

# UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



### RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DIAGNÓSTICADOS EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA 2013

Tesis presentada por las Bachilleres:

IVETTE IVONNE GARCÍA PAREDES  
CLAUDIA PATRICIA BENGOA URIZAR

Para optar el Título Profesional de:  
**LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA – PERÚ**  
**2013**

## PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE SANTA MARÍA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA 2013.** Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Octubre del 2013

---

*Ivette Ivonne García Paredes*

---

*Claudia Patricia Bengoa Urizar*

## INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

**A :** **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

**DE :** **Dra. Dominga Vargas de Flores**  
Asesora del Estudio de Investigación

**ASUNTO :** **Asesoría de Tesis Titulada:**  
  
RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA EN  
PACIENTES CON CÁNCER DIAGNOSTICADOS EN LA LIGA DE  
LUCHA CONTRA EL CÁNCER, AREQUIPA 2013

**AUTORAS :** IVETTE IVONNE GARCÍA PAREDES  
CLAUDIA PATRICIA BENGUA URIZAR

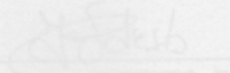
**FECHA :** Arequipa, 14 de Agosto del 2013

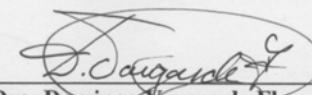
**Antecedentes :** La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Abril a Agosto del 2013, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Hipótesis, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se han considerado tablas estadísticas.

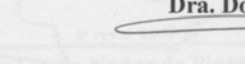
**Apreciación Personal :** Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,

  
Dra. Luz Mercedes de Delgado  
Presidenta

  
Lic. Yenny Yáñez de Barra  
Secretaria

  
Dra. Dominga Vargas de Flores

  
Dra. Gloria Nández de Pinto  
Miembro Integrante



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

**A** : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

**DE** : **Jurado Dictaminador**

**ASUNTO** : **Dictamen de Borrador de Tesis:**  
**RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA  
EN PACIENTES CON CÁNCER DIAGNOSTICADOS EN LA  
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER, AREQUIPA 2013**

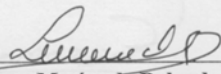
**AUTORAS** : **IVETTE IVONNE GARCÍA PAREDES  
CLAUDIA PATRICIA BENGUA URIZAR**

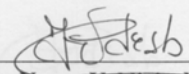
**FECHA** : **Arequipa, 14 de Octubre del 2013**

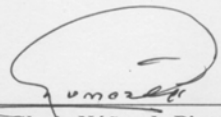
Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de Sustentación de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,

Atentamente,

  
**Dra. Lupe Mesías de Delgado**  
Presidenta

  
**Lic. Yenny Valdivia de Ibarra**  
Secretaria

  
**Dra. Gloria Núñez de Pinto**  
Miembro Integrante



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

**A** : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

**DE** : **Jurado Dictaminador**

**ASUNTO** : **Dictamen de Proyecto de Tesis:**  
**RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA  
EN PACIENTES CON CÁNCER DIAGNOSTICADOS EN LA  
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER, AREQUIPA 2013**

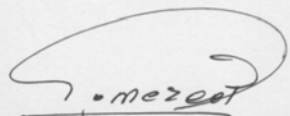
**AUTORAS** : **IVETTE IVONNE GARCÍA PAREDES  
CLAUDIA PATRICIA BENGOA URIZAR**

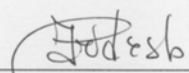
**FECHA** : **Arequipa, 17 de Mayo del 2013**

---

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,

  
Dra. Gloria Núñez de Pinto  
Miembro del Jurado Dictaminador

  
Lic. Yenny Valdivia de Ibarra  
Miembro del Jurado Dictaminador



***Un profundo agradecimiento***

*A la Facultad de Enfermería por la formación académica recibida*

*A nuestros docentes, quienes nos han enseñado y formado durante nuestra  
años de formación profesional*

*A Dios por ser, estar y existir*

*A mis padres, con profunda gratitud*

*A mis hermanos por su permanente  
apoyo*

***Ivette***



*A Dios por ser, estar y existir*

*A mis padres, con mi eterna gratitud*

***Claudia***

## INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	10
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCION	14

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. Enunciado del Problema	15
1.2. Descripción del Problema	15
1.3. Justificación	17
2. OBJETIVOS	18
3. MARCO TEÓRICO	19
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	51
4. HIPÓTESIS	52

### CAPITULO II

#### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO	53
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	53
2.1. Ubicación Espacial	53
2.2. Ubicación Temporal	53
2.3. Unidades de Estudio	53
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
4. CRONOGRAMA DE TRABAJO	56

## CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	57
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	80



## INDICE DE ILUSTRACIONES

<b>TABLAS</b>	<b>PÁG</b>
1. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	58
2. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN GÉNERO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	59
3. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	60
4. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	61
5. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO CIVIL. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	62
6. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN TIPO DE FAMILIA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	63
7. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN TIPO DE CÁNCER. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	64
8. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	65
9. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN TRATAMIENTO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	66
10. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILENCIA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	67
11. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILENCIA POR LA EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013	68

12. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILENCIA POR GÉNERO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013 69
13. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013 70
14. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR OCUPACIÓN. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013 71
15. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR EL ESTADO CONYUGAL. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013 72
16. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR TIPO DE FAMILIA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013 73
17. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR TIPO DE CÁNCER. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013 74
18. PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR TIPO DE TRATAMIENTO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013 75

## RESUMEN

### RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DIAGNÓSTICADOS EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA 2013

Presentado por los Bachilleres en Enfermería: IVETTE IVONNE GARCÍA PAREDES y CLAUDIA PATRICIA BENGOA URIZAR, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Apartado Postal 1350, Arequipa – Perú.

#### OBJETIVOS

- Identificar los niveles de resiliencia en pacientes con diagnóstico de cáncer en la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa.
- Precisar las características sociodemográficas que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer en la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa.
- Establecer el tipo de relación entre las características sociodemográficas y los niveles de resiliencia que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer en la Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa.

#### HIPOTESIS

Dado que los pacientes oncológicos muestran diferentes respuestas a la patología neoplásica, es probable que las características sociodemográficas: edad, género, nivel de Instrucción, Ocupación, Estado Conyugal y Tratamiento intervienen directamente en los niveles de resiliencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer en la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa.

#### METODOLOGÍA

Como técnica se usó la Encuesta y como instrumentos la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la Ficha de Recolección de Datos, el cual fue aplicado a 25 pacientes.

#### CONCLUSIONES

PRIMERA: Los pacientes con diagnóstico de cáncer en proceso de tratamiento, de la liga de lucha contra el Cáncer, presentan en una cuarta parte alto nivel de resiliencia, en una segunda cuarta parte, nivel moderado y en más de la mitad, nivel escaso.

SEGUNDA: Las características sociodemográficas que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer son: edad que corresponde al adulto maduro y adulto mayor, género femenino, buen nivel de instrucción, con ocupaciones de trabajo independiente, empleado y de su casa; de estado civil casado/a, procedente de familias integradas, con un tiempo de enfermedad de meses a tres años y en una mayoría con tratamiento de más de dos tipos (quimioterapia-radioterapia y cirugía).

TERCERA: Los pacientes diagnosticados con cáncer en la Liga de Lucha Contra el Cáncer tienen características sociodemográficas que no se relacionan con los niveles de resiliencia.

#### RECOMENDACIONES

Se sugiere al personal que trabaja en los Centros Detectores del Cáncer en Arequipa:

- Formación de las llamadas comunidades resilientes y que éstas consideren un tratamiento específico para lograr el equilibrio y poder enfrentar la tensión con compromiso y deseo de superación, positividad de sí mismo, responsabilidad y creatividad.
- Incluir un programa de seguimiento de pacientes para evaluar logros acerca de afrontamiento a su enfermedad.

IVETTE IVONNE GARCÍA PAREDES, Urb. Alto de la Luna G2-4. J.L.B. y Rivero. Teléf.: 427463

CLAUDIA PATRICIA BENGOA URIZAR, Calle Octavio Muñoz Nájjar 131. Cercado. Teléf.: 212108

Arequipa – Perú  
2013

## ABSTRACT

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS RELATIONSHIP WITH THE LEVEL OF RESILIENCE IN CANCER PATIENTS DIAGNOSED IN THE LEAGUE AGAINST CANCER. Arequipa 2013

Presented by the Bachelors in Nursing: IVETTE IVONNE CLAUDIA PATRICIA GARCIA PAREDES and URIZAR BENGOA to obtain the Professional Title LICENSED NURSING CATHOLIC UNIVERSITY OF SANTA MARIA, located in the urbanization San Jose S / N Umacollo. Telephone 251210, Fax 054-219283, PO Box 1350, Arequipa - Peru.

### OBJECTIVES

- Identify resilience levels in patients diagnosed with cancer in the Cancer League of Arequipa.
- Specify the sociodemographic characteristics present in patients diagnosed with cancer in the Cancer League of Arequipa.
- Set the type of relationship between sociodemographic characteristics and resilience levels present in patients diagnosed with cancer in the Cancer League of Arequipa.

### HYPOTHESIS

Since cancer patients show different responses to neoplastic disease, it is likely that the sociodemographic characteristics: age, gender, level of Education, Occupation, Marital Status and Treatment directly involved in resilience levels of patients diagnosed with cancer in the League Against Cancer of Arequipa.

### METHODOLOGY

As the survey technique was used as a Resilience Scale instruments and Wagnild and Young and Data Collection Sheet, which was applied to 25 patients.

### CONCLUSIONS

FIRST: The diagnosis of cancer patients undergoing treatment, League of fight against cancer, a quarter have high level of resilience, in the second quarter, moderate and more than half, low level.

SECOND: The sociodemographic characteristics present in patients diagnosed with cancer are: age group for mature and elderly adult, female, well educated, working with independent occupations, employee and of his house Marital status Married / a, from integrated families with a sick time from months to three years and treated a majority of more than two types (chemotherapy, radiotherapy and surgery).

THIRD: In cancer patients diagnosed in the League of fight against cancer directly sociodemographic characteristics of resilience levels.

### RECOMMENDATIONS

It is suggested to staff working in Cancer Centers in Arequipa detectors consider:

- The formation of so-called resilient communities and that they consider specific treatment to achieve balance and to cope with stress with commitment and desire to succeed, positive self, responsibility and creativity.
- To include a monitoring program to assess achievements patients about coping with their illness.

IVONNE IVETTE GARCIA PAREDES, Urb. Alto de la Luna G2-4. J.L.B. y Rivero. Phone number: 427463  
CLAUDIA PATRICIA BENGOA URIZAR, Octavio Muñoz Najar St. 131, Cercado. Phone number: 212108

Arequipa – Peru  
2013

## INTRODUCCION

Una de las grandes luchas que tiene que enfrentar una persona es cuando se le da el diagnóstico de cáncer; esta enfermedad de inicio silencioso que es capaz de acabar con las esperanzas de vida sino se detecta a tiempo. El cáncer afecta a hombres y mujeres de todas las edades. Según la OMS, la mortalidad mundial registradas en el año 2009, supera el 1'000.000 de personas con cáncer.<sup>1</sup>

En la actualidad, se cuenta con métodos de detección temprana de esta enfermedad y de terapias dirigidas a blancos específicos, pero no se ha estudiado lo suficiente el aspecto personal en cuanto a cómo actuar frente al problema, nos estamos refiriendo a la resiliencia.

Es conocido que en las escuelas como ocurre también en salud, habitualmente hay mayor empeño en estudiar los problemas en el caso de salud nos fijamos más en la epidemiología, tratamiento, cuidados y/u otras falencias, en lugar de buscar y desarrollar virtudes y fortalezas para hacer frente a las adversidades sociales con actitudes, comportamiento adecuados, y así lograr un bienestar personal, familiar y social en general.

Por eso y para empezar, una actitud constructora de resiliencia en salud implica buscar todo indicio previo de resiliencia, rastreando las ocasiones en las que tanto pacientes como familiares sortearán, superarán, sobrellevarán y vencerán las adversidades (problemas de salud).

De ahí la necesidad de investigar sobre el tema de resiliencia en cáncer, tomando como unidades de investigación a personas, que fueron diagnosticados en la Liga de Lucha Contra el Cáncer. Para realizarlo, se ha confiado en los pacientes adultos para la obtención de los datos, los que analizados e interpretados nos han inducido a la apertura de resultados que van a aportar beneficios tanto a los pacientes como a los profesionales de las ciencias de la salud, en la especialidad de oncología.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Washington 2010.

# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del problema

RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DIAGNÓSTICADAS EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA 2013

#### 1.2. Descripción del Problema

##### 1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Enfermería
- c. Línea : Salud del Adulto

##### 1.2.2. Análisis de Variables

El estudio tiene dos variables:

V. Dependiente: Resiliencia

V. Independiente: Características Sociodemográficas

Variable	Indicadores	Subindicadores
<b>V. Independiente</b> <b>Características</b> <b>Sociodemográficas</b>	1. Edad	1.1. Fecha de nacimiento (años)
	2. Sexo	1.1. Masculino 1.2. Femenino
	3. Nivel de Instrucción	3.1. Primaria 3.2. Secundaria 3.3. Superior 3.4. Sin instrucción
	4. Ocupación	4.1. Su casa 4.2. Desocupado 4.3. Jubilado 4.4. Independiente 4.5. Empleado
	5. Estado Civil	5.1. Soltero 5.2. Separado 5.3. Conviviente 5.4. Casado
	6. Tipo de familia	6.1. Disgregada 6.2. Integrada
	7. Tipo de Cáncer	7.1. Cuello uterino 7.2. Mamá 7.3. Próstata 7.4. Colon 7.5. Piel 7.6. Tiroides 7.7. Hígado 7.8. Pulmón 7.9. Estomago
	8. Tiempo de Enfermedad	9.1. < 1 año 9.2. 1 – 3 años 9.3. 4 a 6 años 9.4. > 6 años
	9. Tratamiento	9.1. Cirugía + Quimioterapia 9.2. Quimioterapia 9.3. Radioterapia + Quimioterapia 9.4. Mixto
<b>V. Dependiente</b> <b>Resiliencia</b>	1. Nivel de Resiliencia	1.1. Alto 1.2. Mediano 1.3. Escaso

### 1.2.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son los niveles de resiliencia en pacientes con diagnóstico de cáncer en La Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer en La Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa?
3. ¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas con los niveles de resiliencia que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer en La Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa?

### 1.2.4. Tipo y Nivel de Investigación

- a. Tipo : De campo
- b. Nivel : Relacional, de corte transversal.

## 1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Es un tema de actualidad, ya que la resiliencia es un término de uso reciente y frecuente que implica la habilidad de una persona para surgir de la adversidad, para adaptarse y recuperarse ante situaciones adversas y acceder a una vida significativa y productiva.

Su pertinencia radica, en que las características sociodemográficas muchas veces van asociadas a los niveles de resiliencia en pacientes con cáncer que cobra cada día mayor importancia, ya que esta enfermedad afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta durante la rutina cotidiana y en los planes para el futuro.

Posee relevancia social, debido a que la información que se obtendrá nos servirá para mejorar la adaptación del paciente y su familia ante esta situación, preparándolos emocional y cognitivamente para su conducta en la rutina cotidiana frente a la presencia de esta enfermedad en el entorno familiar.

Posee relevancia humana, ya que se busca que la persona adquiera habilidad para surgir de la adversidad, para adaptarse y recuperarse ante situaciones adversas y

acceder a una vida significativa y productiva, ya que el cáncer afecta profundamente no solo al sistema familiar sino a la calidad de vida de la persona enferma.

Asimismo, el estudio se enmarca en una relevancia científica por el hecho que permite a las autoras la oportunidad de revisar bibliografía en relación al tema de la investigación, así como ofrecer resultados que permitan el fortalecimiento de los conocimientos de Enfermería.

Es de esperar que aquellos pacientes que tengan una buena capacidad de resiliencia tenga también mayores posibilidades de afrontar mejor su enfermedad y lograr una respuesta más positiva, dada la influencia del estado mental en la capacidad inmunológica.

Motiva la realización de la presente investigación, la experiencia personal que tenemos como estudiantes, al haber observado diferentes reacciones en pacientes que son diagnosticados con cáncer y las diferentes formas en que aceptan y llevan la enfermedad y el considerar la importancia de conocer los niveles de resiliencia en pacientes con cáncer y los factores que pueden favorecer una capacidad más positiva.

## **2. OBJETIVOS**

- 2.1. Identificar los niveles de resiliencia en pacientes con diagnóstico de cáncer en La Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa.
- 2.2. Precisar las características sociodemográficas que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer en La Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa.
- 2.3. Establecer el tipo de relación entre las características sociodemográficas con los niveles de resiliencia que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer en La Liga de Lucha Contra el Cáncer de Arequipa.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. RESILIENCIA

La resiliencia es un conjunto de atributos y habilidades innatas para afrontar adecuadamente situaciones adversas, como factores estresantes y situaciones riesgosas.

Algunos autores definen a la Resiliencia como la capacidad de respuesta inherente al ser humano, a través del cual se generan respuestas adaptativas frente a situaciones de crisis o de riesgo. Esta capacidad deriva de la existencia de una reserva de recursos internos de ajuste y afrontamiento, ya sean innatos o adquiridos. De este modo la resiliencia refuerza los factores protectores y reduce la vulnerabilidad frente a las situaciones riesgosas (abuso de drogas, suicidio, embarazo temprano, fugas de hogar, etc.).

En psicología, el término resiliencia refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a tragedias o períodos de dolor emocional. Cuando un sujeto o grupo humano es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponer a contratiempos o, incluso, resultar fortalecido por los mismos. El concepto de resiliencia se corresponde con el término entereza.

El concepto fue introducido en el ámbito psicológico hacia los años 70 por el psiquiatra Michael Rutter, directamente inspirado en el concepto de la física. En la opinión conductista de Rutter, la resiliencia se reducía a una suerte de “flexibilidad social” adaptativa.<sup>2</sup>

El concepto se profundizó al trascender a conductismo, por ejemplo, con las investigaciones del etólogo Boris Cyrulnik, quien amplió el concepto de resiliencia observando a los sobrevivientes de los campos de concentración.

Existen dos tipos de resiliencia:

- Resiliencia frente a las adversidades.
- Capacidad de aprender de las derrotas y reorientarse.

---

<sup>2</sup>Vera Poseck, Beatriz y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, en Revista de Psicología Positiva, 2004, 1.

### 3.1.1. Pilares de la Resiliencia

Son los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Así se describieron los siguientes<sup>3</sup>:

- **Autoestima consistente.** Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.
- **Introspección.** Es el arte de preguntar a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De allí la posibilidad de captación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.
- **Independencia.** Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.
- **Capacidad de relacionarse.** Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.
- **Iniciativa.** El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- **Humor.** Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas

---

<sup>3</sup>Melillo Aldo y Suarez Ojeda Néstor. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas Buenos Aires, Paidós, 2001.

- **Creatividad.** La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.
- **Moralidad.** Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.
- **Capacidad de pensamiento crítico.** Es un pilar de segundo grado, fruto de las combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto (Melillo, 2002)

### 3.1.2. Factores de riesgo

Estos deben ser vistos como un resultado de la estrecha interacción individuo – ambiente donde cada una de estas dos partes juega un papel activo. Es decir, el individuo no debe considerarse un receptor pasivo de los diferentes estímulos, por el contrario se encuentra constantemente modulando la incidencia a estos con su conducta, sus efectos en la determinación del carácter de riesgo. En este proceso de modulación se mezclan componentes genéticos, psicológicos, sociales y situacionales.

Esto supone además, el carácter específico de los mecanismos implicados en la determinación del riesgo: en cada individuo tendrá una dinámica propia, única, que dependerá de la articulación de los componentes referidos con anterioridad<sup>4</sup>.

La resiliencia es en términos de ingeniería, la capacidad de un material para recobrar su forma original, después de someterse a una presión deformadora. En este trabajo, sin embargo, retomamos la más reciente acepción de esta palabra, que designa la capacidad de una persona para superar bien las condiciones adversas de la vida.

---

<sup>4</sup>Boris Cyrulnik. La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Barcelona. Granica.2001.

Por lo general, la resiliencia ha sido estudiada en lo referente a la manera sorprendente de muchos niños y niñas maltratados de distintas formas para sobreponerse y mantener su vitalidad y esperanza.

Como seres humanos, pese a vivir en diferentes condiciones cada ser, por lo menos en algún momento de la vida los problemas nos han hecho tocar fondo. De hecho, a veces se ha dicho que hay que tocar fondo para poder tomar conciencia y levantarse. Puesto que si nos dejáramos arrollar por ese tipo de situación, nuestras vidas perderían toda conducción y sentido.

Pese a todo el potencial social constructivo que implica, no se ha pensado en la posibilidad de plantear la resiliencia como un ejemplo para todos y todas, en nuestro crítico contexto de vida.

### **3.1.3. Factores protectores**

Estos son considerados como algo que opera para mitigar los efectos del riesgo. Se consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que el individuo resista o aminore los efectos del riesgo, por tanto, reduce la posibilidad de disfunción y problemas en estas circunstancias; como los factores de riesgo, los protectores involucran también variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos y situaciones sociales.

Dentro de los personales, se incluyen características temperamentales que provocan respuestas positivas en los padres y cuidadores y autonomía combinada con la capacidad de pedir ayuda. En la niñez más tardía así como en la adolescencia, se tienen las habilidades comunicativas y de resolución de problemas, competencia escolar, sentido del humor, autoestima elevada, creatividad, autonomía, tolerancia a las frustraciones entre otras.

Al interior de la familia se han definido factores, como presencia de apoyo incondicional por al menos una persona competente y emocionalmente estable, creencias religiosas que promueven la unidad familiar y la búsqueda de significados en los tiempos difíciles.

Dentro del ámbito comunitario se han considerado los siguientes: presencia de padres y personas mayores en la comunidad que brinde la posibilidad de transiciones positivas en la vida como programas de educación comunitaria a padres, participación activa en una comunidad religiosa<sup>5</sup>.

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo no actúan aisladamente en el niño, sino ejerciendo un efecto de conjunto donde se establecen complejas relaciones funcionales que en definitiva traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y eventos estresantes. Este proceso es denominado moderación del stress. El conocimiento de este proceso es imprescindible para comprender los mecanismos que subyacen a los factores protectores y a la resiliencia en general.

#### **3.1.4. Resiliencia y religión**

El concepto de que la religión y la espiritualidad son importantes para la mayoría de las personas en la población general. Más del 90% de los adultos afirman creer en Dios y un número levemente superior a 70% de las personas entrevistadas identificó la religión como una de las influencias más importantes de sus vidas.<sup>6</sup> Los pacientes como las personas de la familia encargadas de su cuidado en general recurren a lo espiritual y religiones específicas, ya sean reconocidas o consideradas por el personal médico, estas necesidades, aunque generalizadas, pueden tomar diferentes formas en las diversas culturas y aún dentro de una misma cultura.<sup>7</sup> Se ha demostrado que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con medidas de adaptación y con el tratamiento de síntomas en pacientes con cáncer. Los mecanismos religiosos y espirituales de adaptación se han relacionado con índices inferiores de incomodidad, así como menor hostilidad, ansiedad y aislamiento social de los pacientes de cáncer y de los familiares encargados de su cuidado. Características específicas de creencias religiosas sólidas, como esperanza, optimismo, falta de arrepentimiento y satisfacción por la vida se han asociado

---

<sup>5</sup>Vanistendael Stefan y Lecomte Jacques, La felicidad es posible, Barcelona, Gedisa, 202

<sup>6</sup>Gallup GH JR. Religion in American 2001: Will the Vitality of the Church Be the Surprise of the 21 st. Century? Princeton, N.J. Princeton Religion Research Center, 2006.

<sup>7</sup>TaleghaniF, YektaZP, NasrabadiAn: Coping with breast cáncer in newly diagnosed Iranian women. Adv. Nurs 54 (3): 265-72; discussion 272-3, 2006.

también con mejor adaptación al cáncer. La forma en la que se maneja los asuntos religiosos puede influir en la calidad de vida.<sup>8</sup>

### 3.1.5. Resiliencia y salud mental

Es muy ilustrativo comparar los conceptos básicos de salud mental y los de resiliencia, que presentan en común sugestivas definiciones:

SALUD MENTAL	RESILIENCIA
Proceso determinado histórico y culturalmente en cada sociedad. Se preserva y mejora por un proceso de construcción social.	Conjunto de procesos sociales intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.
Parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y emocional.	Depende de cualidades positivas del proceso interactivo del sujeto con los otros humanos, responsable en cada historia singular de la construcción de sistema psíquico humano.

Estas coincidencias nos llevan a pensar que lo que se entiende como promoción de la resiliencia en el marco de una comunidad, al producir capacidad de resistir las adversidades y agresiones de un medio social sobre el equilibrio psicofísico de los componentes de una comunidad, niños, adolescentes y adultos, produce salud mental.

### 3.1.6. Resiliencia y familia

Es un factor preponderante en la formación de personas sanas física y psíquicamente, en la formación del individuo, pero este modelo de familia es el clásico y las condiciones en que se desenvuelve la sociedad no son las apropiadas para que esto sea un bien común.

Si un niño tiene sus necesidades básicas llenas, tiene más opciones de éxito en el futuro, si a esto le añadimos el contacto físico, las caricias y el respeto de sus padres

<sup>8</sup>Weisman AD. Worden JW: The existencial plight in cáncer: significance of the first: 100 days. Int. J. PsychiatriaMed 7 (1): 1-15. 2001-77

o familiares, su desarrollo en todos los aspectos será armónico.

Pero en el caso de la resiliencia, ella busca restituir corazones heridos y darles la posibilidad de emprender un proceso de rehumanización a los niños de la calle, a los refugiados, a las mujeres mal tratadas, a los grupos que han sufrido la crueldad institucionalizada para la formación de familias resilientes impulsadas por promotores sociales, de salud, voluntarios, expertos en educación y en desarrollo.<sup>9</sup>

### **3.1.7. Resiliencia y comunidad**

Se trata de una concepción latinoamericana desarrollada teóricamente por E. Néstor Suárez Ojeda (2001), a partir de observar que cada desastre o calamidad que sufre una comunidad, que produce dolor y pérdida de vidas y recursos, muchas veces genera un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante. Eso permitió establecer los pilares de la resiliencia comunitaria: autoestima colectiva, que involucra la satisfacción por la pertenencia a la propia comunidad; identidad cultural, constituida por el proceso interactivo que a lo largo del desarrollo implica la incorporación de costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, canciones, etcétera, proporcionando la sensación de pertenencia; humor social consistente en la capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia para poder superarla; honestidad estatal, como contrapartida de la corrupción que desgasta los vínculos sociales; solidaridad, fruto de un lazo social sólido que resume los otros pilares.<sup>10</sup>

### **3.1.8. Resiliencia y educación**

La cuestión de la educación se vuelve central en cuanto a la posibilidad de fomentar la resiliencia de los niños y los adolescentes que puedan enfrentar su crecimiento e inserción social del modo más favorable.

Lamentablemente, en las escuelas como ocurre también en salud, habitualmente se pone el mayor empeño en detectar los problemas, déficit y falencias, en fin, en lugar

---

<sup>9</sup>Cyrułnik, Boris. *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*, Barcelona, Gedisa, 2002.

<sup>10</sup>Manciaux, Michel (comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Barcelona, Gedisa, 2003.

de buscar y desarrollar virtudes y fortalezas. Por eso y para empezar, una actitud constructora de resiliencia en la escuela implica buscar todo indicio previo de resiliencia, rastreando las ocasiones en las que tanto docentes como alumnos sortearon, superaron, sobrellevaron o vencieron la adversidad que enfrentaban y con qué medios lo hicieron.

El Informe Delors de la UNESCO de 1996 especificó como elementos imprescindibles de una política educativa de calidad, la necesidad de que ésta abarque cuatro aspectos: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir con los demás y aprender a ser. Los dos primeros aspectos son los que se enfatizan tradicionalmente y se trata de medir para justificar resultados. Los dos últimos son los que hacen a la integración social y a la construcción de ciudadanía. Para el desarrollo de los últimos y también de los primeros, sirven los programas que promueven la resiliencia en las escuelas.<sup>11</sup>

La construcción de la resiliencia en la escuela implica trabajar para introducir los siguientes seis factores constructores de resiliencia:

1. Brindar afecto y apoyo proporcionando respaldo y aliento incondicionales, como base y sostén del éxito académico. Siempre debe haber un "adulto significativo" en la escuela dispuesto a "dar la mano" que necesitan los alumnos para su desarrollo educativo y su contención afectiva.
2. Establecer y transmitir expectativas elevadas y realistas para que actúen como motivadores eficaces, adoptando la filosofía de que "todos los alumnos pueden tener éxito".
3. Brindar oportunidades de participación significativa en la resolución de problemas, fijación de metas, planificación, toma de decisiones (esto vale para los docentes, los alumnos y, eventualmente, para los padres). Que el aprendizaje se vuelva más "práctico", el currículo sea más "pertinente" y "atento al mundo real" y las decisiones se tomen entre todos los integrantes de la comunidad educativa. Deben poder aparecer las "fortalezas,, o destrezas de cada uno.

---

<sup>11</sup>Henderson Nan y NULSTEEO Mike. Resiliencia en la escuela, Buenos Aires, Paidós, 2003.

4. Enriquecer los vínculos pro-sociales con un sentido de comunidad educativa. Buscar una conexión familia-escuela positiva.
5. Es necesario brindar capacitación al personal sobre estrategias y políticas de aula que trasciendan la idea de la disciplina como un fin en sí mismo. Hay que dar participación al personal, los alumnos y, en lo posible, a los padres, en la fijación de dichas políticas. Así se lograrán fijar normas, límites claros y consensuados.
6. Enseñar "habilidades para la vida": cooperación, resolución de conflictos, destrezas comunicativas, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones, etcétera. Esto sólo ocurre cuando el proceso de aprendizaje está fundado en la actividad conjunta y cooperativa de los estudiantes y los docentes.

### 3.1.9. Categorización de sujetos respecto de la resiliencia

Se categorizan los sujetos en no-resilientes y pro-resilientes, existiendo una gradación intermedia. Se observa que a mayor actividad cognitiva y a mayor capacidad intelectual aumenta la resiliencia, no sólo emocional, sino de las neuronas de los sujetos. Ciertamente que no es absoluta la relación «mayor nivel intelectual = mayor resiliencia», pero estadísticamente es muy frecuente. El sujeto con mayores conocimientos y mayor capacidad intelectual puede procesar y elaborar más eficazmente los traumas y los factores distresantes<sup>12</sup>.

Ante situaciones de catástrofe (natural o provocada por el ser humano) se debe considerar la formación de las llamadas comunidades resilientes y para éstas un tratamiento específico. Teniendo en consideración que la resiliencia psíquica es el resultado de múltiples procesos que contrarrestan las situaciones nocivas, se trata de una dinámica en la cual se podrían señalar las siguientes etapas:

- Defensa y protección
- El equilibrio que enfrenta a la tensión
- Compromiso y desafío
- La superación

---

<sup>12</sup>Melillo, Aldo y Suarez Ojeda, Néstor. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas, (comps)*., Buenos Aires, Paidós, 2001,

- La significación y valoración
- La positividad de sí mismo
- La responsabilización
- La creatividad

Clínicamente se hace una diferenciación neurobiológica entre las personalidades no-resilientes y las pro-resilientes en situaciones de estrés postraumático. En los sujetos no-resilientes o poco resilientes se observan fenómenos llamados de alta *callmemory*; tal *callmemory* se define por la frecuencia e intensidad en que se reactiva en la memoria consciente el momento traumático o altamente distresor. Desde la perspectiva clínica, tales reminiscencias traumáticas se pueden presentar como *flash-backs* o como pensamientos intrusivos, siempre de modo compulsivo.<sup>13</sup>

La investigación neurológica ha demostrado que tales evocaciones del trauma se generan con activaciones autónomas de diversas partes del cerebro, en especial las de la memoria y las de vigilancia, es decir, región del cerebro tales como los núcleos de la amígdala, el lugar azul o locus coeruleus, el hipocampo, y luego el neocórtex.

### 3.1.10. Neuroquímica

El estrés (sufrimiento psicológico) provoca en el sujeto modificaciones bioquímicas que son perceptibles en los análisis.

El cortisol está vinculado con un incremento de la vigilancia o el estado de alerta, así como de la atención focal. Por otra parte, el exceso de cortisol implica déficit en el desarrollo, la reproducción y en respuestas inmunes adecuadas. En síntesis: el cortisol atenta contra la resiliencia. La testosterona, en sujetos (cualquiera que sea su sexo) bajo estrés, disminuye la tasa de testosterona; tal disminución de la testosterona implica un menor grado de autoconfianza, disminución de la proactividad, reducción de la capacidad de atención, incremento de la depresión anímica, menor capacidad para efectuar pensamientos asertivos o creativos, o dificultad para buscar y encontrar

---

<sup>13</sup> Vera Poseck. Beatriz. Carbelo Baauero. Beaña v Vecina Jiménez. M' Luisa (2006): "La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento Dostraurnatim). *Papeles del Psicólogo*, vol. 27, n° 1. 40-49

soluciones o para ejercer el llamado pensamiento lateral. Las observaciones indican que la tasa de cortisol aumenta en la medida en que se incrementa el estrés negativo (distrés), si bien tiende a recuperarse su nivel, normal cuando cesa el distrés, pero tal homeostasis no ocurre con la testosterona. El distrés crónico produce un descenso de la tasa de testosterona y, una vez cesado el distrés, se mantiene baja la tasa sin una readaptación compensatoria. Esto explicaría (al menos parcialmente) lo observado en gente sometida a distrés intenso o crónico: poco pensamiento asertivo, poca creatividad, poca proactividad, frecuencia de ideas estereotipadas ("repetición de esquemas"), así como disfunciones sexuales. La galanina, originada en los intestinos, se distribuye luego por las arterias y vasos sanguíneos y llega así al sistema nervioso central, disminuyendo el riesgo de isquemias, principalmente de aquellas que pueden afectar la región prefrontal del cerebro, así como el hipocampo, hipotálamo, amígdala y locus coeruleus. Por tal motivo, al proteger los tejidos cerebrales, se observa que la galanina favorece la resiliencia.<sup>14</sup>

### 3.1.11. Lo que hace resiliente a las personas

Existen factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir o de cambio de las competencias cognoscitivas.

Una vez fortalecidos estos aspectos, que se conjugan en lo que llamamos espíritu, se refuerzan las posibilidades del grupo de apoyar a las personas como seres humanos íntegro, seguros y capaces de salir adelante. Por ello, es importante, además de desarrollar factores internos, afianzar los apoyos externos. Sin embargo, si la autoestima es baja o no se conjuga bien con las destrezas sociales, o si la esperanza en uno mismo no fluye o no se canaliza de la mejor manera y si se le quita al individuo el apoyo externo vuelven a derrumbarse.

A continuación detallamos diez puntos que fortalecen internamente el poder personal:

Trato estable con al menos uno de los padres u otra persona de referencia.

1. Apoyo social desde dentro y fuera de la familia

---

<sup>14</sup>Vera Poseck, Beatriz. Resistir y rehacerse: Una reconcentualización de la experiencia traumática de la psicología positiva, en Revista de Psicología Positiva, 2004; 1.

2. Clima educativo emocionalmente positivo, abierto, orientador y regido por normas.
3. Modelos sociales que estimulen un conductismo constructivo.
4. Balance de responsabilidades sociales y exigencia de resultados.
5. Competencias cognoscitivas.
6. Rasgos conductistas que favorecen a una actitud eficaz.
7. Experiencia de autoeficacia, confianza en uno mismo y concepto positivo de uno mismo.
8. Actuación positiva frente a los inductores del stress.
9. Ejercicio de sentido, estructura y significado en el propio crecimiento.

Son condicionantes externos los de carácter social, económico, familiar, institucional, espiritual, recreativo y religioso, los cuales son promovidos o facilitados por el ambiente, las personas, las instituciones y las familias que intervienen en la atención, el trato y el tratamiento de los grupos e individuos que están en situación de riesgo y vulnerabilidad. Al margen de los ya mencionados, caben otros ámbitos y claves que la resiliencia genera no pocos insisten en la necesidad de contar con buenos modelos de rol en la vida diaria especialmente cuando se trata de niños, personas de las cuales los individuos u otros niños pueden aprender. En la actualidad algunos educadores han desarrollado estas técnicas con experiencias realizadas en el campo con bosques, flores y demás. También constan entre los factores externos los factores de riesgo que pueden ser muchos, los cuales vulnerabilizan la integridad psíquica, moral, espiritual y social.

No basta con compartir su cotidianidad y diluirse en ella, ni reflexionar su problemática identificando los factores de riesgo que los llevó a tomar esta opción, pues sería vulnerabilizar aún más sus condiciones de vida, sobre todo se fomenta una doble estigmatización, marcándoles con una etiqueta como de callejero, drogadicto, etc.

En estos casos para Freire, un investigador Guatemalteco, es la luz interior la que en determinados casos sirve para determinar una decisión y tomar una oportunidad privilegiada que se presenta en el momento justo. Esto representa fortalecer los factores de protección que promueve la resiliencia, revalorizando el potencial interno y externo de cada persona para reconstruir su proyecto de vida personal y comunitaria.

Se puede considerar que las principales actitudes que fortalecen en los factores protectores o resilientes en los humanos son:

- Demostraciones físicas y verbales de afecto y cariño en los primeros cuatro años de vida.
- Reconocimiento y atención a sus éxitos y habilidades.
- Oportunidades de desarrollo de destrezas.
- Actitud de cultivo, cuidado y amor por parte de todos sus semejantes y especialmente de los encargados de su cuidado y protección.
- Apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

### 3.2. NEOPLASIA

Neoplasia es una alteración de la proliferación y muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor.

Una neoplasia (llamada también tumor o blastoma) es una masa anormal de tejido, producida por multiplicación de algún tipo de células; esta multiplicación es descoordinada con los mecanismos que controlan la multiplicación celular en el organismo, y los supera. Además, estos tumores, una vez originados, continúan creciendo aunque dejen de actuar las causas que los provocan. La neoplasia se conoce en general con el nombre de cáncer.

La mayoría de las neoplasias se manifiestan macroscópicamente por una masa localizada, más o menos delimitada, que altera la arquitectura del órgano. Cuando la neoplasia aún no es visible a ojo desnudo, el examen microscópico revela distorsión local de la anatomía microscópica del órgano o tejido afectado.

Las células de la neoplasia son descendientes de células del tejido en que se origina, las que en algún momento expresan una alteración interna mediante la proliferación descontrolada. Si el aporte nutricional y de oxígeno son adecuados puede alcanzar varios kilos de peso, aunque esto es infrecuente.

### 3.2.1. ESTRUCTURA DE LAS NEOPLASIAS

Las neoplasias son una caricatura del órgano en que se producen. Están constituidas por parénquima y estroma. El parénquima de una neoplasia está formado por la estirpe celular que prolifera y es el componente neoplásico propiamente dicho, que tiende a asumir una disposición arquitectural más o menos similar a la del órgano de origen. El estroma neoplásico es la armazón de tejido conectivo donde se sustenta y prolifera la neoplasia y está proporcionada en parte por el organismo y en parte por tejido neoformado a partir de señales originadas en la misma neoplasia. Se ha demostrado experimentalmente que las células neoplásicas in vitro o en la cámara anterior del ojo se multiplican hasta formar una esfera de aproximadamente 1 mm de diámetro, persistiendo del mismo tamaño, a menos que sea penetrada por vasos sanguíneos. Al ocurrir esto, la neoplasia experimenta un crecimiento muy rápido (exponencial). La estimulación de la multiplicación de las células endoteliales y de la penetración de nuevos capilares al tumor se debe a un factor angiogénico producido por las mismas células neoplásicas.

Las neoplasias en las que el parénquima y el estroma están íntimamente mezclados, de modo que el tumor aparece como si fuera un solo tejido, se denominan tumores histioides; ejemplo: leiomioma, leiomiocarcinoma. Si ambos componentes están separados como en un órgano, entonces se habla de tumores organoides; ejemplo: papilomas, carcinomas.

Ocasionalmente algunas neoplasias presentan abundante estroma fibroso denso que predomina sobre el parénquima tumoral. Se les denomina tumores escirrosos o desmoplásticos y tienen consistencia leñosa. El mecanismo de la desmoplasia en el estroma neoplásico se debe a la estimulación de la proliferación fibroblástica y miofibroblástica en la matriz extracelular por sustancias secretadas por la neoplasia misma.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> KleferM. Patología General. 3ra Edición. Edit. Interamericana. México 2004. Pág. 29

### 3.2.2. CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

Las neoplasias pueden clasificarse según los siguientes criterios:

#### A. Evolución o comportamiento biológico

Las neoplasias según su evolución se clasifican en benignas y malignas. Las neoplasias benignas producen sólo alteración local, generalmente de orden mecánico como en el leiomioma uterino. En éstas rara vez ocurre la muerte, aunque dependiendo de factores topográficos o funcionales de la neoplasia misma pueden ser letales. Ejemplos: meningioma por compresión del cerebro, adenoma paratiroideo por hipercalcemia.

Las neoplasias malignas producen destrucción local, destrucción en sitios alejados y trastornos metabólicos generales. Provocan la muerte sino son tratadas adecuadamente y en el momento oportuno. Las neoplasias malignas reciben en conjunto el nombre de cáncer. Constituyen la segunda causa de mortalidad en Chile después de las enfermedades cardiovasculares.

El aspecto macroscópico y microscópico permite deducir en la mayoría de los casos si una neoplasia es benigna o maligna.

#### • Caracteres generales de las neoplasias benignas.

- Crecimiento lento (meses o años).
- Crecimiento expansivo
- Tumores redondeados, a veces capsulados, bien delimitados. Pueden ser extirpados quirúrgicamente por completo, sin que vuelvan a aparecer, o sea no hay recidiva.
- Células típicas del tejido en que se originan, o sea células muy bien diferenciadas.
- Mitosis escasas o ausentes.

- **Caracteres generales de los tumores malignos**

1) **Crecimiento rápido:** (semanas a meses), puede haber mitosis abundantes; necrosis, por crecimiento discordante entre parénquima y estroma. En las neoplasias malignas de superficies cutáneas o mucosas la necrosis da origen a úlceras (tumores ulcerados).

2) **Crecimiento infiltrativo e invasor, destructor:** Mal delimitados, irregulares según la resistencia relativa de los diversos tejidos a la invasión: el tejido conectivo laxo y el lumen de pequeños vasos linfáticos ofrecen poca resistencia a la invasión; las paredes arteriales, el hueso y el cartílago ofrecen mayor resistencia, pero pueden también ser invadidos.

La invasión se ha estudiado mejor en las neoplasias malignas epiteliales. Se ha determinado que la invasión tiene como fase crítica la penetración de la membrana basal. Se han identificado tres etapas:

a) **La unión a la matriz extracelular (MEC).** La unión inicial de las células tumorales incluye interacción con componentes tales como fibronectina, laminina, proteoglicanos y colágenos. Otras moléculas son las integrinas, que al unirse a fibronectina, por ejemplo orientarán componentes del citoesqueleto alterando la forma de la célula;

b) **Degradación de la MEC.** Después de unirse, las células neoplásicas secretarían enzimas que lisan colágeno IV, fibronectina y proteoglicanos. Las células neoplásicas producen tres tipos de proteasas: serina-proteinasas (activador de plasminógeno), cisteína proteinasas (catepsina) y metaloproteasas (estromalisina). Además, las células tumorales pueden estimular la secreción de colagenasa I por fibroblastos. Las

metaloproteinasas pueden ser secretadas por el tumor o más frecuentemente por fibroblastos del estroma bajo estímulo de las células tumorales mismas. Estas mismas células secretan inhibidores de metaloproteinasas, que inactivan tanto la proenzima como la enzima activa, de tal manera que la proteólisis resulta de un balance entre ambas acciones;

- c) **Movimiento en tejido intersticial.** Las células neoplásicas producen un factor autocrino de motilidad (AMF) que induce pseudopodios ricos en receptores para laminina y fibronectina. Se han identificado factores quimiotácticos (solubles) y haptotácticos (insolubles) que aumentan la motilidad celular. Varios factores estimulan la motilidad in vitro, i.e. factores secretados por el tumor, factores derivados del huésped, factores de crecimiento y componentes de la membrana basal como colágeno, laminina y fibronectina. Las células se mueven en forma ameboidea de forma similar a los leucocitos. Los mecanismos moleculares que controlan la motilidad y el control bioquímico del ensamblaje del citoesqueleto se desconocen.

#### **Formas especiales de invasión**

- a) Permeación linfática en la que el tumor invade hasta introducirse en un vaso linfático y crece en su lumen formando un cordón continuo de células neoplásicas que llega hasta un ganglio linfático. Desde allí puede proseguir por los vasos linfáticos y extenderse a ganglios u órganos distantes. Un ejemplo particular es la permeación linfática difusa (carcinomatosis linfática) del pulmón o linfangiosis carcinomatosa, en que los tabiques interlobulillares pulmonares aparecen ensanchados y la pleura muestra un reticulado lechoso muy prominente debido al engrosamiento

de los vasos linfáticos invadidos.

- b) Permeación venosa es la extensión del tumor por el lumen de vasos venosos, mediante un mecanismo similar al anterior. Ejemplos: vena porta en cáncer hepático, cava inferior en cáncer renal.

### 3.2.3. PREDISPOSICIÓN AL CÁNCER

Las observaciones en modelos experimentales y humanos muestran que hay ciertos factores generales que se asocian a mayor frecuencia de cáncer. Entre otros pueden mencionarse especie, raza, herencia, edad, sexo, etcétera.

- **Especie:** En el perro el tumor más frecuente es el cáncer de la mama; en el caballo el del testículo. En algunos casos la diferente predisposición puede deberse a diferencias enzimáticas. Por ejemplo, el perro y hombre tienen enzimas en el riñón que convierten la beta-2-naftilamina en un derivado cancerígeno. En otras especies la beta-2-naftilamina es convertida a otras sustancias no cancerígenas.
- **Raza:** Parece que son más importantes las costumbres y exposición a agentes ambientales que factores raciales intrínsecos. Ejemplo: disminución de frecuencia de cáncer gástrico y aumento del cáncer de intestino grueso en descendientes de japoneses que migran a Estados Unidos y siguen casándose con personas de raza japonesa.<sup>16</sup>
- **Herencia y alteraciones cromosómicas:**
  - a) Se hereda la tendencia a que se desarrolle el tumor en numerosas neoplasias como retinoblastoma, tumor de Wilms, cáncer mamario, neurofibromatosis, poliposis colónica familiar, etcétera:

**Retinoblastoma:** hereditario en 40% de los casos. Gen recesivo de mayor susceptibilidad en el cromosoma 13 (13q14).

---

<sup>16</sup>Mansilla P. Patología Clínica. 4ta Edición. Edit. Ameluz. Barcelona, 2004.

**Xerodermapigmentosum.** Enfermedad de la piel de herencia autosómica recesiva caracterizada por mayor frecuencia de carcinoma cutáneo debido a una mutación de endonucleasas reparativas del ADN. En las células de la piel las endonucleasas remueven las bases anormalmente ligadas a la cadena de ADN por la radiación ultravioleta y las reemplazan por pares normales. La deficiencia de esta enzima facilita la aparición de carcinomas a edad temprana.

**Síndromes de neoplasias endocrinas múltiples** (adenomas de glándulas endocrinas). Dominante. Síndrome de cáncer familiar: mama, endometrio. Síndrome de Li-Fraumeni: cáncer de mama, sarcomas.

- b)** Anomalías cromosómicas sin tendencia hereditaria que en el enfermo implican mayor susceptibilidad a desarrollar una neoplasia. Ejemplo: en el Síndrome de Down (trisomía 21) hay un riesgo 15 veces mayor de leucemia aguda linfoblástica y mieloblástica.
- 4) Edad:** En los niños son más frecuentes algunas leucemias y tumores del sistema nervioso. En jóvenes el linfoma de Hodgkin y el osteosarcoma. En ancianos los carcinomas y la leucemia linfática crónica.
- 5) Sexo:** Más frecuente en las mujeres el cáncer de tiroides y de la vesícula biliar.
- 6) Individuo:** No todas las personas expuestas a factores de riesgo desarrollan una neoplasia. Ejemplo: entre los fumadores hay individuos que sufren de cáncer y otros no.

La combinación de factores hereditarios y, principalmente ambientales, determina que en diversos países la frecuencia relativa de diferentes tumores no sea la misma. Por ejemplo, el origen más frecuente de los tumores que causan muertes en Estados Unidos es el siguiente: pulmón, intestino grueso, mama y próstata. En cambio en Chile el orden es: estómago, pulmón,

vesícula biliar, cuello del útero.

### 3.2.4. ONCOGENES

El mecanismo por el cual se produce el descontrol de la multiplicación celular se ha explicado en el pasado mediante dos teorías principales, no necesariamente contrapuestas, sino posiblemente complementarias: la teoría genética que plantea que alteraciones adquiridas del genoma de las células somáticas dan origen al cáncer (mutación somática); la teoría epigenética que sugiere que una alteración metabólica induce la expresión de potencialidades neoplásicas, normalmente reprimidas en el genoma. Los estudios acerca de los oncogenes han proporcionado explicaciones coherentes para las mutaciones espontáneas, derregulación de la expresión de caracteres codificados en el genoma, acción de los carcinógenos químicos, virus oncogénicos y predisposición hereditaria. En el hombre y en otras especies animales se han identificado más de 40 genes cuya función está relacionada con los complejos sistemas de señales que regulan el crecimiento, proliferación y división de las células. Estos genes reciben el nombre de proto-oncogenes, porque en ciertas condiciones pueden funcionar como oncogenes, es decir, como secuencias de ADN que dirigen mecanismos que llevan a la neoplasia.

<b>ONCOGENES CONOCIDOS Y NEOPLASIAS ASOCIADAS</b>	
<b>Oncogén</b>	<b>Neoplasia</b>
K-RAS	Leucemia mieloide aguda, cáncer de tiroides, melanoma
H-RAS	Cáncer de colon, pulmón y páncreas
N-MYC	Neuroblastoma
L-MYC	Cáncer de pulmón
NEU	Neuroblastoma, cáncer de mama
RET	Cáncer de tiroides
EGFR	Carcinoma espinocelular
SRC	Cáncer de colon
v-fos	Osteosarcoma
v-jun	Sarcoma

### 3.2.5. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

La evaluación del cáncer comienza con una historia clínica y una exploración física. Ambos, ayudan al médico a evaluar el riesgo de cáncer que tiene una persona y a determinar los estudios necesarios para detectarlo. En general, la búsqueda del cáncer forma parte del examen médico de rutina y se realiza fundamentalmente para detectar los cánceres de tiroides, de testículo, de boca, de ovario, de piel y de ganglios linfáticos.

Las pruebas de detección precoz tratan de identificar el cáncer antes de que provoque síntomas. Si una prueba da un resultado positivo, se necesitan otras pruebas posteriormente para confirmar el diagnóstico. Un diagnóstico de cáncer debe hacerse siempre con absoluta certeza, lo cual habitualmente requiere una biopsia. Es también esencial determinar el tipo específico de cáncer. Cuando se detecta el cáncer, otras pruebas para determinar el estadio del mismo ayudan a conocer su exacta localización y si se ha extendido a otros órganos. Todo ello ayuda a los médicos a planificar un tratamiento apropiado y a determinar el pronóstico.<sup>17</sup>

### 3.2.6. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER

Las pruebas de detección precoz del cáncer sirven para detectar la posibilidad de la presencia de un cáncer. Pueden contribuir a reducir el número de fallecimientos por esta causa. Cuando se detecta un cáncer en sus primeras etapas, habitualmente puede tratarse antes de que se disemine. Las pruebas de detección precoz generalmente no son definitivas; los resultados son comprobados o refutados con exámenes y pruebas ulteriores.

Aunque las pruebas de detección precoz pueden ayudar a salvar vidas, pueden también ser muy caras y, algunas veces, tienen repercusiones de orden físico o psicológico. Generalmente, las pruebas de detección precoz producen un número relativamente alto de resultados falsos positivos (resultados que

---

<sup>17</sup>[http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_15/seccion\\_15\\_164.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_15/seccion_15_164.html)

sugieren que un cáncer está presente cuando en realidad no lo está). También pueden producir resultados falsos negativos (resultados que no muestran indicios de un cáncer que se halla verdaderamente presente).

Recomendaciones para la detección precoz del cáncer

Procedimiento	Frecuencia	Procedimiento	Frecuencia
<b>Cáncer de pulmón</b>		<b>Cáncer de cuello</b>	
Radiografías de tórax. Citología de esputo.	No recomendado como prueba sistemática.	Prueba de Papanicolaou (Pap).	Anualmente entre los 18 y los 65 años. Después de 3 o más exámenes normales consecutivos, la prueba Pap puede realizarse menos a menudo según criterio del médico. La mayoría de las mujeres mayores de 65 necesitan una prueba Pap menos frecuente.
<b>Cáncer rectal y de colon</b>		<b>Cáncer de mama</b>	
Examen de las heces para detectar sangre oculta.	Anualmente después de los 50 años.	Autoexamen de las mamas.	Mensualmente después de los 18 años.
Tacto rectal.	Anualmente después de los 40 años.	Examen clínico de las mamas.	Cada 3 años entre los 18 años y los 40, luego anualmente.
Sigmoidoscopia.	Cada 3 a 5 años después de los 50 años.	Mamografía.	Examen de referencia inicial entre los 35 y los 40 años, cada 1 a 2 años desde los 40 años a los 49, y anualmente después de los 50 años.
<b>Cáncer de próstata</b>			
Tacto rectal y análisis de sangre para determinar el antígeno específico prostático.	Anualmente después de los 50 años.		
<b>Cánceres de cuello uterino, ovarios y útero</b>			
Examen de pelvis.	Cada 1 a 3 años entre los 18 y los 40 años, luego anualmente.		

18

Los resultados falsos positivos pueden crear un estrés psicológico y pueden conducir a la realización de otros exámenes, costosos y con riesgos. Los resultados falsos negativos pueden tranquilizar a la gente, pero es una falsa seguridad. Por estas razones, los médicos piensan cuidadosamente antes de decidir si se deben realizar o no tales pruebas. Dos de las pruebas de detección precoz más ampliamente utilizadas en las mujeres son la prueba de Papanicolaou (Pap), que detecta el cáncer de cuello de útero, y la mamografía, que detecta el cáncer de mama. Ambas han dado resultados satisfactorios en la reducción de los porcentajes de muerte a causa de estos cánceres.

La determinación de la cantidad del antígeno específico prostático en la sangre es una prueba de detección precoz frecuente en los varones. Las cantidades de este antígeno son altas en individuos con cáncer de próstata, pero su presencia es también elevada en quienes presentan un aumento del tamaño de próstata de

<sup>18</sup>Modificado según las publicaciones del American Cancer Society # 2070-LE y 92-10M N° 3402; con autorización

causa benigna. Queda aún sin resolver si el antígeno específico prostático puede o no ser empleado para la detección del cáncer de próstata.

Las desventajas de su uso como prueba de detección precoz son su costo elevado y los posibles resultados falsos positivos. Otro examen de detección precoz frecuente es la búsqueda de sangre oculta en las heces. La sangre oculta no puede observarse a simple vista; la muestra de heces debe ser analizada. El descubrimiento de sangre oculta en la deposición es un indicio de que algo está mal en el colon. El problema puede ser un cáncer, aunque muchos otros trastornos pueden hacer también que se pierdan pequeñas cantidades de sangre con las deposiciones.

Algunas pruebas de detección precoz pueden ser realizadas en casa. Por ejemplo, en las mujeres, el autoexamen mensual de las mamas es sumamente valioso para ayudar a detectar el cáncer de mama. El examen periódico de los testículos puede ayudar al hombre a detectar un cáncer testicular, una de las formas de cáncer más curables cuando se diagnostica a tiempo. El control periódico de la boca en búsqueda de llagas puede contribuir a detectar el cáncer de boca en su fase inicial.

### **3.2.7. DIAGNÓSTICO DE LA UBICACIÓN Y VARIEDAD DEL CÁNCER**

Ya que existen varios tipos diferentes de cáncer y que sus tratamientos varían, diagnosticar su presencia y determinar la específica variedad a la que pertenecen es esencial. Esto requiere, prácticamente siempre, la obtención de una muestra del tumor sospechoso para examinarla al microscopio. Puede ser necesario efectuar varias pruebas especiales sobre la muestra para caracterizar más detalladamente el cáncer. Conocer el tipo de cáncer ayuda al médico a determinar los estudios que debe realizar, ya que cada cáncer tiende a seguir un patrón propio de crecimiento y de extensión.

Pruebas para determinar la fase del cáncer

Ubicación del cáncer	Tipo de biopsia realizada	Otros tests realizados
Mama	Biopsia con aguja o de la totalidad del bulto (protuberancia).	Mamograma. Exploraciones de hígado y huesos. TC de cerebro. Búsqueda del receptor de estrógeno y progesterona en la muestra de biopsia.
Sistema gastrointestinal	Tejido para la biopsia extraído por endoscopia o con una aguja (usualmente guiada por una TC) a través de la piel para el hígado, páncreas u otros órganos.	Radiografías de tórax. Rayos X de bario. Exploraciones con ultrasonido. TC. Exploraciones de hígado. Análisis de sangre para medir las enzimas del hígado.
Pulmón	Biopsia del pulmón y posiblemente del saco alrededor del mismo (pleura). Mediastinoscopia.	Radiografías de tórax. TC. Citología de esputo.
Sistema linfático	Biopsia de los ganglios. Biopsia de médula ósea.	Radiografías de tórax. Recuento de glóbulos en la sangre. Ultrasonido. TC. Exámenes con isótopos radiactivos. Cirugía exploratoria. Esplenectomía.
Próstata	Biopsia con aguja.	Análisis de sangre para medir la fosfatasa ácida y el antígeno específico de próstata (AEP). Ultrasonido.
Testículos	Extirpación del testículo para biopsia.	Radiografía de tórax. TC.
Cuello uterino, ovarios y útero	Tejido para biopsia tomado mediante una cirugía exploratoria.	Examen pélvico bajo anestesia. Ultrasonido. TC. Examen por enema de bario.

19

En más del 7% de los pacientes con cáncer, los estudios identifican metástasis incluso antes de que se distinga el cáncer original. Algunas veces el cáncer original puede no ser descubierto. Sin embargo, habitualmente se puede identificar el tipo del tumor primario realizando una biopsia de las metástasis y examinando el tejido al microscopio.

No obstante, la identificación no es siempre fácil o segura. La intensidad de la búsqueda del tumor primario está determinada por el diagnóstico realizado sobre el tejido. En general, los médicos buscan el tumor primario si al tratarlo se puede influir significativamente en la supervivencia (por ejemplo, en el cáncer de mama). Si se identifica el tumor primario no cambia el programa de tratamiento o la supervivencia, no tiene sentido efectuar más pruebas.

<sup>19</sup>Modificado según las publicaciones del American Cancer Society # 2070-LE y 92-10M N° 3402; con autorización

### 3.2.8. DETERMINACIÓN DE LOS ESTADIOS DEL CÁNCER

Cuando se encuentra el cáncer, las pruebas para determinar el estadio del mismo ayudan a los médicos a planificar tratamientos apropiados y a determinar el pronóstico. Numerosas pruebas se llevan a cabo para determinar la localización del tumor, su tamaño, su crecimiento hacia las estructuras cercanas y su extensión a otras partes del cuerpo. Definir el estadio es fundamental para determinar si la curación es posible. Los pacientes de cáncer, algunas veces se muestran impacientes y ansiosos durante estas pruebas, deseando un tratamiento inmediato del tumor. Sin embargo, estos análisis permiten a los médicos determinar una terapia de ataque inteligente y planificado.

El estudio del estadio del cáncer puede incluir gammagrafías, como las de hígado y huesos, estudios con contrastes, tomografías computadorizadas (TC) o imágenes por resonancia magnética (RM) para determinar si el cáncer se ha extendido. La mediastinoscopia, en la cual el interior del tórax (el mediastino) se examina con un instrumento de fibra óptica, es utilizada para determinar si el cáncer, en general es un cáncer de pulmón, ha alcanzado los ganglios linfáticos. Una biopsia de médula ósea, en la que se extrae tejido del centro de un hueso y se examina al microscopio, puede ayudar a determinar si el cáncer se ha extendido hasta allí.

Algunas veces puede ser necesaria la cirugía para determinar el estadio del cáncer. Por ejemplo, una laparotomía (una operación abdominal) permite al cirujano extirpar o tratar el cáncer de colon mientras determina si el mismo se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos, desde los cuales podría continuar hasta el hígado. Un análisis de los ganglios extraídos de la axila durante una mastectomía ayuda a determinar hasta dónde se ha propagado el cáncer de mama, y si es necesaria una terapia posquirúrgica. Una operación para extirpar el bazo (esplenectomía) contribuye a determinar los estadios de la enfermedad de Hodgkin.

La exploración con ultrasonidos (ecografía) es un procedimiento indoloro e inofensivo que utiliza ondas sonoras que muestran la estructura de los órganos internos. Es útil para identificar y determinar el tamaño de ciertos cánceres, particularmente de riñones, hígado, pelvis y próstata. Los médicos usan también la ecografía para guiar la extracción de muestras de tejido durante una biopsia con aguja.

La tomografía computarizada (TC) se emplea para detectar cáncer en el cerebro, en los pulmones y en los órganos abdominales, como las glándulas suprarrenales, los ganglios linfáticos, el hígado y el bazo.

La linfografía es un examen en el cual se inyecta un contraste en los pies y se sigue con rayos X a medida que asciende. Ayuda a identificar anomalías en los ganglios linfáticos abdominales, pero desde la llegada de la TC, prácticamente ya no se realiza.

La obtención de imágenes por resonancia magnética (RM) es una alternativa a la TC. Con este procedimiento, un campo magnético muy potente genera imágenes anatómicas perfectamente detalladas. Es de particular utilidad en la detección de cánceres de cerebro, huesos y médula espinal. No se utilizan los rayos X y es un procedimiento muy seguro.

### 3.3. ONCOLOGIA Y RESILIENCIA

Desde el inicio de la historia de la medicina, el "padre de la medicina", Hipócrates, menciona en sus escritos la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, y la del alma sobre el cuerpo, señalándose una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad. Galeno fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer. En su tratado sobre los tumores *De tumoribus* señaló que las mujeres "melancólicas" eran más propensas que las "sanguíneas" a tener un cáncer de mama. Desde entonces la relación y vinculación clínica entre tres variables, personalidad-estrés-cáncer es frecuente en los tratados de medicina.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup>Bayes, R. Psicología y cáncer: prevención. En: Martínez Roca, editor. Psicología Oncológica. Barcelona,

El modelo "biopsicosocial" de salud se está aplicando tanto en la investigación como en la asistencia. Son múltiples las investigaciones, dentro de la psicooncología, que intentan demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer. El contenido de estas investigaciones suele ser: personalidad y cáncer, estrés y cáncer, terapia psicológica y mayor supervivencia. A pesar de los problemas metodológicos que tienen muchas de estas investigaciones y que los resultados obtenidos todavía no son concluyentes, los datos señalan cada vez con mayor rigor que diferentes variables psicológicas se encuentran asociadas tanto en la aparición como en el desarrollo del cáncer.

Asimismo está aceptado que el comportamiento humano determina un gran número de cánceres, de forma que en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determina su aparición o curso. El cáncer podría evitarse en gran medida si se modificaran los patrones de conducta.

### **3.3.1. Conducta y cáncer**

La prevención del cáncer cobra cada día mayor importancia. El control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes. Entre los hábitos de conducta relacionados con el cáncer se encuentran: la exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas y bajas en fibras, exposiciones solares, así como la combinación de estos factores. En concreto, el tabaco causa el 30% de todos los cánceres (80% de los cánceres de pulmón). La educación para la salud es fundamental para la adquisición de hábitos de salud que prevengan la aparición del cáncer.

El apoyo social también va a ser un predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante.

---

1990: 47-111.

### 3.3.2. Estrés y cáncer

El estrés puede afectar al inicio o curso del cáncer, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés y con cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a la enfermedad. Ante los efectos del estrés las personas pueden llevar a cabo conductas altamente perjudiciales para la salud como el tabaco, el alcohol, los patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos, etc.<sup>21</sup>

El efecto supresor del estrés emocional en la función inmunológica y en la susceptibilidad a la enfermedad es uno de los aspectos más estudiados de la psiconeuroinmunología. Las células neoplásicas se desarrollan y proliferan con una estructura diferente a la normal, mostrando en su organización histológica una serie de características que las hace claramente distintas del resto y patológicas. Un posible papel del sistema inmunológico en la defensa contra el cáncer, sería precisamente la capacidad de reconocer estas células anormales en las cuales han ocurrido esta serie de cambios y eliminarlas antes de que el tumor pueda desarrollarse.<sup>22</sup> Existen unas células llamadas NK (natural killer) cuya actividad citotóxica se manifiesta ante diferentes tumores y es importante dentro del mecanismo de destrucción tumoral. Investigaciones sobre humanos ofrecen la evidencia de factores psicosociales y medioambientales, incluidas las experiencias de estrés agudo y crónico, como inductores o asociados con funciones inmunes alteradas.

Como acción determinante, el estrés modifica la dinámica neuroendocrina y, por tanto, puede afectar las condiciones y comportamiento inmunes del organismo. Varios autores han analizado los efectos de la relajación en el sistema inmune de pacientes oncológicos, concluyendo que un entrenamiento continuado en relajación afecta positivamente a parámetros inmunológicos en un grupo de pacientes con cáncer de ovario que reciben quimioterapia. En un grupo de pacientes con cáncer

---

<sup>21</sup>González A. González ML. García P. Control del cáncer. En: Noticias de Salud Monográficos: Cáncer, Madrid. Consejería de Salud 1994.

<sup>22</sup>Kiecolt-Glaser R. Estrés y función inmunológica. En: Ader R, Felten DL, Cohen N editores. Psychoneuroimmunology. New York, Academic Press, 2004: 849-868

metastásico, el entrenamiento en técnicas de relajación durante un año produce cambios significativos en varias medidas de inmunocompetencia.<sup>23</sup>

Además determinadas células del sistema inmune secretan ellas mismas péptidos, algunos de los cuales son precursores de neurotransmisores, con lo que se establece una comunicación bidireccional entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Inmune. Algunos autores han encontrado relación entre niveles altos de estrés y menor supervivencia.<sup>24</sup>

Sklar y Anisman en una completa revisión sobre estrés y cáncer concluyen: “Nuestro punto de vista es, no que el estrés sea la causa del cáncer sino más bien que el estrés, como acontecimiento ambiental con profundos efectos sobre el funcionamiento fisiológico, puede influir el curso de la enfermedad neoplásica. En efecto, el estrés se traduce en cambios biológicos compensatorios para hacer frente a las demandas a las que se ve sometido el organismo. Sin embargo, la movilización focalizada de recursos o su potencial agotamiento incapacita en alguna medida al organismo para luchar con eficacia con las células cancerosas. Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, una perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas”. En la relación entre el estrés y el cáncer destaca que:

- El estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: 1) Aumentando la exposición del sujeto a un carcinógeno; 2) Interactuando con los efectos de un carcinógeno; 3) Permitiendo la expresión de un potencial genético latente a través de un cambio en el sistema hormonal.
- Una vez establecido el proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al estrés, tales como un aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas o unas estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o interactuar en combinación con el sistema neuroendocrino.

---

<sup>23</sup>HouseIs, LandisKR- UnmersonD. Relaciones sociales y enfermedad. Science 1998; 241: 540-545.

<sup>24</sup>Kiecolt-GlaserJK, GlaserR. Estrés y función inmunológica. En: Ader R., FeltenDL, Cohen N editores. Psychoneuroimmunology. New York. AcademicPress, 1991: 849-868.

- El bloqueo de ciertas células inmunológicas, tales como los linfocitos NK, debido a la acción conjunta del estrés y del propio tumor, podría aumentar la probabilidad de que determinadas células precozmente transformadas eludieran la acción de las defensas del organismo.

### 3.3.3. Personalidad y cáncer

El posible vínculo entre personalidad y cáncer ha sido abordado de manera sistemática y empírica desde hace unos años. Viendo los estudios en su conjunto emerge una serie de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la "personalidad predispuesta al cáncer". Ha sido etiquetada como personalidad "Tipo W por diferentes autores. Constituye un patrón de conducta contrapuesto al "Tipo A" (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente al "Tipo B" (tipo saludable). Los elementos que definen más especialmente al "Tipo W son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira, y la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como, excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida.<sup>25</sup> Algunos autores retratan a esta personalidad como la "típica buena persona" que está deseando siempre complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto. Otros autores como Grossarth-Maticek y Eysenck, señalan seis estilos de reacción al estrés. Dos de ellos están muy relacionados con el cáncer (Tipo 1 y 5):

Tipo 1. Predisposición al cáncer. El sujeto tipo 1 se caracteriza por presentar elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado para él, e inhibición para establecer intimidad o proximidad con las personas queridas. Son personas que ante las situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La Pérdida del objeto se

---

<sup>25</sup>KuneGA, KuneS, Watson LF, BahnsonCB. Personalidad y riesgo oncológico PsycholMec 1991: 21: 29-41.

mantiene como fuente de estrés.

El Tipo 5. Racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y al cáncer. Hay predominio de lo racional sobre lo emocional.

Posibles factores de personalidad predisponentes al cáncer

**Estilo interpersonal:** Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno, Aceptar la autoridad, Docilidad y lealtad

**Temperamento:** Depresión, Indefensión/desesperanza y Fatiga

**Estilo emocional:** Tranquilidad, Supresión de emociones negativas, Estilo cognitivo, Aceptación estoica, Racional, leal a la realidad y Pesimismo

**Factores sociales:** Soledad, Carencia de apoyo social y Carencia de intimidad

### 3.4. ROL DE LA ENFERMERA

Habitualmente las líneas del cuidado al paciente con cáncer desarrollan en las siguientes áreas: prevención, información al paciente, preparación a la hospitalización y al tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad. Para su ejecución es fundamental la comunicación terapéutica.

A menudo se forman profesionales de enfermería con buenas destrezas técnicas, pero faltos de habilidades para el resto del ser humano: lo psicológico, lo relacional, lo emocional, lo social, lo cultural y lo familiar.

La comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento.

Al crear una relación terapéutica, creamos el espacio y el lenguaje, en el cual se pueden

empezar a llevar a cabo todas las otras intervenciones de enfermería que se han aprendido. Toda palabra, toda mirada, todo pensamiento que tiene el profesional de enfermería hacia el paciente, necesita tener como objetivo crear esta relación terapéutica tan importante.<sup>26</sup>

#### 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

##### 4.1. TORRES SUÁREZ, Carmen Yamid E GALVIS BAUTISTA Irayda.

##### **Colombia (2007). La Resiliencia Como Alternativa Terapéutica En Paciente**

##### **Oncológico. Conclusiones:** El enfoque que maneja la psicología positiva supone

un giro importante en las creencias que estudiadamente humana, ya que a diferencia de la psicología tradicional esta, trata los problemas mentales desde la fortaleza del individuo dirigiendo su atención a aquellas características que permitan al ser humano aprender, disfrutar y encontrar un sentido de vida en medio de las adversidades. Desde el punto de vista terapéutico esta corriente propone tratamientos positivos denominados como, aquellos que promueven los niveles de bienestar biopsicosocial y elevan las fortalezas de las personas para abordar la enfermedad, compensándola es decir trabajar en un equilibrio dinámico que busque fortalecer, aquellos aspectos resilientes o factores protectores en los pacientes oncológicos. La psicología positiva no busca reemplazar los modelos basado en las debilidades, al contrario se remonta en el pilar de la fortaleza, buscando que se le reconozca como una corriente viable en la cual se puedan establecer nuevos caminos en el tratamiento de los pacientes con enfermedades terminales.

##### 4.2. COTACALLAPA J. Arequipa (2009). “Factores asociados a la resiliencia

##### **en pacientes con cáncer de cuello uterino del Hospital Goyeneche”.** Se evaluó

prospectivamente 100 pacientes, aplicando una encuesta de resiliencia y encontró que 75% de casos tienen alta capacidad de resiliencia y 25% baja capacidad. Los factores asociados identificados fueron la religión distinta a la católica, mayores niveles de instrucción, las amas de casa y los trabajos dependientes, y el bajo

---

<sup>26</sup>Butow, P. Coates. A. Dunn. S. Factor psicológico como predictor de desarrollo de metastasis. Anr. Oncol 2000; 11: 469-474.

estadiaje de la enfermedad, así como recibir tratamiento con cirugía y el bajo grado de dependencia.

## 5. HIPÓTESIS

Dado que los pacientes oncológicos muestran diferentes respuestas a la patología neoplásica, es probable que las características sociodemográficas: edad, género, nivel de Instrucción, Ocupación, Estado Conyugal se relacionen directamente en los niveles de resiliencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer en la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa.



## **CAPITULO II**

### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **1. TÉCNICA E INSTRUMENTO**

Como técnica se usó la Encuesta y como instrumentos la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la Ficha de Recolección de Datos

#### **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

##### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

La presente investigación se realizó en la Liga de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Arequipa.

##### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

La investigación tuvo una duración de 6 meses (Abril 2013 a Setiembre del 2013)

##### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

En la presente investigación, las unidades de estudios están constituidas por los pacientes que acudieron a la Liga de Lucha contra el Cáncer en los meses de Mayo a Agosto del 2013.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de 18 años
- Diagnóstico de cáncer al menos en las 6 semanas previas al estudio
- Pacientes ambulatorios
- Participación voluntaria en el estudio

**Criterios de exclusión**

- Pacientes con trastornos del sensorio
- Fichas de encuestas mal llenadas o incompletas

**2.3.1. Universo**

Se tomó como universo a los pacientes diagnosticados con cáncer (mamá, piel, útero, colon)

Meses	Número	%
Mayo	05	20
Junio	09	36
Julio	05	20
Agosto	06	24
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**2.3.2. Muestra**

Para la selección de la muestra se aplicó los criterios de inclusión y exclusión, quedando conformada por 25 pacientes.

**3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**3.1. ORGANIZACIÓN**

- a. Se realizó las coordinaciones con la Facultad de Enfermería y la Dirección de la Liga contra el Cáncer, para obtener la autorización para la realización del

estudio.

- b. Se contactó a los pacientes con diagnóstico de cáncer, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria con la firma del consentimiento informado.
- c. Se aplicó la escala de Young para recoger datos relacionados al paciente, sus características familiares y su enfermedad.
- d. Concluida la recolección de datos se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los mismos.
- e. Se procedió a la elaboración de los cuadros estadísticos y elaboración de las gráficas correspondientes. El análisis estadístico consistirá en la determinación de las frecuencias y porcentajes.
- f. Se presentará las conclusiones del trabajo.

### **3.1.1 ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG**

La Escala fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, y consta de 25 ítems reactivos que son puntuados en una escala con formato tipo Likert de 7 puntos, siendo todos los reactivos calificados positivamente, fluctuando los puntajes entre 25 a 175 puntos. Cubre cinco (05) áreas o perspectivas de la resiliencia: Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems) y perseverancia (7 ítems).

Los factores que evalúa la escala de Resiliencia son:

- a) Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- b) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
- c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.

- e) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

### 3.2. CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia. Se tomará como un nivel de resiliencia Alto aun puntaje mayor de 145, resiliencia moderada, puntaje entre 121-145 y escasa resiliencia a un puntaje menor de 121.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en la base de datos para su posterior interpretación y análisis.





## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

## I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 1

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD. LIGA DE LUCHA CONTRA EL  
CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Edad (años)	N°	%
20 – 29 años	1	4.0
30 a 39 años	3	12.0
40 – 49 años	11	44.0
50 a 59 años	4	16.0
60 a más	6	24.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 1 se observa que los mayores porcentajes (44.0% y 24.0%) corresponden a los pacientes con cáncer que tienen 40 +á 49 años y 60 a más años. Los menores porcentajes del 16.0%, 12.0% y 4.0% se ubican en las edades de 50 a 59, 30 a 39 y 20 a 29 años de edad.

Resultados que hacen deducir que el cáncer es más frecuente en el adulto maduro y adulto mayor.

TABLA N° 2

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN GÉNERO. LIGA DE LUCHA CONTRA  
EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

<b>Género</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	09	36.0
Femenino	16	64.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 2, se observa que los pacientes con cáncer en sus diferentes tipos en mayoría (64.0%) pertenecen al género femenino, en comparación con el 36.0% de pacientes que son del género masculino.

Existe una diferencia porcentual del 28.0% entre ambos géneros, predominando el femenino.

Resultados que hacen deducir que el cáncer es más frecuente en el sexo femenino

**TABLA N° 3**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. LIGA DE  
LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria	08	32.0
Secundaria	12	48.0
Superior	04	16.0
Sin instrucción	01	4.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 3, muestra resultados sobre el nivel de instrucción de los pacientes con cáncer, que al análisis se afirma que su nivel de instrucción es bueno en razón en que el 64.0% acumulado representa a los pacientes con niveles de instrucción de secundaria y superior.

El 32.0% restante corresponde a los pacientes que sólo han cursado estudios primarios.

Se deduce que en cerca de las 2/3 partes de los pacientes investigados su nivel de instrucción corresponde a estudios de mayor nivel instructivo y en más de la 1/4 parte, es de menor nivel instructivo.

**TABLA N° 4**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN. LIGA DE LUCHA  
CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Ocupación	N°	%
Su casa	05	20.0
Desocupado	03	12.0
Jubilado	01	4.0
Independiente	11	44.0
Empleado	05	20.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la Tabla N° 4 se aprecia que los mayores porcentajes del 44.0%, 20.0% y 20.0% representa a los pacientes que trabajan independiente, como empleados y dedicados a su casa. Los jubilados y desocupados son los tienen los menores porcentajes (12.0% y 4.0%)

Se deduce que las ocupaciones que predominan en los pacientes que portan la enfermedad de cáncer son las de independiente, empleado y de su casa.

**TABLA N° 5**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO CIVIL. LIGA DE LUCHA  
CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Estado Civil	N°	%
Soltero/a	08	32.0
Casado/a	13	52.0
Separado/a	02	8.0
Conviviente	02	8.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la Tabla N° 5 se observa que los mayores porcentajes del 52.0% y 32.0% corresponde los pacientes de estado civil casado/a y soltero/a. El 16.0% restante se ubica en partes iguales (8.0%) en los estados civiles de separado/a y conviviente.

Resultados que hacen deducir que el cáncer es más frecuente en el estado civil de casado/a

**TABLA N° 6**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN TIPO DE FAMILIA. LIGA DE LUCHA  
CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

<b>Tipo de Familia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Disgregada	09	36.0
Integrada	16	64.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la Tabla N° 6 se observa que el 64.0% de los pacientes provienen de familias integradas y el 36.0% familias disgregadas.

Se deduce que el cáncer predomina en los pacientes cuyas familias son integradas; es decir, que sus miembros de familia mantienen actitudes y comportamientos que reflejan el criterio de integración.

TABLA N° 7

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN TIPO DE CÁNCER. LIGA DE LUCHA  
CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

<b>Tipo de Cáncer</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Útero	09	36.0
Mama	05	20.0
Próstata	03	12.0
Colón	04	16.0
Estómago	02	8.0
Piel	02	8.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la Tabla N° 7 se observa que los pacientes investigados presentan en el 36.0% cáncer de útero; en el 20.0%, de mama; en el 16.0%, de colon; por debajo del 12.0% tienen cáncer de próstata, estómago y piel.

Se deduce que el cáncer tiene mayor frecuencia en los tipos de cáncer de útero, mama y colón.

**TABLA N° 8**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD. LIGA DE  
LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

<b>Tiempo de Enfermedad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Menos de un año	08	32.0
De 1 á 3 años	11	44.0
De 4 á 6 años	04	16.0
Más de 6 años	02	8.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

Fuente. Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la Tabla N° 8 se observa que los pacientes en el 44.0% portan la enfermedad del cáncer de uno a tres años y en el 32.0%, menos de año.

Menores porcentajes corresponden a los pacientes con cuatro a más años de enfermedad. Las 2/3 partes de los pacientes investigados portan la enfermedad de meses a tres años.

Los resultados hacen deducir que el tiempo de enfermedad que presentaron las unidades de estudio fueron más frecuente de 1 a 3 años.

**TABLA N° 9**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN TRATAMIENTO. LIGA DE LUCHA  
CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

<b>Tratamiento</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Cirugía + Quimioterapia	6	24.0
Quimioterapia	4	16.0
Radioterapia + Quimioterapia	10	40.0
Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia	5	20.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 8 se observa que las pacientes con Cáncer investigados en un 40.0% reciben como tratamiento oncológico radioterapia y quimioterapia, el 24.0% recibe quimioterapia.

Los pacientes en un 84.0% acumulado reciben más de dos tipos de tratamiento oncológico. Se deduce que el tipo de tratamiento en pacientes con cáncer es mas frecuente el tratamiento de radioterapia + quimioterapia.

TABLA N° 10

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILENCIA. LIGA DE  
LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Nivel	N°	%
Alto	7	28.0
Moderado	5	20.0
Escaso	13	52.0
Total	25	100.0

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 10 se observa que los pacientes con Cáncer superan el 50.0%, muestran un escaso nivel de resiliencia; la diferencia porcentual del 48.0% se distribuye de manera a menor en los niveles alto y mediano (28.0% y 20.0%).

Resultados que nos permiten afirmar que los pacientes con el diagnóstico de cáncer en proceso de tratamiento presentar bajo nivel de resiliencia, lo evidencia el 72.0% acumulado que corresponde a los niveles escaso y mediano.

**TABLA N° 11**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR LA EDAD.  
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Edad \ Nivel Resiliencia	Alto		Medio		Escaso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
20 – 29 años	1	100.0	0	0.0	0	0	1	100.0
30 – 39 años	0	0.0	1	33.4	2	66.6	3	100.0
40 – 49 años	2	18.0	4	36.0	5	46.0	11	100.0
50 – 59 años	1	25.0	0	0.0	3	75.0	4	100.0
> de 60 años	3	50.0	0	0.0	3	50.0	6	100.0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>28.0</b>	<b>5</b>	<b>20.0</b>	<b>13</b>	<b>52.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 11, al realizar el análisis de los datos que van a marcar la relación entre el nivel de resiliencia que muestran los pacientes con cáncer con el indicador edad, se precisa que el de 20 a 29 años tiene alto nivel; en los pacientes de 30 a 59 años en mayores porcentajes (66.6%) 46.0% y 75.0% su nivel de resiliencia es escaso; los pacientes mayores de 60 años, en iguales porcentajes (50.0%) tienen alto y escaso nivel de resiliencia.

Se deduce que los pacientes investigados por la edad, en mayores porcentajes presentan escaso nivel de resiliencia.

**TABLA N° 12**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR GÉNERO.  
LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Resiliencia Genero	Alto		Medio		Escaso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	2	22.3	3	33.3	4	44.4	9	100.0
Femenino	5	31.3	2	22.5	9	56.2	16	100.0
Total	7	28.0	5	20.0	13	52.0	25	100.0

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 12 se observa que las pacientes del género masculino en el 44.4% presenta escaso nivel de resiliencia; en el 33.3%, nivel medio y en el 22.3% nivel alto.

Los pacientes del género femenino, en el 56.2% presentan escaso nivel de resiliencia; en el 31.3% nivel alto y en el 22.5%, nivel medio.

Se deduce que los pacientes con cáncer por género presentan en mayoría nivel de resiliencia escaso.

**TABLA N° 13**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Nivel Resiliencia \ Nivel de Instrucción	Alto		Medio		Escaso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	3	37.5	2	25.0	3	37.5	8	100.0
Secundaria	4	33.4	1	8.3	7	58.3	12	100.0
Superior	0	0.0	1	25.0	3	75.0	4	100.0
Sin instrucción	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>28.0</b>	<b>5</b>	<b>20.0</b>	<b>13</b>	<b>52.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 13, se observa que los pacientes de nivel de instrucción primario, en el 37.5% presentan niveles de resiliencia escaso y alto, respectivamente.

Los pacientes de nivel secundario, en el 58.3% presentan nivel de resiliencia escaso y en el 33.4%, alto.

Los pacientes de nivel superior en el 75.0%, presentan nivel escaso y en el 25.0% restante, nivel medio.

Se deduce que los pacientes investigados por nivel de instrucción, en mayores porcentajes presentan escaso nivel de resiliencia.

**TABLA N° 14**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR  
OCUPACIÓN. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Nivel Resiliencia Ocupación	Alto		Medio		Escaso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Su casa	1	20.0	0	0.0	4	80.0	5	100.0
Desocupado	0	0.0	1	33.4	2	66.6	3	100.0
Jubilado	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Independiente	5	45.4	3	27.3	3	27.3	11	100.0
Empleado	1	20.0	1	20.0	3	60.0	5	100.0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>28.0</b>	<b>5</b>	<b>20.0</b>	<b>13</b>	<b>52.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 14 se observa que los pacientes investigados en las ocupaciones su casa, desocupado, jubilado y empleado presentan en mayoría escaso nivel de resiliencia; en tanto que los pacientes con trabajo independiente en el 45.4% presentan nivel alto de resiliencia.

Se deduce que el nivel de resiliencia que predominan en los pacientes investigados considerando la ocupación es el escaso.

**TABLA N° 15**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR EL  
ESTADO CONYUGAL. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA,  
2013**

Nivel Resiliencia Estado Conyugal	Alto		Medio		Escaso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero/a	4	50.0	3	37.5	1	12.5	8	100.0
Casado/a	3	23.1	1	7.6	9	69.3	13	100.0
Separado/a	0	0.0	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Conviviente	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2	100.0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>28.0</b>	<b>5</b>	<b>20.0</b>	<b>13</b>	<b>52.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

Los pacientes de estado conyugal casado, separado y conviviente en mayores porcentajes presentan escaso nivel de resiliencia, lo evidencia los porcentajes del 69.3%, 100.0% y 50.0% respectivamente.

Se deduce que los pacientes de estado conyugal soltero presentan en el 50.0% alto nivel de resiliencia.

**TABLA N° 16**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR TIPO DE FAMILIA. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Nivel Resiliencia	Alto		Medio		Escaso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Disgregada	0	0.0	3	33.4	6	66.6	9	100.0
Integrada	7	43.7	2	12.6	7	43.7	16	100.0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>28.0</b>	<b>5</b>	<b>20.0</b>	<b>13</b>	<b>52.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 16 se observa que los pacientes con cáncer investigados que provienen de familiar disgregadas, el 66.6% y el 33.4% presentan mediano y escaso nivel de resiliencia y los pacientes, cuyas familias son de tipo integrado, en el 43.7% su nivel de resiliencia es alto y escaso, respectivamente.

Se deduce que los pacientes de familia disgregada, predomina el nivel de resiliencia escaso; y en el de pacientes de familia integrada, los niveles alto y escaso de resiliencia.

**TABLA N° 17**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR TIPO DE  
CÁNCER. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA, 2013**

Nivel Resiliencia Tipo de Cáncer	Alto		Medio		Escaso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Útero	2	22.2	3	33.3	4	44.5	9	100.0
Mama	1	20.0	1	20.0	3	60.0	5	100.0
Próstata	2	66.7	0	0.0	1	33.3	3	100.0
Colon	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4	100.0
Estomago	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	100.0
Piel	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	100.0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>28.0</b>	<b>5</b>	<b>20.0</b>	<b>13</b>	<b>52.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

Los pacientes investigados presentan cáncer de útero, mama, próstata, colon, estómago y piel.

De ellos, los de cáncer de mama, útero, colon y piel presentan en mayoría escaso nivel de resiliencia; (60.0%, 44.5% y 100.0%).

De ellos, lo de cáncer de colon (100.0%), de mama (60.0%) de útero (44.5%) y de piel (50.0%) presentan escaso nivel de resiliencia.

Se deduce que los pacientes con cáncer de próstata presentan un nivel de resiliencia alto a comparación de los pacientes con cáncer de colon que presentan un nivel de resiliencia escaso.

**TABLA N° 18**

**PACIENTES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA POR TIPO DE  
TRATAMIENTO. LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER.**

**AREQUIPA, 2013**

Nivel Resiliencia Tipo de Tratamiento	Alto		Medio		Escaso		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
- Cirugía + Quimioterapia	2	33.4	1	16.6	3	50.0	6	100.0
- Quimioterapia	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100.0
- Radioterapia + Quimioterapia	2	20.0	1	10.0	7	70.0	10	100.0
- Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia	2	40.0	1	20.0	2	40.0	5	100.0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>28.0</b>	<b>5</b>	<b>20.0</b>	<b>13</b>	<b>52.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Datos obtenidos por las autoras. Arequipa, 2013

Según el tipo de tratamiento oncológico recibido, los pacientes investigados presentan escaso nivel de resiliencia, lo evidencia los porcentajes del 50.0%, 70.0% y 40.0%, a excepción de los que reciben sólo Quimioterapia que en un 50.0%; su nivel de resiliencia es el medio.

Es importante señalar los porcentajes del 33.4%, 25.0%; 20.0% y 40.0% que demuestran tener el nivel alto de resiliencia.

Se deduce que los pacientes investigados por tipo de tratamiento, en mayores porcentajes presentan escaso nivel de resiliencia los pacientes que recibieron solo radioterapia + quimioterapia

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Los pacientes con diagnóstico de cáncer en la liga de lucha contra el Cáncer, presentan en una cuarta parte alto nivel de resiliencia, en una segunda cuarta parte, nivel moderado y en más de la mitad, nivel escaso.
- SEGUNDA** : Las características sociodemográficas que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer son: edad que corresponde al adulto maduro y adulto mayor, género femenino, buen nivel de instrucción, con ocupaciones de trabajo independiente, empleado y de su casa; de estado civil casado/a, procedente de familias integradas, con un tiempo de enfermedad de meses a tres años y en una mayoría con tratamiento de más de dos tipos (quimioterapia-radioterapia y cirugía).
- TERCERA** : Los pacientes diagnosticados con cáncer en la Liga de lucha contra el Cáncer tienen características sociodemográficas que no se relacionan con los niveles de resiliencia.

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA** : Se sugiere a la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa la formación de Comunidades Resilientes con la finalidad de orientar y educar a los pacientes sobre cómo afrontar la enfermedad, fortaleciendo su autoestima con compromiso, positividad de sí mismo, responsabilidad y creatividad.

**SEGUNDA** : Se sugiere a la Liga de Lucha contra el Cáncer de Arequipa incluir un programa de seguimiento de pacientes para evaluar logros acerca de afrontamiento a su enfermedad.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Bayes, R. Psicología y cáncer: prevención. En: Martínez Roca, editor. Psicología Oncológica. Barcelona, 2000.
2. Boris Cyrulnik, La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia, Barcelona, Granica, 2001.
3. Broche Pérez Y, Medina W. Ricardo. La Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. México. Omega, 2011
4. Cyrui-Nik, Boris. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida, Barcelona, Gedisa, 2002.
5. González A, GonzalezMJ, García P. Control del cáncer. En: Noticiasde Salud Monográficos: Cáncer, Madrid: Consejería de Salud 1994.
6. González-ArratiaN. Nieto D, Valdez J. Resiliencia en madres e hijos con cáncer. Psicooncología, 2011
7. Henderson Nan y MilsteinMike. Resiliencia en la escuela, BuenosAires, Paidós, 2003.
8. KleferM. Patología General. 3ra Edición. Edit. Interamericana. México 2004.
9. Kotllarency A, Cáceres I, Fontecilla M Estado de Arte en resiliencia. 2007.
10. Manciaux, Michel (comp.), La resiliencia: resistir y rehacerse, Barcelona, Gedisa, 2003.
11. Mansilla P. Patología Clínica. 4ta Edición. Edit. Ameluz. Barcelona, 2004.
12. MelilloAldo y Suarez Ojeda Néstor. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas Buenos Aires, Paidós, 2001.
13. Minna, JD. Medicina Interna de Harrison. McGraw-Hill, 2004: 506-516. 33. Organización Mundial de la Salud. TheImpact of Cáncer. 2005.

## HEMEROGRAFÍA

14. AherN, Kiel E., A Review of Instruments Measuring Resilience, Issues. ComprPediatr Nurse.2006 Apr-Jun; 29(2), 103-25.
15. AlbujaPedro F. Situación de la Prevención Secundaria del Cáncer de cuello uterino y mama en Trujillo. Acta Médica Peruana 2003; 20(1):6-8.
16. Almunia Aguilar, Belkis. Factores psicológicos y sociales en las neoplasias malignas pediátricas. Escuela Latinoamericana de Medicina, Departamento de Psicología. Rev Cubana Pediatr 2007; 79.
17. AstrowAB, WexierA, TexeiraK, et al.: Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? J ClinOncol 25 (36): 5753-7, 2007
18. Barriga Noriega, O. 50 Años de Lucha Contra el Cáncer. Investigación Oncológica, 2000.
19. Butow, P, Coates, A, Dunn, S. Factor psicológico como predictor dedesarrollo de metástasis. Ann Oncol 2000; 11: 469-474.
20. Lewis, Zablis, Shands, SinsbimeryHammond, Ante el Diagnóstico de Cáncer ¿La Familia Te Mata o Te Fortalece? 2001.
21. Novella, A. (2002). Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología Clínica y de la Salud. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
22. Santos C. Cáncer de cérvix uterino en el Perú. Rev. Méd. 2000; 1: 475.
23. Torras, M.T. Depresión y cáncer de mama ¿Hay alguna asociación entre ellos?. Centro de Asistencia Primaria. Sagrada Familia, C. Med. Psicosom, 2005; 73.
24. Vera Poseck, Beatriz y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, en Revista de Psicología Positiva, 2004,1.

25. Vera Poseck, Beatriz, Carbelo Baquero, Begoña y Vecina Jiménez, Ma Luisa (2006):  
«La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento  
postraumático», en Papeles del Psicólogo, vol. 27, n° 1. 40-49 43.

### **DIRECCIONES ELECTRÓNICAS**

26. [http://www.msds.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_15/seccion\\_15\\_164.html](http://www.msds.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_15/seccion_15_164.html)
27. INEI. Instituto Nacional de Informática y Estadística. (Consulta: 10 de febrero de 2009).  
Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>
28. RESILIENCIA. [www.cedro.org.pe/lugar/articulos/.htm](http://www.cedro.org.pe/lugar/articulos/.htm), 2001





# ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Características sociodemográficas

- 1.1. Edad: \_\_\_\_\_ años
- 1.2. Sexo
- 1.2.1. Masculino ( )
- 1.2.2. Femenino ( )
- 1.3. Nivel de Instrucción
- 1.3.1. Primaria ( )
- 1.3.2. Secundaria ( )
- 1.3.3. Superior ( )
- 1.3.4. Iltrado ( )
- 1.4. Ocupación
- 1.4.1. Su casa ( )
- 1.4.2. Desocupado ( )
- 1.4.3. Jubilado ( )
- 1.4.4. Independiente ( )
- 1.4.5. Empleado ( )
- 1.5. Estado Civil
- 1.5.1. Soltero ( )
- 1.5.2. Separado ( )
- 1.5.3. Conviviente ( )
- 1.5.4. Casado ( )
- 1.6. Tipo de familia
- 1.6.1. Disgregada ( )
- 1.6.2. Integrada ( )
- 1.7. Tipo de Cáncer
- 1.7.1. Útero ( )
- 1.7.2. Mamá ( )
- 1.7.3. Próstata ( )
- 1.7.4. Colon ( )
- 1.7.5. Piel ( )
- 1.7.6. Tiroides ( )
- 1.7.7. Hígado ( )
- 1.7.8. Pulmón ( )
- 1.7.9. Estomago ( )
- 1.8. Tiempo de Enfermedad
- 1.8.1. < 1 año ( )
- 1.8.2. 1 – 3 años ( )
- 1.8.3. 4 a 6 años ( )
- 1.8.4. > 6 años ( )
- 1.9. Tratamiento
- 1.9.1. Cirugía + Quimioterapia ( )
- 1.9.2. Quimioterapia ( )
- 1.9.3. Radioterapia + Quimioterapia ( )
- 1.9.4. Mixto ( )

**ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG**  
(Versión traducida final)

ITEMS	En desacuerdo				De acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando planeo algo lo realizo							
2. Generalmente se las arreglo de una manera u otra							
3. Dependo más de mi mismo que de otras personas							
4. Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas							
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo							
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida							
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo							
8. Soy amigo de mi mismo							
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10. Soy decidido							
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12. Temo las cosas una por una							
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente							
14. Tengo autodisciplina							
15. Me mantengo interesado en los casos							
16. Por lo general encuentro algo de que reírme							
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles							
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera							
21. Mi vida tiene significado							
22. No me lamento de las cosas por las que no puede hacer nada							
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida							
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer							
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado							

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ..... de ..... años de edad,  
identificado con DNI ..... y con domicilio .....  
..... habiéndome explicado en lenguaje, claro y  
sencillo sobre el proyecto de investigación: RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON  
CÁNCER DIAGNÓSTICADOS EN LA LIGA CONTRA EL CANCER. AREQUIPA 2013.  
Dicha investigación publicará los resultados guardando reserva de mi identidad.

Habiéndome informado de todo lo anterior señalado y estando en pleno uso de mis facultades  
mentales, es que suscribo el presente documento.

Fecha: .....

Firma..... Huella digital



## CONSTANCIA

LA QUE SUSCRIBE DRA. DOMINGA VARGAS DE FLORES, DIRECTORA DE EDUCACIÓN DE LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA.

DA CONSTANCIA QUE:

Las Señoritas Interesadas: **IVETTE IVONNE GARCÍA PAREDES** y **CLAUDIA PATRICIA BENGUA URIZAR**, han aplicado un Formulario de Preguntas y Guía de Observación para obtener información, como parte de su proyecto de tesis titulado "RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CON EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DIAGNÓSTICADOS EN LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. AREQUIPA 2013". Desde el 15 al 30 de Julio del 2013 en el horario de 9.15 a 11.45 a.m.

Se otorga la presente a solicitud de la interesada para los fines que estime por conveniente.

Arequipa, 16 de agosto de 2013



LIGA PERUANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER - FILIAL AREQUIPA

FUNDADA EL 31 DE MARZO DE 1954

URB. ALVAREZ THOMAS E-10 CERCADO - TELEF.: 40-4259 - 214091  
E-mail: liganceraqp@star.com.pe - www.ligacontraelcanceraqp.com