

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

"RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA."

Requisito previo para optar por el Titulo de Psicóloga Clínica

Autora: Chico Martínez, Mayra Fernanda

Tutor: Psc. Bonilla Flores, Flavio Rolando

Ambato – Ecuador

Agosto 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **"RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUERES CON CÁNCER DE MAMA."** de Mayra Fernanda Chico Martínez 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 la Salud.

Ambato, Agosto de 2016

EL TUTOR

……..……

Psc. Bonilla Flores, Flavio Rolando

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **"RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA"** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016.

LA AUTORA

……..……

Chico Martínez, Mayra Fernanda

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos en líneas patrimoniales de mi tesis, con fines de disfunción pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2016.

LA AUTORA

……..……

Chico Martínez, Mayra Fernanda

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, Sobre el tema: **"RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA."** de Mayra Fernanda Chico Martínez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Agosto del 2017.

Para constancia firman

……..……	……..……	...……
Presidente	Primer vocal	Segundo vocal

DEDICATORIA

El presente trabajo que ha sido realizado con mucho esfuerzo y perseverancia está dedicada de manera especial a Dios, a mi madre, mi esposo, mis amados hijos, mi abuelito quien me cuida desde el cielo, familiares y maestros.

A Dios porque ha estado conmigo en todo momento, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi madre Sra. Fanny Noemí Martínez Azogue, quien ha velado por mi bienestar y educación a lo largo de mi vida siendo el apoyo absoluto en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presenta sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, y me han incentivado para llegar a la culminación del mismo enseñándome a triunfar en la vida, a mi esposo Israel Jordán quien me ha brindado su amor y su apoyo incondicional y a mis hijos Ángel y Samantha quienes son mi motor fundamental para seguir adelante. A aquellas mujeres que para mí son unas heroínas que luchan segundo a segundo por tener un día más de vida, las pacientes oncológicas. A mis profesores, amigos quienes formaron parte de este proceso que con su apoyo de una u otra manera incursionaron para la realización de este tan anhelado objetivo. A la Universidad Técnica de Ambato, meritorio establecimiento al cual debo todo mi orgullo y mi formación académica y profesional.

Chico Martínez, Mayra Fernanda

AGRADECIMIENTO

” Sólo se puede decir que estamos vivos en esos momentos cuando nuestros corazones están conscientes de nuestros tesoros.” Thornton Wilder

Con un corazón agradecido quiero manifestar mi gratitud a todos a aquellos que hicieron posible recorrer el camino de mis sueños. En primer lugar a Dios porque me ha permitido aprender lecciones de vida forjando mi camino como una guerrera ante la batalla. A mi madre quien es mi inspiración ya que siempre me ha brindado palabras de aliento y su apoyo incondicional estando siempre a mi lado contagiándome de sus alegrías y su fuerza para tener un corazón humilde y bondadoso. A mi esposo por su apoyo e infinito amor. A mis amados hijos mi vida entera. A mis profesores que enmarcaron el rumbo de mi camino con palabras sabias con un corazón justo, aquellos que no han sido solo docentes sino también me han brindado su valiosa amistad, la misma que me permite guardar gratos recuerdos en mi corazón. A mi Tutor Ps. Cl. Flavio Bonilla quien me guio para la realización de esta investigación A mis amigos y compañeros con los cuales hemos compartido grandes aventuras. A la Unidad Oncológica Solca Tungurahua por abrirme sus puertas para poder compartir y vivir aunque sea un momento con aquellas guerreras de vida, las pacientes con cáncer de mama.

Chico Martínez, Mayra Fernanda

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO iii
DERECHOS DE AUTOR iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR v
DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTO vii
RESUMEN xi
SUMMARY xii
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 2
EL PROBLEMA 2
1.1 Tema 2
1.2 Planteamiento del problema 2
1.2.1 Contexto 2
1.2.2 Formulación del problema 4
1.3 Justificación 5
1.4 Objetivos 6
1.4.1 Objetivo general 6
1.4.2 Objetivos específicos 6
CAPÍTULO II 7
MARCO TEÓRICO 7
2.1 Estados del arte 7
Resiliencia 7
Calidad de vida 10
2.2 Fundamentación teórica 12
RESILIENCIA 12
CALIDAD DE VIDA 18
CÁNCER DE MAMA 20

2.3 Hipótesis 30
CAPÍTULO III 30
MARCO METODOLÓGICO 31
3.1 Nivel y tipo de investigación 31
3.2 Selección del área o ámbito de estudio 31
3.3 Población 31
3.4 Criterios de inclusión y criterios de exclusión 31
3.5 Diseño maestral 32
3.6 Operacionalizacion de variables 33
3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información 35
3.8 Aspectos éticos 36
CAPÍTULO IV 37
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 37
4.1 Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D 37
4.2 Escala de Resiliencia de Agnild y Young 43
4.3 Verificación de hipótesis 44
CAPÍTULO V 47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 47
5.1 Conclusiones 47
5.2 Recomendaciones 48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 49
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA 52
ANEXOS 53
ANEXO 1 53
ANEXO 2 55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables (variable independiente) 33
Tabla 2: Operacionalización de variables (variable dependiente) 34
Tabla 3 ITEM 1: Movilidad 37
Tabla 4 ITEM 2: Cuidado Personal 38
Tabla 5 ITEM 3: Actividades de todos los dias 39
Tabla 6 ITEM 4: Dolor-Malestar 40
Tabla 7 ITEM 5: Ansiedad-Depresión 41
Tabla 8: Análisis global de Calidad de vida 42
Tabla 9: Escala de Resiliencia 43
Tabla 10 CHI2. 44
Tabla 11 CHI2. 44
Tabla 12 CHI2. 45

ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 1 ITEM 1: Movilidad 37
Grafico 2 ITEM 2: Cuidado personal 38
Grafico 3 ITEM 3: Actividades de todos los dias 39
Grafico 4 ITEM 4: Dolor-Malestar 40
Grafico 5 ITEM 5: Ansiedad-Depresión 41
Grafico 6: Análisis global de calidad de vida 42
Grafico 7: Escala de Resiliencia 43
Grafico 8 CHI2. 46

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

"RESLIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA"

Autora: Chico Martínez, Mayra Fernanda

Tutor: Psc. Bonilla Flores Flavio Rolando

Fecha: Agosto 2016

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se fundamentó en estudiar la resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama, de las que se tomó una muestra de 40 pacientes, a quienes se la evaluó mediante dos reactivos psicológicos.

La Escala de Resiliencia de Agnild y Young que determina el nivel de Resiliencia y el cuestionario de salud EuroQoL-5D el cual evalúo los niveles de calidad de vida de las pacientes mujeres con cáncer de mama. Los resultados obtenidos muestran que si existe relación directa en las variables investigadas, además existe un predominio mayor en la Resiliencia media con un 38 % seguida de la Resiliencia media alta con el 30%, resiliencia baja con el 22 % y resilencia alta con el 10%. Donde el nivel de resiliencia media es la más frecuente entre las pacientes evaluadas. En relación a la calidad de vida el nivel de mayor prevalencia con un porcentaje del 55% fue en problemas moderados en todas sus dimensiones.

PALABRAS CLAVES: RESILIENCIA, CALIDAD_VIDA, CANCER_MAMA, SALUD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

"RESILIENCE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BREAST CANCER"

Autora: Chico Martínez, Mayra Fernanda

Tutor: Psc. Bonilla Flores Flavio Rolando

Fecha: Agosto 2016

SUMMARY

The present study was based on the study of resilience and quality of life in patients with breast cancer, from which a sample of 40 who were evaluated using two psychological tests.

The Agnild and Young Resilience Scale, which determines the level of Resilience and the EuroQoL-5D health questionnaire, which evaluate the quality of life of women with breast cancer. The results show that there is a direct relationship between the variables investigated, there is also a greater predominance in the medium Resilience with 38% followed by the high medium Resilience with 30%, low resilience with 22% and high resilience with 10 %. Where the average level of resilience is the most frequent among the evaluated patients. Regarding quality of life, the highest prevalence level with a percentage of 55% was in moderate problems in all dimensions.

KEYWORDS: RESILIENCE, QUALITY_LIFE, BREAST CANCER, HEALTH

INTRODUCCIÓN

La investigación tiene como tema: **"RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA."** El objetivo planteado es determinar la relación existente entre resiliencia y la calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. Se conoce como resiliencia a la capacidad que tenemos los seres humanos de superar grandes dificultades y de reconstruir nuestra vida incluso transformando las dificultades en algo positivo. La calidad de vida se conoce como el grado de satisfacción de las personas a nivel biopsicosocial, es decir bienestar físico, psicológico y social.

La investigación es de tipo correlacional transversal y se llevará a cabo en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua Ambato, con una población de muestra de 40 pacientes mujeres con cáncer de mama a las cuales se le aplicará dos reactivos psicológicos, el cuestionario de Resiliecia de Agnild y Young y el cuestionario de Calidad de vida de salud EuroQoL-5D, una vez aplicados y calificados los reactivos psicológicos se los sometió a comprobación a través del Chi cuadrado buscando la relación entre Resiliencia y Calidad de vida, la resiliencia facilita a que las pacientes no perciban en gran escala la interferencia física y emocional y lograr así un rendimiento esperado en su calidad de vida, es decir que sus actividades físicas y cotidianas no estén afectadas y vean las perspectivas de recuperación en cuanto al tratamiento y expectativas de vida y salud de forma más optimista.

Los pacientes que presentan enfermedades crónicas sufren un cambio radical en donde se ven en juego su capacidad de resiliencia y su calidad de vida debido a que se ven obligadas a adaptarse a una serie de cambios que se van presentando en el transcurso del tratamiento, en donde estas dos variables tienen relación directa sobre la salud, física y psicológica en las que se presenta depresión, ansiedad, dependencia a las máquinas de tratamiento y al personal sanitario, cambios alimenticos, alteraciones en el funcionamiento físico, en las relaciones sociales, familiares y laborales (Sánchez, 2014).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contexto

Resiliencia

La Organización de las Naciones Unidas ONU (2015), menciona que a nivel mundial los individuos se encuentran expuestos a realidades como enfermedades catastróficas, desastres naturales, las mismas que provocan pérdidas humanas y materiales generando en la humanidad malestar clínico psicológico el cual afecta su comportamiento, una vez realizado el estudio se ha encontrado que a nivel de mundial del 100% el 75% de la humanidad poseen la capacidad de restablecerse y recuperarse, lo que toma el nombre de resiliencia, y el 25% tienden a ser vulnerables y se desvanecen ante cualquier situación difícil que se les presente.

Mur de Viu (2014), especialista en Psiquiatría detalla que en Latinoamérica el cáncer afecta a todas las esferas de la vida de una persona, no sólo en el momento del diagnóstico, sino a lo largo de todo el proceso de tratamiento, incluso durante años después de haber concluido éste, existiendo repercusiones emocionales, mostrando signos y síntomas psicopatológicos, debido al elevado nivel de estrés al que deben hacer frente durante y después de su enfermedad encontrando que el 6% de la población muestra una adecuada resiliencia, mientras que el 10% muestra dificultades en la recuperación.

En Ecuador el estudio sobre resiliencia es escaso sin embargo se inician sus estudios tomando en cuenta el ámbito físico debido a la situación geográfica del Ecuador. Amable Ayora escritora del Diario "La Hora" en su artículo del 12 de diciembre del 2012 manifiesta que "en los últimos años el tema de la resiliencia va cobrando gran importancia en los ámbitos educativo, social, psicológico y familiar" (Ayora, 2012).

La OMS (2012), aduce que Ecuador ocupa el cuarto lugar en tasas de suicidios con el 13,1% por cada 100 mil habitantes desde adolescentes entre 10 y 19 años hasta adultos mayores, las principales causas son decepciones amorosas, bajo rendimiento, enfermedades catastróficas, entre otros, esto se presenta por la intolerancia a las diversas circunstancias que pasa el ser humano lo cual deja como evidencia el desconocimiento de la resiliencia y como promoverla en el Ecuador, dado que la resiliencia es la base para la toma de decisiones adecuadas que no perjudiquen la psiquis de los individuos.

Calidad de vida

Según la OMS (2016) En un estudio realizado en base al cáncer de mama menciona que aproximadamente el 5% de las mujeres poseen cáncer metastásico una vez que se le diagnostica cáncer de mama por primera vez, lo cual provoca un impacto de 360 grados a nivel psicológico y fisiológico dado que se ven obligadas a cambiar su calidad de vida, sin embargo cabe mencionar que estas estadísticas son promedios y que el riesgo depende de muchos factores, como el tamaño del tumor, la cantidad de ganglios linfáticos que tienen cáncer y otras características del tumor que intervienen en la rapidez con la que el tumor crece y la validez del tratamiento.

OMS, OPS (2013) El alto número de muertes por cáncer de mama y cuello de útero en América Latina y el Caribe es muy inquietante, sobre todo porque el cáncer cervicouterino es ampliamente prevenible y el cáncer de mama se puede detectar

tempranamente y tratar de manera exitosa, lo cual señala la necesidad de mejorar la detección y el tratamiento, y por ende su calidad de vida en particular para mujeres en zonas rurales, donde el acceso a los servicios de salud está especialmente limitado.

Según la OMS (2013), en el mundo se presentan 500.000 nuevos casos de cáncer por año y se producen 250.000 muertes por esta causa. De igual manera en Ecuador se presentan cerca de 10.200 nuevos casos por año y mueren unas 4.000 mujeres. En Ecuador hay varias organizaciones que luchan por la prevención del cáncer de mama como la Fundación Poly Ugarte, que lleva 6 años realizando actividades ya sean de información, educación y prevención, su representante es la Sra. Poly Ugarte, la misma que presenta una notable mejoría en el tratamiento, la misma que manifiesta que cuando inicio su tratamiento el 80% de las mujeres ingresaban con la enfermedad regada en el cuerpo de las cuales el 70% fallecían, por bajos recursos, puesto que el tratamiento para el cáncer de mama lo mínimo que costaba era 10.000 dólares

En Tungurahua, en el cantón Ambato se atienden 150 pacientes diariamente en el Hospital Oncológico de SOLCA Ambato, de estos pacientes varias personas son diagnosticadas de cáncer, los mismos que son sometidos a tratamientos que permiten darle una mejor calidad de vida al paciente. Nalo Martínez, director de SOLCA en el año 2012, mediante una entrevista manifestó que el cáncer de mama es una patología que aún se mantiene como causa de muerte, en lo que va del año, 37 mujeres fueron diagnosticadas con este mal y están en tratamiento, comparado al 2011 donde se tuvo 43 casos en todo el año (Diario La Hora, 2012).

1.2.2 Formulación del problema

¿Existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida en las pacientes mujeres con cáncer de mama de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato?

1.3 Justificación

El presente estudio se realiza con la finalidad de comprender como las pacientes con cáncer de mama asimilan su enfermedad, si necesitan algún tipo de motivación ya sea de familiares o amigos o si presenta dificultades para continuar con su vida, el cáncer de mama siempre está acompañado de repercusiones psicológicas, y a su vez es importante conocer la calidad de vida que llevaban antes de la enfermedad y actualmente puesto que esta enfermedad conlleva a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida, debido a que es considerada una enfermedad catastrófica y mortal.

Actualmente las investigaciones realizadas en cuanto al cáncer de mama solo se enfocan en los signos y síntomas que presentan las pacientes a nivel fisiológico adentrándose en el campo médico, dejando a un lado los aspectos psicológicos como sus pensamientos y emociones, como profesionales de psicología clínica el saber reconocer los procesos psicológicos que ocurren en las pacientes oncológicas antes, durante y después de un diagnóstico es de gran magnitud para poder brindarles un servicio multidisciplinario y no solo médico para así salvaguardar su bienestar tanto fisiológico como psicológico.

Por las realidades antes mencionadas este proyecto es novedoso porque está dando la oportunidad de brindarles tanto a los profesionales de psicología explotar sus conocimientos y desenvolverse en su área y a las pacientes con cáncer de mama un trabajo multidisciplinario no solo enfocado en el aspecto medico sino también en el aspecto psicológico que a mi criterio es indispensable para poder llevar a cabo un tratamiento óptimo de la enfermedad.

El proyecto es útil y beneficioso para los profesionales de psicología clínica porque permite conocer y vivir más de cerca los procesos psicológicos de las pacientes con cáncer de mama y cómo las mismas afrontan la enfermedad, saber qué capacidad de resiliencia poseen y como ha cambiado su calidad de vida , para las pacientes con cáncer de mama es útil y beneficioso en primera instancia por que ofrece un espacio de desahogo emocional para poder expresar sus pensamientos y emociones y aceptarlas. De acuerdo a la sintomatología que presenten se ayuda a disminuir la ansiedad y signos depresivos facilitando la aceptación a los tratamientos y la regulación emocional, favorece al reconocimiento del problema, aumenta el control y

su auto eficiencia para buscar posibles soluciones al problema y su importancia radica en que mejora la comunicación con sus familiares y el personal médico y ofrecer recursos útiles para mejorar el estado de ánimo de las pacientes.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Identificar la relación entre resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua, Ambato.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de resiliencia en pacientes mujeres con cáncer de mama en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua, Ambato
- Evaluar la calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama en la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua, Ambato

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estados del arte

Resiliencia

Thibodeau y Macra (1997), realizó un estudio en cuatro mujeres sobrevivientes de cáncer de mama con historias de vida distintas y etapas de vida diversas, luego de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama, intervenidas y luego de concluido su tratamiento. La media de edad fue de 48 años, de un rango de entre los 30 a 60 años. Las cuatro participantes recibieron tratamiento que abarca el quirúrgico, la quimioterapia, la radioterapia y hormonoterapia. Las cuatro participantes eran residentes del área metropolitana de San Juan, Puerto Rico. Los resultados del presente estudio evidencian que la enfermedad del cáncer de mama es una experiencia de pérdida muy grande para la mujer, ya que se afecta su autoimagen, sin embargo, las participantes del estudio, dieron la lucha por superar dicha pérdida. Las participantes evidenciaron fortalezas cognoscitivas durante el proceso de manejar la enfermedad, así como durante la recuperación y la sanación. Esto sugiere factores comunes a todas en el desarrollo de la resiliencia, ya que mencionaron haber salido fortalecidas al sobreponerse al diagnóstico y al tratamiento de cáncer de mama.

Según E. E. Werner (1992) realizó un estudio con 500 niños de Kauai en Estados Unidos que vivían en condiciones precarias, es decir niños que vivían con familias disfuncionales, en ambientes de maltrato físico, psicológico, con padres que presentaban trastornos mentales o que consumían algún tipo de sustancias y niños que vivían solo con su padre, madre, familiares, o con personas no consanguíneas, pudo observar que muchos de ellos presentaron dificultades tanto físicas, sociales, psicológicas, personales, sin embargo hubo otro grupo de individuos que se desarrollaron de forma sana y positiva, a este grupo Werner los llamo resilientes y se

preguntó por qué este grupo tuvo un buen desarrollo y se le vinieron una serie de hipótesis, pues asumía que tal vez era por condiciones genéticas y decidió hacerles un seguimientos en el que pudo notar que no necesariamente la resiliencia debe ser genética sino que también puede ser desarrollada por parte de sus cuidadores, los niños que fueron sujetos de investigación fueron resilientes por que tuvieron a alguien que los aceptara tal y como son tanto con sus defectos, virtudes, ciertas capacidades especiales o problemas de inteligencia y que cada esfuerzo que ellos realicen sean de tal forma valorados, así pudo comprobar que para que un individuo sea resiliente es importante un ente positivo, es decir para el desarrollo de la resiliencia en los seres humanos es muy importante el vínculo que tenga un individuo con su grupo humano.

Márquez López-Mato (2003) realizó un estudio de revisión sobre resiliencia y la vulnerabilidad al estrés considerando a la resiliencia como lo que habilita al individuo para superar las adversidades y posteriormente salir consolidados, definiéndola como la función primaria homeostática y como lo opuesto a la debilidad y el stress, manifestó que por ser una de las funciones básica se encuentra en todas las células de nuestro cuerpo, y que su apropiado equilibrio y funcionamiento estaría dado, por sustancias serotoninérgicas y glutamatérgicas. Los individuos poseen tres maneras diferentes de reaccionar al peligro: una con estrés, la otra con resiliencia y la otra con actitud, la respuesta de tipo resiliente es el genotipo o habilidad determinada por las características genéticas y que debe ser desarrollada y estimulada de diversas maneras durante las etapas del desarrollo del individuo. Sólo siendo resiliente se puede afrontar las adversidades que se presenten salvaguardando la salud mental.

Álamo, Caldera, Cardozo (2012) estudiaron las conductas resilientes en personas con diagnóstico de cáncer del Hospital Privado el Rosario de Cabimas. La investigación se evidencia en el paradigma positivista y corresponde a una investigación descriptiva y de campo. La población estuvo constituida por 100 pacientes con diagnostico reciente de cáncer. Para recabar los datos se aplicó un

instrumento de 40 ítems. El procesamiento de los resultados se efectuó a través de una estadística descriptiva. Los resultados estimados, demuestran que la mayoría de la población objeto de estudio no han logrado enriquecer sus vidas de acuerdo a sus experiencias. A su vez no poseen fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnostico de su enfermedad lo que lleva a deducir que dichos pacientes no han logrado desarrollar, en el transcurso de sus vidas, conductas resilientes.

El estudio realizado surge de la necesidad de establecer qué porcentaje de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama se muestran resilientes al tratamiento médico que reciben. La población que se utilizó fue de 30 pacientes pertenecientes a la sociedad de Lucha contra el cáncer SOLCA de la cuidad de Loja. Se empleó la escala de resiliencia de Wagnild y Young y una encuesta semi-estructurada que determinara los niveles de resiliencia presentes en las pacientes, los factores protectores y las características personales, familiares y del entorno que favorecen a la resiliencia de la paciente. Los resultados obtenidos demuestran la existencia de un porcentaje mayor en un nivel de resiliencia media alta. Se evidencio factores protectores como la perseverancia, la satisfacción personal y la confianza en sí mismo como los más altos dentro de la escala de evaluación, así mismo se determinó que el apoyo por parte de la familia constituye una característica esencial tanto en el proceso de la enfermedad y durante el tratamiento médico de la misma (Correa, 2014).

Del Águila (2003) evaluó en Lima los niveles de resiliencia en un grupo de 300 adolescentes escolares, teniendo en cuenta el género y el nivel socioeconómico (clases alta, media y baja). Utilizó para la recolección de datos la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, De acuerdo a los resultados obtenidos, la autora concluye que, con relación al género, no se presentan diferencias significativas en el comportamiento resiliente; tampoco existen diferencias en la resiliencia según el nivel socioeconómico.

Calidad de vida

Dockendorf, C (2000), en un estudio realizado con pacientes oncológicos afirma que la calidad de vida no depende exclusivamente de bienes o servicios que se transan en el mercado, la connotación económica no es relevante, sino que tiene que ver más bien con desarrollo humano, dado que puede mejorar independientemente de los recursos materiales en cambio el bienestar psicosocial es un componente fundamental de la calidad de vida e incluye: recreación, trabajo digno, reconocimiento, participación, afecto, conocimientos de habilidades, hábitos y valores para la vida diaria.

El estudio se realizó a 150 pacientes mujeres con cáncer de mama acerca de su la calidad de vida, la misma que se ve afectada tanto por secuelas de tipo físico como de tipo psicológico. Las secuelas físicas engloban los problemas del brazo, el estado físico, los problemas de alimentación y los problemas de la mama. Las de tipo psicológico abarcan la insatisfacción de la imagen corporal, el estado emocional, el funcionamiento social y el funcionamiento sexual, mas del 80% de las estas mujeres supervivientes al cáncer de mama, padecen problemas del brazo, alteraciones del estado físico, estado emocional, funcionamiento sexual y molestias de la mama. Más del 60% padecen insatisfacción de la imagen corporal. El funcionamiento social está alterado en más del 25% de las mujeres estudiadas, y por encima de un 10% de estas mujeres identifican problemas de alimentación. Todas las mujeres supervivientes al cáncer de mama presentan una o más secuelas aunque sean en un grado leve. Más de tres cuartas partes de estas mujeres supervivientes al cáncer de mama tienen alterada su calidad de vida (Ruiz, 2015).

Ruyz, Sueli, Dasilva (2009) realizan un estudio que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de mujeres portadoras de cáncer ginecológico sometidas a quimioterapia antineoplásica. Fueron entrevistadas 50 pacientes que estaban en tratamiento quimioterapéutico mediante la aplicación del instrumento de evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud-WHOQOL-bref. Los resultados apuntaron que el dominio más comprometido fue el físico y el más

preservado, el social, siendo que la calidad de vida general obtuvo un promedio superior, es decir que los dominios se correlacionaron significativamente con la calidad de vida general. Se puede evidenciar, entonces, que la calidad de vida de esas mujeres fue satisfactoria; sin embargo se sugiere que los dominios con puntajes más bajos sean examinados con observaciones más exactas durante las intervenciones multiprofesionales, a fin de proporcionar una mejor calidad de vida durante el tratamiento quimioterapéutico.

Gall y Cornblad (2002), en sus estudios realizados a pacientes con enfermedades catastróficas sobre la espiritualidad y creencias religiosas relacionadas con su calidad de vida concluyen que la influencia de las creencias religiosas en el afrontamiento de la enfermedad pueden contribuir a que dichas pacientes hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y crecimiento personal.

El estudio se realizó en Paraguay y su objetivo fue evaluar la calidad de vida de 125 mujeres, entre 25 y 90 años con cáncer de mama, que fueron sometidas a mastectomía y quimioterapia ambulatoria. Se les administró un cuestionario genérico de la calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer y uno específico: módulo de cáncer de mama. Las mujeres reportaron malestar físico como dolor, insomnio, cansancio, malestar psicológico y dificultades en sus relaciones sexuales. La dimensión salud general tuvo el promedio más bajo. Ninguna persona calificó su salud general como excelente. La etapa de la enfermedad se relacionó con menor puntuación de la calidad de vida. En general, las mujeres afirmaron que su salud general y calidad de vida eran buenas; demostrando capacidad para desempeñar actividades laborales o del hogar y sociales. Se concluye que la calidad de vida relacionada a la salud es favorable (Recalde, Samudio, 2010).

2.2 Fundamentación teórica

Esta investigación se sustenta en las bases de la teoría Cognitivo Conductual dado que sostienen que los pensamientos y creencias no son la causa de los problemas emocionales y conductuales si no que son caminos que ayudan a la intervención y compresión en la modificación de esas estructuras cognitivo-emocionales, la terapia cognitiva conductual es una herramienta que relaciona los diferentes niveles del problema y que a lo largo de todo el proceso terapéutico se discute y se revisa con el paciente para así lograr un aumento de insight y conciencia sobre los problemas que lo aquejan y crear una ventana de posibilidades hacia nuevas experiencias estimulando los procesos resilientes (Beck, Ramsay, 1995).

Variable independiente

RESILIENCIA

Evolución histórica

De acuerdo a las investigaciones de epidemiología social se observó que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufrían enfermedades o padecimientos de algún tipo, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación e incluso salían fortalecidos de ella, a lo que actualmente llamamos resiliencia. El trabajo que dio origen a este concepto fue el de E. E. Werner (1992), quien investigo la influencia de los factores de riesgo, los que se presentan cuando los procesos del modo de vida, de trabajo, de la vida de consumo cotidiano, de relaciones políticas, culturales y ecológicas, se caracterizan por una profunda inequidad y discriminación social, inequidad de género e inequidad etnocultural que generan formas de remuneración injustas resultando como consecuencia la pobreza, el estrés, sobrecargas físicas, exposición a peligros, a lo que se considera como "procesos destructivos".

Werner siguió durante más de treinta años, hasta su vida adulta, a más de 500 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai en Estados Unidos. Todos pasaron penurias, muchos presentaron patologías físicas, psicológicas y sociales como se esperaba. Pero ocurrió que muchos lograron un desarrollo sano y positivo: estos sujetos fueron definidos como resilientes. Werner se formuló una nueva

pregunta que origina un nuevo paradigma: "¿por qué no se enferman los que no se enferman?" Y pensó que era de condiciones genéticas, sin embargo notó que no solo dependía de este factor si no que observo a todos los sujetos que resultaron resilientes y tenían una persona ya sea familiar o no que los aceptó en forma incondicional, independientemente de su temperamento, su aspecto físico o su inteligencia. Necesitaban contar con alguien y, al mismo tiempo, sentir que sus esfuerzos, su competencia y su autovaloración eran reconocidos y fomentados, y lo tuvieron. Werner dice que todos los estudios realizados en el mundo acerca de los niños desgraciados, comprobaron que la influencia más positiva para ellos es una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo. O sea que la aparición o no de esta capacidad en los sujetos depende de la interacción de la persona y su entorno humano (Werrner, 1992).

Definición

La resiliencia es una capacidad que se desarrolla durante la vida del individuo la cual permite hacer frente a las adversidades y no presentar dificultades disfuncionales ni en su proceso vital sino que pueden mantener un equilibrio sin que cause dificultades en su vida (La investigadora, 2016).

La resiliencia es distinguida como un grupo de procesos intrapsiquicos y sociales que permiten tener una vida saludable dentro de un entorno no saludable, estos procesos se desarrollan con el tiempo en las relaciones del niño con su familia, su grupo social y cultural (Rutter, 1985).

Luthar, (1999) quien menciona que la resiliencia no es más que un proceso dinámico el mismo que tiene como resultado una buena adaptación en contextos adversos en el cual se distinguen tres componentes esenciales como son la noción de adversidad, el trauma, el riesgo o amenaza al desarrollo humano; la adaptación positiva o superación de la adversidad y el proceso de dinámica entre los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el ser humano.

Componentes de la Resiliencia según Luthar:

a) Adversidad.- Suele ser utilizado como un sinónimo de riesgo y puede señalar varios factores como la miseria o la muerte o pérdida de un familiar, entre otros.
b) Adaptación positiva.- Esconsiderada cuando el ser humano ha logrado expectativas sociales relacionadas a una etapa del desarrollo o cuando no habido signos de desajustes a pesar de estar expuestos a circunstancias adversas.

   La adaptación resiliente toma en cuenta tres factores como son; La comunicación ideológica la misma que se encuentra asociada a la adaptación positiva la cual tiene como base el funcionamiento y desarrollo normal del ser humano de acuerdo a su contexto en el que se desarrolle (Masten, 1994, y Luthar, 1999).

   El segundo factor es la heterogeneidad que se debe dar en las distintas áreas del desarrollo humano la misma que indica la imposibilidad de esperar una actitud resiliente en todas las áreas del hombre por igual incluyendo en el área cognitiva, socio afectiva y emocional. El tercer factor es la variabilidad ontogénica para la cual la resiliencia es un proceso que puede ser originado durante el ciclo vital, es decir si el ser humano se desenvuelve en un ambiente de afecto y apoyo proveyendo todos los recursos para que pueda superar las diversas circunstancias adversas y se adapte de forma positiva con el pasar del tiempo va a poder continuar con su vida de forma positiva (Luthar, 1999).

c) Proceso: el proceso de la resiliencia consiste en la interacción dinámica entre varios factores de riesgo y resiliencia los mismos que pueden ser: familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos biográficos, afectivos, socioeconómicos, naturales, entre otros, este proceso así descarta a la resiliencia como un atributo personal y anexa que la adaptación positiva no sólo es tarea del niño, sino que la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad deben proveer recursos para que el niño pueda desarrollarse plenamente (Luthar, 1999).

Teoría del desarrollo psicosocial de Grotberg

El componente ser resiliente o no, depende del juego que haya entre los distintos factores y el rol que cumple cada uno de ellos y que la resiliencia será una respuesta ante la adversidad que se conserve a lo largo de la vida o en una situación determinada y puede ser estimulada durante el desarrollo del niño. La resiliencia es efectiva no solo para superar adversidades sino también para mantener y promover una excelente salud mental y emocional. El término adversidad puede tener varios factores de riesgo desde vivir en la pobreza o la muerte de un familiar, esta puede ser objetiva y subjetiva desde el punto de vista del individuo como: terremotos, abusos sexuales, secuestros, robos o enfermedades terminales son otros ejemplos, cabe recalcar que también existen situaciones cotidianas en las que algunas personas las toman con mayor tranquilidad, y otras como el fin del mundo. Para enfrentar las adversidades, superarlas y salir fortalecido incluso convertido, los niños toman factores resilientes de fuentes interactivas, de niños, adolescentes, adultos, y adultos mayores que posean características resilientes Grotberg (1997).

Fuentes generales de la resiliencia:

La primera fuente tiene que ver con las características genéticas y temperamentales del individuo, que son aspectos como la fisiología y la neuroquímica que repercuten en el niño ante la ansiedad, los desafíos y el estrés. La segunda tiene que ver con el ambiente favorable, una situación externa de defensa que dan respuesta a las características del sujeto: la familia, la comunidad, entre otros. La tercera la fuente tiene que ver con la personalidad del individuo, su sentido de autonomía, control de impulso, autoestima, sentimientos de afecto y empatía, es decir la fortaleza intrapsiquica. Y las últimas fuentes son las habilidades adquiridas como las conductas apropiadas a la interacción social expresividad social, capacidad de resolución de problemas, manejo del estrés, la angustia, la selección de opciones, entre otros.

Fuentes interactivas de la resiliencia

Las fuentes interactivas de la resiliencia sirven para hacer frente a las diversas circunstancias que se presenten y poder superarlas de forma sana, estas fuentes son tomadas a partir de la infancia y en secuencia en la adolescencia, juventud y adultez mediante expresiones verbales como:

- Yo tengo (entorno social)
- Yo soy o yo estoy (fortalezas psíquicas y capacidades personales)
- Yo puedo (habilidades de sociabilización)
- Tengo (personas de confianza, que ponen autoridad, que enseñan valores y sirven de apoyo en momentos buenos y malos)
- Soy (una persona a quien aprecian y brindan cariño, una persona feliz, respetuosa de mí y los demás).
- Estoy (seguro que todo irá bien, dispuesto a asumir mi responsabilidad)
- Puedo (hablar libremente de cosas que me gusten y no, resolver mis conflictos, controlar cuando hago algo peligroso y que no esté bien) (Grotberg, 1997).

Modelo del desafío de Wolin y Wolin (1993)

Este modelo implica ir desde el enfoque de riesgo al desafío, en el cual cada desgracia o adversidad que representa un daño o una pérdida significa el desafío o capacidad de afronte, un escudo de resiliencia, el cual no permitirá a los factores adversos dañar a la persona si no al contrario los transforma positivamente lo que constituye un factor de superación, apoyándose en las características resilientes del individuo, las cuales suelen hacer la función de protectores los mismos que deben ser estimulados y fomentados, así pues las características resilientes son las siguientes:

1. **Autoestima consistente**. Esta viene a ser la base de los demás pilares y a su vez es el fruto del cuidado afectivo resultado del niño o adolescente por una persona significativa, buena y capaz de dar una respuesta asertiva.

2. **Introspección.** Es saber preguntarse a sí mismo y responderse de forma honesta. Depende de la firmeza de la autoestima que se generara a partir del reconocimiento del otro. Aquí se presenta la posibilidad de nombrar a los individuos de acuerdo al grupo al que pertenezcan ya sean grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.
3. **Independencia.** Es saber fijar reglas y límites uno mismo, tener la capacidad de mantener la distancia emocional y física sin aislarse. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.
4. **Capacidad de relacionarse.** No es más que la habilidad para generar lazos e intimidad con las demás personas, equilibrar nuestra necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros, aquí tiene que ver mucho la puesto que si es baja provoca en el individuo aislamiento mientras que si es muy alta provocara el rechazo de los demás.
5. **Iniciativa.** Es la capacidad de ejercer control sobre los problemas, ideando cosas para resolver los conflictos de forma asertiva.
6. **Humor.** Acertar lo cómico a la propia tragedia, esto permite ahorrar sentimientos negativos aunque sea de forma transitoria y soportar las adversidades.
7. **Creatividad.** Es la habilidad de crear orden, belleza y finalidad desde el caos y el desorden, la misma que nace en la infancia a partir del juego.
8. **Moralidad.** Es la consecuencia para ampliar el deseo personal de bienestar a nuestros semejantes y comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los demás.
9. **Capacidad de pensamiento crítico.** Es fruto de las combinación de todos los anteriores que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de las circunstancias adversas que se sufre, desde circunstancias adversas sociales, naturales, físicas, fisiológicas, entre otras buscando modos de enfrentarlas, cambiarlas o sobrellevarlas (Wolin y Wolin, 1993).

Variable dependiente

CALIDAD DE VIDA

Historia

El término calidad de vida ha tenido su propia concepción en los diferentes períodos de este siglo. Este concepto inicio en el vocabulario de Estados Unidos a finales de la Segunda Guerra Mundial, e involucro un concepto de buena vida refiriéndose a la riqueza por la posesión de carros, casas y otros bienes materiales, incluyendo el dinero y el tiempo libre para actividades de ocio. El reporte de la Comisión Estadounidense como objetivo nacional, iniciada por el presidente Eisenhower en 1960, incrementó elementos que también constituyen la calidad de vida, como la educación, la salud y el bienestar, que llego a su punto de flote en los años sesenta con un cambio de visión dejando un lado la visión materialista por una visión enfocada a las emociones, el goce y el disfrute. A partir de 1970 en adelante, se generó un aumento de interés en la calidad de vida relacionada con la enfermedad y el tratamiento, es este que establece que la calidad de vida es: "el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar físico, mental y social, comparado con el que ellos perciben que es posible o ideal". Es esta definición propone que la enfermedad tiene que ver no solo con la integridad biológica del hombre, sino también su bienestar psicológico, social y económico (Arostegui, 1998).

Definición

Según la OMS Calidad de vida se define como: "el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar físico, mental y social", la enfermedad tiene que ver con la integridad biológica, bienestar psicológico, social y económico, por lo que se puede afirmar que es un término multifacético, que involucra cuatro dimensiones: como son la psicológica que tiene que ver con la percepción individual del estado cognitivo-afectivo, la social que se trata de la percepción individual de las relaciones interpersonales y sociales, la ocupacional que es la necesidad de sentirse útil para la sociedad y la física que es la percepción del estado físico y efectos del tratamiento (OMS, 2012)

La calidad de vida se encuentra relacionada con el bienestar personal, puesto que dentro de este bienestar está el amor a la vida, las emociones, ansiedad, satisfacción personal y el estrés, desde los años sesenta y noventa se han consolidado varios estudios sobre calidad de vida sin embargo surgió desde una propuesta para desarrollar valores, estilos de vida, protección en salud física y mental en diversos puestos de trabajo realizando conferencias, encuentros o debates con varios expertos en el tema (Campbell, Converse y Rodgers, 1971).

Calidad de Vida en la Actualidad

La calidad de vida es la concepción que todo individuo tiene del entorno cultural donde se desarrolla, sus valores, sus intereses y diversos logros que va alcanzando en el transcurso de su vida, además que está íntimamente relacionada con la salud tanto física como mental, su entorno social y su estado de independencia (Group, 1995).

La base de calidad de vida es la experiencia de los individuos ya sean en circunstancias tanto positivas como negativas, la calidad de vida se encuentra inmersa en dos ámbitos, el material como el bienestar social, y el psicosocial como el bienestar psicológico que permiten una satisfacción vital permitiendo el desarrollo de dos ejes importantes como son el objetivo y el subjetivo (Cummins, 1998).

Componentes internos de la Calidad de Vida

Para entender los dominios de satisfacción de los seres humanos en cuanto a calidad de vida, es importante tener en cuenta las reflexiones de cada persona para estos se crearon tres puestas importantes:

- Bienestar psicológico basado en las experiencias.
- Aspectos positivos y negativos.
- Satisfacción vital. Que tiene que ver con el agrado que la persona tiene sobre la calidad vida si le gusta la vida que lleva, la misma que tiene que ver con dos condiciones que son las externas e internas o psicológicas (Veenhoven, 1996).

Condicionantes externos de la calidad de vida

Las condiciones de vida se dan en base a la sociedad, la estructura social y el medio ambiente que provocan dos aspectos: aspectos endógenos, los cuales manifiestan respuestas mentales, emocionales y psicológicas de acuerdo a las diversas circunstancias que se presenten en la vida del individuo, y los aspectos exógenos relacionados con el contexto o creencias culturales del individuo (Ferris, 2011).

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia. El tumor es maligno si las células pueden crecer penetrando los tejidos circundantes o propagándose a áreas distantes del cuerpo (Cruzado y Olivares, 1996)

Donde se origina el cáncer de mama

Los cánceres de seno pueden originarse en diferentes partes del seno.

Factores de riesgo

La causa del cáncer de mama no se conoce pero sí se sabe algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad

- Sexo.- El cáncer de mama se da principalmente en la mujer.
- Edad.- Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los tumores de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.
- Genes.- Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos, se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama.
- Antecedentes familiares.- Cuando un pariente de primer grado es decir madre, hermana, hija ha tenido cáncer de mama se duplica el riesgo de padecerlo.

- Raza.- Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor, probablemente porque a ellas se les detecta en estadíos más avanzados. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.
- Períodos menstruales.- Cuanto antes se comienza con la menstruación es decir antes de los 12 años. Lo mismo ocurre con la menopausia: las mujeres con una menopausia tardía es decir después de los 55 años tienen mayor riesgo. El embarazo después de los 30 años también aumenta el riesgo (Albaladejo y Cols, 1998).

Signos y Síntomas

Los signos de advertencia del cáncer de mama pueden ser distintos en cada persona. Algunas no tienen ningún tipo de signos o síntomas. Una persona puede descubrir que tiene cáncer de mama por medio de una mamografía de rutina. Algunas señales de advertencia del cáncer de mama son:

- Un bulto nuevo en la mama o la axila (debajo del brazo).
- Aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama.
- Irritación o hundimientos en la piel de la mama.
- Enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o la mama.
- Hundimiento del pezón o dolor en esa zona.
- Secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre.
- Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama.
- Dolor en cualquier parte de la mama (Elsevier, 2013).

Diagnóstico

En la actualidad la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento. Se puede detectar mediante una autoexploración recorriendo el seno de un lado a otro, mediante una mamografía la cual es una exploración que utiliza los rayos X de baja potencia para localizar zonas anormales en la mama, una ecografía, entre otros (Segundo, 1998)

Tratamiento

El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Por lo general, cuando el tumor es menor, la cirugía es suficiente para terminar con el cáncer y no se precisa de quimioterapia, caso contrario aparte de la cirugía será necesario un tratamiento complementario ya sea con quimioterapia o radioterapia. La duración total del tratamiento oscila entre tres y seis meses. Los efectos secundarios de la quimioterapia debido a que son medicamentos muy fuertes, resultan muy molestos. Los más frecuentes son: náuseas y vómitos, pérdida de apetito, pérdida del cabello, llagas en la boca, cansancio, riesgo elevado de infecciones por la disminución de los glóbulos blancos, cambios en el ciclo menstrual, hematomas, entre otros (Aguilar y Barrón, 1998).

Aspectos psicológicos

El cáncer de mama, la intervención, los tratamientos como la quimioterapia, radioterapia, y la posterior adaptación a la vida normal suponen un fuerte impacto emocional que se acompaña de una serie de consecuencias psicológicas y sociales, desconocidas para la persona afectada y su familia (Lara y Martinez, 2000)

El fuerte impacto del diagnóstico y el "shock" que todavía produce la palabra cáncer, genera en las personas afectadas intensos estados emocionales, en los que afloran sentimientos incontrolables, toda clase de miedos y un sin número de preguntas. Es en esos momentos cuando es importante intervenir, lo más precozmente posible y cuando se pueden prevenir las alteraciones sociales y psicológicas que pueden aparecer y permanecer en la psique de la persona afectada durante mucho tiempo (García, 2014).

Por lo tanto debemos valorar el estado integral de la persona y se interviene proporcionando el apoyo necesario. El apoyo social y psicológico que la persona pueda recibir de sus familiares, amigos, entre otros ayudara a las pacientes a comprender y aceptar dicha enfermedad. También tiene gran importancia la intervención profesional, que permitirá prevenir y tratar precozmente alteraciones sociales, psicológicas y trastornos emocionales que de otra forma podrían hacerse crónicos. Se trata de intervenir en las personas que sufren alteraciones, que no pueden superar por sí mismas, ni con el apoyo de otras personas, que generalmente

suelen derivar en trastornos psicológicos de tipo ansioso y depresivo, con importantes implicaciones negativas en la autoestima, en la falta de valía personal y en la sensación de falta de control en sus vidas (Acinas, 2014).

Holland, (2014), han demostrado la eficacia de las intervenciones psicológicas en la prevención y tratamiento de las alteraciones psicológicas que se pueden producir en las personas con cáncer de mama. También se justifica la importancia de la intervención psicológica por las reiteradas peticiones de médicos, oncológicos, enfermeros y por las propias pacientes y familiares, cuya demanda va en aumento. El análisis de la situación que atraviesan las personas afectadas de cáncer de mama, así como sus propias demandas evidencian una serie de factores en torno a la enfermedad, que justifican la elaboración de esta intervención y que fundamentalmente son:

- La constatación de que hay pocas enfermedades que causen tanta angustia, miedo y desesperación como el cáncer, cuyo diagnóstico produce un fuerte impacto emocional y se considera un proceso mutilante con la muerte al final de dicho proceso.
- El sentimiento de vulnerabilidad y desestructuración de su vida y de sí mismas que experimentan las personas afectadas.
- Los trastornos psicológicos anteriores a la enfermedad, pueden reaparecer al ser diagnosticado el cáncer de mama, con mucha mayor virulencia y de forma más acentuada, lo que convierte a estas personas en individuos mucho más vulnerables que el resto y, por lo tanto, susceptibles de desarrollar un trastorno patológico mayor.
- Puesto que el trastorno ansioso-depresivo es el trastorno psicológico que se detecta con mayor frecuencia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, es necesario intervenir y elaborar estrategias adecuadas de intervención psicológica en cada fase de la enfermedad, destinadas a tratar dichos trastornos.
- Considerando que cuesta bastante tiempo restablecer el equilibrio anímico, es necesario el apoyo psicológico durante todo el proceso de la enfermedad.

- Cuando hay una recidiva todos los trastornos psicológicos anteriores se agudizan y se vuelven mucho más intensos, por lo que es imprescindible intervenir con mayor atención, para prevenir trastornos que pudieran originarse en esta situación y agravarse en el futuro.
- En el caso de enfermos terminales es muy necesaria la intervención psicológica con la o el paciente en la elaboración de una despedida y aceptación y especialmente con los familiares, en la elaboración del duelo.

Peñacoba y Moreno (1998) manifiesta que la intervención psicológica es importante realizarla tanto en la o el paciente como en sus familiares, con los siguientes objetivos:

- Capacitar a la familia para dar cuidados emocionales de forma eficiente.
- Facilitar a la familia un soporte psicológico que evite su derrumbamiento.
- Prevención y tratamiento del duelo.
- Orientación sobre la comunicación con la paciente.
- Detectar los indicadores de estrés familiar.
- Apoyo psico emocional de la paciente y su familia.

Terapia psicológica Adyvante para pacientes con cáncer de mama

Las secuelas de los fármacos oncológicos a nivel cerebral en los pacientes oncológicos suelen ser un punto no tomado en cuenta por los especialistas, la quimioterapia provoca cambios físicos en algunas estructuras cerebrales como la reducción en la densidad de la materia blanca observada en mujeres con cáncer de mama generando alteraciones cognitivas que sufren los pacientes, como despistes, pérdidas de memoria y de atención, dificultades en el lenguaje, entre otros. El tratamiento oncológico genera la llamada neblina cerebral la misma que genera la confusión del paciente. Esos problemas mentales derivados de la quimioterapia suelen ser, muy sutiles al principio, pero más llamativos conforme pasa el tiempo (Lara, Martinez, 2000).

Debido a la gran crisis que el peciente oncológico pasa a nivel tanto físico, fisiológico y psicológico, es necesario un tratamiento psicoterapéutico de acompañamiento al paciente, este tipo de enfermedades no solo tiene consecuencias

graves del cáncer mismo, sino también por dos factores cruciales; el uno es el significado personal de la enfermedad, es decir, cómo percibe el paciente al cáncer y las implicaciones que esto tiene, y 2) por las estrategias de afrontamiento del enfermo, es decir lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza que le supone el cáncer. Estos factores están influidos, a su vez, por la calidad del soporte emocional que le proporcionan la familia y los amigos así como los médicos y enfermeras que cuidan al enfermo. Los pensamientos de los pacientes acerca del cáncer determinan en gran medida su respuesta emocional. Por tanto, el tratamiento de los trastornos psicológicos debe incluir el intento de identificar y cambiar los pensamientos automáticos negativos subyacentes. La TPA se centra sobre el significado personal del cáncer para un paciente determinado y sobre sus estrategias de afrontamiento. Estos factores se analizan durante la terapia en el contexto de las relaciones personales del paciente y de la calidad del soporte emocional resultante (Beck, 1976).

Respuestas de Afrontamiento

Espíritu de Lucha. Es la aceptación total del diagnóstico, utilizar la palabra «cáncer», estar decidido a luchar en contra de la enfermedad, intentar obtener la mayor cantidad posible de información sobre la enfermedad y adoptar una actitud optimista: en definitiva. Poder ver la enfermedad como un desafío. Ejemplos: "Al principio estaba desesperado, pero ahora estoy dispuesto a hacer lo que haga falta para vivir".

Desamparo/Desesperanza. Acobardado por el conocimiento del diagnóstico, encuentra difícil poder pensar en otra cosa; la vida diaria se ve interrumpida por el miedo al cáncer y la posibilidad de morir; en resumen, adopta una actitud totalmente pesimista. Ejemplos: "No puedo hacer nada, estoy acabado".

Preocupación Ansiosa. Reacciona ante el diagnóstico con una marcada y persistente ansiedad, acompañada más o menos depresión, busca activamente información acerca del cáncer pero tiende a interpretarla de forma pesimista, se preocupa porque cualquier molestia o dolor pueda significar una extensión o recurrencia del cáncer, busca "la cura" de distintas fuentes incluyendo tratamientos alternativos.

Fatalismo. Aceptar el diagnóstico, no buscar más información, adoptar una actitud fatalista. Ejemplos: "Es cáncer, no podré vivir con él"

Evitación o Negación. Se niega a aceptar el diagnóstico de cáncer o evita utilizar la palabra Cáncer o admite el diagnóstico pero niega o minimiza su seriedad que es una enfermedad amenazante para la vida y con un resultado impredecible y cualquier ansiedad que ésta despierte. Ejemplo: "He tenido unas pocas células cancerosas, pero no es demasiado serio, no tengo porque preocuparme por esto".

La morbilidad psicológica entre mujeres con cáncer de mama está relacionada con estas respuestas de afrontamiento. La Ansiedad y la Depresión están correlacionadas positivamente con desamparo, preocupación ansiosa y fatalismo, y negativamente con espíritu de lucha. Más aún, las respuestas de afrontamiento, señaladas anteriormente, están relacionadas con el Control Emocional: el fatalismo está asociado con control extremo es decir la supresión de todo tipo de emociones, y el desamparo correlaciona específicamente con supresión de la ira (Watson, 1991).

Las respuestas de afrontamiento pueden influir en la duración de supervivencia en las mujeres con un cáncer de mama primario, operable, estos resultados tienen implicaciones directas para la práctica de la TPA: la terapia aspira a inducir respuestas de afrontamiento positivas y activas, fomentar el espíritu de lucha y a promover la expresión de sentimientos, especialmente la ira (Greer. 1991).

Objetivos de la Terapia

- Mejorar la Calidad de Vida de los pacientes con cáncer reduciendo la ansiedad, la depresión y cualquier otro síntoma de estrés psicológico.
- Mejorar el ajuste mental al cáncer induciendo un espíritu de lucha positivo.
- Promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus propias vidas, Incluyendo la participación activa en el tratamiento de su cáncer.
- Enseñar al paciente a expresar sus emociones, especialmente la ira.
- Enseñar al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces para tratar con los problemas relacionados con el cáncer' y con cualquier otro tipo de problemas.
- Facilitar la comunicación entre el paciente y su esposo o compañero.

La TPA no es utilizable en paciente con enfermedades psicóticas como esquizofrenia, episodios maniaco-depresivo, estados contusiónales, demencia.

Respecto al estadio de la enfermedad cancerosa, la TPA se puede utilizar tanto en enfermos en los primeros estadios como con cáncer avanzado, incluyéndose los de enfermedad terminal. La terapia se encamina a fortalecer personalmente al paciente y a ayudarle a desarrollar nuevos hábitos de afrontamiento que le capaciten para tratar eficazmente con el cáncer y se espera que con cualquier otra crisis en el futuro. La terapia es estructurada, breve con un promedio de seis sesiones de al menos, una hora y se focaliza sobre problemas específicos definidos conjuntamente por paciente y terapeuta. A través del curso de la terapia, paciente y terapeuta trabajan conjuntamente para resolver esos problemas. Es importante subrayar la importancia de una relación terapéutica de colaboración, al mantener esta aproximación colaboradora, el terapeuta está estrechamente unido a las necesidades específicas del paciente. Al igual que en otros tipos de psicoterapia, resulta imprescindible el establecer un buen "rapport" con el paciente. La TPA se realiza individualmente, aunque si se considera apropiado, se incluye al esposo o compañero en alguna o en todas las sesiones. En la primera sesión, se explican al paciente los objetivos y principios de la TPA; en especial, la unión existente entre estrés psicológico y pensamientos negativos. Las sesiones de terapia deben estructurarse lo máximo posible, aunque se debe de ser flexible y deben ajustarse a las necesidades individuales de los pacientes. Al comenzar cada sesión se debe definir claramente los problemas que van a ser tratados, elaborar una agenda de sesiones. A esto le sigue una revisión de los progresos realizados por el paciente, incluyendo las tareas que se le dieron para casa durante la semana anterior, así como feedback acerca de la sesión anterior. Entonces se exploran detalladamente los problemas definidos previamente y se discuten en profundidad. Al final de cada una de las sesiones se hace un pequeño resumen de los puntos más esenciales que se han tratado.

Elementos de la TPA

Los principales elementos de la terapia se pueden agrupar bajo los siguientes encabezamientos: Expresión de Sentimientos, Métodos Cognitivos, Técnicas Conductuales y Trabajando con la Pareja.

1. **Expresión de Sentimientos**.- Como hemos mencionado anteriormente, nuestros estudios sobre mujeres con cáncer de mama han demostrado que la supresión de sentimientos, especialmente la ira, está asociada con una respuesta de afrontamiento

inadecuada, llamada desamparo. Por tanto, se anima a los pacientes a expresar sus sentimientos abiertamente. En nuestra experiencia, la ira es el sentimiento que los pacientes suprimen más frecuentemente. Tal sentimiento de ira puede estar dirigido hacia Dios o el Destino "por qué a mí", hacia uno mismo, hacia las personas cercanas o hacia el médico, enfermeras u otros profesionales implicados en el tratamiento del paciente. El explicar que la ira es una respuesta normal y comprensible, ayuda a los pacientes con cáncer a reconocer su propia ira y a manifestarla en la terapia. La manifestación de la ira es beneficiosa sin embargo, la ira puede ser desadaptativa, por ejemplo, cuando se dirige sin ninguna razón contra el médico del paciente. En estos casos es necesario que el terapeuta discuta las bases de tal ira, y ayude al paciente a redirigirla y canalizarla en acciones más positivas.

2.Métodos Cognitivos.- Centrados a la TPA es la aproximación cognitiva que subraya que el estrés psicológico relacionado con el cáncer se debe principalmente a la forma en que el paciente percibe y reacciona a su enfermedad. Por tanto, ella necesita aprender a identificar los pensamientos automáticos negativos que se asocian, en un momento determinado, con ansiedad, depresión u otros pensamientos negativos. Los pensamientos automáticos son pensamientos intrusivos que parecen verdaderos y reales a las personas que los experimentan, pero que presentan errores lógicos en el tipo de razonamiento. La tarea del terapeuta consiste en provocar este tipo de pensamientos y enseñar al paciente a cambiarlos. Cuando el paciente llega a ser capaz de identificar y cambiar sus pensamientos automáticos percibe, frecuentemente, una disminución de su estrés emocional. El intento de superar los pensamientos automáticos negativos y el estrés emocional que los acompaña incluye una serie de técnicas cognitivas que se enseñan en TPA: comprobación en la realidad en la que el paciente se pregunta a sí misma "cuál es la evidencia disponible", reatribución en la que el paciente aprende a buscar explicaciones causales alternativas, distracción, pensamiento no catastrófico en el que el paciente se enfrenta a los peores miedos posibles que existen en su mente y comienza a planificar como afrontaría esas circunstancias, repetición cognitiva, que consiste en imaginar la situación temida y practicar cómo enfrentarse a ella, e inversión de papeles, en la que el paciente aprende a verse a sí mismo a través de los ojos de otras personas.

3.Métodos Conductuales.- En la TPA los métodos conductuales utilizados son la planificación de actividades y el entrenamiento en relajación. Planificación de Actividades, consiste en animar al paciente a planificar, llevar a cabo y registrar tas actividades que realiza en casa, y que le dan un sentimiento de logro y le resultan agradables. Las actividades específicas que debe realizar se seleccionan conjuntamente por el paciente y el terapeuta. El esposo, si está presente durante la sesión, puede hacer sugerencias muy utilizables. Es importante seleccionar actividades que le sean familiares al paciente y que, en buena medida, pueda lograr realizarlas. Se le debe explicar al paciente la razón de porque debe realizar tales actividades. Al enfrentarse con el cáncer algunas personas se sienten sobrepasadas y desamparadas; les parece que el cáncer ha cambiado su vida totalmente y que ya no serán nunca más la persona que fueron. Al realizar regularmente actividades gratificantes, el paciente comienza a recuperar algún tipo de control sobre su vida y aprende a apreciar que el cáncer no ha podido cambiar su personalidad. Esto, a su vez, le ayuda a reducir la depresión y los sentimientos de desesperanza. Entrenamiento en Relajación; algunos pacientes presentan una ansiedad aguda intensa que les impide responde a la psicoterapia. Se puede tratar a tales pacientes, inicialmente, con benzodiacepinas, pero muchos de estos pacientes están recibiendo ya un gran número de drogas que tienen efectos colaterales, añadir a estos efectos colaterales los de las drogas tranquilizantes puede resultar más perjudicial que beneficioso. El entrenamiento en relajación comprende relajación muscular progresiva o ejercicios respiratorios, técnicas simples que se le enseñan al paciente en una sesión de terapia y se le anima a que las practique en casa todos los días con la ayuda de un cassette. En contraposición a los tranquilizantes, el entrenamiento en relajación no produce efectos colaterales. Una ventaja obvia, pero no por ello menos importante, es que capacita al paciente para que desarrolle control personal sobre sus estados de ansiedad. Sin embargo, se debe decir que no todos los pacientes aprenden a controlar la ansiedad; a pesar de ello, el entrenamiento en relajación es un instrumento terapéutico útil para los estados agudos de ansiedad y también en combinación con métodos cognitivos para la ansiedad crónica.

4. Trabajando con Parejas En TPA es muy conveniente la participación del esposo o compañero. El cáncer de mama afecta no sólo a la mujer sino también al marido, el cual, a su vez, influye sobre el proceso de ajuste de ella; ellos están, enlazados en el

proceso de afrontamiento. En las sesiones conjuntas de terapia, se anima a ambos cónyuges a que se comuniquen abiertamente sus pensamientos y sentimientos, con el fin de lograr una mayor comprensión de las necesidades de uno y otro y, por lo tanto, conseguir un apoyo emocional mutuo (Baider y Kaplan De-Nour, 1988)

2.3 Hipótesis

Hi: Existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida en las pacientes mujeres con cáncer de mama que asisten a la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.

Ho: No existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida en las pacientes mujeres con cáncer de mama que asisten la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y tipo de investigación

En el presente proyecto de investigación se realizó un estudio correlacional y transversal. Por presentar una relación directa entre las dos variables, Resiliencia y calidad de vida, las mismas que presentan una concordancia entre los conceptos, los procesos de adaptación y tratamiento de la enfermedad en pacientes mujeres con cáncer de mama.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

La investigación fue realizada en la Unidad Oncológica Solca Tungurahua, Ambato en el período Abril - Agosto del 2016.

3.3 Población

La investigación se dirigió a las pacientes mujeres con cáncer de mama de la Unidad Oncológica Solca Tungurahua, Ambato con muestra de 40 pacientes mujeres con cáncer de mama a las cuales se aplicó los dos reactivos psicológicos.

3.4 Criterios de inclusión y criterios de exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnostico histopatológico confirmado de cáncer de mama, que se encuentren en condiciones de responderla.
- Pacientes mujeres con cáncer de mama con consentimiento propio.
- Pacientes mujeres con cáncer de mama que se encuentran en tratamiento y asisten al control de la enfermedad.

Criterios de exclusión

- Mujeres con discapacidad mental certificada.

- Mujeres que se encuentren bajo el efecto de sustancias psicoactivas según criterio médico del personal asistencial del centro de tratamiento.
- Mujeres que por su condición grave de salud tuvieran dificultad para responder el reactivo o que no aceptaran participar en el estudio.
- Pacientes que presenten diagnósticos primarios diferentes al cáncer de mama.
- Pacientes mujeres con cáncer de mama que se encuentren en tratamiento de quimioterapia.

3.5 Diseño maestral

Se trabajó con una muestra de 40 pacientes mujeres con cáncer de mama que asisten de manera ambulatoria a la Unidad Oncológica Solca Tungurahua, Ambato.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Resiliencia

DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Es la capacidad que tiene el ser humano de superar las diversas circunstancias adversas que se le presenten sin que afecte a ninguna de sus esferas tanto psíquicas como físicas.	-Aceptación de sí mismo -Competencias personales	• Baja • Media • Media alta • Alta	- Cuando hago planes persisto en ellos - Soy capaz de depender de mí mismo más que de otros - Puedo estar solo si es necesario - Me quiero a mi mismo - Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores.	Escala de Resiliencia de Agnild y Young

Tabla 1: Operacionalización de variables (variable independiente)

Fuente: Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama

Elaborado por: Chico (2016).

Variable dependiente: Calidad de vida

DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Es el conocimiento que una persona tiene de su existencia, de su cultura, de sus objetivos, sus valores, expectativas e inquietudes los mismos que están relacionados con la salud tanto física como psicológica.	• Movilidad • Cuidado personal • Actividad de todos los días • Dolor / malestar • Ansiedad / depresión	• Sin problemas • Con problemas moderados • Con problemas severos	- No tengo problemas para caminar - No tengo problemas con el cuidado personal -No tengo problemas para realizar mis actividades cotidanas - No tengo dolor ni malestar - No estoy ansioso ni depresivo	Cuestionario de salud EOROQOL-5D (EQ-5D)

Tabla 2: Operacionalización de variables (variable dependiente)

Fuente: Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama

Elaborado por: Chico (2016).

3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.

Las técnicas e instrumentos que se utilizará para la recolección de la información se presentan a continuación:

CUESTIONARIO SALUD EQ- 5D

Autor: Grupo de Investigación EuroQoL

Objetivo:

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud

Estructura y dimensiones

El cuestionario EQ- 5D, fue diseñado por el Grupo de Investigación EuroQoL en 1990, es una medida genérica de la auto-percepción del estado de salud de un individuo, definiendo cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividad habitual, dolor/ malestar y angustia/depresión. Cada dimension se divide en tres 3 posibles respuestas; "sin problemas", "con problemas moderados" y "con problemas severos", que en la tabulación de los datos recogidos, se les asigna un valor de 1, 2 y 3, respectivamente.

Validez y Confiabilidad

La confiabilidad fue analizada usando los coeficientes de correlación intraclases (ICC) de los resultados de las dimensiones de EQ-5D. El cálculo de los coeficientes de correlación intraclases se realizó usando el modelo de efectos mixtos de dos factores, con un intervalo de confianza (95%) de 0,68 – 0,71.

La validez se evaluo relacionando las dimensiones de EQ-5D con los índices EQ y EQ-VAS y la habilidad del EQ-5D para discriminar entre diferentes estados de salud, comparando los resultados de las medias de preguntas y escalas equivalentes de SF-36 con cada uno de los estados de salud; sin problemas de salud, con problemas moderados y severos, de cada dimensión de EQ-5D.

ESCALA DE RESILIENCIA

Autor: Agnild y Young

Objetivo:

Evaluar los niveles de resiliencia

Estructura y dimensiones

Este test medirá las dimensiones internas de resiliencia del entrevistado, las cuales son "aceptación de sí mismo" y "competencias personales". Son 25 afirmaciones, 8 referidas a "aceptación a sí mismo" y 17 a "competencias personales", todas ellas planteadas a través de una escala likert del 1 al 7.

Validez y confiabilidad

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella, 2002).

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia.

3.8 Aspectos éticos

Para la elaboración del presente proyecto se necesitaron los respectivos permisos por parte de la Universidad Técnica de Ambato institución a la cual pertenezco dirigido a la Unidad Oncológica Solca Tungurahua Ambato.

Se contó con la aprobación y consentimiento para la realización de este proyecto por parte del director de Solca. Así como el consentimiento de la población de investigación, quienes fueron informados sobre la temática de Resiliencia y Calidad de vida; conjuntamente informándoles acerca de los reactivos que se van a utilizar y brindándoles la respectiva información de cada uno de ellos.

Se les informo la finalidad de la investigación y la confidencialidad en cuanto al manejo de la información obtenida, además de las alternativas de solución propuestas para manejar las posibles problemáticas relacionadas con el tema que llegaran a determinarse. Para este proceso se necesitó la autorización del director de Solca.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

ITEM 1 : Movilidad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin problemas	21	52%
Con problemas moderados	18	45%
Con problemas severos	1	3%
TOTAL	40	100 %

Tabla 3 ITEM 1: Movilidad

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

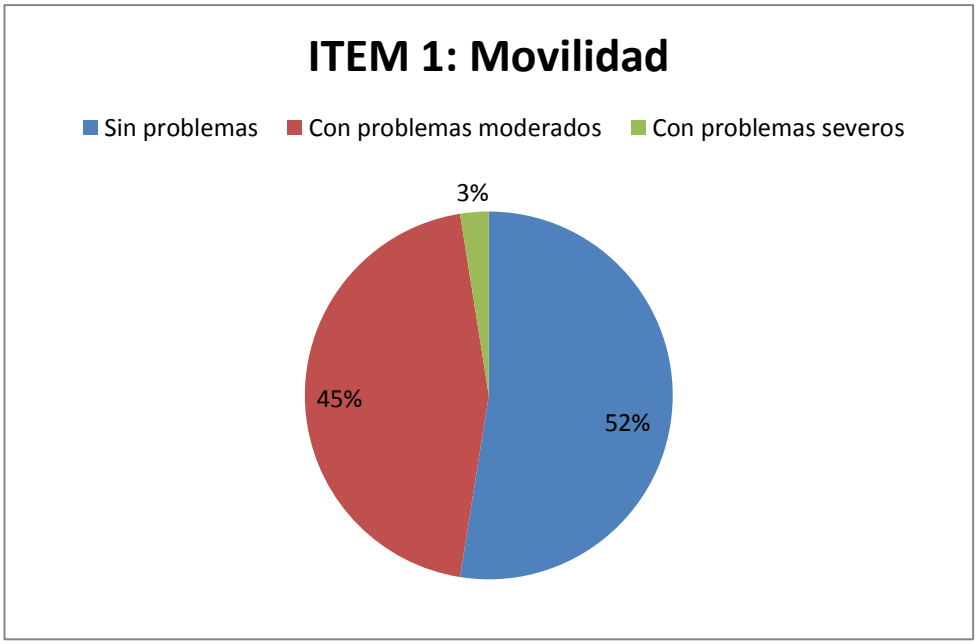


Grafico 1 ITEM 1: Movilidad

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 40 encuestados en la ítem 1 Focalizado en la movilidad (EQ-5D). Se obtuvo que 52% se encuentren sin problemas, el 45% presenta problemas moderados y el 3 % con problemas severos.

Existe un porcentaje mayor de pacientes mujeres con cáncer de mama que no manifiestan problemas de movilidad.

ITEM 2: Cuidado Personal

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin problemas	16	40%
Con problemas moderados	22	55%
Con problemas severos	2	5%
TOTAL	40	100 %

Tabla 4 ITEM 2: Cuidado Personal

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

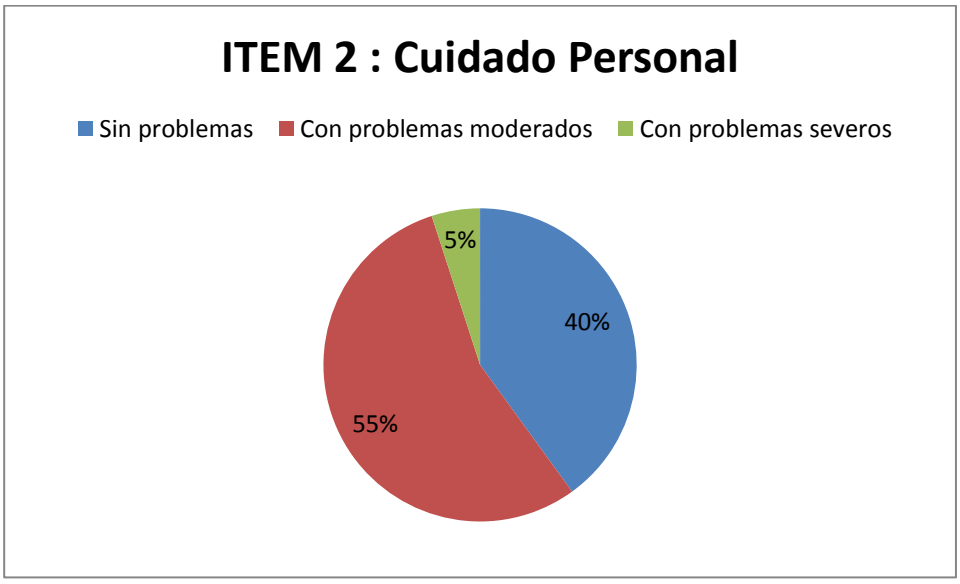


Grafico 2 ITEM 2: Cuidado personal

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 40 encuestados en la ítem 2 Focalizado en el cuidado personal (EQ-5D). Se obtuvo que 40% se encuentra sin problemas, el 55% presenta problemas moderados y el 5 % con problemas severos.

Las pacientes presentan problemas moderados en su cuidado personal como los de aseo como lavarse o vestirse debido la imposibilidad que le produce la enfermedad y el tratamiento al que se someten.

ITEM 3: Actividades de todos los días

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin problemas	10	25%
Con problemas moderados	23	57%
Con problemas severos	7	18%
TOTAL	40	100 %

Tabla 5 ITEM 3: Actividades de todos los dias

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

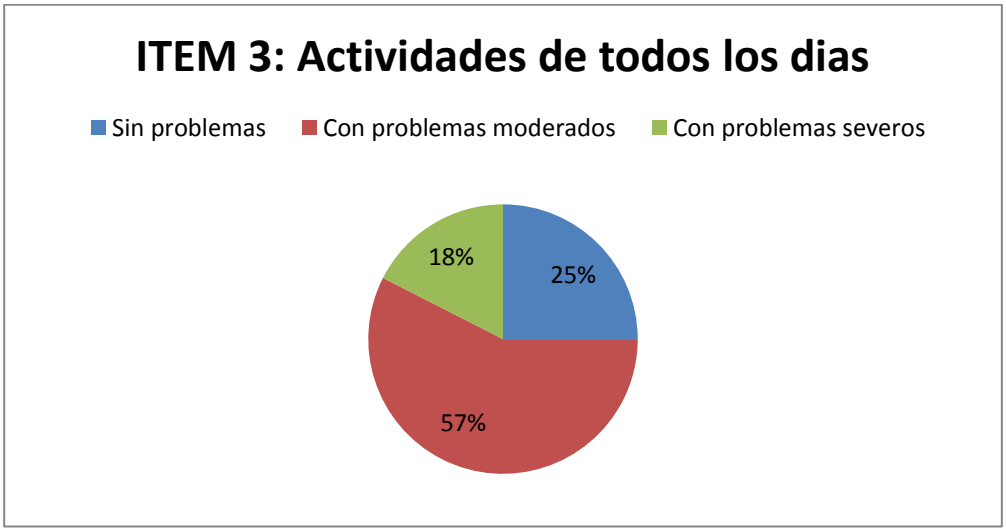


Grafico 3 ITEM 3: Actividades de todos los dias

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 40 encuestados en la ítem 3 Focalizado en las actividades de todos los dias (EQ-5D). Se obtuvo que 25% se encuentra sin problemas, el 57% presenta problemas moderados y el 18 % con problemas severos.

Al hacer referencia a las actividades de todos los días de los evaluados manifiestan que la mayoría tienen algunos problemas para realizar actividades dentro de ellas trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades de tiempo libre

ITEM 4: Dolor-Malestar

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin problemas	15	37%
Con problemas moderados	19	48%
Con problemas severos	6	15%
TOTAL	40	100 %

Tabla 6 ITEM 4: Dolor-Malestar

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

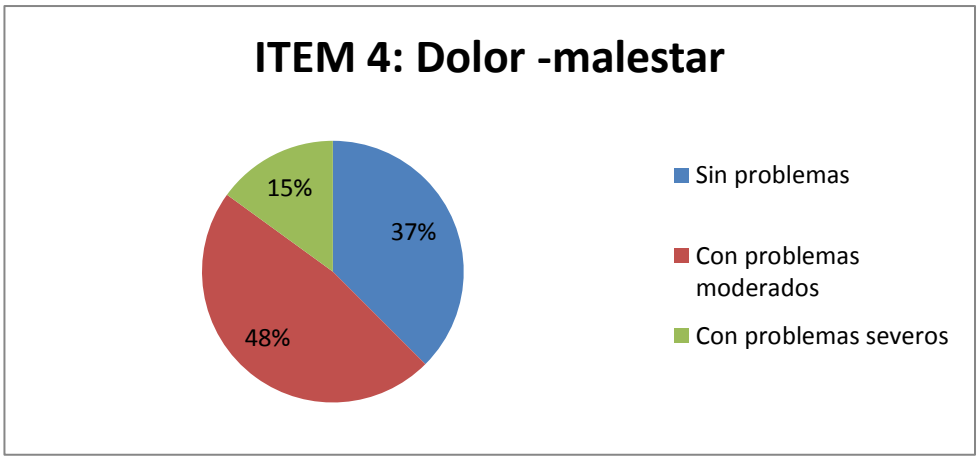


Grafico 4 ITEM 4: Dolor-Malestar

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 40 encuestados en la ítem 4 Focalizado en dolor y malestar (EQ-5D). Se obtuvo que 37% se encuentra sin problemas, el 48% presenta problemas moderados y el 15 % con problemas severos.

Las pacientes manifiestan en su mayoría tener dolor y malestar de una manera moderada, siendo esto algo relativamente positivo para la calidad de vida de los mismos.

ITEM 5: Ansiedad-Depresión

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin problemas	12	30%
Con problemas moderados	18	45%
Con problemas severos	10	25%
TOTAL	40	100 %

Tabla 7 ITEM 5: Ansiedad-Depresión

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

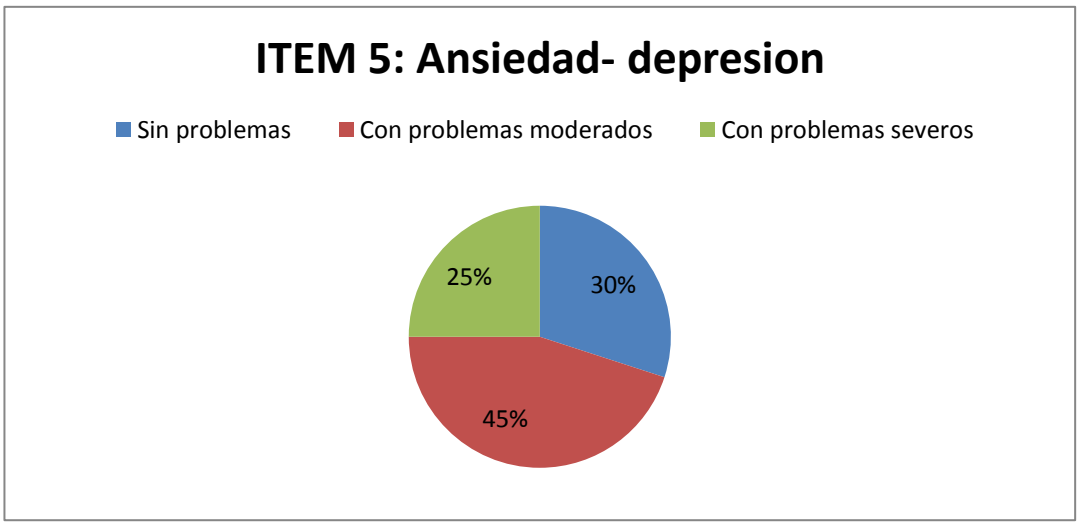


Grafico 5 ITEM: Ansiedad-Depresión

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 40 encuestados en la ítem 4 Focalizado en Ansiedad y depresión (EQ-5D). Se obtuvo que 30% se encuentra sin problemas, el 45% presenta problemas moderados y el 25 % con problemas severos.

En cuanto al estado psicológico de los evaluados la tristeza y la depresión es puntuada en su mayoría como moderado, sin embargo si existen casos de angustia y depresión marcados producto de la enfermedad que padecen.

Análisis global del Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin problemas	12	30%
Con problemas moderados	22	55%
Con problemas severos	6	15%
TOTAL	40	100 %

Tabla 8: Análisis global de Calidad de vida

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

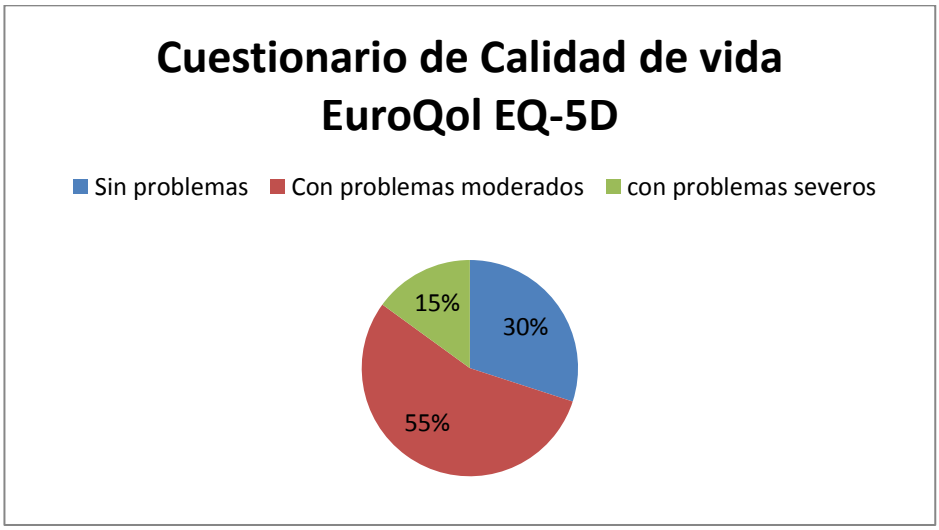


Grafico 6: Análisis global de calidad de vida

Fuente: Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D

Elaborado por: Chico (2016)

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 40 encuestados mediante el Cuestionario de Calidad de vida EuroQol EQ-5D . Se obtuvo que existe una mayor prevalencia en los problemas moderados con un porcentaje del 55% en todas sus dimensiones.

4.2 Escala de Resiliencia de Agnild y Young

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Baja	9	22%
Media	15	38%
Media alta	12	30%
Alta	4	10%
TOTAL	40	100 %

Tabla 9: Escala de Resiliencia

Fuente: Escala de Resiliencia de Agnild y Young

Elaborado por: Chico (2016)

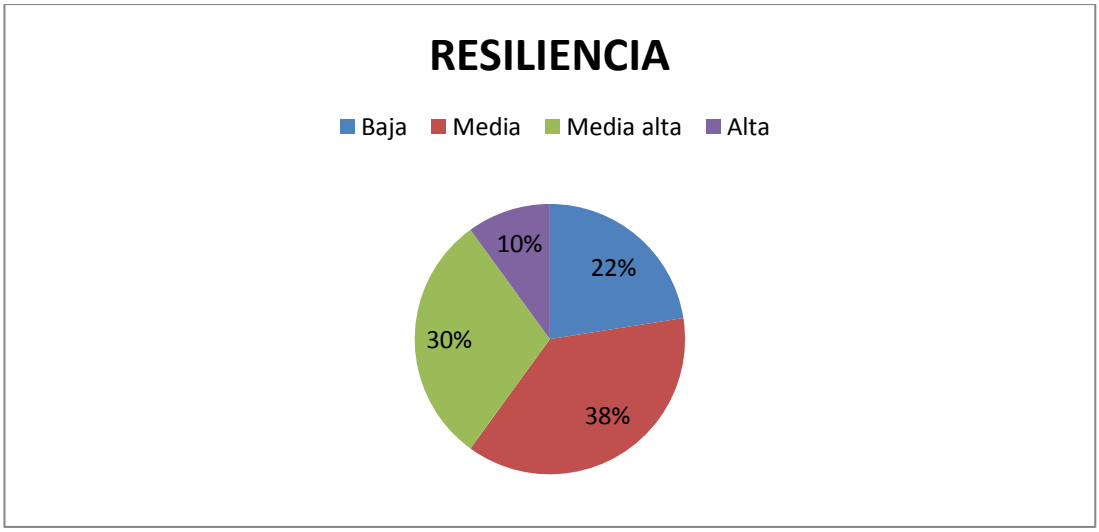


Grafico 7: Escala de Resiliencia

Fuente: Escala de Resiliencia de Agnild y Young

Elaborado por: Chico (2016)

ANALISIS E INTERPRETACION

De los 40 encuestados de acuerdo al nivel de Resiliencia según la escala de Agnild y Young. Se obtuvo que el 22% presentan una baja resiliencia, el 38% presenta una

resiliencia media, el 30% presenta una resiliencia media alta, y el 10% una resiliencia alta.

Las pacientes evaluadas en su mayoría presentan un Resiliencia media lo cual es beneficioso para la propia paciente dado que trae buenos resultados para su estado tanto fisiológico como emocional y por ende mantener su calidad de vida sin problemas graves.

4.3 Verificación de hipótesis

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
RESILIENCIA * CALIADDEVIDA	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla 10 CHI2.

Fuente: Chi2

Elaborado por: Chico (2016).

Tabla de contingencia RESILIENCIA * CALIDADDEVIDA

Recuento

		CALDADDEVIDA			Total
		SIN PROBLEMAS	CON PROBLEMAS MODERADOS	CON PROBLEMAS SEVEROS	
RESILIENCIA	BAJA	0	3	5	8
	MEDIA	6	5	0	11
	MEDIA ALTA	15	0	0	15
	ALTA	0	5	1	6
Total		21	13	6	40

Tabla 11 CHI2.

Fuente: Chi2

Elaborado por: Chico (2016).

PRUEBAS DEL Chi2

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,025[a]	6	,000	,000
Razón de verosimilitudes	47,901	6	,000	,000
Estadístico exacto de Fisher	37,105			,000
N de casos válidos	40			

a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,90.

Tabla 12: CHI2.

Fuente: Chi2

Elaborado por: Chico (2016).

ANÁLISIS E INTERPRETACION

En cuanto al chi – cuadrado de Pearson la fórmula obtenida fue: $X^2(6)= 40,025^a$, p< 000, N= 40, se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis alterna por lo tanto se comprueba que existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida en las pacientes mujeres con cáncer de mama que asisten a la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua Ambato.

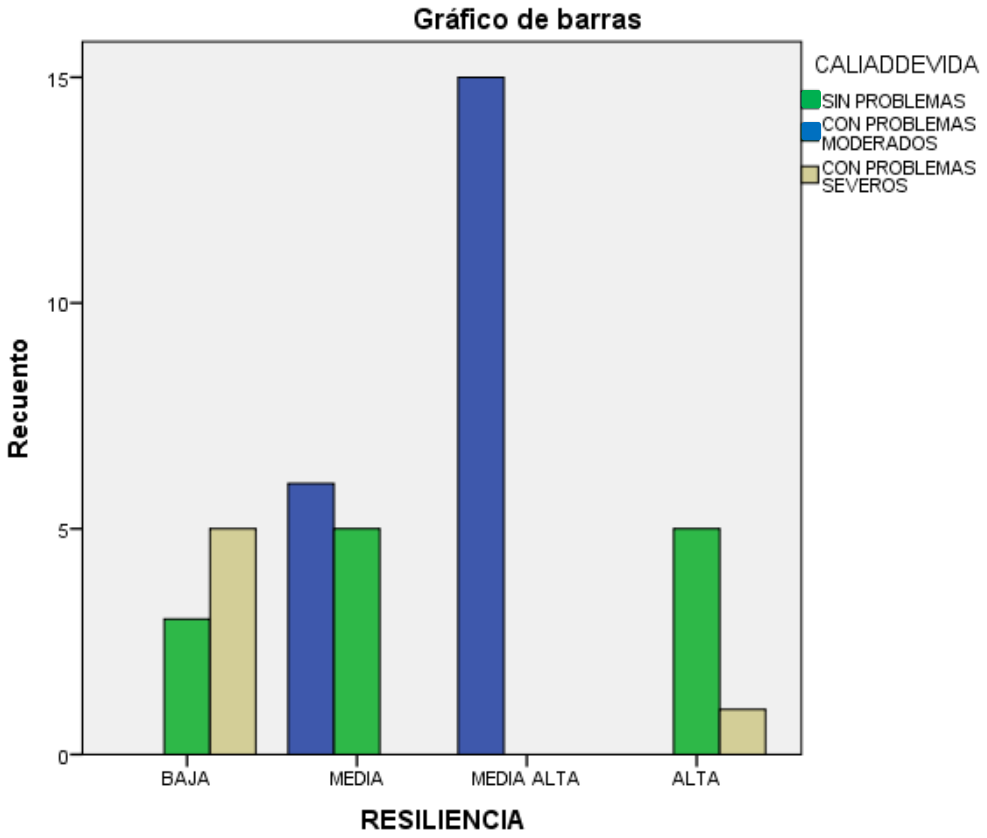


Grafico 8 CHI2.

Fuente: Chi2

Elaborado por: Chico (2016).

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos que se obtuvieron a través del cruce de variables con el Chi2 de Pearson comprueban por medio de las tablas presentadas y el gráfico, que de un total de 40 pacientes con cáncer de mama evaluadas, se observa que existe un mayor porcentaje en poseer resiliencia media y calidad de vida con problemas moderados demostrando que existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida, esto quiere decir que las pacientes al manejar su resiliencia están manejando su calidad de vida.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- De acuerdo a la hipótesis que se plateo en cuanto a si existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama, se comprobó que la mayor parte de las pacientes relacionan la resiliencia con la calidad de vida que llevan una vez que conocen de su enfermedad. Datos que fueron comprobados a través del CHI cuadrado de Pearson por el programa SPSS el mismo que nos recuerda $X^2(6)= 40{,}025^a$, p< 000, N= 40.
- Un vez idenficado los niveles de resiliencia en las pacientes mujeres con cáncer de mama planteado en el primer objetivo específico se obtuvo que la Resiliencia media es la más puntuada con un 38% seguida de la Resiliencia media alta con el 30%, resiliencia baja con el 22 % y resilencia alta con el 10%. Donde el nivel de resiliencia media es la más frecuente entre las pacientes evaluadas, es decir que requieren de la estimulación psicológica o pautas psicológicas para llegar a su punto máximo a aceptar su enfermedad y puedan fortalecerse de la misma.
- Por otro lado con referencia al segundo objetivo específico, al evaluar la calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama se obtuvo que los problemas moderados son los que presentan una mayor prevalencia en las pacientes mujeres con cáncer de mama por presentar un porcentaje 55%, lo cual significa que el cáncer de mama en estas pacientes afecta de forma moderada, generando dificultades psicológicas y físicas, psicológicas como ansiedad, miedo, depresión e inconformidad con su imagen corporal, y físicas como dificultades en actividades en su vida cotidiana como el asearse, peinarse, preparar los alimentos, entre otros.

5.2 Recomendaciones

- Es recomendable que se continúe ampliando el presente proyecto de investigación, tomando en cuenta otros aspectos de gran importancia como: el nivel de escolaridad, grupos etarios.
- Se recomienda que antes de proceder a la aplicación de reactivos psicológicos a personas que padecen enfermedades crónicas, interactuar un tiempo prudente con la población para obtener mayor colaboración y predisposición en la investigación.
- Se recomienda realizar psicoeducación para las personas que padecen cáncer de mama y para sus familiares, debido a los cambios y adaptaciones que deben atravesar en las diferentes áreas como: son laboral, social, interpersonal, familiar, y actividades de la vida diaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍAS

Acinas, M. (2014). *Psiquiatría Biológica.* Madrid, España: Editorial Médica Panamericana

Aguilar y Barrón (1998). *Epidemiología y factores de riesgo del cáncer de mama.* Madrid, España: Editorial: IM&C

Albaladejo y cols. (1998). *Cirugía reconstructiva en el cáncer de mama.* Madrid, España: Editorial:M&C

Bayés.R (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: España. Editorial: Martínez Roca.

Cruzado J.A y Olivares M.E.(1996) *Intervención psicológica en pacientes con cáncer.* Barcelona: España. Editorial: Martínez Roca.

Gabaldón,O (1996) *Apoyo social y psicoterapia de grupo. Prevención y tratamiento oncológico del cáncer de mama.* Madrid: España. Editorial Cesa

Ibáñez.E (1999) *Psicología de la salud y estilos de vida.* Valencia: España. Editorial: Promolibro.

López Imedio.E y Duque Medel J.M.(2000) *Principios y filosofía de los cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y familia*. Madrid: España. Editorial: ADES

Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes.* Madrid: España. Editorial: ADES

LINKOGRAFÍA

Ayora, A.(2012). *Personalidades Resilientes. Diario la Hora.* Recuperado de*:* http://lahora.com.ec/noticias/show/1101440442#.WUt-XZI1_Mw

Baca, D. (2014). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo.* (Tesis de Maestria, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Obtenido de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3575/1/Baca_rd.pdf

Casabianca y Hirsch. (2003). *Resiliencia y conceptualización e investigaciones en Argentina.* Recuperado de: http://www.redalyc.org/html/3331/333127382004/

Crespo *(2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico.* Obtenido de: http://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/218

E.E. Werner. (1992). *Asociación Escuela Argentina De Psicoterapia Para Graduados. Resiliencia.* Recuperado de: http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/impnumero1/resiliencia1-doc.htm

Elsevier, (2013). *Epidemiología del cáncer de mama.* Recuperado de*:* http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X13640783

Fernández, Rivera(2012) *El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico.* Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262012000100005

García, C. (2014). *Inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de útero. (Tesis de Licenciatura, Universidad Abierta Interamericana, Argentina).* Recuperado de*:* http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114794.pdf

Gonzalez, (2015). *Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama.* Recuperado de: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/301274/TPRC.pdf

Ílamo, Caldera, Cardozo, González (2012*). Resiliencia en personas con cáncer. Obtenido de:* http://200.74.222.178/index.php/rafg/article/view/658

Lara E, Martinez C. (2000) *RESILIENCIA: la esencia humana de la transformación frente a la adversidad.* Recuperado de*:* http://www.apsique.com/wiki/DeliResiliencia.

Mur de Viu. (2014). *Resiliencia* Recuperado de*:* https://www.readings.com.au/products/19188748/resiliencia

Marquez Lopez (2003). *Estudios de resiliencia.* Recuperado de*:* http://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382004.pdf

OPS,OMS (2010). *Mortalidad por cáncer está decayendo en algunos países de las Américas, según nuevo informe de la OPS/OMS.* Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9135%3A2013-cancer-mortality-declining-some-countries-americas-new-paho-who-report&Itemid=1926&lang=es

Organización de las Naciones Unidas ONU.(2016) *Resiliencia.* Recuperado de*:* http://www.fao.org/resilience/inicio/es/

Peñacoba C. y Moreno, B.(1998) *El concepto de personalidad resistente: Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. Boletín de Psicología.* Obtenido de: https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/el-concepto-de-personalidad_resistente.pdf

Rivera, A. & Montero, M. (2012). *Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.* Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000400008

Vera, B., Carbelo Baquero, B, Vecina, M. (2006) *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo.* Recuperado de*:* http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

- **Redalyc:** Vinaccia, S., & Orozco, L. (2011). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Universidad Santo Tomás Colombia. Obtenido de: http://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf
- **Science Direct:** Elsevier, M. (2013). Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial. Valencia-España: Universidad de Valencia. Obtenido de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400273X
- **Ebrary:** Rodríguez, M. (2014). La calidad de vida y aplicación terapéutica. España. Obtenido de: http://site.ebrary.com bethescaliadadeviadatherapy.com/wpcontent/uploads/de-bowen-PREVIEW.pdf
- **Ebrary:** Acosta, P., Nekane, B., & Prado, e. (2010).“Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal”. Bogotá – Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de: http://site.ebrary.com cambios_en_las_estrategias_de_afrontamiento_en_los.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

1. Contabilizar los puntos que obtuvo
2. Ese resultado dividirlo por 25
3. Y el resultado final deberas ubicarlo en la siguiente escala Capacidad de Resiliencia:

- Baja = de 1 a 2,59 puntos
- Media = de 2,6 a 4,09 puntos
- Media Alta = de 4,7 a 5,59 puntos
- Alta = de 5,6 a 7 puntos

Nº	Declaración	Totalmente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Un poco en Desacuerdo	Neutral	Un poco de Acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1	Cuando hago planes persisto en ellos	1	2	3	4	5	6	7
2	Normalmente enfrento los problemas de una u otra forma	1	2	3	4	5	6	7
3	Soy capaz de depender de mi mismo más que otros	1	2	3	4	5	6	7
4	Mantener el interés en las cosas es importante para mi	1	2	3	4	5	6	7
5	Puedo estar sólo si es necesario	1	2	3	4	5	6	7
6	Siento orgullo por haber obtenido cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7	Normalmente consigo las cosas sin mucha preocupación	1	2	3	4	5	6	7
8	Me quiero a mi mismo	1	2	3	4	5	6	7
9	Siento que puedo ocuparme de varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10	Soy decidido en las cosas que hago en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
11	Rara vez pienso sobre por qué suceden las cosas	1	2	3	4	5	6	7

12	Hago las cosas de una, cada día	1	2	3	4	5	6	7
13	Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades anteriores	1	2	3	4	5	6	7
14	Soy disciplinado en las cosas que hago	1	2	3	4	5	6	7
15	Mantengo el interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16	Normalmente puedo encontrar un motivo para reír.	1	2	3	4	5	6	7
17	Creer en mí mismo me hace superar momentos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18	En una emergencia, las personas pueden contar conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
19	Normalmente trato de mirar una situación desde distintos puntos de vista	1	2	3	4	5	6	7
20	A veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera hacerlas	1	2	3	4	5	6	7
21	Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22	No me quedo pensando en las cosas que no puedo cambiar	1	2	3	4	5	6	7
23	Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24	Tengo energía suficiente para lo que necesito hacer	1	2	3	4	5	6	7
25	Es normal que existan personas a las que no les caigo bien	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud.

Modo de calificar:

Indicadores:

0 sin problemas

1 con problemas moderados

2 con problemas severos

De forma global para evaluar la calidad de vida se debe contabilizar cuantos ítems tiene rayados ya sea de: sin problemas, con problemas moderados o con problemas severos, los resultados serán de acuerdo al número de indicadores, y se dará una calidad de vida sin problemas, con problemas moderados o con problemas severos

Movilidad

0.- No tengo problemas para caminar

1.- tengo algunos problemas para caminar

2.- tengo que estar en cama

Cuidado personal

0.- No tengo problemas con el cuidado personal

1.- tengo algunos problemas para lavarme o vestirme

2.- soy incapaz de lavarme y vestirme

Actividades cotidianas

0.- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas

1.- tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas

2.- soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor y malestar

0.- No tengo dolor ni malestar

1.- tengo moderado dolor y malestar

2.- tengo mucho dolor y malestar

Ansiedad y depresión

0.- No estoy ansioso ni deprimido

1.- estoy moderadamente ansioso ni deprimido

2.- estoy muy ansioso y deprimido