



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA RESILIENCIA EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Páez Paucar Liliana Patricia

Tutor: MSc. Psic. Gaibor González, Ismael Álvaro.

Ambato-Ecuador

Noviembre, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”**, de Páez Paucar Liliana Patricia, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, agosto 2018

EL TUTOR

MSc. Psic. Gaibor González, Ismael Álvaro.

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación
“APOYO SOCIAL Y SU

RELACIÓN CON LA RESILIENCIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y artículo científico son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, agosto 2018

LA AUTORA:

Páez Paucar, Liliana Patricia

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto investigativo con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción del mencionado, dentro de las regularidades de la Universidad, siempre y cuando su reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, agosto 2018

LA AUTORA:

Páez Paucar, Liliana Patricia

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema
**“APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA RESILIENCIA EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS”**. Páez Paucar Liliana Patricia, estudiante de la Carrera de Psicología
Clínica.

Ambato, noviembre 2018

Por constancia firman:

PRESIDENTE/A

1ER VOCAL

2DO VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a mis padres por haberme brindado su apoyo incondicional durante los momentos más difíciles, por motivarme a cumplir cada uno de mis sueños y seguir adelante a pesar de las dificultades que se presentaban en este largo camino de aprendizaje, sus palabras de aliento me animaron a levantarme de cada caída y a no dejarme vencer durante los momentos difíciles, sin el apoyo de ellos nada hubiese sido posible ya que son una pilar muy importante en mi vida.

A mis hermanas, con quienes he compartido los mejores momentos de mi vida, me han dado consejos que me motivaban a salir de cualquier problema y me ayudaron a llegar a cada uno de mis sueños.

A mi gran amigo Paúl Camino y a su familia con quienes he pasado momentos muy agradables, quienes me cuidaron, mostraron su aprecio y apoyo incondicional durante el tiempo que viví en esta bella ciudad. Los consejos, las risas, las lágrimas derramadas hicieron que estos años de universidad valieran la pena, nunca los olvidaré.

A los docentes a quienes les debo mi formación académica y profesional.

Páez Paucar Liliana Patricia

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado sabiduría para salir adelante y alcanzar cada uno de mis sueños, por poner en mi vida personas que se convirtieron en lo más importante de mi vida. A mi familia que, aunque no los tuve cerca, fueron el motor que me impulsaba a continuar y no decaer.

A la Universidad Técnica de Ambato por mi formación académica, a los docentes de la Carrera de Psicología Clínica quienes me han formado en esta bella profesión a través de los conocimientos impartidos a lo largo de estos años de estudio universitario.

Al Hospital "Dr. Julio Enrique Paredes C." - Unidad Oncológica SOLCA – Tungurahua, de manera cordial a la Dra. Aida Aguilar quien fue mi guía durante la realización de mi investigación y por abrirme las puertas de su prestigiosa Institución, también agradezco a los doctores y enfermeras de Quimioterapia Ambulatoria, Hospitalización y Consulta Externa ya que me permitieron compartir momentos con los pacientes quienes luchan diariamente con el cáncer con la finalidad de sentirse mejor pronto, a ellos mi admiración, respeto y aprecio.

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
DERECHOS DE AUTOR	iii
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 TEMA -----	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	3
1.2.1 Contexto -----	3
1.2.2 Formulación del problema -----	5
1.3 JUSTIFICACIÓN-----	6
1.4 OBJETIVOS: -----	7
1.4.1 General -----	7
1.4.2 Específicos -----	7
CAPÍTULO II:	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. ESTADO DEL ARTE -----	8
2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS -----	13
2.3 HIPÓTESIS Y SUPUESTOS -----	31
CAPÍTULO III	32
MARCO METODOLÓGICO	32
3.1 NIVEL Y TIPO DE LA INVESTIGACIÓN -----	32
3.2 SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO -----	32

3.3 POBLACIÓN -----	33
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN -----	33
3.5 DISEÑO MUESTRAL -----	33
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES -----	35
3.7 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN. -----	37
3.8 ASPECTOS ÉTICOS -----	38
CAPÍTULO IV _____	40
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS _____	40
4.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE DATOS PERSONALES -----	40
4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE APOYO SOCIAL -----	44
4.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE VARIABLE DE RESILIENCIA -----	49
4.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO -----	57
4.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA DE ACUERDO A LA EDAD -----	57
4.6 CORRELACIÓN DE PEARSON-RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE CADA VARIABLE -----	58
4.7 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS -----	59
CAPÍTULO V _____	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____	60
5.1 CONCLUSIONES -----	60
5.2 RECOMENDACIONES -----	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	62
BIBLIOGRAFÍA _____	62
LINKOGRAFÍA _____	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS DE LA UTA _____	70
ANEXOS _____	72

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO -----	72
ANEXO 2: CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS -----	74
ANEXO 3: ESCALA DE RESILIENCIA CD-RISC -----	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Estatificación del cáncer -----	28
Tabla N°2: Operacionalización variable apoyo social -----	35
Tabla N°3: Operacionalización variable resiliencia -----	36
Tabla N°4: Interpretación Cuestionario MOS -----	37
Tabla N°5: Distribución por edad SOLCA-Tungurahua -----	40
Tabla N°6: Distribución por sexo, SOLCA-Tungurahua -----	41
Tabla N°7: Distribución por estado civil, SOLCA-Tungurahua -----	42
Tabla N°8: Distribución por nivel de instrucción, SOLCA-Tungurahua-----	43
Tabla N°9: Interacción social positiva -----	44
Tabla N°10: Apoyo instrumental-----	45
Tabla N°11: Apoyo emocional/informacional -----	46
Tabla N°12: Apoyo afectivo -----	47
Tabla N°13: Nivel de apoyo social -----	48
Tabla N°14: Persistencia, tenacidad y autoeficacia -----	49
Tabla N°15: Control bajo presión -----	50
Tabla N°16: Adaptabilidad y redes de apoyo -----	51
Tabla N°17: Espiritualidad -----	52
Tabla N°18: Control y propósito -----	53
Tabla N°19: Nivel de resiliencia -----	54
Tabla N°20: Nivel de apoyo social y nivel de resiliencia -----	55
Tabla N°21: Diferencias de acuerdo al género -----	57
Tabla N°22: Diferencias de acuerdo a la edad -----	57
Tabla N°23: Correlación entre dimensiones -----	58
Tabla N°24: Chi-Cuadrado (verificación de hipótesis) -----	59

TABLA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: DISTRIBUCIÓN POR EDAD SOLCA-TUNGURAHUA -----	40
GRÁFICO N°2: DISTRIBUCIÓN POR SEXO, SOLCA-TUNGURAHUA-----	41
GRÁFICO N°3: DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL, SOLCA-TUNGURAHUA-----	42
GRÁFICO N°4: DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN, SOLCA-TUNGURAHUA -----	43
GRÁFICO N°5: INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA -----	44
GRÁFICO N°6: APOYO INSTRUMENTAL -----	45
GRÁFICO N°7: APOYO EMOCIONAL/INFORMACIONAL -----	46
GRÁFICO N°8: APOYO AFECTIVO -----	47
GRÁFICO N°9: NIVEL DE APOYO SOCIAL -----	48
GRÁFICO N°10: PERSISTENCIA, TENACIDAD Y AUTOEFICACIA -----	49
GRÁFICO N°11: CONTROL BAJO PRESIÓN -----	50
GRÁFICO N°12: ADAPTABILIDAD Y REDES DE APOYO -----	51
GRÁFICO N°13: ESPIRITUALIDAD -----	52
GRÁFICO N°14: CONTROL Y PROPÓSITO -----	53
GRÁFICO N°15: NIVEL DE RESILIENCIA -----	54
GRÁFICO N°16: NIVEL DE APOYO SOCIAL Y NIVEL DE RESILIENCIA -----	56

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA RESILIENCIA EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS”**

Autora: Páez Paucar, Liliana Patricia

Tutor: MSc. Psic. Gaibor González, Ismael Álvaro.

Fecha: Agosto, 2018

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que altera totalmente la vida de quien la padece, debido a los cuidados que requiere para poder afrontarla y por la experiencia emocional desagradable que deja, lo que representa un desafío tanto para la persona, como para sus familiares. La presente investigación determina la relación existente entre el apoyo social y resiliencia en pacientes oncológicos, el nivel de prevalencia de estas dos variables y por último explorar las mismas según la edad y el género. En relación a la metodología utilizada, la investigación fue realizada mediante un abordaje cuantitativo, de corte transversal, y de tipo correlacional, bibliográfico-documental y De Campo, en el cual participaron 100 pacientes diagnosticados con cáncer en la Unidad Oncológica SOLCA-Tungurahua, haciendo uso del *Cuestionario de Apoyo Social MOS* y la *Escala de Resiliencia CD-RISC*, las cuales presentaron un alto nivel de validez y confiabilidad, El análisis se realizó mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson. En cuanto a los resultados obtenidos: la población se encontraba comprendida entre edades de 25 – 75 años, siendo en su mayoría mujeres con niveles de escolaridad y tipo de cáncer heterogéneos. Se encontró que el mayor porcentaje de pacientes presentaba un alto nivel de apoyo social con predominio en la dimensión de “*Apoyo instrumental*” y “*Apoyo afectivo*”, y nivel medio de resiliencia con predominio en “*Espiritualidad*” y “*Control y propósito*”. Sin embargo, se demostró que no existe relación

entre estas dos variables y no existe una diferenciación significativa de las puntuaciones en relación a la edad y género. La intervención realizada del apoyo social en los pacientes con cáncer debe ser considerada como la iniciativa para la realización de nuevos estudios puesto que los pacientes con cáncer son una población vulnerable, debido a los efectos del tratamiento ya que produce desgaste físico y emocional.

PALABRAS CLAVES: APOYO SOCIAL, CÁNCER, RESILIENCIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**"SOCIAL SUPPORT AND ITS RELATIONSHIP WITH RESILIENCE IN
ONCOLOGICAL PATIENTS"**

Author: Páez Paucar, Liliana Patricia

Tutor: MSc. Psic. Gaibor González, Ismael Álvaro.

Date: August, 2018

SUMMARY

Cancer is a disease that totally alters the life of those who suffer from it, due to the care it takes to cope with it and the unpleasant emotional experience it leaves, which represents a challenge for both the person and their family members. The present investigation determines the relationship between social support and resilience in oncological patients, the prevalence level of these two variables and finally explore the same according to age and gender. Regarding the methodology used, the research was carried out using a quantitative, cross-sectional, correlational, bibliographic-documentary and field approach, in which 100 patients diagnosed with cancer participated in the SOLCA-Tungurahua Oncology Unit, use of the MOS Social Support Questionnaire and the Resilience CD-RISC, which presented a high level of validity and reliability. The analysis was performed using Pearson's Chi-square statistical test. As for the results obtained: the population was between the ages of 25 - 75 years, most of them women with heterogeneous levels of schooling and cancer. It was found that the highest percentage of patients had a high level of social support predominating in the dimension of "instrumental support" and "emotional support", and average level of resilience with predominance in "Spirituality" and "Control and purpose. However, it was shown that there is no relationship between these two variables and there is no significant differentiation

of the scores in relation to age and gender. The intervention made of social support in patients with cancer should be considered as the initiative for the realization of new studies since cancer patients are a vulnerable population due to the effects of treatment as it causes physical and emotional exhaustion.

KEYWORDS: SOCIAL SUPPORT, CANCER, RESILIENCE.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las palabras que se utiliza comúnmente en el medio cuando se habla de salud o enfermedad, produce temor el sólo pensar en el padecimiento de la misma, ya que su tratamiento genera desgaste físico y psicológico, implica gastos económicos, requiere cuidados especiales y se necesita de mucho valor para aprender a sobrellevarla, por lo que el apoyo por parte de las personas muy cercanas se vuelve una parte fundamental dentro de la recuperación del paciente, el amor, la paciencia, el sentirse escuchados y comprendidos hace que las dificultades que se presentan continuamente sean más llevaderas.

El presente trabajo de investigación busca analizar la relación que tiene el apoyo social, en la resiliencia de los pacientes, para la cual se realizará una revisión bibliográfica de las dos variables para llegar a una clara conceptualización, tipificación y entendimiento de la relación existente entre ambas. El estudio está conformado por cinco capítulos dispuestos de la siguiente manera:

En el capítulo I se expone el planteamiento del problema, dentro del cual se encuentra la contextualización, en la que se detallan datos estadísticos sobre el cáncer a nivel mundial, continental y nacional. Dentro de este capítulo se encuentra la justificación en donde se analiza la importancia de la realización de la investigación, tomando como puntos principales la factibilidad, la conveniencia y los beneficios del estudio del apoyo social y la resiliencia en pacientes con cáncer y finalmente se establecen los objetivos a los cuales se pretende llegar con este trabajo investigativo.

En el capítulo II se encuentra el marco teórico, integrado por el estado del arte para el cual se realizó una revisión bibliográfica de investigaciones que se han realizado recientemente sobre las variables de apoyo social y resiliencia; posteriormente se realiza la fundamentación teórica, en el que apoyo social es conceptualizado desde el enfoque de la Psicología Comunitaria y de la resiliencia desde el enfoque de la Psicología Positiva. Finalmente, el planteamiento de las hipótesis respectivas.

En el capítulo III se presenta el marco metodológico en el cual se determina el nivel y tipo de investigación, se describe la población de estudio, se detallan los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron para la aplicación de los reactivos psicológicos a los pacientes, el

diseño muestral, operacionalización de variables, la descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información dentro del cual se describen cada uno de los instrumentos utilizados y finalmente los aspectos éticos.

En el capítulo IV se establecen los resultados obtenidos de la aplicación de los reactivos psicológicos a los pacientes oncológicos, se muestran gráficos y tablas que permiten tener un mejor entendimiento sobre los resultados.

Finalmente, el capítulo V se encuentra compuesto por las conclusiones y recomendaciones a las que se llegaron tras la realización de la investigación en los pacientes oncológicos del Hospital "Dr. Julio Enrique Paredes C." - Unidad Oncológica SOLCA-Tungurahua siendo esta parte el aporte entregado a la comunidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

“Apoyo social y su relación con la resiliencia en pacientes oncológicos”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contexto

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), el cáncer es considerado como una de las causas principales de mortalidad a nivel mundial. En el año 2012, 14 millones de casos fueron diagnosticados, por lo que se considera que en los siguientes 20 años el número de casos podría aumentar en un 70%. Durante el año 2015, 8.8 millones de personas fallecieron por esta causa, el 70% de las defunciones se dio en países con ingresos medios y bajos.

Destaca el riesgo que produce el consumo de tabaco, ya que este ocasiona 22% de muertes, mientras que las infecciones oncogénicas, es decir, aquellas infecciones causadas por virus como el de la hepatitis o el virus del papiloma humano dan origen a 25% de diagnósticos de cáncer. En cuanto a las defunciones provocadas por esta enfermedad, el cáncer pulmonar provocó 1,69%, el cáncer hepático ocasionó 788.000, el colorrectal 774,000, el gástrico 754.000 y el mamario 571.000. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017)

Por otro lado, en relación a la atención recibida, de los países con ingresos altos el 90% prestaba servicios de tratamiento para pacientes con enfermedades oncológicas a diferencia de los países con ingresos bajos, en los cuales se evidenció que el porcentaje era menor a 30, considerando también que el impacto económico que genera esta enfermedad es muy elevado, siendo así que en el año 2010 el costo ascendió a 1,16 billones. (OMS, 2017)

La OMS ha tomado en consideración 5 factores principales de riesgo tanto dietéticos como conductuales, los cuales son: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, escasa actividad física, consumo excesivo de tabaco y alcohol. A su vez establece que el diagnóstico del cáncer en las fases tardías y la dificultad de recibir un tratamiento condenan a estas personas a sufrimientos innecesarios y a su vez a una muerte precoz. (Organización Mundial de la Salud , 2017)

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2017) 2.8 millones de personas son diagnosticadas con algún tipo de cáncer cada año, a su vez se ha dado a conocer que del 52% de los casos de cáncer, el 35% de defunciones se produce en personas de 65 años de edad o menos.

Se ha considerado que, el cáncer es la segunda causa de muerte en las Américas, debido a que en el año 2012 provocó 1,3 millones de defunciones, siendo un 47% en América Latina y el Caribe. Ante esto se prevé que para el 2025 la población con cáncer aumentará a más de 4 millones, mientras que las defunciones aumentará a 1,9 millones si no se logra tomar las medidas necesarias para prevenir y controlar esta enfermedad, tomando en cuenta que alrededor de un tercio de los casos se podrían prevenir evitando los factores de riesgo y promoviendo hábitos de vida saludables. (OPS, 2017)

A su vez la OPS menciona que en América se ocasionaron 110.788 de muertes, siendo el 86,169 de mujeres con cáncer de mama y el 24.619 por cáncer cervicouterino, ante esto se establece al cáncer de mamá como la causa más común de defunciones, mientras que el cáncer cervicouterino es la más común solamente en Honduras, Nicaragua y Bolivia, esto es según el cáncer en el género femenino, en cuanto al género masculino los tipos de cáncer más comunes son de estómago, pulmón y próstata. (OPS y OMS, 2013)

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), 2.399 defunciones se produjeron a causa de esta enfermedad en la provincia de Guayas, seguido por 2.211 casos de defunciones en la provincia de Pichincha considerando que son las provincias que presentan mayor volumen poblacional. Sin embargo, al analizar el riesgo a través de la tasa de mortalidad por esta patología, se ha observado que presenta valores superiores en las provincias de Tungurahua, Bolívar, Azuay, Chimborazo, Imbabura y Carchi. Ante esto se puede considerar que el cáncer es un problema creciente en la salud pública del Ecuador, de tal manera que se considera a esta enfermedad como la segunda causa de mortalidad general, seguido de las enfermedades cardiovasculares.

Durante el año 2015 se le atribuyó al cáncer 10.171 defunciones, lo que representaría un 14%. En la población de menores de 15 años, el mayor porcentaje de mortalidad es debido a la Leucemia, mientras que en la población que va de 30 a 64 años el 9,4% ha fallecido por

esta enfermedad. A su vez menciona que el riesgo de desarrollar cáncer antes de los 75 años, es de 20% lo que representa un problema de salud pública, con una incidencia creciente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

En referencia al género, se demostró que en el año 2015 el cáncer de estómago provocó un 16,63% de defunciones en la población masculina, mientras que en la población femenina este mismo tipo de cáncer provocó 12, 89% de defunciones, sin embargo, la incidencia de todos los cánceres fue 169 por 100.000 para mujeres y de 162 por 100.000 casos nuevos para hombres, lo que indica que la incidencia es levemente mayor para mujeres. Cabe recalcar que, en el Ecuador la proporción en diagnóstico en su mayoría se da durante etapas avanzadas, esto se debe a que existe una deficiencia en el conocimiento de estrategias para prevenir y detectar el cáncer durante las etapas iniciales, aumentándole a esto una dificultad para acceder a los servicios de salud, principalmente en áreas rurales. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Según la Unidad Oncológica SOLCA Núcleo de Quito (2018) el cáncer afecta física, psicológica, social y espiritualmente a los pacientes, por lo que consideran de vital importancia mejorar la calidad de vida de los mismos, abarcando cada una de estas esferas mediante un trabajo multidisciplinario. En lo físico, el objetivo principal del trabajo es tomar el control de la sintomatología que se produce como náuseas, dolor o disminución de peso; en cuanto a la esfera psicológica se centra en las emociones del paciente, la comunicación y potencialización del apoyo familiar; el abordaje desde la esfera social permite que el sujeto pueda determinar su rol en sus relaciones tanto personales como laborales e incluyendo la disponibilidad económica y en lo espiritual el objetivo es que el paciente pueda tener un sentido de vida mediante la fe.

1.2.2 Formulación del problema

¿Existe relación entre el apoyo social y la resiliencia en pacientes oncológicos?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Se ha encontrado que Ecuador tiene un índice muy elevado de personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer, muchas de estas personas no cuentan con el suficiente apoyo social. El apoyo social involucra el aspecto familiar, social, afectivo, informacional y económico, al no contar los pacientes con cáncer con dicho apoyo podría generar desinterés por sí mismos y por el tratamiento, impidiéndole reducir la sintomatología provocada por esta enfermedad.

A pesar de que se han realizado estudios anteriores, en mayor medida sobre la capacidad de resiliencia de los pacientes oncológicos; son escasas las investigaciones que han logrado integrar las variables de apoyo social y resiliencia, por lo que se hace difícil determinar el impacto que genera el primer aspecto sobre el segundo en la salud tanto física como mental del sujeto. La realización de este estudio permitirá en un futuro a establecer medidas para identificar, promover y potencializarlas, con ello obtener una mejor salud en todos los aspectos.

Para el proyecto de investigación se hará uso de instrumentos válidos y confiables para los pacientes que hayan sido previamente diagnosticados con esta enfermedad. Los instrumentos utilizados serán sometidos a un análisis psicométrico, los cuales serán de gran utilidad para futuras investigaciones. Los resultados obtenidos permitirán tener un conocimiento claro sobre las características de la población con cáncer en relación a la calidad del apoyo social y resiliencia, lo cual favorecerá al Centro de Salud que los atiende debido a que se podrán establecer nuevos programas de atención y promover la salud física y mental.

1.4 OBJETIVOS:

1.4.1 General

- Determinar si existe relación entre apoyo social y la resiliencia de los pacientes oncológicos.

1.4.2 Específicos

- Establecer el nivel de apoyo social predominante en los pacientes oncológicos.
- Determinar los niveles de resiliencia prevalentes entre los pacientes oncológicos.
- Identificar diferencias en las puntuaciones de ambos instrumentos de acuerdo al género y edad.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ESTADO DEL ARTE

2.1.1 Apoyo Social

Tomando en consideración el estudio realizado por Castellan (2015) se evidenció que la principal fuente de apoyo fue la familia al igual que el colectivo sanitario, los pacientes que presentaron mejor calidad de vida fueron aquellos que, cuando se encontraban atravesando los peores momentos durante su hospitalización, recibieron gran apoyo de tipo emocional por parte de quienes los atendían, por lo que se hizo necesario el buscar apoyo social con la finalidad mejorar su estado de salud.

Gómez (2018), en su trabajo investigativo manifestó que el apoyo social es una variable fundamental durante el cancer, puesto que evita que el sujeto tenga sentimientos de soledad o tristeza que podrían surgir durante el transcurso de esta enfermedad, las personas que reciben mayor apoyo social logran una mejor adaptación de su enfermedad, mayor adherencia al tratamiento y deseo de supervivencia.

Se ha encontrado que, el apoyo social funciona como un factor de protección en adultos mayores, ya que permite generar mayor control del estrés y a su vez incrementa el bienestar, al igual que la satisfacción con la vida. En este estudio se demostró que los adultos mayores que conviven con familiares presentan una mejor salud tanto mental como física, en comparación de aquellos que viven solos. (Enrique, 2012)

Chérrez (2014) en su investigación en pacientes adultos con cáncer, indica que el apoyo social contribuye en la disminución o ausencia de sintomatología depresiva la cual es muy común en los pacientes que han sido diagnosticados con algún tipo de cáncer. Esto permite mejorar la calidad de vida y la percepción que tiene el sujeto sobre su situación, a su vez indicó que las personas que presentaron un apoyo social bajo y medio mostraron síntomas depresivos que afectan su calidad de vida, ya que tienen una percepción errónea sobre sí

mismos y tienen dificultad para expresar sus temores o miedos, lo cual los aleja de su red de apoyo afectando significativamente su salud.

Alizadeh, Khanahmadi, Vedadhir, & Barjasteh (2018), en su investigación en pacientes adultas con cáncer concluyeron que, tanto el apoyo social como el sentido de pertenencia y la autocompasión son factores importantes que contribuyen a la aumento de la capacidad de resiliencia, ante esto el autor consideró necesario generar programas de intervención que permitan fortalecer la resiliencia en ellos.

Los resultado del estudio realizado por Hermel, Pizzinato, & Uribe (2015) determinaron que las mujeres con cáncer de mamá con altos índices de apoyo social, principalmente el familiar, presentaron una mayor autovaloración lo cual contribuyó a tener mejores prácticas de autocuidado que no habían experimentado anteriormente. En contraste con las mujeres que no recibían este tipo de apoyo, las cuales tenían mayor dificultad para aceptar la ayuda recibida por personas externas a la familia, como el personal de salud y comunidad, lo cual afectó de manera negativa su autocuidado y autovaloración.

García, Matildes, Hidalgo, & Pérez (2017), encontraron que las pacientes con cáncer que presentan mayor apoyo social y familiar se encuentran con mayor predisposición a continuar el tratamiento y a su vez esto influye sobre la aceptación de la enfermedad puesto que el contar con un buen apoyo influye positivamente sobre el estado de ánimo, sin embargo, cuando los pacientes han atravesado la enfermedad durante un largo periodo el apoyo no ejerce una influencia significativa puesto que predomina más el malestar físico, emocional y social. Este autor considera que el apoyo social contribuye a las acciones positivas ante la presencia de una enfermedad y a su vez permite que el paciente tenga una mayor adherencia al tratamiento.

Almagia (2012), en su estudio en estudiantes universitarios chilenos concluyó que el apoyo social percibido genera mayor bienestar psicológico global, pero en menor magnitud que la autoestima. A su vez encontró que el apoyo social es mayor en mujeres que en hombres, considerando que las mujeres logran socializar más para llegar a ser más interdependientes, a su vez logran reconocer con mayor rapidez cada una de sus dificultades y buscan ayuda para poder resolverlas.

En una investigación realizada por Figueras, Celis, Arrollo & Rayo (2011) en estudiantes universitarios se encontró que el apoyo social se ve influenciado por el estado anímico de los individuos, siendo así que los alumnos que presentaron niveles bajos de depresión mostraron mayor apoyo social y viceversa. Al parecer el apoyo social, durante situaciones que al sujeto le resultan amenazantes, reduce la posibilidad de que aparezca sintomatología depresiva.

2.1.2 Resiliencia

Párraga & Martínez (2012) señalaron que la resiliencia es de vital importancia en la adaptación a la enfermedad o dolor crónico, ya que tiene su efecto sobre las emociones positivas y a su vez permite que estas se incrementen continuamente. Se observó que la resiliencia influye también sobre las conductas, pensamientos y acciones por lo que una buena resiliencia contribuiría al enfrentamiento de las enfermedades mediante la práctica de hábitos saludables que promuevan un bienestar físico y mental.

Guiyuan, Li, Ruicai, & Ping, (2017) en su investigación en pacientes con cáncer gástrico encontraron que la fatiga está relacionada de manera negativa con la resiliencia, ya que los pacientes que presentaban mayor resiliencia mostraban menor sensación de fatiga que aquellos que tenían una resiliencia menor, destacando con ello el impacto que generan las emociones positivas en el tratamiento de la enfermedad. Ante esto los autores consideran que es necesaria la realización de intervenciones para capacitar acerca de la importancia de la resiliencia y los afectos positivos en este tipo de pacientes.

Masó & Betancourt (2014), en su estudio en adolescentes con insuficiencia renal crónica en fase terminal, encontraron que la resiliencia se ve influida por recursos protectores internos y externos como la agudización y empleo de sobreprotección en la familia generando efectos negativos en la vida del paciente, debido a que los familiares transmiten, en ocasiones, sentimientos de tristeza, ansiedad y pesimismo, que lleva al paciente a desarrollar conductas desfavorables como la desatención de funciones esenciales en la vida cotidiana.

En el estudio de Velea, Diaconescu, Popescu, & Truțescu (2017), realizado en pacientes oncológicos, se encontró que presentaban una buena calidad de vida a pesar de la etapa avanzada en la que se encontraban, considerando que la calidad de vida está integrada por la parte física, psicológica y hábitos que realiza en relación a la recuperación de su enfermedad;

demonstraron también que existe una relación entre las variables de resiliencia, afrontamiento y calidad de vida, ya que la primera se encuentra asociada a la práctica de hábitos de vida saludables durante el transcurso de la enfermedad, lo cual influyen en el proceso de recuperación mejorando la calidad de vida de los pacientes.

En el estudio de Cruz (2017), realizado en niños y adolescentes con cáncer, se encontró que el buen sentido del humor es una característica predominante en este tipo de población, a su vez menciona que el sentido del humor permite desarrollar la resiliencia, afectos y pensamientos positivos que contribuirán al afrontamiento de la enfermedad. En cuanto a la diferencia de la resiliencia en relación al género, los resultados mostraron que el género masculino predominaba en autonomía, empatía, autoestima, sentido del humor y creatividad, mientras que, en relación a la edad, los niños mayores presentaban altos niveles de autoestima, empatía y autonomía.

Sánchez, Caldera, Cardozo, & González (2012), en su estudio en pacientes que habían sido diagnosticados con cáncer recientemente, concluyeron que la mayor parte de la población no logró enriquecer sus vidas a través de sus experiencias, no presentan la suficiente fortaleza aceptar el diagnóstico de su enfermedad, sin embargo, poseen una gran capacidad para brindar y recibir afecto por parte de personas cercanas, su flexibilidad es escasa, presentan una baja autoestima, sus expectativas son poco realistas y escasas, presentan niveles bajos de asertividad, por lo que los autores deducen que estas personas no han desarrollado conductas de resiliencia a lo largo de su vida.

En la investigación realizada por García & Fernández (2015), se concluyó que, la capacidad de resiliencia en las mujeres adultas con cáncer de mama es mayor al de las mujeres que no padecen de cáncer, los autores consideran que esto puede deberse al padecimiento de la enfermedad que obliga a las pacientes a generar conductas resilientes ya que están más atentas a las emociones, a tener mayor información emocional y sobre su estado de salud, lo que contribuye en la aceptación y adaptación de la enfermedad. Sin embargo, destaca también que la resiliencia no actúa como factor de predicción para el estado de ansiedad (García & Fernández, 2015).

Romero (2017), realizó su estudio en personas adultas diagnosticadas con cáncer y concluyó que en los pacientes oncológicos existe un nivel medio-bajo de espiritualidad, destacando

principalmente áreas como la “autoconciencia” y “prácticas espirituales”, a su vez se muestra un nivel medio en el área de “competencia personal”. El autor señala también que, la espiritualidad y el tiempo de la enfermedad influye en el nivel de resiliencia que el paciente pueda presentar y en la calidad de vida relacionada con la salud, desde el momento inicial tras el diagnóstico de la enfermedad oncológica.

Redondo-Elvira, Ibañez-del-Prado, & Barbas-Abad (2017) concluye, en su estudio de pacientes oncológicos de edad adulta, que existe una correlación positiva entre espiritualidad y resiliencia, ya que la espiritualidad otorga al sujeto el sentido de la vida, favorece al bienestar emocional y potencia los recursos de afrontamiento lo que le permite fortalecerse en medio de la adversidad, es por este motivo que los autores consideran que la espiritualidad es una necesidad que una vez cubierta se convierte en un recurso o herramienta de la resiliencia.

2.1.3 Antecedentes en relación al apoyo social y resiliencia

Quinceno & Vinaccia (2011) en su estudio señaló que la resiliencia se ve modulada por el apoyo social, creencias, autoestima, autocontrol, sentido de vida y el optimismo, estos a su vez sirven como factores protectores ante el enfrentamiento de situaciones adversas, también considera que la resiliencia influye positivamente en la salud física y mental del sujeto debido a que disminuye el estrés, el dolor y permite mejorar la calidad de vida de los pacientes contribuyendo a una mayor adaptación a la situación por la cual se encuentra atravesando.

González (2016) señala que la resiliencia se ve influida por factores como el entorno familiar, apoyo social o integración social, por lo que mantener comunicación positiva con los miembros de la familia, el tener una actitud positiva y la capacidad de socialización le permite tener una sensación de normalidad, la cual es necesaria para el desarrollo de la resiliencia. Otros factores influyentes son la esperanza, el sentido de propósito y las diferentes estrategias de afrontamiento en situaciones adversas.

Fernández & García (2012) encontraron que las mujeres que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama lograron un mayor fortalecimiento para el afrontamiento de situaciones adversas, así como, establecimiento de nuevos propósitos y una mejor relación con las personas que les rodean, lo cual se podría traducir como una elevada capacidad de resiliencia.

En este estudio se consideró de vital importancia al apoyo familiar puesto que esto permite tener un mejor manejo de su condición, lo que influye significativamente en el proceso de recuperación. A su vez se encontró que las redes de apoyo, en conjunto con el optimismo juegan un papel muy importante en el aumento o disminución de la capacidad de resiliencia de un sujeto.

Hu, Xiao, Peng, Kuang, & He, (2018) en su estudio en pacientes con cáncer de pulmón, concluyeron que la resiliencia tiene una correlación positiva con el apoyo social, y negativa con la depresión y ansiedad, ya que aquellos pacientes que presentaban una capacidad de resiliencia elevada y apoyo social alto experimentaban niveles bajos de depresión y ansiedad.

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.2.1 Apoyo Social

Definición

El apoyo social es abordado desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria la cual busca analizar e intervenir en los contextos en los cuales se desenvuelve el individuo, conocer la manera en cómo éste percibe al mundo o ambiente que le rodea y con ello lograr identificar los recursos tanto propios o externos con los cuales cuenta para poder enfrentar las diversas situaciones que se le presentan y desarrollarlos continuamente. (Ochoa, Olaizola, Espinoza, & Martinez, 2004).

El apoyo social es la ayuda que se recibe por parte de otras personas durante situaciones complicadas (González y Restrepo, 2010), a su vez se conoce que las redes sociales de tipo informal generan diversos contactos personales mediante los cuales el individuo logra mantener su identidad social, puede recibir apoyo emocional, espiritual, material e informacional. (Hernández, 2010).

Acotando además en un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los cuales cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis, ya sea en enfermedad, malas condiciones económicas o rupturas familiares. Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. (Gallar, 2006)

Durá (1991) cita a varios autores que definen el apoyo social:

- **Weiss** señaló que el apoyo social permite tener un mayor sentido de los logros obtenidos, alianzas con otros sujeto y orientación, integración con la sociedad, mayor aprendizaje y sentimientos de valía.
- **House** mencionó que el apoyo social es la relacion existente entre dos o mas personas en la cual se logra transmitir una ayuda instrumental, informativa o a su vez donde se ve implicada la parte emocional.
- **Hobfoll y Stokes:** consideran que el apoyo social es una conexión que se estrablece entre dos o mas personas en las que se ofrece asistencia y apoyo afectivo a un ser querido o amado.
- **Caplan:** refiere que el apoyo social se da de manera objetiva, ya que implica la instrumentalización, es decir, la ayuda que se ofrece a otro sujeto; y de manera subjetiva ya que implica a las expresiones afectivas.

Factores influyentes en el apoyo social

Ochoa, Olaizola, Espinoza, & Martinez (2004) citan a Musitu y señalan:

- A pesar de que la Psicología Comunitaria se centra en identificar los elementos del ambiente que generan cambios en el comportamiento de un individuo, no olvida que pueden existir otros factores que pueden influir en dicho comportamiento, como son los factores personales.
- El entorno social, no es simplemente generador de conflictos, sino que se puede encontrar en él recursos positivos, es decir, el entorno social es generador tanto de conflictos como de soluciones.
- Se considera como premisa fundamental el señalar que, las características y procesos de los sistemas sociales son factores que influyen significativamente en la salud mental, por lo que trata de evitar vincular los problemas que surgen en la mente únicamente a la naturaleza misma del individuo.
- Se concibe a la prevención como una forma de potenciación y desarrollo comunitario.

- El re-diseño del entorno y el cambio que se produce en la sociedad genera un efecto significativo en la reducción de las disfunciones psicosociales, mientras que la no modificación del entorno significaría una disfuncionalidad.
- Los desajustes personales se correlacionan con los desequilibrios existentes en el entorno, por lo tanto, un cambio o mejoría personal influiría y modificaría el contexto en el que el individuo se desarrolla.
- Una de las principales características que definen el ajuste de las personas a su entorno es el sentido de comunidad, ya que esto está vinculado a la participación democrática que implica la expresión de opiniones, apertura hacia los otros y generar nuevas vías de comunicación.

Teorías

Durá (1991) señala 3 teorías principales acerca del apoyo social:

1. El apoyo social afecta tanto la salud física como mental del sujeto y a su vez manifiesta que las personas que mantienen mayor cantidad de relaciones sociales y una buena calidad de las mismas generalmente viven más tiempo que aquellas quienes no establecen buenos vínculos. Desde esta perspectiva teórica el apoyo social es medido en función del rango y amplitud de relaciones que establece el individuo, por ejemplo: tener o no una pareja estable, pertenecer a un grupo, etc.
2. El apoyo social reduce el impacto que generan los eventos estresantes en el sujeto, es decir, contribuye a un mejor ajuste y adaptación a la situación conflictiva que se presente, entre ellas las enfermedades graves y crónicas. A su vez se encontró que el apoyo social disminuye la presencia de síntomas psicológicos y logra que el estrés sea más débil.
3. El tercer postulado establece que el apoyo social no influye sobre la salud o factores estresores, por el contrario, el apoyo social ejerce su función como modulador entre estos dos, de manera que los factores estresantes no lleguen a afectar significativamente la salud del sujeto, a esto se lo conoce como “la hipótesis del efecto amortiguador”, ante esto se reconoce que las personas que no cuentan con apoyo social tendrán mayores consecuencias en su salud como consecuencia del estrés.

generado por situaciones adversas, mientras que las personas que no se encuentren atravesado este tipo de situaciones, el apoyo social no ejercerá ninguna influencia.

Dimensiones

Durá cita a Tardy (1991), quien señala 5 dimensiones que son necesarias diferenciar al hablar de apoyo social:

- 1. Direccionalidad:** el apoyo social es recibido, brindado a otros o las dos a la vez.
- 2. Disposición:** hace referencia a la posibilidad que tiene el sujeto de recibir el apoyo de otras personas y a la uso real que le da a los recursos recibidos.
- 3. Describir y evaluar la calidad y naturaleza del apoyo social:** se plantea la necesidad de reconocer los efectos negativos que puede provocar el apoyo social, considerando que actualmente se conoce que el apoyo social puede dar origen a conflictos para la persona que recibe dicho apoyo.
- 4. Contenido del apoyo social:** esta parte House establece varios tipos de apoyo social (informativo, valorativo e instrumental) y a su vez considera que cada uno tiene efectos distintos sobre el sujeto que lo recibe, es decir, en una situación conflictiva un tipo de apoyo social podría ser beneficioso, mientras que en otra situación, otro tipo de apoyo sería adecuado.
- 5. Conexión:** hace referencia a la forma en como proviene el apoyo social, ya sea de amigos, familia, personal de una institución, etc. A su vez toma en consideración que la efectividad de apoyo depende de la fuente que lo provee y el tipo de apoyo social que recibe, es decir, en el caso de una persona con alguna tipo de enfermedad le resulta de mayor beneficio recibir el apoyo informativo por parte del personal médico, que de la familia o amigos, ya que el apoyo informativo brindado por estos últimos podrían también resultar perjudicial en la salud del sujeto, sin embargo, el apoyo emocional brindado por ellos sería de mayor beneficio.

Niveles del apoyo social

Bilbao (1999), establece cuatro niveles sobre los cuales el apoyo social se ha desarrollado. Estos niveles han sido considerados como complementarios ya que cada nivel se presenta como una precondition para el siguiente nivel:

- **Nivel I:** El nivel más básico en la conceptualización del apoyo social, es aquel que lo aborda como "Integración social". Este nivel de análisis se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. Son características estructurales de la red social de una persona (número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad, etc.) Este nivel no es capaz de explicar la relación entre salud y apoyo social.
- **Nivel II:** hace referencia a la calidad de las relaciones del individuo, a pesar de que no sean numerosas. Son varias las vías por las que pueden influir unas relaciones de calidad sobre la salud y bienestar psicológico: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación, etc.
- **Nivel III:** Un tercer nivel es el apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba reducida.
- **Nivel IV:** El último nivel consistiría, ya no en tener asociaciones con otros, que sean de calidad o que se perciba la posibilidad de ayuda, sino en la "actualización de tales conductas de apoyo". Es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.

Tipos de apoyo social

Bibao (1999), hace referencia que los tipos de apoyo social ejercen gran influencia sobre la salud. A su vez manifiesta que la importancia de un tipo u otro dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo:

- **Apoyo emocional e informacional:** M. M. Gómez & M. I. Gómez (2012) señalan que el apoyo informacional es el que provee de información o consejos, generando una percepción de control y ayudando a aliviar la sensación de confusión que surge en el paciente al ser diagnosticado con cáncer. Busca ayudar a entender la causa, curso y tratamiento de la enfermedad generando pensamientos optimistas que contribuyen a

reducir los sentimientos de vulnerabilidad sobre el futuro, este tipo de ayuda es más útil si proviene de un profesional médico. Para Buendía (1991), este apoyo puede facilitar estrategias de afrontamiento de una forma cognitiva y conductual, hasta el punto de disponer la habilidad suficiente para tolerar elevados niveles de stress y a su vez se refiere a los mecanismos interpersonales, como las interacciones que logran distraer la atención del individuo atrayendolo hacia aspectos positivos o menos negativos en comparación con el evento stressante, reduciendo el impacto psicológico y con ello la aparición de otros síntomas.

- **Apoyo instrumental:** para M. M. Gómez & M. I. Gómez (2012) consiste en la provisión de bienes materiales, como transporte, dinero, ayuda con las tareas del hogar, este tipo de apoyo puede compensar la pérdida de control que los pacientes sienten durante el tratamiento del cáncer, proporcionando los recursos materiales que puedan utilizar para ejercer control sobre su experiencia. Bilbao (1999), señala que este apoyo es la ayuda que se da o recibe por parte de otros. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas, como no considerarse capaz o autosuficiente para realizar alguna actividad.
- **Apoyo evaluativo:** implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa. (Bilbao, 1999)
- **Interacción social positiva:** implican la reciprocidad entre dos o más sujetos, debe estar vinculada a la confianza, respeto, comprensión, amor, entre otros aspectos. Para Roffeey (citado en Lacunza & Contini, 2016) menciona que la interacción social positiva contribuye al bienestar humano, puesto que hace una diferencia respecto a la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, de los demás, de su sentido de significado y propósito, de su compromiso y los sentimientos positivos que experimentan, este tipo de interacción colaboran al disfrute y promueven una mayor eficacia en los contextos en los que se desenvuelve el sujeto. Car citado en Lacunza & Contini (2016)

señala que estas interacciones se encuentran determinadas por las experiencias de apego, rasgos de personalidad y las oportunidades que brinda el entorno.

- **Apoyo Afectivo:** según Bilbao (199), este apoyo comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Para Buendía (1991), el apoyo afectivo proveniente de la familia contribuye a amortiguar el impacto del evento estresante disminuyendo la posibilidad de aparición de otras enfermedades de tipo psicológicas. Pinedo (2015) indica que a los pacientes con enfermedades terminales el afecto les permite sentirse reconocidos como personas, escuchados y buscar la reconciliación con su propia historia, además de poner en orden su vida, de tener esperanza y recuperar su dignidad a veces muy dañada.

2.2.2 Resiliencia

La resiliencia es abordada desde la Psicología Positiva, la cual propone que el ser humano tiene la capacidad para adaptarse, encontrar un sentido para su vida y de llegar a un crecimiento personal mayor al atravesar experiencias traumáticas terribles. El objetivo principal es investigar acerca de las fortalezas y virtudes del ser humano, con ello verificar los efectos que tiene sobre la vida de las personas y en las sociedades. A nivel individual, la psicología positiva indaga sobre la capacidad de amar, la vocación, el valor, las habilidades interpersonales, sensibilidad estética, la perseverancia, el perdón, la originalidad, la espiritualidad, el talento y la sabiduría. A nivel social, le enseña a ser mejor ciudadano, con actitudes altruistas, tolerantes, éticas y comportamientos civilizados (Godoy, 2004)

Definición

Becoña (2006) cita a varios autores que establecen definiciones sobre la resiliencia:

- **Garmezy:** menciona que la resiliencia es la capacidad para recuperarse de alguna situación que haya resultado estresante para el sujeto, permitiéndole mantener una conducta adaptativa
- **Masten:** Menciona que la resiliencia es lograr obtener resultados positivos a pesar de la adversidad por la que este atravesando el sujeto.
- **Luthar, Cicchetti y Becker:** mencionan que es un tipo de adaptación positiva sin importar las situaciones difíciles.

- **Fergus y Zimmerman:** para estos autores la resiliencia es la capacidad del sujeto para hacer frente y superar los efectos negativos del estar expuesto a situaciones de riesgo, afrontar de manera positiva aquellas situaciones que son traumáticas y evitar las situaciones que podrían generar mayor riesgo en la salud mental del sujeto.

En consideración de las investigaciones que se han realizado en relación a la epidemiología social se observó que las situaciones de riesgo no implican el desarrollo de enfermedades o padecimientos de algún tipo, por el contrario, se considera que hay sujetos que logran superar las situaciones de conflicto y se fortalecen luego de haberlas atravesado, a esto se lo conoce como capacidad de resiliencia. (Wener citado en Martínez, 2017)

Andrade y Acle-Tomasin citan a Rutter (2012) quien considera que los sujetos responden de una manera distinta a las situaciones adversas que se le presentan, es decir, hay individuos que parecen sucumbir ante la mínima dificultad, mientras que otros parecen afrontar el conflicto y llegar a una solución del mismo de una manera exitosa, a este último Rutter lo considera como resiliencia

Modelos teóricos

- **Modelo de la mándala de la resiliencia de Wolin y Wolin citado en Felix & Cayte, (2018):** el término mándala hace referencia al estado de paz, orden interno y tranquilidad. Es una fuerza que permite al enfermo anteponerse a su padecimiento. Para el desarrollo de este modelo los autores tomaron como referencia las adversidades, las cuales el sujeto las identifica como un desafío que deberá enfrentar sin tener como consecuencias efectos negativos sobre la salud. Uno de los objetivos principales para la creación de este modelo fue identificar los factores protectores de manera que puedan ser estimulados y potencializados, estos factores son:
 - **Introspección:** permite que el individuo pueda realizar una mejor toma de decisiones, conocer sus aptitudes y limitaciones mediante el reconocimiento de pensamientos y emociones.
 - **Independencia:** establecer límites entre sí y la situación adversa, de manera que se pueda mantener distante física y emocionalmente pero sin llegar a aislarse en su totalidad, es decir, que aun sienta interés por llegar a establecer estrategias de solución para cada conflicto.

- **Capacidad de relacionarse:** capacidad para relacionarse con las personas que le rodean, permite que el sujeto pueda mantener un equilibrio entre el afecto hacia sí mismo y el afecto hacia los otros, entendiendo que tanto una autoestima demasiado elevada y una autoestima demasiado baja podrían causar un aislamiento.
- **Iniciativa:** es la capacidad para poder iniciar y alcanzar cualquier objetivo o meta propuesta.
- **Humor:** permite tener una mejor visión de las situaciones conflictivas de manera que puedan ser más llevaderas.
- **Creatividad:** permite que pueda mantener el orden de las cosas mientras atraviesa la dificultad. Es la facilidad para plantearse nuevas soluciones ante cualquier conflicto.
- **Modelo ecológico transaccional:** Luthar, Cushing, Masten, Kaplan y Benard manifiestan que la resiliencia es una interacción entre el ambiente y las cualidades que posee el sujeto para lograr una mejor y rápida adaptación ante los conflictos o adversidades que puedan presentarse. Este modelo involucra la relación que tiene el individuo con la familia y comunidad ya que ello también influye en la capacidad de resiliencia que pueda tener. (Citado en Felix & Cayte, 2018).
- **Modelo triádico psicosocial de la resiliencia:** Grotberg (citado en Martínez, 2017) se refirió a las fuentes interactivas de resiliencia, dando a conocer que estas contribuyen al enfrentamiento de las situaciones adversas y llegan a la solución de las mismas de una manera sana y exitosa. Este autor toma en consideración expresiones verbales como:
 - **Yo tengo (entorno social):** en el cual el “tener” implica a personas de confianza con las cuales el sujeto puede contar incondicionalmente.
 - **Yo soy o yo estoy (fortalezas psíquicas y capacidades personales):** el “ser” hace referencia al lograr ser alguien por quien los demás sienten afecto y muestran aprecio, mientras que el “estar”, hace referencia a tomar la responsabilidad de los actos, de manera que pueda esforzarse más para obtener el mejor resultado de las cosas.

- **Yo puedo (habilidades sociales):** “poder” implica la búsqueda de soluciones para resolver cualquier conflicto, contar con alguien en momentos difíciles y tener autocontrol y hacer valer la propia opinión.

Aportes de la psicología positiva

Bolaños & Cruz (2017) citan a varios autores quienes dan su aporte desde la psicología positiva:

- Diner, Colvin, Pavot y Allman concluyeron una persona logra llegar a un alto nivel de bienestar, si puede experimentar una plena satisfacción con su vida, si tu estado de ánimo es bueno y no experimenta continuamente emociones de enojo o tristeza.
- Ryff pone en manifiesto que el bienestar psicológico esta conformado por dimensiones como:
 1. La apreciación positiva de sí mismo
 2. Capacidad de manejar efectivamente el medio y la vida propia
 3. Una alta calidad de vínculos personales
 4. Creencia de que la vida tiene propósito y significado
 5. Sentimiento por su crecimiento y desarrollo a lo largo de la vida
 6. Sentido de autodeterminación
- Para Fredrikson afirma que, las personas que prosperan tienen relaciones positivas en su vida, trabajos gratificantes y encuentran un sentido a su existencia o a su vez experimentan mas acontecimientos emocionales positivos que negativos.
- David Fischman establece que el buen humor y la risa permiten soportar momentos difíciles de la vida y a su vez pueden lograr:
 - Reducir hormonas del estrés
 - Mejora el sistema inmunológico
 - Permite que la presión disminuya
 - Afina el sistema intestinal
- Pennebaker plantea que, escribir diariamente sobre las cosas que generan dolor, permite una liberación de la carga emocional negativa.
- Para Tal Ben Shahar la idea básica consiste en centrarse en aquellas cosas que funcionan, para ello propone hacer uso de las interrogantes: ¿Qué cosas buenas hay

en tu vida?, ¿Qué es lo mejor que hay en ti?. Este autor en una de sus investigaciones en poblaciones marginales encontró que lo que definía y caracterizaba a las personas era la alta capacidad de resiliencia, predominando:

- Establecimiento de metas a futuro
 - Visión optimista del mundo con pensamientos positivos y reales
 - Presencia de líderes que actuaban como modelos
 - Centrarse en los puntos fuertes, es decir, en aquellas cosas en lo que el sujeto es bueno, sin olvidar cuales eran sus debilidades.
- Karen Reivich establece que dentro de los factores que favorecen a desarrollar un alto nivel de resiliencia, se encuentra el buen humor positivo y el optimismo.

Componentes de la Resiliencia

Según Luthar (Citado en Martínez, 2017) los componentes son:

- 1. Adversidad.-**es considerado como situaciones de riesgo representado por factores como las dificultades económicas, el fallecimiento o pérdida de un ser querido, etc.
- 2. Adaptación positiva.-** hace referencia al desarrollo o desempeño normal del individuo en todas las áreas de su vida a pesar de las circunstancias adversas
Para una adaptación resiliente se consideran factores de relevante importancia
 - La *comunicación ideológica* es el funcionamiento y desarrollo normal del sujeto en su propio contexto.
 - *La variabilidad ontogénica* toma a la resiliencia como un proceso que se lleva a cabo desde el comienzo del desarrollo del individuo, por lo tanto un ambiente familiar de apoyo y muestras de afecto contribuyen en la capacidad para poder superar las dificultades que se presentan en la vida diaria.
- 3. Proceso:** hace referencia a la interacción que se da entre las situaciones de riesgo y la capacidad de resiliencia. Este proceso considera que la resiliencia no es un atributo personal, ya que este también se ve afectado por el contexto que rodea al sujeto, ya sea la familia, el ambiente laboral, etc, los cuales proveen de los recursos necesarios para que pueda continuar en su desarrollo.

Tipos de resiliencia

- **Resiliencia espiritual.** Es la capacidad de generar respuestas ante la adversidad o situaciones traumáticas, sin presentarse síntomas característicos de alguna patología, o a su vez, sin ver afectada las capacidades vitales como el espíritu el cual hace referencia a la capacidad de amar, perdonar o ayudar a otros, la mente que es la capacidad de razonar o reflexionar ante la presencia de alguna dificultad y cuerpo que se refiere al funcionar saludablemente (Dugal citado en Rodríguez, Fernández, Pérez, & Noriega, 2011). Pinedo (2015) señala la importancia de las creencias y prácticas religiosas en estos procesos de final de vida, ya que se ha demostrado que los enfermos practicantes de alguna religión son aptos para vivir más tiempo que los que no lo son. La practica religiosa permite:
 - Ser reconocido como persona.
 - Volver a su vida haciendo un balance significativo de su vida para lograr una completa aceptación y adaptación.
 - Encontrar sentido a la existencia.
 - Liberarse de culpabilidad.
 - Reconciliación mediante la solución de asuntos pendientes y vencer el resentimiento.
 - Auténtica esperanza que permite consolidar experiencias presentes gratificantes.
 - Amar y ser amado para sentir paz interior.
- **Persistencia, tenacidad autoeficacia:** Palacio, y otros (2017) definen la persistencia como habilidad para luchar y afrontar la adversidad, ser tenaz a partir de una fuerte determinación de continuar a pesar de que todo parezca perdido y a su vez ser capaz de persistir donde otros ya han renunciado, la persistencia optimiza la salud de una persona portadora de una enfermedad crónica. La autoeficacia para Bandura (citado por C. O. Medina & E. U. Medina, 2007) influye en la forma de sentir, pensar y actuar. De acuerdo al nivel en que se presente puede aumentar o reducir la motivación, por lo que las personas que presentan un alto nivel de autoeficacia logran desempeñar tareas más desafiantes, son más persistentes y tienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, son más estables en su salud, experimentan

menos sentimientos depresivos y se recuperan rápidamente de las enfermedades. Las personas que presentan una baja autoeficacia presentan pensamientos autodesvalorizantes y experimentan con mayor frecuencia sentimientos depresivos que les impide enfrentar adecuadamente las adversidades.

- **Adaptabilidad y redes de apoyo:** hace referencia a la flexibilidad para afrontar los cambios que surgen a lo largo de la vida del sujeto. García cita a Papalia, Olds & Feldman (2012), quienes mencionan que la adaptabilidad es el ajuste al medio social, la confianza en sí mismo, la independencia, acomodación comportamental al estilo de vida existente, contribuye a la percepción realista de la situación que se está viviendo. Reina (2004) considera que la adaptación depende de la personalidad y el equilibrio psíquico, capacidades y habilidades sociales, motivación, compromiso de superación y apoyos recibidos por familiares y profesionales. Clemente (2003), indica que las redes de apoyo son la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas, contribuyen a su reconocimiento como individuo y a la imagen de sí, esta a su vez genera hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación frente a una crisis.
- **Control bajo presión:** control de emociones e impulsos destructivos, autodominio al resistir los altibajos emocionales, capacidad para gestionar la ansiedad, habilidad para tranquilizarse y autoconsolarse. (Barrios, 2014)
- **Control y propósito:** Relacionado con el sentido de autonomía y el de la eficacia propia, así como con la confianza de que uno puede tener algún grado de control sobre el ambiente, permitiéndole generar una visión clara hacia un futuro. (Ramsey y Blieszner citado en Segura & Negrini, 2004). Para Daisaku y Longaker (citado en Segura & Negrini, 2004) hace referencia a situarse más allá de los logros o derrotas del momento y ver las cosas en su debida perspectiva, esto les permite tener un sentimiento dignidad y valor propio.

Factores que promueven la resiliencia

La APA citada en Rodríguez, Fernández, Pérez, & Noriega (2011) establece factores de importancia para la afirmación de la resiliencia personal:

- Relaciones afectivas que promuevan sentimientos de seguridad en el individuo, tales como: amor, apoyo, cariño tanto en la familia como fuera de ella.
- Establecer planificaciones realistas que puedan ser llevadas a cabo por el sujeto.
- Tener confianza en sí mismo, en las fortalezas y/o habilidades que uno posee.
- Capacidad de establecer soluciones a situaciones difíciles y capacidad para establecer una comunicación con otra persona.
- Tener autocontrol ante cualquier situación.

Bautista, Flórez, Rojas, & Ospina, (2015) en su investigación proponen que los factores protectores que promueven la resiliencia son:

- **Creencias religiosas:** una determinada creencia sobre la muerte permitirá que la persona tenga un modo de aceptación del evento adverso, de este el afrontamiento y la evaluación de la adversidad se llevan a cabo de una mejor manera.
- **Redes de apoyo:** fomenta en ellos el desarrollo de habilidades que permiten un afrontamiento adaptativo de la enfermedad, estimulando la adherencia a los diferentes tratamientos y generando una concepción esperanzadora de la vida, en tanto asumen una actitud proactiva que nutre su calidad de vida en medio del curso de la enfermedad, siendo su familia y amigos cercanos su principal motivación

2.2.3 Cáncer

Definición

El cáncer es un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo, se produce por una proliferación continua de células anormales que invaden y destruyen otros tejidos. (Gandur, 2015)

Formas como se origina

Existen ciertos factores que provocan la aparición del cáncer:

- **Herencia:** se entiende que entre el 5% y el 10% de tipos de cáncer son hereditarios, por ejemplo, el cáncer de mama. En relación al cáncer de colon, se considera que este puede aparecer cuando en la familia existe una tendencia a presentar pólipos de colon (Celano, Estrada, & Gandur, 2011).

- **Sustancias químicas:** se consideran de alto riesgo los químicos como el alquitrán de hulla o cualquiera de sus derivados. La exposición prolongada a vapores o humo que podría provocar cáncer de pulmón como es el tabaco ya que tiene sustancias como la nicotina, ácidos, óxidos de carbono y alquitrán. El consumo de alimentos mal conservados podría provocar cáncer de hígado o estómago (Celano, Estrada, & Gandur, 2011).
- **Radiaciones:** la exposición prolongada a radiaciones podría provocar cambios en el ADN, como es la exposición prolongada a los rayos ultravioletas del sol y rayos X que podrían generar la aparición de cáncer de piel o leucemia. En las personas de piel blanca la exposición a los rayos del sol podría provocar un mayor riesgo de contraer esta enfermedad (Celano, Estrada, & Gandur, 2011).
- **Infecciones:** algunas infecciones podrían provocar la aparición de cáncer y en concreto aquellas relacionadas con los cánceres que aparecen en los enfermos de SIDA. Algunos estudios han demostrado que la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori* puede desarrollar cáncer de estómago. (Celano, Estrada, & Gandur, 2011).

Tipos de cáncer

Según el Instituto Nacional de Cáncer (2015) existen varios tipos de cánceres, los cuales son:

Carcinoma: es considerado el más común y se forma en células epiteliales que cubren superficies tanto internas como externas del cuerpo. Dentro de este grupo se encuentran las:

- **Carcinomas de células escamosas:** se forma en las células epiteliales que cubren la superficie externa de la piel, estas también recubren órganos como estómago, vejiga, pulmones, riñones e intestinos. Es también conocido como carcinomas epidermoides.
- **Adenocarcinoma:** producen fluidos o mucosidad. La mayoría de los cánceres de seno, de colon y de próstata son adenocarcinomas.
- **Carcinomas de células de transición:** algunos de los cánceres de vejiga, uréteres y riñones pertenecen a este grupo. Se originan en el tejido del epitelio de transición o urotelio.
- **Sarcomas:** se forma en huesos y tejidos blandos. El osteosarcoma es el cáncer de hueso más común.

- **Linfoma:** su principal síntoma es la presencia de un bulto, no doloroso en ocasiones en el cuello, axila o inglés; en ocasiones puede presentar fiebre, sudoración nocturna, disminución de peso, agotamiento, comezón en la piel y manchas rojizas.
- **Mieloma múltiple:** células plasmáticas anormales acumuladas en la médula ósea que forman tumores en los huesos. Es también conocida como enfermedad de Kahler.
- **Melanoma:** comienza en células especializadas en la producción de mielina. Muchos de estos tipos de cáncer se forman en la piel, sin embargo, pueden afectar en otros tejidos pigmentados como los ojos.
- **Tumores de cerebro y médula espinal:** toman el nombre según la célula en la que se formaron y el lugar donde primero se formó el tumor. Los tumores cerebrales pueden ser benignos o malignos.

Etapas del cáncer

De acuerdo al Instituto Nacional de Cáncer (2015), la estadificación del cáncer se da de las siguientes formas:

- **Según sistema TNM:**
 - **T:** tamaño y extensión del tumor
 - **N:** extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.
 - **M:** hace referencia a la metastatización del cáncer, es decir, la diseminación a otras partes del cuerpo
- **Combinaciones TNM en estadios menos detallados:**

Estadío	Significado
Estadío 0	Presencia de células anormales sin diseminación hacia el tejido cercano. Se llama también carcinoma in situ, o CIS (no es cáncer, pero puede convertirse)
Estadío I, II y III	Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor, y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
Estadío IV	Diseminación a otras partes del cuerpo

Tabla N°1: Estadificación del cáncer

Fuente: Instituto Nacional de Cáncer (2015)

Proceso psicooncológico del paciente con cáncer.

- **Diagnóstico:** los pacientes generalmente se realizan preguntas como: “¿Por qué a mí?”, otros suelen realizarse preguntas acerca de las cosas que pudieron haber hecho mal para provocar un cáncer. Es decir, comienza la búsqueda de control ya que consideran que, si el cáncer fue generado por uno mismo de manera inconsciente, entonces es posible revertirlo (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013)
- **Proceso de adaptación:** adaptación ante una serie de pérdidas, no solo referentes a salud, sino también relacionadas con la pérdida de estabilidad y seguridad, de la rutina y de lo cotidiano, del rol que solía tener dentro de la familia, el mundo laboral o social, del control, entre otras. Se ha observado y por eso es importante destacarlo: la pérdida de control puede llegar a ser una de las pérdidas más desestabilizantes y desestructurantes en el individuo (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013).
- **Duelo oncológico:** es un proceso normal, sano, adaptativo y necesario, que se caracteriza por aturdimiento o negación frente al diagnóstico de esta enfermedad. Al inicio del tratamiento pueden aparecer sensaciones de temor, miedo o incertidumbre frente a los efectos secundarios que puede conllevar el tratamiento, a la reacción que puede tener la familia o personas cercanas a la familia al no saber qué sucederá con la propia vida a futuro o el temor excesivo a recaer una vez finalizado el tratamiento. Se considera normal que el sujeto reaccione con sentimientos de tristeza, pena, cambios en el estado de ánimo, angustia e indefensión o desesperanza lo que podría confundirse con una sintomatología propia de la depresión (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013).
- **Aceptación:** A pesar de que el sujeto acepte su enfermedad pueden existir momentos en los que su estado de ánimo recaerá. A medida que la persona empieza a sentirse más segura, calmada, tranquila y va conociendo los procesos implicados en el tratamiento, las reacciones de su cuerpo frente a los medicamentos y al mismo tiempo va derribando muchos de los mitos que rodean el diagnóstico de cáncer, le resulta más factible el poder adaptarse al tratamiento y a la enfermedad (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013).

El apoyo social en pacientes con cáncer

Se considera que la provisión de los distintos tipos de apoyo social en pacientes con cáncer es complicado debido a las diversas implicaciones socioculturales que la consideran como una enfermedad mítica y temida. Se ha observado que los pacientes con esta enfermedad presentan dificultades relacionadas con la interacción social, lo cual se ve reflejado en la dificultad de comunicación entre el paciente y el staff médico, dificultad en relaciones con la familia o amigos. En otras palabras, este tipo de dificultad es muy común en pacientes que presentan la enfermedad de cáncer ya que comúnmente los suelen tratar de una manera distinta, presentan dificultades para hablar sobre temas del futuro con familiares, o dificultades para tratar temas del cáncer con amigos o conocidos, en definitiva, la dificultad se centra en que no se sienten comprendidos por quienes les rodean. (Durá, 1991)

Según Durá (1991) se ha intentado brindar el apoyo social necesario a los pacientes oncológicos, es por este motivo que se comenzó a llevar a cabo los “grupos de apoyo” que tienen como características:

- Permiten una mayor interacción social personalmente
- Generan participación social
- Se da de manera voluntaria por parte de los pacientes
- Apoyo por parte de otros debido a que contribuyen a encontrar una solución para los conflictos que se presentan continuamente.
- Existe mayor apoyo emocional, el cual también es necesario para poder hacer frente a cualquier situación que el sujeto considere como conflictiva.

A su vez se considera que los grupos que ofrecen apoyo social contribuyen a reducir las dificultades psicosociales que se presentan a raíz del diagnóstico de la enfermedad o por el tratamiento de la misma.

Resiliencia en enfermedad crónica

Moreno & Trejo, (2017) consideran que la resiliencia es un factor fundamental para realizar un proceso adaptativo ante cualquier situación, incluyendo enfermedades catastróficas como el cáncer de manera que con el paso del tiempo pueda tener un mejor control sobre su salud, y con ello un mayor control conductual sobre su enfermedad. Estos autores han tomado como

base otros estudios en los que se menciona que la resiliencia, entendiéndola como el ser optimista y tener emociones positivas, otorga al paciente recursos para enfrentar sus dificultades, principalmente los problemas de salud. La resiliencia también se ve caracterizada por el tener una buena autoestima y autoconocimiento, locus de control interno y sentido del humor en todo momento, sin importar si el sujeto se encuentra atravesando o no alguna adversidad, este tipo de características permite incorporar en su diario vivir hábitos de vida saludables. Este tipo de resiliencia en unión con el apoyo social permite disminuir:

1. El impacto que generan las adversidades
2. Conductas de riesgo
3. Discapacidad funcional en relación a la enfermedad que el sujeto pueda estar presentando.

2.3 HIPÓTESIS Y SUPUESTOS

2.3.1 Hipótesis

Hi: El apoyo social se relaciona con la resiliencia en pacientes oncológicos

2.3.2 Hipótesis Nula

Ho: El apoyo social no se relaciona con la resiliencia en pacientes oncológicos.

2.3.2 Hipótesis Alterna

Ha: Las dimensiones de apoyo social se relaciona y las dimensiones de resiliencia.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL Y TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque que se ha utilizado para el desarrollo de la presente investigación es de tipo cuantitativo debido a que se hizo uso de reactivos psicológicos que permiten medir el nivel de Apoyo Social y Resiliencia presente en los pacientes oncológicos, lo que permitirá determinar en términos estadísticos la prevalencia de las dos variables.

En el presente estudio se llevó a cabo mediante fuentes *Bibliográficas-documentales*, permitiendo desarrollar y profundizar en las variables estudiadas, evaluando teorías y criterios de diversos autores, estableciendo como base investigaciones realizadas previamente, artículos científicos, libros, y otros documentos los mismo que permitieron proporcionar la información necesaria para el desarrollo de la temática. A su vez es considerada como una investigación *De Campo*, debido a que se tomará contacto con la población de estudio con la finalidad de obtener la mayoría de información que permitirá dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

El trabajo de investigación obedece al tipo *correlacional*, debido a que se llevará acabo la asociación de la variable de Apoyo Social y Resiliencia, dando a conocer la relación existente entre ambas, permitiendo determinar si el nivel de Apoyo Social presenta relación con el nivel de Resiliencia en los pacientes Oncológicos de la Unidad Oncológica SOLCA.

El diseño que sigue la presente investigación es de *corte transversal* ya que permitirá obtener resultados en una determinada población dentro de un punto específico de tiempo, sin realizar un posterior seguimiento del mismo.

3.2 SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo en el Hospital Oncológico “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua-Ambato, en el periodo Marzo-Agosto 2018

3.3 POBLACIÓN

La investigación fue dirigida a personas 100 personas diagnosticadas de algún tipo de cáncer y son atendidas en el Hospital Oncológico “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua-Ambato.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan sido diagnosticados con cáncer.
- Pacientes que tenga disposición a participar en la presente investigación.
- Pacientes con cáncer que se encuentran en tratamiento y asistan a un control continuo de su enfermedad.

Criterios de exclusión

- Personas con discapacidad mental certificada.
- Personas que se encuentren bajo efecto de sustancias psicoactivas según criterio médico del personal asistencial del centro de tratamiento.
- Personas que debido al uso de medicamentos tuvieran dificultades para dar respuesta a las preguntas de los reactivos a aplicar.
- Personas menores de 25 años de edad y mayores a 75.

3.5 DISEÑO MUESTRAL

Se trabajó con una muestra de 100 pacientes con cáncer que asisten al Hospital Oncológico “Dr. Julio Enrique Paredes C.” Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua, Ambato y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, que hayan firmado el consentimiento informado.

Al tener conocimiento de la población que asiste a tratamiento por quimioterapia, se requirió sacar la muestra mediante cálculo, a partir de la fórmula:

Donde:

n = representa el tamaño de la muestra

N = se refiere al tamaño de la población

p.q = desviación estándar de la población, para ello se reemplaza por un valor constante de 0,5

z = es el valor relacionado a niveles de confianza.

d= es el error muestral que, al no tener un valor, se puede reemplazar entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), la cantidad queda a juicio del encuestador.

$$n = \frac{N \cdot Z \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$= \frac{198 \cdot (1,81)^2 \cdot (0,5 \cdot 0,5)}{(0,07)^2 (198-1) + (1,81)^2 (0,5 \cdot 0,5)}$$
$$= \frac{162.16695}{1,784325}$$
$$= \mathbf{90.88}$$

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Apoyo Social

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TECNICAS E INSTRUMENTOS	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
APOYO SOCIAL	Son las provisiones expresivas o instrumentos que se perciben o reciben por parte de otras personas, las cuales se pueden dar en situaciones de crisis o en el diario vivir.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo Emocional • Apoyo instrumental • Interacción social positiva • Apoyo afectivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel alto • Nivel bajo 	El Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS): adaptación al español por Rodríguez y Enrique (2007), del cuestionario MOS para adultos, desarrollado por Sherbourne y Sterwart y Stewart (1991).	Se calculó un índice de confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0.919 para la escala total, mientras que para las dimensiones de apoyo emocional fue de .843 y apoyo instrumental de .802. A su vez se detectó niveles elevados de correlación entre dimensiones de .72 a .88.

Tabla N°2: Operacionalización variable apoyo social

Fuente: Apoyo social y resiliencia en pacientes oncológicos.

Elaborado por: Páez (2018).

Variable: Resiliencia

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTUMENTO	CONFIABILIDAD Y VALIDEZ
RESILIENCIA	Según <i>Wagnild y Young</i> , citado por <i>Abanto & Sachún</i> (2016) la resiliencia es la capacidad que tiene cada sujeto para moderar los efectos negativos provocados por las situaciones estresantes y permitiéndole una mayor adaptación. Comúnmente ha sido utilizada para describir la valentía de las personas y su adaptabilidad ante circunstancias adversas.	<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia, tenacidad autoeficacia • Control bajo presión • Adaptabilidad y redes de apoyo • Control y propósito • Espiritualidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel Alto • Nivel medio • Nivel Bajo 	Escala de resiliencia, CD-RISC elaborada por Connor & Davidson en el año 1999	Presentó un índice de Alpha de Cronbach de 0.89 para la escala total. Mientras que la correlación test-retest fue de 0.87. Las dimensiones muestran un nivel de consistencia interna adecuado (.89). Presenta buena validez convergente y discriminante y una alta fiabilidad test-retest.

Tabla N°3: Operacionalización variable resiliencia

Fuente: Apoyo social y resiliencia en pacientes oncológicos.

Elaborado por: Páez (2018).

3.7 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

- Verificar los criterios de inclusión o exclusión en relación a la población que se tomó en cuenta para la realización del proyecto de investigación.
- Se dio a conocer a las personas involucradas acerca de tema de investigación y procedimientos llevados a cabo con la finalidad de que pudieran firmar el consentimiento informado.
- Se llevó a cabo la aplicación de reactivos psicológicos en relación a las variables de: apoyo social y resiliencia.
- Se realizó la calificación de los reactivos aplicados y el análisis estadístico de los mismos.

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información son:

Cuestionario de Apoyo Social Percibido MOS:

Para la variable de apoyo social se aplicará el cuestionario MOS-SSS el cuál fue publicado en el año 1991 por Scherbourne y Stewaert y adaptado al español por Rodríguez y Enrique (2007) donde se obtuvo un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.919 para el total del test, mientras que en los factores de apoyo emocional fue .876, apoyo afectivo fue .843 y en el apoyo instrumental fue .802. A su vez se detectaron niveles altos de correlación entre las dimensiones de .72 a .88, este test consta de 20 reactivos, y puede ser aplicada de forma individual o colectiva. (Requena, Salamero, & Gila, 2007). Las dimensiones que evalúa son Apoyo emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19), Apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12, 15), Interacción social positiva (7, 11, 14, 18) y Apoyo afectivo (6, 10, 20). En cuanto a la calificación, se da de la siguiente forma:

DIMENSIÓN Y NIVEL	Máximo	Medio	Mínimo
<i>Índice global de apoyo social</i>	95	57	19
<i>Apoyo emocional</i>	40	24	8
<i>Apoyo instrumental</i>	20	12	4
<i>Interacción social positiva</i>	20	12	4
<i>Apoyo afectivo</i>	15	9	3

Tabla N°4: Interpretación cuestionario MOS
Fuente: Apoyo Social y Resiliencia

Escala de Resiliencia De Connor Y Davidson

Para la variable de resiliencia se aplicó la escala de resiliencia de Connor y Davidson en 1999, la cual presenta un índice de confiabilidad de alpha de Cronbach de 0.89 y una alta validez de 0.87 mediante una correlación test-retest, su validez es convergente y discriminante, mientras que las dimensiones mostraron una consistencia interna de .89. La escala consta de 25 ítems, con una escala sumativa tipo Likert (0 en absoluto, 1 rara vez, 2 a veces, 3 a menudo y 4 casi siempre), que puede ser aplicada de manera autónoma. Consta de 5 dimensiones, las cuales son: Persistencia, tenacidad autoeficacia (10-12, 16, 17, 23-25); Control bajo presión (6, 7, 14, 15, 18, 19 20); Adaptabilidad y redes de apoyo (1, 2, 4, 5, 8); Control y propósito (13, 21, 22) y espiritualidad (3 y 9). (Parra, 2009)

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Proyectos de investigación:

Art. 13.- De los proyectos de investigación: Los proyectos de investigación deben diseñarse para:

1. Impulsar la investigación formativa y generativa;
2. Responder a las necesidades prioritarias de la Universidad y de la población de la zona central del Ecuador;
3. Articular capacidades y acciones institucionales conjuntas que impulsen actividades de investigación, desarrollo e innovación;
4. Fortalecer el progreso bioético: Aplicar el consentimiento informado

Principios de la bioética

La bioética forma parte de la preparación estudiantil y el ejercicio profesional de la psicología clínica, entonces la psicoética término acuñado alrededor de los años ochenta por Omar Franca y Javier Gafo comprende los siguientes principios:

- El principio de autonomía refiere que el paciente tiene la capacidad de decidir en situaciones sanitarias que puedan afectarlo, así como el derecho de participación, analizando dicho principio, el mismo que fue aplicado en los pacientes al darle la libre decisión de colaborar con la aplicación de los reactivos.

- **El principio de la dignidad humana** a las personas que se les aplico los reactivos se les brindó un espacio aceptable e higiénico considerando este principio.
- **El principio de beneficencia** aplicando a la presente investigación las personas que serán beneficiadas con los resultados son los profesionales que adquirirán parámetros estadísticos a enfocar en cuanto a psicoterapia y se relaciona con el de no maleficencia con la procuración de no hacer daño.
- **El principio de justicia** respeto y consideración hacia todos los pacientes que se les aplico los reactivos.

Principios éticos de los psicólogos y código de conducta.

APA

- **8.01 Aprobación Institucional** Cuando se requiere la aprobación institucional, psicólogos proporcionan información precisa sobre sus propuestas de investigación y obtener la aprobación antes de la realización de la investigación. Llevan a cabo la investigación de acuerdo con el protocolo de investigación aprobado.
- **8.02 Consentimiento Informado para la Investigación**
- Al obtener el consentimiento informado los psicólogos deben informar a los participantes acerca de (1) el propósito de la investigación, la duración prevista y los procedimientos; (2) su derecho a negarse a participar y retirarse de la investigación una vez que ha comenzado la participación; (3) las consecuencias previsibles de rechazo o la retirada; (4) factores razonablemente previsibles que pueden esperarse de influir en su voluntad de participar como posibles riesgos, molestias o efectos adversos; (5) los beneficios potenciales de investigación; (6) Los límites de la confidencialidad; (7) incentivos para la participación; y (8) a quién contactar si tiene preguntas sobre los derechos de los participantes de la investigación y de investigación. Proporcionan oportunidad para que los posibles participantes puedan realizar preguntas y recibir respuestas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE DATOS PERSONALES

- *Edad*

	Porcentaje
20-39 (juventud o Adultez temprana)	17.0
40-59 (Madurez)	53.0
60 en adelante (vejez)	30.0
Total	100.0

Tabla N°5: Distribución por edad SOLCA-Tungurahua
Fuente: Proyecto de investigación

Análisis

De los 100 pacientes evaluados se encuentran en la etapa de adultez, de los cuales el 17% se encuentra atravesando la adultez temprana o juventud, el 53% la madurez y el 30% se encuentra cursando la vejez.

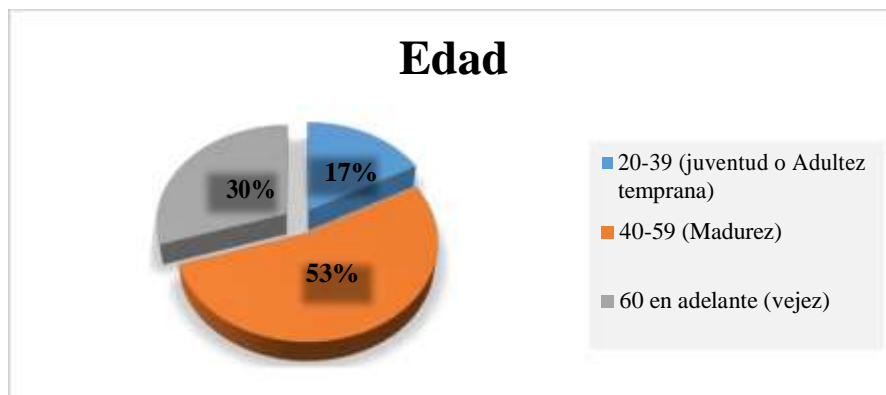


Gráfico N°1: Distribución por edad SOLCA-Tungurahua
Fuente: proyecto de investigación

Interpretación

Mediante el gráfico se puede observar que la mayor parte de la población con cáncer se encuentra atravesando la etapa de la madurez, esto puede deberse a que en esta etapa comienza el consumo de tabaco al cual se le asocia gran porcentaje de los diagnósticos de cáncer, por el inicio de una vida sexual activa que origina infecciones que podrían dar lugar al cáncer.

- *Sexo*

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	23	23.0
Mujer	77	77.0
Total	100	100.0

Tabla N°6: Distribución por sexo, SOLCA-Tungurahua

Fuente: Proyecto de investigación

Elaborado por: Páez L. (2018)

Análisis:

La población estudiada se encuentra comprendida por hombres y mujeres con cáncer, siendo mujeres en su mayoría comprendiendo un 77% de la muestra total, y hombres el 23%.

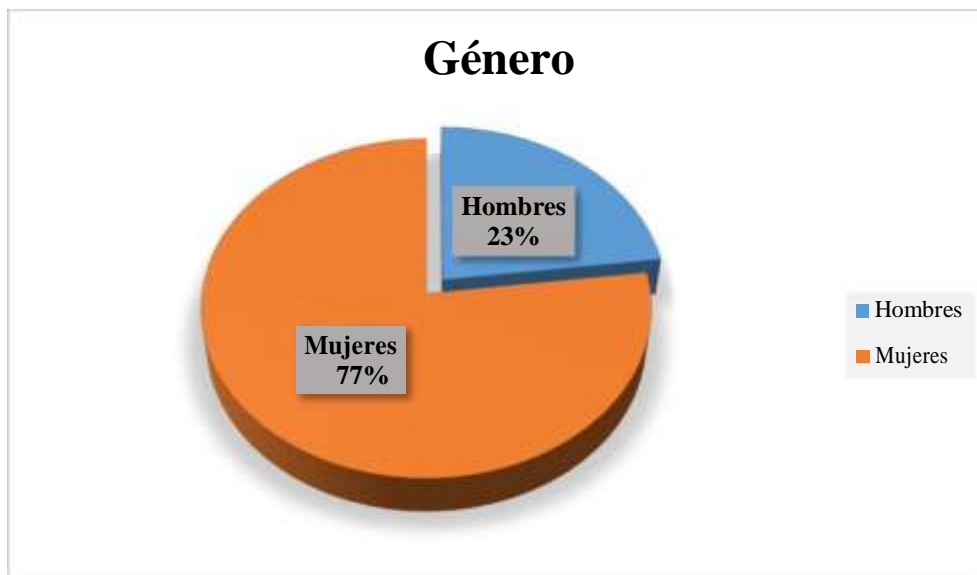


Gráfico N°2: Distribución por sexo, SOLCA-Tungurahua

Fuente: Proyecto de investigación

Interpretación

Basado en el número total de la muestra de investigación corresponde a dos géneros, predominando la población de género femenino lo que se correlaciona con lo establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), el cual establece que la prevalencia del cáncer es mayor en mujeres.

- **Estado Civil**

	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	55	55.0
Soltero/a	21	21.0
Viudo/a	9	9.0
Divorciado/a	14	14.0
Unido/a	1	1.0
Total	100	100.0

Tabla N°7: Distribución por Estado Civil, SOLCA-Tungurahua
Fuente: Proyecto de investigación

Análisis

En relación al estado civil de los evaluados se puede observar que, de las 100 personas, 55% corresponde al grupo de “casados”, el 21% son “solteros”, el 9% “viudos”, el 14% pertenece al grupo de los “divorciados” y finalmente el 1% se encuentra unido.



Gráfico N°3: Distribución por Estado Civil, SOLCA-Tungurahua
Fuente: Proyecto de investigación

Interpretación

De acuerdo al estado civil de la población evaluada, el mayor porcentaje corresponde al grupo de “casados”, y con porcentajes igualmente significativos se encuentra la población soltera. Es muy importante considerar el estado civil del paciente, ya que ello podría influir sobre el nivel de apoyo que puedan presentar.

- **Nivel de Instrucción**

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	5	5.0
Primaria	42	42.0
Secundaria	30	30.0
Superior	23	23.0
Total	100	100.0

Tabla N°8: Distribución por nivel de instrucción, SOLCA-Tungurahua

Fuente: Proyecto de investigación

Análisis

De los 100 evaluados, 5% se encuentra en la categoría “sin estudios”, el 42% refiere haber estudiado la “primaria”, el 30% “secundaria, y el 23% refirió tener “estudios superiores”.



Gráfico N°4: Distribución por nivel de instrucción, SOLCA-Tungurahua

Fuente: Proyecto de investigación

Interpretación

En relación al nivel de estudios, la mayor parte de la población refiere haber estudiado la primaria, lo que a su vez podría interferir con el apoyo social que pudieran presentar los pacientes oncológicos, tomando en consideración que ello los colocaría en una posición económica y social vulnerable.

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE APOYO SOCIAL

- **Interacción Social Positiva**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	18	18.0
Alto	82	82.0
Total	100	100.0

Tabla N°9: Interacción Social Positiva
Fuente: Cuestionario MOS

Análisis

De los 100 evaluados, 18 sujetos perciben la Interacción Social Positiva como “baja” (18%), y 82 personas la perciben como “alta” (82%).

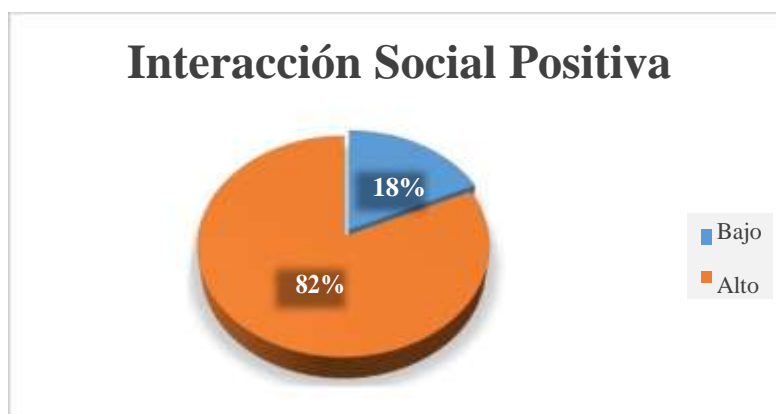


Gráfico N°5: Interacción Social Positiva
Fuente: Cuestionario de Apoyo Social Percibido MOS

Interpretación

Se puede observar que la mayoría de los evaluados presentan altos niveles de interacción social positiva, lo que indica que cuentan con personas con las cuales pueden pasar momentos agradables para distraerse y relajarse cuando se encuentran atravesando situaciones estresantes, permitiéndoles experimentar sentimientos y pensamientos positivos, generando mayor bienestar psicológico y físico (Roffeey citado en Lacunza & Contini 2016)

- **Apoyo Instrumental**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	10.0
Alto	90	90.0
Total	100	100.0

Tabla N°10: Apoyo Instrumental

Fuente: Cuestionario MOS

Análisis

De los 100 sujetos evaluados, 10% consideran como “bajo” su apoyo instrumental, mientras que el 90% de ellos lo consideran como “alto”.

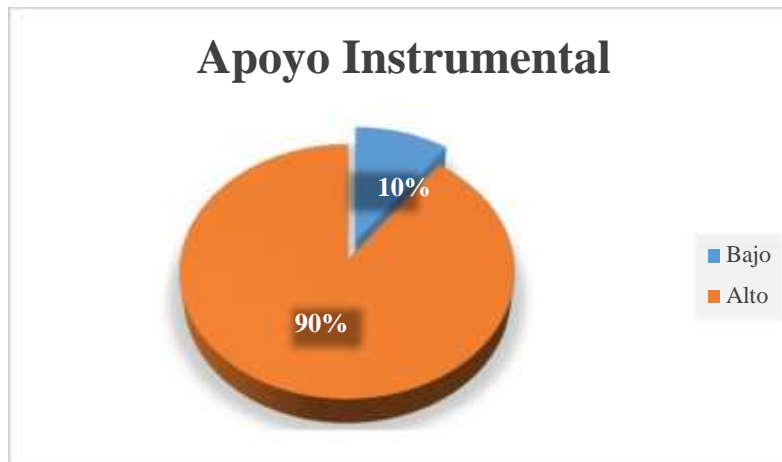


Gráfico N°6: Apoyo Instrumental

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social Percibido MOS

Interpretación

Se puede observar que la mayoría de los pacientes refiere tener el apoyo por parte de las personas que les rodea, por lo que se podría considerar que esta dimensión se encuentra cubierta en la mayoría de pacientes evaluados. Considerando que el apoyo instrumental hace referencia a la ayuda que se recibe por parte de otros para realizar actividades de la vida diaria, ello implica el apoyo en tareas domésticas durante la enfermedad, la compañía personas cercanas para ir al médico, entre otros (M. M. Gómez y M. I. Gómez, 2012).

- **Apoyo Emocional/informacional**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	18	18.0
Alto	82	82.0
Total	100	100.0

Tabla N°11: Apoyo Emocional/informacional
Fuente: Cuestionario MOS

Análisis

De los 100 pacientes oncológicos evaluados, el 18% refiere tener bajo nivel de apoyo emocional/informacional, y el 82% refiere tener un elevado nivel.

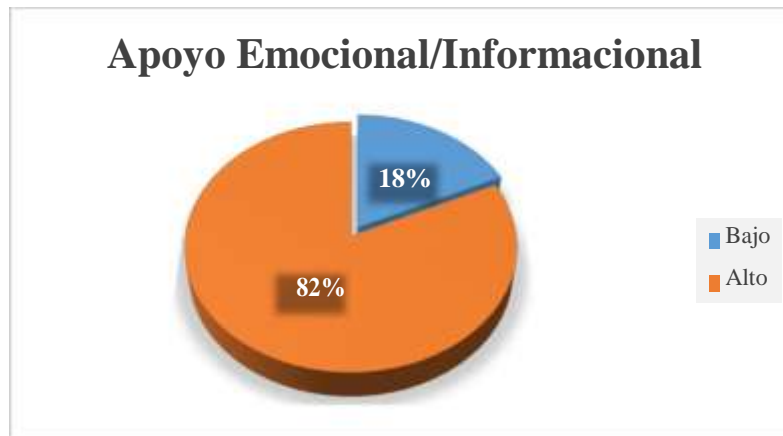


Gráfico N°7: Apoyo Emocional/Informacional
Fuente: Cuestionario MOS

Interpretación

En cuanto a estos tipos de apoyo, en base a los resultados obtenidos, se puede observar que la población percibe este tipo de apoyo como alto, por lo que se puede decir que la población estudiada cuenta con personas con las cuales puede dialogar en momentos difíciles y proveerle consejos u ofrecerle información ya sea sobre su enfermedad o algún otro tema, ayudando a aliviar en ellos la sensación de confusión y estrés, reduciendo los sentimientos de vulnerabilidad sobre el futuro. (M. M. Gómez y M. I. Gómez, 2012)

- **Apoyo Afectivo**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	13	13.0
Alto	87	87.0
Total	100	100.0

Tabla N°12: Apoyo Afectivo
Fuente: Cuestionario MOS

Análisis

De los 100 pacientes evaluados, el 13% presenta un bajo nivel de este tipo de apoyo, mientras que el 87% de ellos manifiesta tener un elevado nivel de apoyo afectivo.



Gráfico N°8: Apoyo Afectivo
Fuente: Cuestionario MOS

Interpretación

Este tipo de apoyo los pacientes refirieron haberlo percibido en niveles elevados, lo cual indica que reciben amor, confianza, comprensión y protección por parte de quienes les rodean, lo que es de vital importancia, ya que como menciona Buendía (1991) este apoyo disminuye la posibilidad de aparición de enfermedades de tipo psicológicas. El presentar este tipo de apoyo en niveles elevados les permite a los pacientes reconciliarse con su propia historia, aumenta su esperanza y les permite sentirse reconocidos como personas al ser escuchados y sentirse amados por amigos o familiares. (Pinedo, 2015)

Nivel de Apoyo Social Total

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Apoyo Social	9	9.0
Alto Apoyo Social	91	91.0
Total	100	100.0

Tabla N°13: Nivel de Apoyo Social

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social Percibido MOS

Análisis

Se muestra que, en la aplicación del reactivo psicométrico en los pacientes oncológicos, el 9% de ellos muestra un bajo nivel de apoyo social, mientras que el 91% presenta un alto nivel de apoyo social.

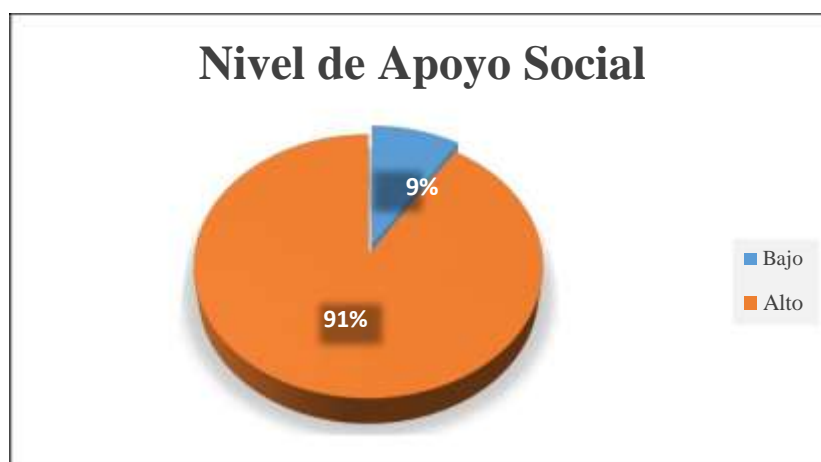


Gráfico N°9: Nivel de Apoyo Social

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social Percibido MOS

Interpretación

En los pacientes oncológicos se comprobó que la mayoría de ellos presentan un muy elevado nivel de apoyo social, ya que cada una de las dimensiones de esta variable se presenta con alto nivel, lo que indica que la mayoría interactúa continuamente con su medio lo que les ayuda a alejarse u olvidarse situaciones estresantes, el obtener consejos o información por las personas que le rodean, les permite encontrar una salida y un alivio en medio de las dificultades. Como menciona Gómez (2018), en su trabajo investigativo en el que manifestó que, el apoyo social es una variable fundamental durante el cáncer ya que disminuye los sentimientos de soledad o tristeza que podrían surgir durante el transcurso de esta enfermedad.

4.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE VARIABLE DE RESILIENCIA

- *Persistencia, tenacidad y autoeficacia*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	21	21.0
Medio	43	43.0
Alto	36	36.0
Total	100	100.0

Tabla N°14: Persistencia, tenacidad y autoeficacia

Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Análisis

De los 100 pacientes que participaron en la investigación, el 21% muestra “*bajo nivel*”, en esta dimensión de persistencia, tenacidad y autoeficacia, el 43% “*nivel medio*” y 36% “*alto nivel*”



Gráfico N°10: Persistencia, tenacidad y autoeficacia

Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Interpretación

En esta la dimensión de persistencia, tenacidad y autoeficacia, la mayor parte de la población lo presenta un nivel medio, indicando que pueden enfrentarse a las adversidades a pesar de las circunstancias, tienen motivación para sobresalir ante cualquier conflicto y se esfuerzan en alcanzar sus objetivos o metas planteadas a partir de una fuerte determinación. (Palacio et al., 2017)

- **Control bajo presión**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	28	28.0
Medio	41	41.0
Alto	31	31.0
Total	100	100.0

Tabla N°15: Control bajo presión

Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Análisis

Mediante la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC se puede concluir que, de las 100 personas evaluadas, el 28% presenta un bajo nivel de control bajo presión, el 41% un nivel medio y el 31% lo presenta en un alto nivel.

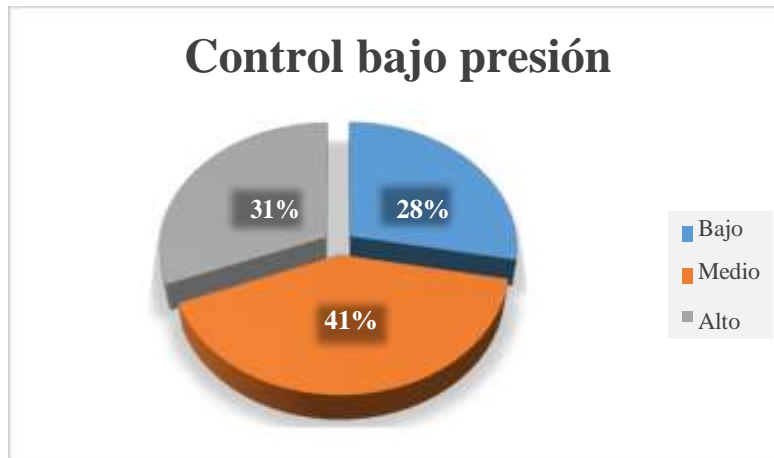


Gráfico N°11: Control Bajo Presión

Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Interpretación

El control bajo presión hace referencia al saber dónde buscar ayuda en caso de necesitarla y el control que tiene sobre sí mismo cuando se encuentra atravesando alguna dificultad, de manera que pueden estabilizar su ansiedad en momentos de estrés y actuar de manera adecuada (Barrios, 2014). En base a esto y según lo observado, se puede mencionar que existe un elevado porcentaje de personas que presentan un buen control de las situaciones adversas que se han atravesado, son capaces de solucionar las cosas por sí mismos y de tomar decisiones, mientras que un porcentaje igualmente considerable refiere no tener un buen control sobre las situaciones conflictivas.

- **Adaptabilidad y Redes de Apoyo**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	21	21.0
Medio	41	41.0
Alto	38	38.0
Total	100	100.0

Tabla N°16: Adaptabilidad y Redes de Apoyo
Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Análisis

De los 100 evaluados, 21% presentan un “bajo nivel” de adaptabilidad y redes de apoyo, 41% se encuentran en un “nivel medio” y 38% lo presenta “alto nivel”.

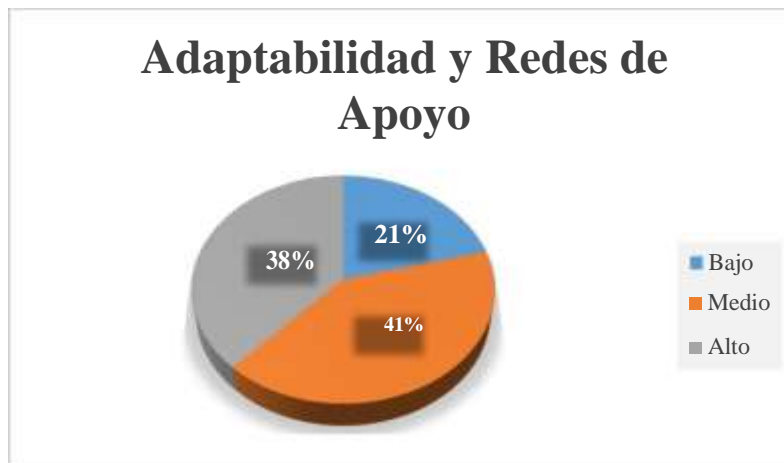


Gráfico N°12: Adaptabilidad y Redes de Apoyo
Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Interpretación

La mayoría de la población evaluada presenta un nivel medio de Adaptabilidad y Redes de Apoyo, ello podría contribuir al tratamiento y recuperación de la enfermedad, considerando que las redes de apoyo más significativas generan hábitos de vida saludables y aumenta la adaptabilidad al estilo de vida existente, ello se corrobora con lo mencionado por Clemente (2003) quien señala que las relaciones que un individuo percibe como significativas, contribuyen a generar hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación frente a una crisis.

- **Espiritualidad**

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	5.0
Medio	26	26.0
Alto	69	69.0
Total	100	100.0

Tabla N°17: Espiritualidad
Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Análisis

De los 100 evaluados mediante la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, 5% presentan bajo nivel de espiritualidad, 26% en un “nivel medio”, 69% en un “alto nivel”.



Gráfico N°13: Espiritualidad
Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Interpretación

En la dimensión de espiritualidad se puede observar que la mayoría de la muestra presenta un alto nivel del mismo debido a que tiene una creencia religiosa que les permite llegar a una completa aceptación y adaptación de la enfermedad, con ello encontrarle un sentido a su existencia, ser capaces de amar y ser amados con la finalidad de sentir paz interior ya que logran tener una reconciliación con sus seres queridos, logrando vencer el resentimiento y otras emociones negativas. (Pinedo, 2015)

Control y propósito

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	30	30.0
Medio	22	22.0
Alto	48	48.0
Total	100	100.0

Tabla N°18: Control y Propósito
Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Análisis

De los 100 pacientes evaluados, 30% presentan un nivel bajo de control y propósito, 22% lo presentan en un nivel medio y 48% en un nivel alto.



Gráfico N°14: Control y Propósito
Fuente: Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

Interpretación

Se puede observar que la mayor parte de la población presenta un nivel elevado de control de sí mismo, entendiendo que esta dimensión se encuentra caracterizada por tener un control sobre el ambiente y a su vez sobre sí mismo mediante el sentido de autonomía y eficacia propia, permitiéndole establecerse metas o propósitos en un futuro. (Ramsey y Blieszner citado en Segura & Negrini, 2004)

- **Nivel de Resiliencia**

	Frecuencia	Porcentaje
Baja	16	16.0
Media	49	49.0
Alta	35	35.0
Total	100	100.0

Tabla N°19: Nivel de Resiliencia
Fuente: Escala de Resiliencia De Connor Y Davidson

Análisis

En la población evaluada se realizó la aplicación de la Escala de Resiliencia CD-RISC mediante la cual se demostró que el 16% de la población presenta una baja resiliencia, el 49% presenta una resiliencia media, mientras que el 35% de ellos presenta un alto nivel de resiliencia.



Gráfico N°15: Nivel de Resiliencia
Fuente: Escala de Resiliencia De Connor Y Davidson

Interpretación

Un elevado porcentaje de pacientes manifiesta tener un nivel medio de resiliencia, y un porcentaje mínimo bajo nivel de resiliencia lo que los colocaría en una situación de riesgo y vulnerabilidad al momento de enfrentarse a los síntomas de su enfermedad, entendiendo que la resiliencia les permite enfrentarse a las dificultades que se presentan en la vida evitando que ello pueda dar lugar a un desequilibrio en la salud mental del individuo. (Ferguzs y Zimmerman citado en Becoña, 2006)

- *Tabla de contingencia*

Tabla de contingencia: apoyo social * resiliencia

		Resiliencia			Total
		<i>Resiliencia Baja</i>	<i>Resiliencia Media</i>	<i>Resiliencia Alta</i>	
Apoyo Social	<i>Apoyo Social Bajo</i>	3	5	1	9
	<i>Apoyo Social Alto</i>	13	44	34	91
Total		16	49	35	100

Tabla N°20: Nivel de Apoyo Social y Nivel de Resiliencia
Fuente: Proyecto de investigación

Análisis

En la tabla de contingencia, de los 100 pacientes oncológicos el 9% de la población presentan un bajo nivel de apoyo social y el 91% presenta alto nivel de apoyo social.

Del 9% de la población con bajo nivel de apoyo, 3 personas presentan un bajo nivel de resiliencia (33%), 5 un nivel de resiliencia medio (56%) y 1 alto nivel de resiliencia el (11%.) Finalmente, del 91% de la muestra que perciben un alto nivel de Apoyo social, 13 presentan bajo nivel de resiliencia (14%), 44 nivel medio (48%), y 34 lo presentan en un elevado nivel de resiliencia (37%).

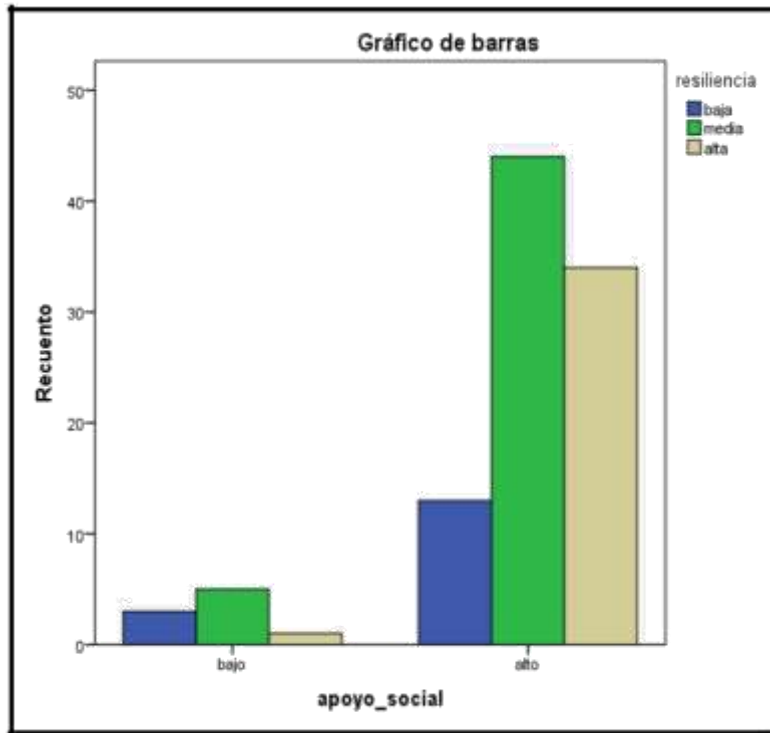


Gráfico N°16: Nivel de Apoyo Social y Nivel de Resiliencia
Fuente: Proyecto de investigación

Interpretación

Luego de haber realizado el análisis de los datos estadísticos de la variable de Apoyo social y Resiliencia se comprobó que los pacientes evaluados presentan un “*nivel elevado*” de apoyo social debido a que pueden contar con una persona en todo momento, mientras que un porcentaje mínimo mostró “*bajos niveles*” de apoyo lo que los colocaría en un estado de vulnerabilidad ya que no pueden contar con una persona durante las adversidades generando de esta forma sentimientos de soledad provocando la práctica de hábitos de vida inadecuados, mal autocuidado lo que interferiría con el tratamiento de la enfermedad misma.

En cuanto a las personas que manifestaron un “*nivel bajo*” de apoyo social también presentaron un nivel de resiliencia medio seguido por un nivel de resiliencia bajo, lo que significa que el nivel de apoyo social no incide de manera significativa en el nivel de resiliencia que los pacientes pudieran presentar.

Las personas que mostraron un nivel alto de apoyo social también presentaron un nivel de resiliencia medio seguido por el nivel de resiliencia alto.

4.4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO

Estadísticos de contraste ^a		
	Apoyo_Social	Resiliencia
U de Mann-Whitney	832,000	821,500
W de Wilcoxon	3835,000	1097,500
Z	-,884	-,574
Sig. asintót. (bilateral)	,377	,566

a. Variable de agrupación: genero

Tabla N°21: Diferencias de acuerdo al género

Fuente: Proyecto de Investigación

Análisis

Se aplicó la prueba U de Mann Whitney encontrando que no existen diferencias significativas en las puntuaciones de apoyo social y resiliencia de acuerdo al género, (p valor mayor que 0.05).

4.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA DE ACUERDO A LA EDAD

Estadísticos de contraste ^{a,b}		
	Apoyo_Social	Resiliencia
Chi-cuadrado	31,106	42,535
G1	39	39
Sig. asintót.	,812	,321

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: edad

Tabla N°22: Diferencias de acuerdo a la edad

Fuente: Proyecto de Investigación

Análisis

Se aplicó la prueba H de Kruskal-Wallis encontrando que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de apoyo social y resiliencia de acuerdo a la edad (p valor mayor que 0.05).

4.6 CORRELACIÓN DE PEARSON-RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE CADA VARIABLE

DIMENSIONES		A. Emocional	A. Instrumental	Interacción Social	A. Afectivo
Persistencia, Tenacidad y Autoeficacia	Correlación de Pearson	,229 *	,003	,323 **	,240 *
	Sig. (bilateral)	,022	,977	,001	,016
	N	100	100	100	100
Control Bajo Presión	Correlación de Pearson	,191	-,034	,251 *	,208 *
	Sig. (bilateral)	,056	,735	,012	,038
	N	100	100	100	100
Adaptabilidad y redes de apoyo	Correlación de Pearson	,478 **	,226 *	,523 **	,485 **
	Sig. (bilateral)	,000	,024	,000	,000
	N	100	100	100	100
Control y propósito	Correlación de Pearson	,571 **	,373 **	,450 **	,553 **
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
	N	100	100	100	100
Espiritualidad	Correlación de Pearson	,213 *	,015	,198 *	,127
	Sig. (bilateral)	,034	,880	,048	,207
	N	100	100	100	100

Tabla N°23: Correlación entre dimensiones
Fuente: Proyecto de Investigación

Interpretación

Para el análisis de datos de las dimensiones de Apoyo Social y Resiliencia se aplicó la correlación de Pearson, encontrando que la dimensión de Persistencia, tenacidad y autoeficacia, se relaciona con Apoyo emocional ($0,022 < 0,05$), Interacción Social Positiva ($0,001 < 0,05$), y Apoyo Afectivo ($0,016 < 0,05$). En relación a la dimensión de Control Bajo Presión, se encuentra relacionada con la Interacción Social Positiva ($0,12 < 0,05$), y el Apoyo afectivo ($0,038 < 0,05$). La Adaptabilidad y Redes de Apoyo se relaciona con todas las dimensiones del apoyo social, al igual que la dimensión de Control y Propósito, mientras que la dimensión de Espiritualidad se encuentra relacionada con el Apoyo Emocional ($0,034 < 0,05$) e Interacción Social Positiva ($0,048 < 0,05$).

4.7 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

- *Prueba de Chi-Cuadrado*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	3,556 ^a	2	,169	,172		
Razón de verosimilitudes	3,688	2	,158	,215		
Estadístico exacto de Fisher	3,574			,145		
Asociación lineal por lineal	3,511 ^b	1	,061	,077	,053	,036
N de casos válidos	100					
a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,44.						
b. El estadístico tipificado es 1,874.						

Tabla N°24: Chi-cuadrado (verificación de hipótesis)

Fuente: Proyecto de Investigación

Interpretación

El total de casos válidos fue de 100 lo que equivale al 100% de la muestra, a su vez se observa que, por medio de la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado de acuerdo a la fórmula ($X^2(2) = 3.574$, $p > 0.05$, $N = 100$), el apoyo social y la resiliencia no se relaciona de manera significativa, debido a que la significación del resultado de esta investigación fue de ,145, siendo el valor fijado para la comprobación de la relación $p < 0,05$.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Se rechaza la hipótesis y se acepta la hipótesis nula en la cual se establece que no existe relación entre la variable de apoyo social y la variable de resiliencia, esto es en base a los resultados obtenidos mediante la prueba estadística de Chi-Cuadrado con la fórmula $(X^2(2)= 3.574, p>0.05, N=100)$ debido a que la significación del resultado de esta investigación fue de 0,172, siendo el valor fijado para la comprobación de la relación $p<0,005$. Sin embargo, existe relación entre las dimensiones, tales como: Persistencia, tenacidad y autoeficacia con Apoyo emocional, Interacción Social Positiva y Apoyo Afectivo. Control Bajo Presión con la Interacción Social Positiva y el Apoyo afectivo. La Adaptabilidad y Redes de Apoyo con todas las dimensiones del apoyo social, al igual que la dimensión de Control y Propósito, mientras que la dimensión de Espiritualidad se encuentra relacionada con el Apoyo Emocional e Interacción Social Positiva.
- Se establece que el nivel de apoyo social predominante en los pacientes oncológicos evaluados es de 91% con alto nivel de apoyo, obteniendo mayores porcentajes en las dimensiones de “*Apoyo instrumental*” y “*Apoyo afectivo*”, ya que cuentan con personas con las cuales se sienten comprendidos y amados, personas con las cuales pueden conversar sobre su situación o sobre cualquier problema que se les presente en el diario vivir, pueden obtener un consejo por parte de ellos para poder salir adelante, disminuyendo con ello el estrés que les genera el padecimiento de su enfermedad.
- En la investigación realizada se logra determinar que el nivel de resiliencia predominante en los pacientes oncológicos es el 49% con una resiliencia media, obteniendo mayores puntajes en las dimensiones de “*Espiritualidad*” y “*Control y propósito*”. ya que la espiritualidad les permite dar una respuesta a su situación, a su

vez les ayuda a evitar emociones negativas centrándose en el amor, perdón y ayuda a otros, esto influye positivamente en el afrontamiento de su enfermedad.

- En cuando a la diferenciación de puntuaciones obtenidas, mediante la aplicación de los reactivos psicométricos, se determina que no existe una diferencia significativa de las variables de apoyo social y resiliencia en los pacientes oncológicos de acuerdo a la edad y el género.

5.2 RECOMENDACIONES

- Tomando en cuenta que no existe relación en las variables de apoyo social y resiliencia se recomienda realizar investigaciones de las variables por separado, o a su vez realizar investigaciones abordando las dimensiones de las variables que se encuentran relacionadas. En caso de volver a realizarse el estudio se recomienda también hallar nuevas formas de evaluación que permita reducir el tiempo empleado en las mismas y realizar una diferenciación del nivel de resiliencia y el nivel de apoyo social según el estadio en el que se encuentra cada paciente, con el objetivo de analizar si existe una varianza en los resultados obtenidos.
- En consideración del nivel alto de apoyo social en los pacientes oncológicos de la Unidad Oncológica SOLCA, se recomienda dar a conocer a los familiares, cuidadores de los pacientes oncológicos y el personal médico sobre la importancia del apoyo brindado, con la finalidad de generar mayor bienestar tanto físico como psicológico, a su vez promover la atención psicológica individual y grupal de tal manera que puedan resolver cualquier conflicto de tipo emocional que pudiera interferir negativamente en el transcurso del tratamiento.
- Tomando en cuenta el elevado nivel de resiliencia presente en los pacientes oncológicos de la Unidad Oncológica SOLCA, se recomienda el establecimiento de programas de intervención que permitan mantener, reforzarlas o desarrollar áreas específicas como la capacidad de adaptación y redes de apoyo, control bajo presión y persistencia, tenacidad y autoeficacia debido a que son las áreas con menor puntuación con comparación con el resto de dimensiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Alizadeh, Khanahmadi, Vedadhir, & Barjasteh. (2018). The Relationship between Resilience with Self- Compassion, Social Support and Sense of Belonging in Women with Breast Cancer. Pubmed: *Asian Pac J Cancer Prev*. 19(9):2469-2474
- Almagia, E. B. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes. Redalyc: *Perspectivas en Psicología*. Vol. 8, núm. 1, 2012, 29-38
- Almagia, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8 (1), 29-38.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 11, 125-146, 2006
- Bolaños R., & Cruz, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21 (96), 660-679.
- Buendía, J. (1991). *Psicología clínica y salud: desarrollos actuales*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Caamaño, L. U., Castro, Á. M., & Acosta, C. A. (2015). *Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del Caribe Colombiano*. *Rev. Chilena de obstetricia y Ginecología*. Vol. 80, ISSN 0717-7526
- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica [The relation between social supports networks and the process of human aging. Bibliographical review].. *Interdisciplinaria*, 20 (1)
- Fernández, L., & García, M. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126

- Figueras, A., & Celis, R., & Arroyo, L., & Rayo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20 (2), 147-172.
- Godoy, C. (2004). La psicología positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit. Revista de Psicología*, (10), 82-88.
- Gómez, M. M., & Gómez, M. I. (2012). *El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cervix. Revista de enfermería*, (1): 32-41
- Guiyuan, Z., Li, Y., Ruicai, X., & Ping, L. (2017). Resilience and positive affect contribute to lower cancer-related fatigue among Chinese patients with gastric cancer. *Journal of Clinical Nursing*, (7-8):e1412-e1418
- Hermel, J. S., Pizzinato, A., & Uribe, M. C. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de psicología*, 439-467.
- Hu, T., Xiao, J., Peng, J., Kuang, X., & He, B. (2018). *Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study*. Obtenido de *Journal of cancer research and therapeutics*, (1):72-77
- Lacunza, A. B., & Contini, E. N. (2016). Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Revista Psicodebate: Universidad de Palermo*, 1515–2251
- Masó, Y. S., & Betancourt, E. J. (2014). Conductas resilientes de dos adolescentes con insuficiencia renal crónica en fase terminal. *SciElo: MEDISAN*, 1029-3019
- Massa, E. R., Nisperuza, B. F., Estrada, E. M., Peláez, A. G., & Acevedo, J. P. (2010). Afrontamiento y Adapatación de Pacientes en Hemodiálisis y Diálisis. *Avances en Enfermería*, 32-41
- Medina, C. O., & Medina, E. U. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *SciElo: Ciencia y enfermería*, 0717-9553

- Mérida, J. A., & Calle, F. C. (2008). *Visión actual de la Psicología del Deporte*. España: Editorial Deportiva.
- Palacio, J. M., Gamero, R. C., Martínez, D. G., Caballero, A., García, O. L., Mariscal, C. B., . . . García, C. S. (2017). *Enfermero/a del Servicio Extremeño de Salud (SES). Temario Específico volumen I*. Madrid: Editorial CEP.
- Párraga, G. T., & Martínez, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. Redalyc: *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 1138-2635
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17), 69-82
- Ramírez, N. H., Juárez, F., Baños, A. J., Luzardo, J. G., Chávez, Y. M., Castilla, A. M., & Amaya, M. V. (2016). *Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia*. *Revista Colombiana de Psicología*, 125-140
- Redondo-Elvira, T., Ibañez-del-Prado, C., & Barbas-Abad, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *SciELO: Clínica y Salud*, 1130-5274
- Reina, A. (2004). *Auxiliares de enfermería del consorcio hospital general universitario de valencia*. Sevilla: Editorial Mad, S.L.
- Sánchez, G. A., Caldera, M. F., Cardozo, M. J., & González, Y. (2012). *Resiliência em Pacientes Portadores de Cardiopatia Isquêmica*. *Revista del Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Fundação Universitária de Cardiologia*
- Segura, F., & Negrini, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 4 (2), 0.
- Velea, P., Diaconescu, L., Popescu, M. J., & Truțescu, C. (2017). Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life in cancer patients. *PubMed: Int J Psychiatry Med*, 124-136

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.

LINKOGRAFÍA

Albaladejo, M. G. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Thomson Paraninfo. Obtenido de Universidad de Cantabria: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_13.pdf

Arias, N. d. (2017). "*Resiliencia y estrategias de afrontamiento en familiares con pacientes oncológicos*" (tesis de grado). Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26723/2/Nathaly%20Mart%C3%ADnez%20TESIS%20LISTA.pdf>

Barrios, S. A. (2014). "*Autocontrol y su relación con la autoestima en adolescentes*". Obtenido de Universidad Rafael Landívar: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Arana-Sharon.pdf>

Bautista, D. P., Flórez, E. M., Rojas, D. C., & Ospina, D. C. (2015). *Factores Protectores presentes en el Proceso de Resiliencia* (tesis de grado). Obtenido de Pontificia Universidad Javeriana: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15731/BaccaBautistaDianaPaola2014.pdf?sequence=1>

Bilbao, J. P. (1999). *El apoyo social*. Obtenido de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

Castellan, C. (2015). *Los beneficios del apoyo social durante el cáncer*. Obtenido de <http://www.uab.cat/web/detalle-noticia/los-beneficios-del-apoyo-social-durante-el-cancer-1345680342040.html?noticiaid=1345694745192>

Celano, C., Estrada, S., & Gandur, N. (2011). *Manual de Enfermería Oncológica*. Obtenido de Instituto Nacional de Cáncer: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf

- Chérrez Gavilanes, A. P. (2014). *“Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la unidad oncológica solca-tungurahua, en el período 2013.”* (tesis de grado). Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/7650>
- Cueva, P. (2017). *El cáncer en el Ecuador*. Obtenido de <https://www.saludsapersonas.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador>
- Durá, J. G. (1991). *La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos*. Obtenido de Revista de Psicología Social: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111762.pdf>
- Felix, M. I., & Cayte, J. A. (2018). *Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana*(tesis de grado). Obtenido de Universidad Peruana Union: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/985/Moise_Tesis_Bachiller_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fraga, G. (2015). *Resiliencia: un concepto que abre cuestionamientos sobre su construcción y desarrollo*. Obtenido de Universidad de la República de Uruguay: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_gimena_fraga_tut.rz._rev.evelina_kahan.30.10.15.pdf
- Gandur, N. (2015). *Manual de Enfermería Oncológica*. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf
- García, E. A., Matildes, U. V., Hidalgo, R. V., & Pérez, A. I. (2017). *Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-apoyo-social-mujeres-con-cancer-S1405887117300585#aff0015>
- García, F. M. (2012). *“Aptación social y emocional en mujeres víctimas de maltrato intrafamiliar”* (tesis de grado). Obtenido de Universidad Rafael Landívar: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Pisquiy-Flor.pdf>

- García, S., & Fernández, M. (2015). *Ansiedad, Resiliencia e Inteligencia Emocional percibida en mujeres con cáncer de mama*. Obtenido de Universidad de Castilla: La Mancha:
<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/10072/TESIS%20Garcia-Maroto%20Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1>
- Gómez, B. D. (2018). *Apoyo social, depresión y cáncer* (tesis de grado) . Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8931/Durantes%20Gomez%20B..pdf?sequence=1>
- Instituto Nacional de Cáncer. (2015). *¿Qué es el cáncer?*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es#tipos>
- López, J. C. (2016). *Apoyo social en pacientes con insuficiencia crónica*. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65563/Interpsiquis%202016%200Apoyo%20social%20en%20pacientes%20con%20insuficiencia%20renal.pdf?sequence=1>
- Martínez, M. F. (2017). *“Resiliencia Y Calidad De Vida en pacientes mujeres con cáncer de mama”* (tesis de grado). Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26146/2/TESIS%20LISTA%20MAYRA%20CHICO.%20PDF.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador*. Obtenido de http://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ac_0059_2017.pdf
- .MORENO, S. V., & TREJO, L. L. (2017). *Creciendo frente a la adversidad: resiliencia en enfermedad crónica pediátrica*. Obtenido de Revista Intersanitaria Nacional: <https://revistasalus.com/2017/12/23/creciendo-frente-a-la-adversidad-resiliencia-en-enfermedad-cronica-pediatrica/>
- Ochoa, G. M., Olaizola, J. H., Espinoza, L. M., & Martinez, M. M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Obtenido de <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/fundamentos-y-teoria-de-una-psicologia-liberadora/psicologia-comunitaria/503-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria/file>

- OMS y OPS. (2017). *Día Mundial contra el Cáncer 2016: Nosotros podemos, yo puedo*.
Obtenido de
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11616%3Aworld-cancer-day-2016&catid=9245%3Aworld-cancer-day-wdc&Itemid=42340&lang=es
- OPS y OMS. (2013). *Cáncer en las Américas*. Obtenido de Indicadores Básicos:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12230&Itemid=42052&lang=es
- OPS y OMS. (2017). *Día Mundial contra el cáncer*. Obtenido de
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12910%3Aworld-cancer-day-2017&catid=9245%3Aworld-cancer-day-wdc&Itemid=42340&lang=es
- Organización Mundial de la Salud . (2017). *El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento*. Obtenido de
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/early-cancer-costs/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cáncer*. Obtenido de Datos y cifras:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Ortega, F. Z., Fernández, S. R., Extremera, M. O., Sánchez, M. C., Cuberos, R. C., & González, M. C. (2017). *Análisis de la resiliencia, ansiedad y lesión deportiva en fútbol según el nivel competitivo*. Obtenido de
<http://ccd.ucam.edu/index.php/revista/article/view/885>
- Parra, M. D. (2009). *Validez de la escala de Resiliencia de ConnorDavidson*. Obtenido de
https://www.researchgate.net/publication/277139516_Escala_de_Resiliencia_de_Connor-Davidson_CD-RISC
- Pinedo, U. (2015). *Vivir el morir. Apoyo emocional y habilidades comunicativas con el paciente terminal*. Obtenido de Universidad de la Rioja:
https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001119.pdf

- Requena, G. C., Salamero, M., & Gila, F. (2007). *Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-del-cuestionario-mos-sss-apoyo-13102357>
- Robert, V., Álvarez, C., & Valdivieso, F. (2013). *Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702074>
- Rodríguez, M., Fernández, M. L., Pérez, M. L., & Noriega, R. (2011). *Espiritualidad variable asociada a la resiliencia*. Obtenido de Universidad El Bosque: https://issuu.com/universidadelbosque/docs/vol11_2
- Romero, J. L. (2017). *Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos* (tesis de grado). Obtenido de Universidad Católica de Murcia: Escuela Internacional de Doctorado: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2379/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, G. A., Caldera, M. F., Cardozo, M. J., & González, Y. (2012). *Resiliencia en personas con cáncer*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4192196>
- Segura, F. J., & Negrini, I. A. (2004). *Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años*. Obtenido de Redalyc: Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación": <http://www.redalyc.org/pdf/447/44740205.pdf>
- SOLCA Núcleo de Quito. (2018). *Día Mundial de lucha contra el cáncer*. Obtenido de https://issuu.com/solcaquito/docs/dia_mundial_del_cancer_2018

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS DE LA UTA

PROQUEST: Haro, M., Gallardo, L., Martínez, J., Paredes, H. (2014).

Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento en el cáncer en pacientes recién diagnosticados. *Psicooncología*, 11(1).

Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1432297015/fulltextPDF/88C0789D63CB4AA6PQ/4?accountid=36765>

PROQUEST: Muñoz, M., Bernal, P. (2016). Abordaje de la Ansiedad en

Pacientes Diagnosticados de Cáncer. *Psicooncología*, 13(3). Recuperado

de:

<https://search.proquest.com/docview/1867932653/fulltextPDF/E52A23060B4D4DE0PQ/1?accountid=36765>

PROQUEST: Sánchez, J., Figueroa, G., Cacho, E., Robles, S. (2016).

Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3). Recuperado de:

<http://search.proquest.com/docview/1546005424/82673D3835C34D2BPQ/1?accountid=36765>

SCIENCE DIRECT: Flynn, K., Lin, Li., Bruner, D., Cyranowski, j., Hahn, E.,

Jeffery, D., Reese, J., Reeve, B., Shelby, R &Weinfurt, K. (2016). Estudio

sobre el bienestar subjetivo, psicológico en hospitalización de Montevideo, 13(11), pp.1642-1650. Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609516303769>

PROQUEST: Moreno, M., Krikorian, C., Palacio, J. (2015). Estudio sobre la resiliencia en pacientes oncológicos. *Psicología desde el Caribe*, 30(1).

Recuperado de:

<http://search.proquest.com/docview/1435590715/AC6B070AE93446D3PQ/18?accountid=36765>.

PROQUEST: Sánchez, J., Figueroa, G., Cacho, E., Robles, S. (2016).

Importancia del apoyo social, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*, 13(3). Recuperado de:

<http://search.proquest.com/docview/1546005424/82673D3835C34D2BPQ/1?accountid=36765>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Liliana Patricia Páez Paucar estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Técnica de Ambato. El objetivo de este estudio es determinar si existe o no relación entre apoyo social y la resiliencia, así como establecer el tipo de apoyo social predominante y determinar los grados de resiliencia presentes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, llenar dos reactivos psicológicos relacionados con el apoyo social y la resiliencia. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se le agradece su participación.

Yo: _____ paciente de Unidad Oncológica SOLCA de Tungurahua, una vez que conozco a través de la investigadora Liliana Páez, quien me ha explicado en detalle los objetivos de la investigación: ***“Apoyo social y su relación con la resiliencia en pacientes oncológicos”***, acepto participar voluntariamente en ella. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la responsable de la investigación al teléfono **0989315930/ 2849932**

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, me puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

C.I.

Firma del Participante

ANEXO 2

DATOS PERSONALES

Edad: **Sexo:** Hombre---- Mujer **Educación:**

Estado civil: Casado/a Soltero/o Viudo/a Divorciada Unido/a

Diagnóstico: **Estadío:**

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud?

(personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

N°			
----	--	--	--

2. Marque con una X en cada fila según su realidad:

N°	PREGUNTAS	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de veces	Siempre
2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.					
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6	Alguien que le muestre amor y afecto					
7	Alguien con quien pasar un buen rato					
8	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10	Alguien que le abrace					
11	Alguien con quien pueda relajarse					
12	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13	Alguien cuyo consejo realmente desee					
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16	Alguien a quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18	Alguien con quien divertirse					
19	Alguien que comprenda sus problemas					
20	Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

ANEXO 3

ESCALA DE RESILIENCIA CD-RISC

Por favor, pon una **X** en cada pregunta según el grado de acuerdo con el que te sientes identificado/a en las siguientes afirmaciones

0= nunca **1**= casi nunca **2**= a veces **3**= casi siempre **4**= siempre

	0	1	2	3	4
<i>Competencia personal, metas altas y tenacidad</i>					
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado					
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos					
12. No me doy por vencido/a a pesar de que las cosas parezcan no tener solución					
16. No me desanimo fácilmente con el fracaso					
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida					
23. Me gustan los retos					
24. Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino					
25. Estoy orgulloso/a de mis logros					
<i>Efectos positivos del cambio y la seguridad en las relaciones</i>					
6. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas					
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte					
14. Bajo presión, me centro y pienso claramente					
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo/a, a dejar que otros tomen todas las decisiones					
18. Puedo tomar decisiones no populares o difíciles que afectan a otras personas, si es necesario					
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado					
20. Al enfrentarme a los problemas de la vida, a veces actúo por un presentimiento sin saber por qué					
<i>Control</i>					
13. Durante los momentos de estrés/crisis se dónde puedo buscar ayuda					
21. Tengo muy claro lo que quiero en la vida					
22. Siento que controlo mi vida					
<i>Control</i>					
24. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces, la suerte o Dios pueden ayudarme					
25. Creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón					