisis de la relación entre el cáncer de la mama y el grado de resiliencia en la muestra en estudio, se encontró que 11,4% (4), presentó cáncer de mama y a su vez percibió un grado de resiliencia de nivel moderado.

Al comprobar estadísticamente la relación entre las variables en estudio, se encontró mediante la prueba de Chi-cuadrada, la existencia de relación entre ambas variables, con un valor calculado de 17.857 mayor a la región crítica (9.488), para un grado de libertad y con un nivel de significancia de $p = 0.00$, por lo que se rechazó la hipótesis nula, y se aceptó la hipótesis de investigación.

Tabla 9. Correlación entre el cáncer de útero y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo, 2014.

Cáncer útero	Grado de resiliencia						X ² con bondad de ajuste	gl	Valor p
	Bajo		Moderado		Alto				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Sí	3	8,5	15	42,8	5	14,3,	10,783	2	0,005
No	32	91,4	20	57,1	30	85,7			

*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente. Encuesta de las características generales de la muestra en estudio, escala de resiliencia (Anexo 1 y 2).

Finalmente, al relacionar el cáncer del útero y el grado de resiliencia, se encontró que 8,5% (15), tenían cáncer al útero y a su vez percibieron un grado de resiliencia de nivel moderado.

Al comprobar estadísticamente la relación entre dichas variables, se encontró que si existe relación entre ambas variables planteadas, ello fue comprobado mediante la prueba de Chi-cuadrada, obteniéndose un valor de 10,783 mayor a la región crítica (9.488) para dos grados de libertad y con un nivel de significancia de $p = 0.005$, con lo que se aceptó la hipótesis de investigación y se rechazó la hipótesis nula.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación consideró el partió del supuesto de que el afrontamiento y la resiliencia predicen bienestar y el funcionamiento de pacientes con enfermedad oncológica por su capacidad de desarrollar factores protectores, moduladores y amortiguadores de la salud física y mental⁷⁶. En consecuencia la presente investigación analizó la relación que se establece entre la enfermedad oncológica y la capacidad de resiliencia de la persona.

A modo global, se comprobó la existencia de relación entre la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo durante el 2014, dado que se obtuvo un valor calculado de $X^2 = 27.286$, superior al valor de la región crítica (9.488) para 3 grados de libertad y un nivel de significancia de $p = 0.00$, por lo que se rechazó la hipótesis nula. En este sentido, es posible afirmar que la resiliencia les permite a los pacientes superar la adversidad, principalmente de los síntomas asociados del cáncer, en tanto enfatiza el potencial humano, hacia la promoción de la calidad de vida⁷⁷.

Este resultado se apoya en el modelo del sistema conductual de enfermería de Johnson⁷⁸ que fundamenta la forma de mantener y recuperar el equilibrio en el usuario, ayudándole a conseguir un nivel óptimo de funcionamiento, es por esto que se relaciona directamente con el término "resiliencia", que es la capacidad que va adquiriendo la persona

para poder enfrentar, satisfactoriamente, los distintos factores de riesgo, y a la vez ser fortalecido como resultado de esa situación.

Este resultado, es cónsono con lo planteado por Rodríguez Colón⁷⁹, que en los resultados de investigación, reportaron cómo la enfermedad alteraba la percepción de la madre respecto al cáncer de mama de su hija y, a su vez, muchas las veían por primera vez como vulnerables y susceptibles. Sus comentarios indicaron que con el diagnóstico de cáncer había intensificado la relación de madre e hija. Para muchas madres, el diagnóstico de cáncer de sus hijas, las obligaba a confrontar unas transiciones, tanto en su ciclo de la vida, como en la suya propia. Para muchas de ellas, en sus madres esto representaba una conducta sin precedente en su relación con su madre.

Del mismo modo, los hallazgos concuerdan con el enfoque de la psicología positiva de Duckworth, Steen, Seligman⁸⁰, quienes consideran que las personas que enfrentan grandes problemas buscan mayor satisfacción y alegría más no preocupación y tristeza y pretenden tener vidas llenas de significado y propósito. Estos estados no se alcanzan automáticamente, pero el acoger las emociones positivas puede ayudar, tanto directa como indirectamente, a aliviar el sufrimiento y a sanar la raíz de sus preocupaciones.

A su vez, según Azar⁸¹, existen condiciones, fortalezas y virtudes que le permiten a la persona sobrevivir a situaciones con mucho sufrimiento, asignándole así un nuevo significado a sus vidas. Esto permite que las personas tengan más fe, se sientan más capaces de

solucionar problemas, poder relacionarse mejor con las personas que le rodeen y hasta tener menor preocupación acerca de su enfermedad.

En resumen, le asignan un nuevo significado a su vida, hasta llegar a comprender que su diagnóstico y tratamiento del cáncer les permitió descubrir con optimismo un nuevo propósito en la vida – luchar contra la enfermedad y sobrevivir a la misma.

De otro lado, los hallazgos reportados por Salich, Auerbach⁸², sugieren que el afrontamiento ante un trauma relacionado a un diagnóstico de enfermedad puede servir para ayudar a desarrollar un proceso de recuperación emocional. Los investigadores del estudio, concluyeron que las participantes se sintieron emocionalmente fortalecidas y con una nueva determinación de vivir, luego de haber concluido con el tratamiento provisto para manejar médicamente su condición de cáncer de mama.

También Lopes⁸³, señala que debido a la constante asociación de cáncer a la muerte, después de recibir el diagnóstico y someterse al tratamiento propuesto, comienza también el proceso de duelo anticipado, de la vida misma y de todo lo que tiene que dejar atrás, amigos, familia, los bienes adquiridos y todo lo demás. Es a menudo una despedida “de la vida”. Es allí donde la resiliencia se convierte en fuente en fuente de protección del paciente y familia.

En sentido contrario, Alamo Sánchez Gilma, et. al, citado por Lopes⁸⁴, identificaron en el estudio de resiliencia en personas con cáncer del Hospital Privado el Rosario de Cabimas de Argentina, donde la mayoría

de la población objeto de estudio no lograron enriquecer sus vidas de acuerdo a sus experiencias. A su vez no poseen fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnóstico de su enfermedad lo que lleva a deducir que dichos pacientes no han logrado desarrollar, en el transcurso de sus vidas, conductas resilientes. Sobre la base de los resultados se establecieron las conclusiones y recomendaciones para el desarrollo de la resiliencia en pacientes con cáncer, como herramienta para el manejo de la enfermedad y como parte de su vida cotidiana.

Finalmente, el estudio permite aseverar que la resiliencia que cuentan los pacientes oncológicos en estudio, es un recurso para sobrellevar la enfermedad que mejora hasta inclusive los rasgos de su personalidad que le permiten entonces trabajar para recuperar su salud y predice altos niveles de calidad de vida.

Estos resultados, puede servir de base para futuras investigaciones en las que se amplíe y midan los factores de resiliencia, del valor del sistema de apoyo, de la espiritualidad, entre otros estudiados utilizando un diseño cuantitativo.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio, se encontró que:

De manera general:

- Existe relación significativa entre la enfermedad oncológica y el grado de resiliencia en pacientes atendidos en el Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo durante el 2014, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi-cuadrada, (cuyo valor fue de 27.286 y $p = 0.00$), con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis de investigación.

De manera específica se analizó que:

- Existe relación significativa entre el cáncer de próstata y el grado de resiliencia en los pacientes en estudio, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi-cuadrada, (cuyo valor fue de 24.029 y $p = 0.00$), con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis de investigación.
- Se relacionan significativamente el cáncer de estómago y el grado de resiliencia en los pacientes en estudio, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi-cuadrada, (cuyo valor fue de 20.829 y $p = 0.00$), con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis de investigación.

- Existe relación significativa entre el cáncer de mama y el grado de resiliencia en los pacientes en estudio, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi-cuadrada, (cuyo valor fue de 17.857 y $p = 0.00$), con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis de investigación.
- Se encuentran relacionadas de forma significativa el cáncer de útero y el grado de resiliencia en los pacientes en estudio, el que fue contrastada mediante la prueba de Chi-cuadrada, (cuyo valor fue de 10,783 y $p = 0.005$), con lo que se rechazó la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones arribadas en la presente investigación podemos destacar las siguientes implicaciones y recomendaciones.

A los responsables de la conducción de los servicios de salud oncológicos del hospital en estudio

Desarrollar programas de intervención en resiliencia focalizados a la resiliencia, ya que se le considera una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental. En este sentido, se sugiere, dar a conocer y difundir el concepto de resiliencia entre los profesionales del área de la salud; estudiar la resiliencia como un proceso, lo que plantea nuevos desafíos metodológicos; relacionar los modelos de enfermería sobre la resiliencia con el quehacer profesional y reconocer los aspectos positivos de los usuarios que evidencien una buena capacidad de resiliencia.

A los profesionales de enfermería que brindan cuidados de enfermería directos

Conocer la realidad de cada paciente para usar mejor las estrategias de intervención. Más allá de los síntomas y las conductas, esa mirada intenta detectar y movilizar los recursos de las personas, de su entorno, de los servicios y redes sociales con las que cuenta, logrando por un lado una correcta interpretación y evaluación de ésta, que permitirá desarrollar mecanismos de acción preventiva y cambios favorables en el estilo de vida.

Tal como Manciaux, Vanistendael⁸⁵, resulta relevante tener una mirada positiva sobre las personas y sus capacidades implican, por ejemplo, incluir sistemáticamente en la anamnesis las preguntas sobre los aspectos positivos del desarrollo y la salud, a su vez detectar y movilizar los recursos de las personas, de su entorno, de los servicios y las redes sociales.

Brindar apoyo emocional, en coordinación con el profesional de psicología.

Reforzar el aspecto emocional de los pacientes para que pueda hacer frente a su enfermedad y pueda superar las controversias que puedan ocasionarse por efectos del diagnóstico o tratamiento, dentro de su hogar como en su trabajo para que pueda compartir sus momentos emocionales con las personas de su entorno.

De acuerdo con Valentín, Murillo, Valentín et al., citado por Lopez⁸⁶ existen tres principios básicos sobre los cuales subsisten todas las necesidades, que deberían ser los principios de actuación: buena atención profesional, atención centrada en la persona y cuidado holístico.

A la comunidad científica

Realizar estudios de investigación con enfoque cualitativo sobre el tema con diferentes grupos poblacionales en otras sedes de estudio a fin de establecer estudios comparativos.

Difundir los resultados de la presente investigación a los miembros del hospital en estudio y a todos los interesados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Cancer Institute. En: Sarria-Bardales G, Limache-García A. Control del cáncer en el Perú: un abordaje integral para un problema de salud pública. Rev Peru Med Exp. Salud Pública. 2013; 30 (1):93-8.
2. Osorio Mantilla Sandra Milena. Un estudio descriptivo sobre estrategias y estilos de afrontamiento ante la enfermedad oncológica. Análisis de casos presentados por el cine. [internet]. [Consultado 2014 agost 15]. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1197/Abstract_Osorio.pdf?sequence=3.
3. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The international resilience project. La Haya: Bernard Van Leer Foundation; 1996.
4. Di Fresco, Masten, Powel, Pesce y Col. Formación de mecanismos de resiliencia Wisman 2000, p. 56
5. Ivonne N, Nieto D, Valdez JL. Resiliencia en madres e hijos con cáncer. Rev de psicooncología. 2011; 8(1): 113-123.
6. Justo. En: Lopes Simões Ângela Sofia. "Cuidar en Oncología". [tesis para optar el grado de Master en tratamiento de soporte y cuidados paliativos en el enfermo oncológico]; Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina; Salamanca, Junio de 2010.
7. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The structure of resilience, a critic evaluation and guideline for future reports. Child Development 2000; 71(3):543-562.
8. Ivonne N, Nieto D, Valdez JL. Op, cit, p.114
9. World Health Organization. En: Zaharia M. El cáncer como problema de salud pública en el Perú [Editorial]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30 (1):7-8.
10. Munist M., Kotliarenco M., Suárez O, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. OPS, OMS, Fundación W.K. Kellogg. Autoridad Sueca para el desarrollo Internacional (ASDI). Septiembre de 1998.
11. Herzer, Rolland, Walsh. En: Grau C. Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. Rev Españ de Disc.

2013 Abr 22; 1(1): 195-212.

12. Grau C. Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. Rev Españ de Disc. 2013 Abr 22; 1(1): 195-212.
13. Forés Anna, Grané Jordi: «La resiliencia. Crecer desde la adversidad». Barcelona: Plataforma Editorial; 2008
14. Herzer, Rolland y Walsh. En: Grau C. Op, cit, p. 200.
15. Garssini María Elena. Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos. Universidad metropolitana de Venezuela. [internet]. [Consultado 2014 agost 15]. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico9/9Psico%2006.pdf>.
16. Osorio Mantilla Sandra Milena. Op, cit, p. 3
17. Lopes Simões Ângela Sofia. Op, cit, p. 17
18. Quiceno Japcy Margarita, Vinaccia Stefano. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensamiento Psicológico, 2011, 9 (17): 69-82
19. Grau C. Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. Rev Españ de Disc. 2013 Abr 22; 1(1): 195-212.
20. Quiceno Japcy Margarita, Alpi Stefano Vinaccia. Op, cit, p. 25
21. Ivonne N, Nieto D, Valdez JL. Op, cit, p. 113
22. Ocampo J, Valdez JL, González NI, Andrade P. Oblitas LA, García RO, Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vidas en Pacientes con Cáncer de Mama. Rev. Argent. De Clinc. Psicológ. 2011 nov.; 20(3): 265-269.
23. Munist M, Kotliarenco M, Suárez O, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. OPS, OMS, Fundación W.K. Kellogg. Autoridad Sueca para el desarrollo Internacional (ASDI). Septiembre de 1998.
24. Kamm Ramírez Raquel María. Teoría de resiliencia y riesgo. [internet]. [Consultado 2014 agost 15]. Disponible en: <http://www.abc.com.py/articulos/teoria-de-resiliencia-y-riesgo-28920.html>

25. Johnson Dorothy. Desarrollo del conocimiento en Enfermería. [Consultado 2014 agost 25]. Disponible en: <http://www.abc.com.py/articulos/teoria-de-resiliencia-y-riesgo-28920.html>
26. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería: teoría y práctica. 3ª ed. Madrid, España: Mosby/Doyma; 1996. p. 1267.
27. Marriner-Tomey A, Alligood MR. Modelos y teoría en enfermería. 4ª ed. Madrid, España: Hartcourt/Brace; 1999. p. 229-231. [Links]
28. Ibid, p. 231
29. Grotberg E (comp). La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 216.
30. WordPress. Qué es, Significado y Concepto. [internet]. [Consultado 2014 agost 15]. Disponible en: <http://definicion.de/enfermedad/#ixzz3AqfxkJjQ>
31. Osorio Mantilla Sandra Milena. Op, cit, p. 3
32. Lopes Simões Ângela Sofia. "Cuidar en Oncología". [tesis para optar el grado de Master en tratamiento de soporte y cuidados paliativos en el enfermo oncológico]; Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina; Salamanca, Junio de 2010.
33. Ibid, p. 17
34. Instituto nacional del cáncer de los institutos nacionales de salud de los EEUU. cáncer de próstata [internet]. [Consultado 2014 agost 22]. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata>
35. Enciclopedia médica. ¿Qué es el cáncer de próstata? [internet]. [Consultado 2014 agost 22]. <http://salud.doctissimo.es/enciclopedia-medica/enfermedades-genito-urinarias/cancer-de-prostata.html>
36. Ibid, p. 1
37. Ibid, p. 1
38. Instituto nacional del cáncer de los institutos nacionales de salud de los EEUU. [internet]. [Consultado 2014 agost 22]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino>
39. The American College of Obstetricians and Gynecologists. El cáncer del útero [Internet]. [Consultado 2014 agost 22]. Disponible en: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/cancer->

utero

40. Clínica de la Universidad de Navarra. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de útero en la Clínica [Internet]. [Consultado 2014 agosto 22]. Disponible en: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/cancer-utero>
41. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer de seno? [Internet]. [Consultado 2014 agosto 22]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>
42. OMS. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. [Consultado 2014 agosto 23]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>
43. Clínica de la Universidad de Navarra. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de estómago en la Clínica [Internet]. [Consultado 2014 agosto 23]. Disponible en: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/cancer-estomago>
44. Melillo, Suárez y Ojeda. Resiliencias familiares. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós. 2004. Pág. 83
45. Cyrulnik, B. Los patitos feos: la resiliencia una infancia infeliz no determina la vida; 9ª edición). Barcelona. Editorial Gedisa. 2008.
46. Munist M, Santos H, Kotliarenco M A, Suárez Ojeda N, Infante F, Grotberg E. Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 1998.
47. Walsh F. Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.
48. Quintero A. Resiliencia: Contexto no clínico para trabajo social. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2005, 3 (15.): 2-16.
49. Luthar S, Cichetti D, Becker B. Research on resilience: Response to Commentaries. Child Development, 71, (3) 573-575.
50. Rutter M. Psychological resilience and protective mechanisms. American journal of orthopsychiatry, 1987. 57: 316-331
51. Infante F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Melillo,

- A. y Suárez Ojeda, N (Comps.) Buenos. Aires: Paidós, 2003.
52. Castro M, Llanes J. Tutoría en resiliencia. *Liber Addictus*. Nº. 94, 2006: 101-104
 53. Walsh F. Op, cit, p. 4
 54. Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas. 2003. <http://www.cidei.cl/Documentos/38.pdf>. (Consultada el 06/07/2013).
 55. Grau C. Op, cit, p. 196.
 56. Walsh. En: Grau C. Op, cit, p. 199.
 57. Rolland, Walsh. En: Grau C. Op, cit, p. 210.
 58. Ivonne N, Nieto D, Valdez JL. Op, cit, p. 114
 59. Ibid, p. 115
 60. Henderson E. Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. Suarez (Dir.). Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2002, p. 19-40.
 61. Rutter M. Resilience Adolescencia al día. Washington. 1999, p. 1-9
 62. Ibid, p. 9
 63. Vsillant G, Davis T. Social-emotional intelligence and midlife: Resilience in schoolboys with low tested intelligence. *American Journal of Orthopsychiatry*; 2000. 70(2), 215-222.
 64. Suárez Ojeda E. Resiliencia, tendencias y perspectivas. Colección salud comunitaria. Serie Resiliencia. Ediciones de la UNLA. Lanús. Argentina. 2005.
 65. Salgado A. La ciencia y su respuesta frente a la adversidad: Estudios desde la perspectiva de la resiliencia. *Cultura*, 2005, XXIII(19), 393-417
 66. Saavedra E. El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes: Estudio de Casos, [Tesis Doctoral]. Universidad Valladolid. España. 2004.
 67. Saavedra Guajardo Eugenio, Villalta Paucar Marco. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre

15 y 65 años. *Liberabit*: Lima (Perú) 14: 31-40, 2008

68. *Ibid*, p.2

69. *Ibid*, p. 3

70. *Ibid*, p. 4

71. Galende E. Subjetividad y resiliencia: Del azar y la complejidad. En A. Melillo, E. N. Suárez Ojeda & D. Rodríguez (Comps.). *Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la vida*, (pp. 23-61). Buenos Aires: Paidós; 2006

72. Melillo A. Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia. En: Melillo, A., Suárez O., E. N. & Rodríguez, D. (Comps.). *Resiliencia y subjetividad*, (pp. 77-90). Buenos aires: Editorial Paidós; 2006

73. De Simone Gustavo G. El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. *Acta bioeth.* [revista en la Internet]. 2000 Jun [citado 2014 Ago 25] ; 6(1): 47-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100004>.

74. Nobles Montoya Diana, Brunal Vergara Beatriz. Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia Volumen 5, Número 8 / enero-junio 2009*

75. Die Trill Maria. Impacto psicosocial del cáncer. [Internet]. [Consultado 2014 agost 29]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncologia.pdf

76. Santos. "todos podemos ser resilientes". [Internet]. [Consultado 2014 agost 29]. Disponible en: <http://fundacionhumanae.org/doc/Dra.%20Rafaela%20Santos%20todos%20podemos%20ser%20resilientes.pdf>

77. Cortes Recaball Juana Elena. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Cienc. enferm.* [online]. 2010, 16 (3): 27-32. ISSN 0717-9553.

78. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermería: teoría y práctica*. 3ª ed. Madrid, España: Mosby/Doyma; 1996. p. 1267.

79. Rodríguez Colón A. En: Crespo Fernández, Leila; Rivera García, Migna L. El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Rev. Puertorriq. Psicol.* San Juan 2012, 12.
80. Duckworth A L, Steen T, Seligman M E P. En: Crespo Fernández, Leila; Rivera García, Migna L. Op, cit, p. 12
81. Azar B. Op, cit, p. 12
82. Salich E C, Auerbach C. Op, cit, p. 12
83. Lopes Simões Ângela Sofia. Op, cit, p. 21
84. Alamo Sánchez Gilma, et. Al. En: Lopes Simões Ângela Sofia. Op, cit, p. 21
85. Manciaux M, Vanistendael S (comp). En: Cortes Recaball, Juana Elena. *La Resiliencia: Una Mirada Desde La Enfermería. Cienc. enferm.* [online]. 2010, 16(3): 27-32. ISSN 0717-9553.
86. Valentín, Murillo, Valentín et al. En: Lopes Simões Ângela Sofia. Op, cit, p. 19

BIBLIOGRAFÍA

- Avila Acosta, Roberto B. Metodología de la investigación. R.A- Lima, Perú; 2001.
- Burns Nancy, Grove K Susan. Investigación en Enfermería. Madrid: EI SEVIER; 2004.
- Caballero Romero Alejandro. Guías Metodológicas para los planes y tesis de Maestría y doctorado. Graph. Lima Perú; 2004.
- Canales F L, Alvarado E, Pineda E B. "Metodología de la investigación"
- Day Roberto A. Como escribir y publicar trabajos científicos. Organización panamericana de la salud; 1999.
- Domínguez Gutiérrez S. Guía para elaborar y evaluar protocolos y trabajos de investigación: Universidad de Guadalajara; 2001.
- Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Batpisy Lucio P. Metodología de la investigación: Mc Graw Hill; 2006.
- Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. Adaptado al español. Traducida de la 5ª ed. en inglés. (del 2001). México: El Manual Moderno; 2002.
- Ministerio de salud. Oficina general de epidemiología. En: programa de entrenamiento en epidemiología de campo sobre "Epidemiología intermedia"; Perú. Noviembre de 1999. Lima: Ministerio de Salud del Perú, 1999.p.354-356.
- Polit Dense F, Hungler Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud:Mc Graw-Hill Interamericana; 2002.
- Tamayo Calderón José. Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en ciencias de la salud. Vol 1,2. Mundo científico en salud. Lima-Perú; 2003.
- Vancouver. Estructura y normas para la presentación de trabajos de grado. En: Resumen y adaptación sobre adaptación estilo Vancouver, Biblioteca Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia 2008. Colombia.2008.p.1-58.

ANEXOS

Código -----

ANEXO N° 1

ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Grado de resiliencia en relación a la enfermedad oncológica en pacientes atendidos en un Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado entrevistado(a), esta entrevista tiene el objetivo de reunir información clara y precisa acerca de sus características sociodemográficas.

La información solicitada tiene carácter confidencial

Marque con una X en el casillero que Ud. Considere es su respuesta.

Gracias por su colaboración.

I. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

1.1 Tipo de Enfermedad

- Cáncer de próstata ()
- Cáncer de epidermis ()
- Cáncer de estómago ()
- Cáncer de pulmón ()
- Cáncer de mama ()
- Cáncer de ovario ()
- Cáncer de testículo ()
- Cáncer de útero ()

II. CARACTERISITCAS GENERALES

2.1 Edad:

- 15 – 25 años ()
- 26 – 35 años ()
- 36 – 45 años ()
- 46 – más años ()

1.2 Género:

- Masculino ()
- Femenino ()

1.3 Procedencia:

- Cercado ()
- Otros distritos ()

1.4 Número de hijos:

- 1 – 2 hijos ()

3 – 4 hijos ()
 Más de 5 hijos ()

Código -----

ANEXO 2

ESCALA DE RESILIENCIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Grado de resiliencia en relación a la enfermedad oncológica en pacientes atendidos en un Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado entrevistado(a), en esta oportunidad se le presenta una escala de resiliencia, el que requiere ser respondida, en tal efecto, por favor lea cada frase y señale la puntuación Marque con una X en el casillero que Ud. Considere es su respuesta.

5	4	3	2	1
De acuerdo	Poco de acuerdo	Indiferente	Poco desacuerdo	En desacuerdo

ITEMS	VALORACIÓN				
	5	4	3	2	1
Autoconocimiento y recursos internos					
1. Habitualmente soy optimista. Considero que las dificultades son retos temporales, espero superarlos y creo que las cosas saldrán bien.					
2. Me adapto rápidamente a las novedades sorteando los reveses y dificultades sin que me suponga malestar psicológico.					
3. Me invade la incertidumbre ante los cambios y me siento incómodo hasta que compruebo resultados positivos.					
4. Prefiero trabajar sin una descripción escrita de mis tareas. Soy más eficaz cuando tengo libertad para hacer lo que creo mejor en cada situación.					
5. Aguanto bien los momentos duros, planteándome como un reto.					
Autorregulación					
6. En mi trabajo puedo tolerar niveles elevados de incertidumbre y ambigüedad sin que me afecten al rendimiento.					
7. Soy capaz de sonreír aunque tenga el alma dolorida.					
8. Soy capaz de ser eficaz en mi trabajo aunque esté bajo mucha presión.					

9. Soy capaz de aguantar mi necesidad de desahogo si considero que ese no es el momento oportuno de hacerlo.					
10. Sabe responder sin agresividad cuando alguien ironiza o hace bromas sobre usted.					
Gestión del estrés					
11. En un momento de crisis o situación caótica, me tranquilizo y me centro en las acciones útiles que puedo emprender.					
12. Le inquieta el futuro y se acuerda más de lo negativo que de lo positivo.					
13. Tengo la costumbre de aprender de mis aciertos y errores sabiendo que no siempre, ni todo, tiene que salirme bien.					
14. Puedo cambiar de opinión cuando lo veo razonable y no pienso que actuar así vulnera mi reputación.					
15. Con frecuencia me siento inquieto, impaciente y tenso, con dificultad para poder descansar y disfrutar pensando en el trabajo pendiente.					
Responsabilidad					
16. Soy capaz de dar mi opinión aunque ésta no coincida con las personas de las que dependo.					
17. Habitualmente me esfuerzo por lograr mis objetivos y me siento contento pensando que lo estoy logrando.					
18. Soy responsable y tengo voluntad para llevar hasta el final los proyectos superando las dificultades o el poco reconocimiento.					
19. Cuando algo sale mal me vence la tendencia de dar vueltas y buscar culpables en vez de resolver el problema cuanto antes.					
20. Frecuentemente siente que le falta tiempo y genera ansiedad.					
Identidad-Autoestima					
21. Soy una persona con buen auto concepto y seguro de mí mismo.					
22. Soy creativo y me gusta intentar nuevas maneras de hacer las cosas.					
23. Tengo buen humor y sé reírme el primero de mí mismo, cuando me encuentro en una situación ridícula sabiendo quitar la tensión.					
24. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi mismo.					
25. Cuando alguien critica mi trabajo no tolero la frustración que me produce.					
Recursos externos					
26. Puedo delegar con confianza en otros sin sentir la					

necesidad de seguir controlando y comprobar si lo que hacen es lo correcto.					
27. Soy capaz de recuperarme emocionalmente de las pérdidas y las adversidades en un corto plazo.					
28. Soy capaz de tomar decisiones y contagio seguridad en los demás.					
29. Soy constante en buscar el equilibrio personal, familiar y laboral.					
30. En el trabajo me gusta establecer relaciones de amistad con compañeros y dedico tiempo a conocer sus circunstancias personales.					
Equilibrio vital					
31. Pienso que, en general, tengo una vida satisfactoria y me siento feliz.					
32. Cuando siento soledad o incomprensión, puedo racionalizar ese sentimiento para que no me afecte en la conducta.					
33. He observado que con frecuencia me dejo invadir por el ambiente y las personas que me rodean incluso rechazando lo que realmente deseo.					
34. Me siento cómodo con distintos tipos de personas y no tiendo a prejuzgar las intenciones o sus apariencias.					
35. Me he hecho más fuerte y he mejorado a partir de experiencias difíciles.					
Generatividad					
36. Procuo resolver los problemas pensando de manera analítica, creativa y práctica y no espero que el tiempo arregle los conflictos.					
37. Soy bueno haciendo que las cosas funcionen bien y a menudo me piden que lidere grupos y proyectos.					
38. Procuo escuchar, observando a los demás con empatía para saber conciliar los objetivos míos y los del otro.					
39. Soy capaz de trabajar solo pero me integro con facilidad en un grupo de colaboradores implicándolos en el proyecto.					
40. He transformado la desgracia en buena suerte y he sabido sacar partido de las malas experiencias.					
Red familiar y social					
41. Me siento seguro en el entorno en que vivo y trabajo.					
42. Pienso que mi familia siempre me apoya.					
43. Siento que no tengo personas de confianza a quien recurrir en caso de problemas.					
44. Me gusta apoyar a otros que tienen problemas.					

45. Tengo amigos con los que puedo hablar y expresar mis sentimientos pidiéndoles ayuda cuando lo necesito.					
Coherencia y motivación trascendente					
46. Puedo decir con datos que soy un modelo positivo para otros.					
47. Hay veces que persigo el éxito personal por encima de los sentimientos de otras personas.					
48. Cumplo siempre lo que prometo y no me dejo llevar con frecuencia por los impulsos del momento aunque me desvíen de mi objetivo primero.					
49. Le cuesta enfrentarse a las consecuencias que en el futuro pueda tener su decisión actual.					
50. Se siente más capaz de hacer un gran esfuerzo un día que pequeños esfuerzos a diario					

ANEXO 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO SEGÚN EL MODELO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) DEL PERÚ

Título del proyecto. Grado de resiliencia en relación a la enfermedad oncológica en pacientes atendidos en un Hospital de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo 2014.

• **Equipo de Investigadores**

Lic. Enf. LEYVA CANO Nylene Luisa

Lic. Enf MEJÍA CÁCERES Tula

Lic. Enf. URBINA PÉREZ Karen Sisel

• **Introducción / Propósito**

La hipótesis del estudio consiste en que si el grado de resiliencia guarda relación con el tipo de enfermedad oncológica

• **Participación**

Participarán los pacientes oncológicos del Hospital Regional Docente de Enfermedades Neoplásicas de Huancayo.

• **Procedimientos**

Se le aplicará una encuesta sociodemográfica y una escala de resiliencia.

• **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

• **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre como sobrellevar la resiliencia en la enfermedad.

• **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

• **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de los investigadores, ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al

Email: Sizurbi21@hotmail.com o comunicarse al Cel. 968960990

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del paciente: _____

Firma de la investigadora 1: _____

Firma de la investigadora 2: _____

Firma de la investigadora 3: _____

Huancayo, 2014