

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia



**INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA Y EL APOYO SOCIAL EN EL
NIVEL DE RESILIENCIA DE PACIENTES MUJERES DEL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS,
AREQUIPA, 2018**

Tesis presentada por el Bachiller:

Almanza Torres, Jimmy Edgar

Para optar el Grado Académico de:

**Maestro en Salud Mental del Niño, del
Adolescente y de la Familia**

Asesor:

Dra. Chocano Rosas, Teresa

**Arequipa – Perú
2019**

BORRADOR DE TESIS

A : Dr. José Antonio Villanueva Salas
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM

DE : Dra. Teresa Chocano
Dr. José Alvarado Aco
Dra. Elva Anchante Hernández

BORRADOR DE TESIS: "INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA Y EL APOYO SOCIAL EN EL NIVEL DE RESILENCIA DE PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, AREQUIPA, 2019"

MAESTRISTA : ALMANZA TORRES JIMMY EDGAR

FECHA : 29 de mayo del 2019

En concordancia con lo dispuesto por la Dirección de la Escuela de Postgrado, se ha procedido a revisar desde una perspectiva metodológica el Proyecto de Tesis presentado, señalándose las siguientes observaciones.

1. Mejorar Resumen y Abstract

Subsanadas las observaciones, puede pasar a la sustentación según el reglamento de partes y títulos.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano



Dr. José Alvarado Aco



Dra. Elva Anchante Hernández



A Dios por guiarme hacia la Superación y el Amor

A las mujeres importantes de mi vida

A mi familia por el apoyo y su compañía constante

*A mis profesores de Postgrado por el apoyo brindado
y los conocimientos compartidos*



*"El lugar donde nacen los niños y mueren los hombres,
donde la libertad y el amor florecen, no es una oficina
ni un comercio ni una fábrica. Ahí veo yo la
importancia de la familia"*

Gilbert Keith Chesterton

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCIÓN | 01 |
| HIPÓTESIS | 03 |
| OBJETIVOS | 03 |
| CAPITULO I: MARCO TEÓRICO | 04 |
| CAPITULO II: METODOLOGIA | 23 |
| CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 33 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| RECOMENDACIONES | 63 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 65 |
| ANEXOS..... | 69 |
| Anexo 1: Propuesta de Intervención | |
| Anexo 2: Consentimiento Informado | |
| Anexo 3: Inventario de Autoestima de Cooper Smith | |
| Anexo 4: Escala M.O.S. de Apoyo Social | |
| Anexo 5: Test de Resiliencia | |
| Anexo 6: Matriz de Resultados | |
| Anexo 7: Proyecto de Tesis | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA N°. 1 EDAD DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS | 35 |
| TABLA N°. 2 TIPO DE FAMILIA DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS | 36 |
| TABLA N°. 3 ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS | 37 |
| TABLA N°. 4 NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS | 38 |
| TABLA N°. 5 TIPO DE CÁNCER DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS | 39 |
| TABLA N°. 6 POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN AUTOESTIMA..... | 41 |
| TABLA N°. 7 POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL | 43 |
| TABLA N°. 8 POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN RESILIENCIA | 45 |
| TABLA N°. 9 POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN AUTOESTIMA Y RESILIENCIA..... | 47 |
| TABLA N°. 10 POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA | 48 |
| TABLA N°.11 NIVELES DE LA AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA SEGÚN EDAD DE LA POBLACIÓN | 49 |
| TABLA N°. 12 NIVELES DE LA AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA SEGÚN EL TIPO DE FAMILIA DE LA POBLACIÓN | 51 |
| TABLA N°. 13 NIVELES DE LA AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN | 53 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | | |
|----------------|---|----|
| GRÁFICO N°. 1 | EDAD DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS | 35 |
| GRÁFICO N°. 2 | TIPO DE FAMILIA DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS..... | 36 |
| GRÁFICO N°. 3 | ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS..... | 37 |
| GRÁFICO N°. 4 | NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS..... | 38 |
| GRÁFICO N°. 5 | TIPO DE CÁNCER DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS..... | 39 |
| GRÁFICO N°. 6 | POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN AUTOESTIMA..... | 41 |
| GRÁFICO N°. 7 | POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL..... | 43 |
| GRÁFICO N°. 8 | POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN RESILIENCIA..... | 45 |
| GRÁFICO N°. 9 | POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN AUTOESTIMA Y RESILIENCIA..... | 47 |
| GRÁFICO N°. 10 | POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA | 48 |

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer y estudiar comparativamente el nivel de influencia que tienen la Autoestima y el Apoyo Social sobre el nivel de Resiliencia presente en 160 mujeres con diagnóstico de cáncer. Para el presente estudio de tipo descriptivo – explicativo se utilizó la técnica del Cuestionario para medir las variables de Autoestima, Apoyo Social y Resiliencia así como medio de verificación. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Autoestima de Cooper Smith, Escala M.O.S. de Apoyo Social y el Test de Resiliencia de Wagnild y Young. El análisis de los datos fue realizado mediante estadística descriptiva e inferencial. La principal conclusión es que existe una correlación directamente proporcional entre la Autoestima y la Resiliencia. Igualmente se muestra la misma correlación entre el Apoyo Social y la Resiliencia. Ambos resultados demuestran la importancia de estas variables en el proceso recuperativo del diagnóstico de Cáncer. Además, ha de considerarse la comparación donde se observa que la Autoestima muestra mayor influencia en la Resiliencia que el Apoyo Social, lo cual se ha de considerar en la planificación de técnicas, propuestas y proyectos terapéuticos.

Palabras Clave: Autoestima, Apoyo Social, Resiliencia, Cáncer.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to know and study comparatively the level of influence that Self-esteem and Social Support have on the level of Resilience present in 160 women diagnosed with cancer. For the present descriptive - explanatory study, the Questionnaire technique was used to measure the variables of Self-esteem, Social Support and Resilience as well as means of verification. The instruments used were: the Cooper Smith Self-Esteem Inventory, M.O.S. of Social Support and the Resilience Test of Wagnild and Young. The analysis of the data was performed using descriptive and inferential statistics. The main conclusion is that there is a directly proportional correlation between self-esteem and resilience. The same correlation between Social Support and Resilience is also shown. Both results demonstrate the importance of these variables in the recovery process of the diagnosis of Cancer. In addition, the comparison should be considered where it is observed that Self-esteem shows greater influence in Resilience than Social Support, which must be considered in the planning of techniques, proposals and therapeutic projects.

Keywords: Self-esteem, Social Support, Resilience, Cancer.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad podemos observar que la Resiliencia se encuentra como una de las variables más investigadas por las implicaciones que presenta en el proceso de prevención de trastornos psicológicos y promoción del desarrollo personal. La relación entre Resiliencia y presentar un diagnóstico de Cáncer debería tener una concepción más grande que solo verlo como una aptitud para llevar una vida sana en medio de circunstancias difíciles, debería asumirse también como la aptitud para resistir, ser fuerte y triunfar frente a esta enfermedad. La Resiliencia se comprende también de factores sociales e intrapsíquicos que ayudan a la persona en su proceso de afrontamiento.

Dentro de los factores previamente mencionados encontramos a la Autoestima y el Apoyo Social como máximos representantes de los procesos intrapsíquicos y sociales respectivamente mencionados. Por un lado, la Autoestima permitirá que la persona se tenga aprecio y afecto asimismo y a sus cualidades, por el otro lado el Apoyo Social creará un efecto parecido proveniente del medio en que se desenvuelve.

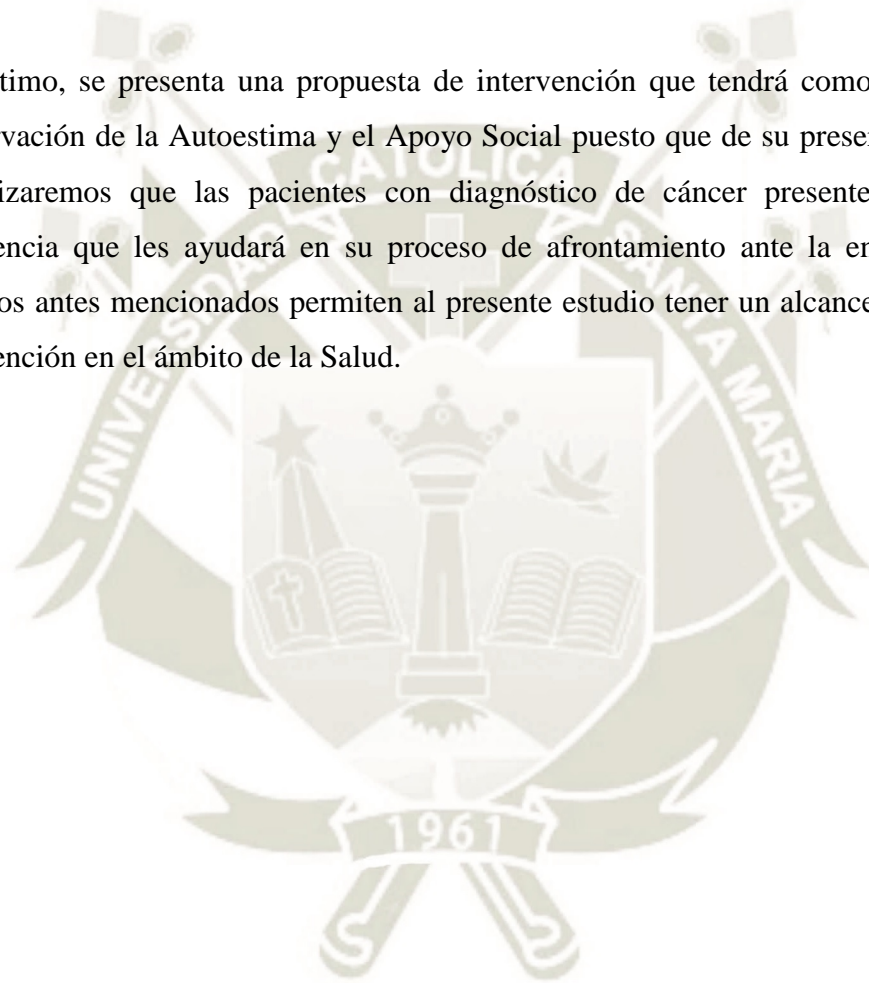
La presente investigación demuestra la importancia de conocer los niveles de Autoestima y del Apoyo Social que presentan pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer y como estos influyen en la Resiliencia que presentan las mismas. Se tiene que resaltar que estas pacientes comienzan su lucha desde el momento mismo en que se les diagnostica esta patología y resaltando que se comienza con la idea que esta enfermedad es capaz de acabar con la esperanza de vida.

Los resultados presentados en nuestra investigación se derivan de tres evaluaciones aplicadas a pacientes mujeres con un diagnóstico de cáncer que serán analizados en base a métodos estadísticos. Aparte de estas evaluaciones también se mostrará como referencia los datos sociodemográficos de la muestra establecida.

Posteriormente ahondaremos en la discusión, donde recogeremos las diversas posturas, tanto positivas como contrarias, relacionadas a los resultados obtenidos. Dicha discusión nos permitirá una mejor comprensión de nuestras variables y de cómo podrían utilizarse en nuestro medio. Después consignaremos las respectivas conclusiones y sugerencias que ayudaran a posteriores estudios e investigaciones.

Por lo anteriormente mencionado y para comenzar una actitud diferente entre el personal multidisciplinario y los propios afectados es que veo la necesidad de ahondar en estos conceptos y sus interacciones, justificando esta investigación, debido en primer lugar, a la actualidad del tema, dado el incremento de personas afectadas por cáncer. Además, es importante, porque nos ayudará a crear estrategias de intervención dirigidas exclusivamente a los ámbitos que tengan más prioridad.

Por último, se presenta una propuesta de intervención que tendrá como fin la adecuada conservación de la Autoestima y el Apoyo Social puesto que de su preservación y mejora garantizaremos que las pacientes con diagnóstico de cáncer presenten una adecuada Resiliencia que les ayudará en su proceso de afrontamiento ante la enfermedad. Estos aspectos antes mencionados permiten al presente estudio tener un alcance académico y de intervención en el ámbito de la Salud.



HIPOTESIS

Dado que la Autoestima es el conjunto de actitudes positivas y negativas hacia uno mismo y el Apoyo Social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo para superar una crisis:

Es probable que niveles adecuados de Autoestima y Apoyo Social influyan en elevar el nivel de Resiliencia presente en pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

OBJETIVOS

- ✓ Determinar el nivel de Autoestima presente en las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- ✓ Determinar el nivel de Apoyo Social en las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- ✓ Identificar el nivel de Resiliencia presente en las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- ✓ Establecer la influencia de la Autoestima sobre el nivel de Resiliencia que presentan las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- ✓ Establecer la influencia del Apoyo Social sobre el nivel de Resiliencia que presentan las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.



CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

1. Autoestima

1.1. Definición

Antes de dar una definición de Autoestima se debe de entender su importancia en el desarrollo personal puesto que nos permitirá crear una visión y juicio de quien en realidad somos. También se proyectan diversos aspectos personales en las diversas áreas de la vida.

Para los efectos de esta investigación se muestran dos conceptos que plantean el concepto de manera adecuada.

Ferrel y Velez citan el concepto brindado por la OMS donde se especifica que “La autoestima es considerada la percepción personal que tiene el individuo sobre sí mismo, en relación a sus objetivos, sus expectativas futuras, en base a sus actitudes y habilidades y esta se construye desde la infancia”¹.

Coopersmith, citado por Branden, plantea la autoestima como “La evaluación que efectúa y mantiene el individuo con respecto a si mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito. En resumen la autoestima es un juicio personal de dignidad, que se expresa en las actitudes de un individuo hacia sí mismo”².

1.2. Características de la Autoestima

Coopersmith citado por Velázquez señala tres características importantes de la autoestima:

- ✓ La autoestima se centra primordialmente en la estima general y no en la valoración realizada durante los cambios transitorios por ejemplo la edad, esto se obtienen en condiciones similares y con los mismos instrumentos.

¹ FERRER, F. Y VELEZ, J.: Factores psicológicos en adolescentes con depresión, pág. 35

² BRANDEN, M.: La Autoimagen del adulto en sociedad, pág. 72

- ✓ La autoestima suele ser cambiante de acuerdo a las diferentes áreas, la experiencia, el sexo, la edad o en algunos roles.
- ✓ La autoevaluación está referida a la valoración que se da a sí mismo un individuo, de acuerdo a su desempeño, atributo o valores personales³.

1.3. Niveles de la Autoestima

Para la diferenciación de los diversos niveles de la Autoestima tomaremos como base las características mencionadas por Coopersmith el cual menciona tres niveles.

Antes de mencionar dichos niveles se debe entender que sea cual sea el nivel de la Autoestima presente en un individuo, esta no permanecerá estable por siempre y/o podría presentar varios niveles en un mismo periodo de tiempo por diversas circunstancias.

- ✓ Autoestima Alta: Aquí las personas se muestran expresivas, tienen éxito en sus diferentes ámbitos de convivencia, muestran un nivel de orgullo alto, la autoaceptación es adecuada, buscan autosuperarse y son conscientes de sus alcances y limitaciones.
- ✓ Autoestima Media: Se muestra un nivel de expresividad dependiente de la aceptación social y otras circunstancias, la autoaceptación tiende entre ser apta y no apta para los demás y sí mismos, la capacidad de la comprensión personal dependerá de muchos factores.
- ✓ Autoestima Baja: Las personas muestran un estado emocional conflictivo; la autoaceptación es pobre o inexistente al igual que el deseo de superación, tienen sentimiento de inferioridad e incapacidad personal.

³ VELASQUEZ, L.: Autoestima y su relación con el consumo de alcohol, pág. 35

1.4. Importancia de la Autoestima

La Autoestima juega un papel importante en el desarrollo y vida de un individuo, de esta dependerá la capacidad de comprensión personal y social, lo cual es será vital como requisito indispensable para obtener una vida plena, según la percepción del propio individuo.

Coopersmith expresa que la autoestima es importante porque condiciona el desarrollo, es decir el individuo que tiene una autoimagen buena y positiva de sí mismo se haya en mejor disposición para crecer en un aspecto más cognitivo. Facilita la superación de las dificultades personales. Además se presenta mayor capacidad para enfrentar circunstancias estresantes y problemas sociodemográficos que puedan presentarse⁴.

2. Apoyo Social

El Apoyo Social es determinante en la creación y mantenimiento de una salud bio-psico-social; por eso en un sentido amplio, conceptualizamos al apoyo social como el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).

El apoyo social se presenta como un conjunto de información que es entregada a un individuo por parte de otro individuo o más, para darle a conocer cuánto de aprecio, afecto, valor y unión se le concede.

Aranda refiere que los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interco-nectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. Las principales son⁵:

⁴ COOPERSMITH, S.: Los antecedentes de Autoestima, pág. 46

⁵ ARANDA, C.: Conceptualización del Apoyo Social, pág. 14

2.1.- Redes de Apoyo Social Natural

- ✓ La familia.
- ✓ Amigos y allegados.
- ✓ Compañeros de trabajo.
- ✓ Vecinos.
- ✓ Compañeros espirituales (ej.: parroquias).

Las redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el individuo. El problema radica en que estas redes son inestables y a veces improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente.

2.2.- Redes de Apoyo Social Organizado

- ✓ Organizaciones de ayuda al enfermo.
- ✓ Seguridad Social.
- ✓ Empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado.
- ✓ Instituciones de acogida.
- ✓ Organizaciones de voluntariado.

A diferencia de las redes de apoyo natural, las redes de apoyo social organizado tienen como ventaja la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no dependen de relaciones afectivas previas; y son accesibles para los individuos que busquen y presenten necesidad. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del individuo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

Para este trabajo, el Apoyo Social lo dividiremos en Apoyo emocional, que describe la comprensión empática y expresión de afecto. Apoyo instrumental, como el abasto de apoyo material o tangible que pueda recibir. Apoyo de interacción social positiva, siendo el evento de contar con personas para comunicarse. Apoyo afectivo, relata las manifestaciones reales de amor, cariño o empatía⁶.

2.3.- La familia, el apoyo social y la salud

Según Buendía, el vínculo que existe entre el apoyo social y resultados de salud, tanto física como salud psicológica, está reconocido ampliamente en la literatura científica. La fuerza de la asociación entre ausencia de apoyo social y salud era tan fuerte como el de otros factores de riesgo no transmisible bien conocidos: presión sanguínea, lípidos en sangre, obesidad y bajos niveles de actividad física.

Contar con un apoyo social, especialmente familiar, está demostrado que beneficia la salud tanto física como psíquica de la persona enferma o necesitada de ayuda. En algunas ocasiones, el apoyo, no importa cómo de abundante sea, puede comunicar un mensaje negativo, constituir una amenaza a la autoestima del receptor o provocar un estrés adicional. Así, la obtención de ayuda en una situación donde la persona se siente capaz de hacer la tarea puede producir un estado de ánimo más negativo y una autoevaluación menos positiva para ese receptor. Cuando el que da apoyo comunica una elevada ansiedad, el apoyo ofrecido también puede ser negativo. Asimismo, en casos de comportamiento hiperprotector por parte de la red de apoyo, también con frecuencia, tornan este apoyo como un factor negativo. Otras actitudes incorrectas que nos podemos encontrar en el grupo de apoyo son⁷:

- ✓ Negarse permanentemente a asumir la realidad del individuo.
- ✓ Interrumpir todas las actividades lúdicas.
- ✓ Caer en el servilismo como forma de convivencia con el individuo.
- ✓ Adoptar una actitud pasiva.
- ✓ Personalizar la ira.

⁶ BETANCOURT, J.: Efecto de la rehabilitación pulmonar en la calidad de vida, pág. 32

⁷ BUENDIA J.: Apoyo Social y Autoayuda, pág. 12

- ✓ Sobrecargar las responsabilidades en un familiar.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Conflictividad.

2.4.- Quién da el apoyo

El apoyo social tiende a ser dado por los otros cuando observan que un individuo tiene o percibe tener un problema. En la mayoría de las circunstancias, los que proporcionan este apoyo son los propios miembros de la familia, amigos íntimos y compañeros sentimentales. También hablamos del apoyo voluntario de los otros grupos anteriormente mencionados, el apoyo tiende a ser dado si la persona que experimenta el estresor lo busca. Algunos individuos tienden a usar la búsqueda de apoyo como el primer mecanismo de afrontamiento para obtener alguna combinación de apoyo emocional, información y ayuda material de los otros, más que usar una aproximación de afrontamiento más relacionada consigo mismo, centrada en la tarea para tratar directamente con el problema.

En muchas enfermedades de tipo crónico, se ha demostrado que el nivel de malestar y sufrimiento de los familiares, puede ser tan grande como el que experimenta el paciente. Aunque las dificultades del enfermo son de distinta naturaleza que las que puedan tener sus familiares, sin embargo, están muy correlacionadas en cuanto a la posibilidad de superación por los dos bandos. Cuanto mayor es el desmoronamiento y la ansiedad de la familia, baja es la recuperación o rehabilitación del paciente. Así mismo, los pacientes que estén nerviosos por ver sufrir a su familia a causa de su enfermedad pueden fingir estar sanos e interrumpir el tratamiento o los programas de rehabilitación con el fin de evitar estados emocionales negativos dentro de su familia.

Los profesionales de la salud no debemos olvidar el papel que tiene la familia tanto en el inicio como en el curso de las enfermedades. Las familias van a estar en constante contacto con el paciente y van a ejercer gran influencia sobre él. En ocasiones la familia puede, sin pretenderlo, ser perjudicial para el paciente: por la forma de comunicarse, por transmitir mucha ansiedad, por mantener actitudes y creencias contrarias a nuestras recomendaciones, por sobreproteger o prestar poca atención al paciente, etc. Es necesario que a la vez que se informa, se entrene y apoye

al paciente en las diferentes habilidades necesarias para el manejo de su enfermedad lo hagamos también con la familia.

3. Resiliencia

3.1.- Concepto

Desde hace mucho tiempo, la sociedad ha observado que algunos individuos logran superar circunstancias severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social. Este concepto aun primitivo fue la base para la creación del término Resiliencia.

Se concluyó que el adjetivo resiliente, tomado del inglés resilient, expresaba las características mencionadas y que el sustantivo “resiliencia” expresaba esa condición. Así, el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. A continuación se exponen algunas definiciones citadas por Polo y que se considera describen bien el concepto para esta investigación⁸:

Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. ICCB, Institute on Child Resilience and Family.

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo. Rutter.

3.2.- Dos enfoques complementarios

Hay que saber diferenciar entre los enfoques de Resiliencia y de Riesgo.

⁸ POLO, C.: RESILIENCIA: Factores Protectores en la Adolescencia, pág. 61

El enfoque de Riesgo se centra primordialmente en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una alta probabilidad de daño biológico o social. El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío”. En este modelo se entiende que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daño o riesgos, no encuentran a un niño indefenso en el cual se determinarán, inevitablemente, daños permanentes. Explica la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil. Por lo tanto, se debe entender que estos enfoques se complementan y se enriquecen, incrementando así su capacidad para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces.

Según Polo, la Resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Nunca es absoluta ni terminantemente estable. Los niños y adolescentes nunca son absolutamente resilientes de una manera permanente. Hasta el niño más resistente puede tener altibajos y deprimirse cuando la presión alcanza niveles altos. Por eso existe la necesidad de complementar el enfoque de resiliencia con el de riesgo, en función de un objetivo mayor que es el de fomentar un desarrollo sano. Junto con promover aquellas características saludables de niños y adolescentes es necesario intervenir para disminuir aquellos aspectos que le impidan alcanzar el máximo de potencial dentro de su fase de desarrollo⁸.

3.3.- Componentes de la Resiliencia

La resiliencia presenta dos componentes importantes: la firmeza y resistencia frente a la destrucción y la capacidad para arreglar y reconstruir sobre circunstancias o circunstancias adversas.

Características personales:

En otro plano Wolin y Wolin, citados por Polo, señalan algunas características personales de quienes poseen esta fuerza, y proporcionan algunas definiciones para ella:

- ✓ Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Independencia: Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos, alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.
- ✓ La capacidad de relacionarse: Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.
- ✓ Iniciativa: El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- ✓ Humor: Capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia.
- ✓ Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- ✓ Moralidad: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo⁸.

3.4.- La Resiliencia y sus fuentes

TENGO

- ✓ Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- ✓ Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- ✓ Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- ✓ Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- ✓ Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

SOY

- ✓ Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- ✓ Feliz cuando hago algo bueno por los demás y les demuestro mi afecto.
- ✓ Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- ✓ Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- ✓ Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

ESTOY

- ✓ Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- ✓ Seguro de que todo saldrá bien.
- ✓ Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- ✓ Rodeado de compañeros que me aprecian.

PUEDO

- ✓ Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- ✓ Buscar la manera de resolver mis problemas.
- ✓ Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- ✓ Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- ✓ Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- ✓ Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- ✓ Sentir afecto y expresarlo⁸.

3.5.- Resiliencia y Optimismo

En palabras de Polo, el optimismo es uno de los puntos que mayor interés ha despertado entre los investigadores de la psicología positiva. Se definirá como una característica disposicional de personalidad que interactúa entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Se le puede conceptualizar como la tendencia a esperar que el futuro conceda solo resultados favorables.

El optimismo es el factor que nos ayuda a afrontar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, revelando lo positivo que tienen las personas, confiando en las capacidades personales y adhiriendo a esto las posibilidades junto con la ayuda que podemos recibir.

Por ello es de suma relevancia el modo en que los círculos sociales pueden aportar los factores protectores ambientales y las condiciones que originan los factores protectores individuales⁸.

4. Cáncer

Cada vez que se habla de la palabra Cáncer en cualquier ámbito social y cultural existe una primera reacción natural de temor y miedo, por toda la información verdadera, dispersa, incompleta, falsa y variada. Se muestra como un término pobremente asimilado de manera adecuada en la población estableciéndose aun con fuerza mitos y verdades incompletas dentro de la información que maneja la gente en general.

Para poder definir el cáncer de manera general tomaremos como referencia la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) que indica que el cáncer es:

“Un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo”⁹.

4.1.- Aspectos Generales del Cáncer

Entraremos de lleno mencionando algunos aspectos generales del cáncer, tomando también como fuente la OMS:

- ✓ Tumor maligno que se origina en las células del área afectada.

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.: Temas de Salud: Cáncer, pág. 17

- ✓ Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pudiera crecer hacia (invadir) los tejidos circundantes o propagarse (hacer metástasis) en áreas distantes del cuerpo.
- ✓ Esta enfermedad ocurre con mayor frecuencia en las mujeres.

4.2.- Manifestaciones clínicas tempranas del cáncer

En las fases iniciales y precoces de la enfermedad, el cáncer no suele producir ningún tipo de síntoma visible. Cuando se diagnostica en estadios iniciales es porque el paciente participa en programas de cribado o porque se ha realizado técnicas de control preventivo.

Según indica la Asociación Española contra el Cáncer, los síntomas más frecuentes por las que el individuo acude al médico son¹⁰:

- ✓ Aparición de un nódulo que previamente no existía.
- ✓ Dolor en la zona a la palpación.
- ✓ Cambio de tamaño y/o deformación de la zona afectada.
- ✓ Irregularidades en el contorno de la zona afectada.
- ✓ Alteración en la piel como: úlceras, cambios de color.
- ✓ Existen otros síntomas como son el cansancio o el dolor óseo localizado, que pueden aparecer en las fases más avanzadas de la enfermedad.

4.3.- Datos Relevantes del Cáncer en Mujeres

El cáncer afecta a una de cada ocho mujeres durante sus vidas. El cáncer de mama mata más mujeres en nuestro medio que ningún otro cáncer, excepto el cáncer de pulmón. Nadie sabe por qué algunas mujeres desarrollan cáncer, pero existen algunos factores de riesgo. El Instituto Nacional contra el cáncer en su página web menciona algunos de estos factores que no se pueden modificar que incluyen:

- ✓ Edad: las probabilidades de tener un cáncer aumentan a medida que una mujer envejece.

¹⁰ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER, página web

- ✓ Genes: existen dos genes, BRCA1 y BRCA2, que aumentan el riesgo en gran medida. Las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario deben realizarse pruebas periódicas.
- ✓ Factores personales: primera menstruación antes de los 12 años o menopausia después de los 55.
- ✓ Otros factores de riesgo incluyen sobrepeso, terapias de reemplazo hormonal (también llamada terapia hormonal para la menopausia), uso de pastillas anticonceptivas, consumo de alcohol, no tener hijos o tener el primer hijo después de los 35 años, o tener mamas densas.
- ✓ El autoexamen y las tomografías pueden ayudar a diagnosticar el cáncer precozmente, cuando es más tratable. El tratamiento puede consistir en radiación, lumpectomía, mastectomía, quimioterapia y terapia hormonal¹¹.

4.4.- Modalidades de tratamiento del cáncer

Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer y después de haberse realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase se encuentra la enfermedad, se debe establecer cuál es el tratamiento más óptimo para la paciente.

La Asociación Española Contra el Cáncer, recomienda y explica las posibilidades del tratamiento más efectivo y adecuado en cada caso, para que una vez que la paciente haya recibido la suficiente información logre, junto con el especialista, tomar una decisión.

El tratamiento del cáncer, como ocurre en la mayoría de los tumores, es multidisciplinario. Distintas especialidades trabajan juntas para combinar terapias y ofrecer a la paciente las mayores probabilidades de curación.

¹¹ INSTITUTO NACIONAL CONTRA EL CANCER, página web

Protocolo o plan terapéutico

En el tratamiento del cáncer se sigue un protocolo establecido en base a la experiencia científica y los antecedentes que se tienen en el tratamiento de esta enfermedad.

La Asociación Española Contra el Cáncer indica que estos protocolos recogen las indicaciones o limitaciones del tratamiento en función de los siguientes factores:

- Edad del paciente.
- Estado general.
- Estado hormonal (premenopausia, menopausia).
- Localización del tumor.
- Fase o estadio en la que se encuentra la enfermedad (TNM).
- Receptores hormonales del tumor.
- Grado de las células.

Probablemente, también se tendrá en cuenta si además del cáncer, existen otras enfermedades presentes que puedan obstaculizar la realización de algún tratamiento en particular. Por tanto, el tratamiento indicado por el especialista no va a ser igual en todos los pacientes.

Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

Definiciones de Tipos de Tratamiento

Se utilizan diversas definiciones respecto al tratamiento. En su página web la Asociación Española Contra el Cáncer indica las siguientes:

Tratamiento Local: se refiere al tratamiento dirigido al tumor en su lugar de origen o en alguna localización determinada. La cirugía y la radioterapia son ejemplos de ello.

Tratamiento Sistémico: se refiere al tratamiento que afecta a todo el organismo. La quimioterapia y la hormonoterapia son tratamientos sistémicos.

Tratamiento Adyuvante: se llama así al tratamiento sistémico y/o local administrado tras el primer tratamiento. El objetivo de este tratamiento es profiláctico, tanto a nivel sistémico como local, es decir, pretende reducir el riesgo de recidiva del cáncer.

Tratamiento Neoadyuvante: consiste en administrar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía¹⁰.

4.5.- Psicología y Cáncer

La Asociación Psicológica Americana en este apartado nos proporciona una serie de puntos que son de vital importancia conocer para los intereses de este estudio:

Impacto del diagnóstico de cáncer en el bienestar psicológico

Se indica que recibir un diagnóstico de cáncer puede ser uno de los momentos más angustiantes que puedan experimentar las personas, y por eso, tal vez no sepan a quién recurrir para obtener ayuda.

La angustia generalmente continúa inclusive después de haber superado el impacto inicial del diagnóstico. A medida que las personas comienzan lo que con frecuencia es un largo proceso de tratamiento, pueden enfrentarse a nuevos problemas. Por ejemplo, pueden hallar confusión en sus relaciones personales. Pueden sentirse realmente cansadas todo el tiempo y estar muy preocupadas con respecto a los síntomas, al tratamiento y a la muerte. Pueden enfrentarse también a la discriminación por parte de su empresa e incluso por parte de las compañías de seguro. Factores como estos contribuyen al estrés crónico, la ansiedad y a la depresión.

Ayuda Psicológica

Sentirse abrumada es una respuesta totalmente normal al diagnóstico de cáncer. No obstante, las emociones inadecuadas pueden hacer que las mujeres dejen de hacer

cosas que son buenas para ellas y que comiencen a hacer cosas que son malas para cualquiera, y en especial preocupantes para aquellas personas que tienen una enfermedad grave. Al mismo tiempo, estas mujeres pueden recurrir al alcohol, al tabaco, a la cafeína y a otras drogas en un intento por calmarse.

Un diagnóstico de cáncer también puede conllevar a problemas más graves. Los investigadores estiman que entre el 20 y el 60 por ciento de las pacientes con cáncer experimentan síntomas de depresión que pueden dificultar aún más que las mujeres se adapten, participen óptimamente en actividades de tratamiento y aprovechen las fuentes de apoyo social que tienen disponibles. Algunas mujeres se sienten tan desanimadas por la dura prueba de tener cáncer, que se niegan a someterse a una cirugía o simplemente dejan de asistir a sus sesiones de radiación o quimioterapia. Como resultado, pueden enfermarse aún más. De hecho, hay estudios que demuestran que dejar de asistir a tan solo el 15 por ciento de las sesiones de quimioterapia, provoca resultados considerablemente adversos.

Tratamiento psicológico

El objetivo principal es ayudar a las mujeres a aprender a cómo sobrellevar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida relacionados con el cáncer, así como los tratamientos médicos que pueden resultar dolorosos y traumáticos. Algunas mujeres pueden enfocar el asunto en cómo explicar su enfermedad a los hijos o cómo afrontar la respuesta de su pareja. Otras pueden concentrarse en cómo elegir el hospital o tratamiento médico adecuados. Para otras, el enfoque puede ser cómo controlar el estrés, la ansiedad o la depresión. Al enseñar a las pacientes estrategias para la resolución de problemas en un entorno de apoyo, los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lidiar con su dolor, miedo y otras emociones. Para muchas mujeres, esta crisis potencialmente mortal, puede resultar una oportunidad de crecimiento personal que mejora la vida.

Las pacientes con cáncer no son las únicas que pueden beneficiarse del tratamiento psicológico. Los psicólogos suelen ayudar a sus familiares, de quienes se espera brinden apoyo emocional y práctico, al mismo tiempo que afrontan sus propios

sentimientos. Los niños, padres y amigos involucrados en el apoyo de la paciente también pueden beneficiarse con las intervenciones psicológicas.

La necesidad de tratamiento psicológico puede no terminar cuando finaliza el tratamiento médico. De hecho, la recuperación emocional puede llevar más tiempo que la recuperación física y es a veces menos predecible. Si bien, la presión social para volver a la normalidad es intensa, las sobrevivientes del cáncer de mama necesitan tiempo para crear una nueva imagen de sí mismas que incorpore la experiencia vivida y sus cambios corporales. Los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lograr ese objetivo y a enseñarlas a sobrellevar problemas como el temor a la reaparición de la enfermedad y la impaciencia respecto a problemas más comunes.

¿Puede ayudar el tratamiento psicológico también al cuerpo?

Por supuesto. Por ejemplo, pensemos en las náuseas y los vómitos que suelen acompañar a la quimioterapia. Para algunas mujeres, estos efectos colaterales pueden ser lo suficientemente graves como para hacerles rechazar otros intentos de tratamiento. Los psicólogos pueden enseñarles a las mujeres ejercicios de relajación, meditación, autohipnosis, imaginación u otras tácticas que pueden aliviar eficazmente las náuseas sin los efectos colaterales de las sustancias farmacéuticas.

El tratamiento psicológico tiene además efectos indirectos en la salud física. Los investigadores saben que el estrés suprime la capacidad de protección personal del cuerpo. Lo que sospechan ahora es que la capacidad de afrontamiento que les enseñan los psicólogos puede realmente reforzar el sistema inmunológico. En un conocido estudio, pacientes con cáncer de mama avanzado que se sometieron a terapia de grupo vivieron más tiempo que aquellas que no lo hicieron.

Las investigaciones también sugieren que las pacientes que formulan preguntas y son activas con sus médicos obtienen mejores resultados de salud que las pacientes que aceptan pasivamente los programas de tratamiento propuestos. Los psicólogos pueden instruir a las mujeres para que realicen elecciones más informadas, a la luz de consejos a menudo conflictivos, y pueden ayudarlas a comunicarse más eficazmente con sus proveedores de atención médica. En resumen, los psicólogos

pueden ayudar a las mujeres a participar plenamente en su tratamiento. El resultado es una mejor comprensión de la enfermedad y su tratamiento, así como una mayor disposición a hacer lo necesario para sanar nuevamente.

Tratamiento multifactorial

Una combinación de tratamiento individual y de grupo a veces funciona mejor. Sesiones individuales con un psicólogo autorizado para ejercer suelen recalcar la comprensión y modificación de los patrones de pensamiento y de conducta. El tratamiento psicológico de grupo con otras personas que tienen cáncer de mama les da a las mujeres la posibilidad de brindar y recibir apoyo emocional, y aprender de las experiencias de las demás.

Las intervenciones psicológicas, que son dirigidas a individuos o grupos, se esfuerzan por ayudar a las mujeres a adaptarse a sus diagnósticos; a sobrellevar el tratamiento y a aceptar el impacto de la enfermedad en sus vidas. Si bien los pensamientos y sentimientos negativos se abordan, la mayoría de las investigaciones psicológicas se concentran en la resolución de problemas a medida que las mujeres enfrentan un nuevo desafío¹².

¹² ASOCIACION PSICOLOGICA AMERICANA, página web



METODOLOGIA

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del Problema:

Influencia de la Autoestima y el Apoyo Social en el nivel de Resiliencia de pacientes mujeres del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Arequipa 2018.

1.2 Descripción del Problema

Las pacientes con diagnóstico de cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Arequipa, presentan diversos niveles de Autoestima, Apoyo Social y Resiliencia. Por ello, determinar la interacción existente entre dichas variables permitirá desarrollar en las pacientes mejores actitudes de afrontamiento de la enfermedad, así como una menor probabilidad de patología psicológica. Además, permitirá a los especialistas proponer mejores alternativas de solución en el proceso recuperativo y preventivo.

1.3 Justificación del Problema:

La presente investigación se origina en gran medida por los problemas relacionados a los conflictos emocionales y de salud mental prevalentes en nuestro medio y que se vuelven cada día más frecuentes. Es el estado anímico adecuado una circunstancia fundamental en el proceso de prevención, promoción y recuperación de la salud mental, tanto a nivel personal como en sociedad. Dentro de la idea de conservación de una adecuada Salud Mental influirá a su vez mucho el apoyo social y la autoestima que presenten las personas, factores que ayudan a evolucionar adecuadamente la Resiliencia personal.

La relevancia científica de esta investigación se sustenta en la capacidad que nos brindaran los resultados obtenidos, para el apoyo del tratamiento médico anexando al mismo un apoyo psicológico adecuado y centrando nuestra atención en los factores más preponderantes que ayuden a la recuperación rápida y adecuada del paciente con diagnóstico de cáncer, teniendo como meta la creación, fortalecimiento y mantenimiento de una adecuada Resiliencia.

En el ámbito social se muestra actualmente una influencia del sector salud hacia la sociedad con los términos de prevención y promoción, pero se deja de lado el proceso recuperativo. La sociedad basada en la convivencia conjunta demuestra la importancia de la mujer dentro de la misma, y marcando como hito desde hace ya casi un siglo el mejorar su estilo y estado de vida. En tal afirmación se dará atención a la Resiliencia presente durante el proceso recuperativo que presentaran frente a una de las enfermedades que va expandiéndose actualmente.

En el sector salud la importancia antes mencionada de los conceptos de prevención y promoción, se va dirigida a trabajar un paso delante de las diferentes enfermedades. Otro de sus objetivos es disminuir los cuadros nosológicos más frecuentes y evitar los diferentes tipos de mortalidades; dicho esto no podemos dejar de lado el proceso post enfermedad y recuperativo, donde encontraremos diferentes secuelas, en especial más frecuentemente psicológicas.

Así mismo observamos que la conciencia personal de la gente va aumentando cada día a un nivel adecuado sobre el riesgo y verdadero alcance de los problemas oncológicos. Trastornos que van cobrando en la actualidad más víctimas, siendo el grupo femenino el más afectado en comparación con el masculino según estadísticas actuales.

Observamos pocas investigaciones relacionadas con las variables de esta investigación, siendo esto inaceptable por la fácil disposición de los elementos intervinientes, que hacen factible la realización de la misma y demostrar así su gran utilidad. Fundamentalmente, la utilidad del estudio se sustenta en varios aspectos ya descritos anteriormente y de tal manera que de lo que esta investigación concluya servirá para orientar con mayor precisión a las pacientes, a sus familias y capacitar a los profesionales intervinientes.

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

2.1 Técnica

Para la recolección de Datos de las tres variables se utilizó la técnica del “Cuestionario”.

2.2 Instrumentos

Para los fines de esta investigación se utilizaron tres instrumentos:

- ✓ El instrumento utilizado será: la Escala de Coopersmith para medir la Autoestima validada en Perú por Lingan (2017)¹⁹,
- ✓ Para el Apoyo Social usaremos: el Cuestionario MOS de Apoyo Social validado en Perú por Baca (2016)²⁰ y
- ✓ Para la Resiliencia utilizaremos: la Escala de Resiliencia Wagnild y Young (1993) validada en el Perú por Novella (2002)²¹.

Estructura del instrumento

Escala de Coopersmith – Autoestima

El inventario de Autoestima de Coopersmith fue creado por Stanley Coopersmith (1967), se muestra como un inventario constituido por 58 ítems. Los cuales están referidos a la autopercepción del sujeto con respecto a las siguientes áreas: autoestima general, autoestima social, hogar – padres, escolar – académica y la escala de mentiras.

Stanley Coopersmith presentó la confiabilidad de la prueba a través de un test – retest (0.88). La confiabilidad interna de la prueba presenta un rango de 0.87 y 0.92 de coeficiente.

En nuestro medio se realizaron múltiples validaciones de la presente Escala, por mencionar alguna Lingan (2017) encontró un nivel de confiabilidad alto logrando

una medida de 0.78. Además, mediante una investigación determino una validez mediante una correlación ítem por ítem que mostró un nivel de significancia de 0.001 en todas las subescalas

Administración: El cuestionario puede usarse en personas a partir de los 16 años para adelante, no presenta tiempo límite, pero dura aproximadamente 15 minutos. Está formada por 58 ítems.

Calificación: Se suman los resultados obtenidos y los puntajes más altos indican niveles más altos de Autoestima. La escala L no se puntúa, pues solo debemos ver menos de 5 respuestas dadas, porque si fuera mayor carecería de sinceridad.

Cuestionario MOS de Apoyo Social – Apoyo Social

Se consideró para la medición pertinente el uso del test de apoyo social desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991), Cuestionario MOS de Apoyo Social (The MOS Social Support Survey), fue creado en Estados Unidos en un contexto hospitalario. Dicho instrumento ha sido sometido a diversas adaptaciones internacionales que le brindan una adecuada validez.

En nuestro medio Baca (2016) realizó una validación del cuestionario a partir de un estudio en pacientes con cáncer. Según la investigación señalada se muestra un nivel de confiabilidad favorable ($=0.94$) y de validación adecuada (54.240%).

El Apoyo Social percibido, se agrupa en dos dimensiones: funcional y estructural. La primera queda definida a través de los factores: informacional, afectivo e instrumental.

Administración: El cuestionario puede usarse en personas a partir de los 18 años para adelante, no presenta tiempo límite pero dura aproximadamente 20 minutos. Está formada por 19 ítems con formato tipo Likert.

Calificación: Se suman los resultados obtenidos y los puntajes más altos indican presencia o ausencia de Apoyo Social.

Escala de Resiliencia Wagnild y Young – Resiliencia

La Escala de Resiliencia fue creada en los Estados Unidos por Wagnild y Young en el año 1988, fue revisada por los mismos autores en 1993. Para Wagnild y Young la Resiliencia se define como una característica que ayudara a moderar el estrés que aparece cuando el ser humano se enfrenta a situaciones negativas y usan el término de Resiliencia para calificar a personas que demostraron valor y una buena adaptación frente a las mismas situaciones.

Con respecto a la confiabilidad de la escala, Wagnild y Young (1993) en una muestra de 1500 personas, varones y mujeres, obtuvieron una consistencia interna representada en un alpha de crombach de 0.91; después en dos muestras de mujeres graduadas se confirmó un coeficiente de fiabilidad de 0.85 y 0.86 respectivamente; y en una muestra de mujeres post parto de 0.90. En el Perú, la Escala fue traducida a nuestro idioma y analizada psicométricamente por Novella (2002), quien uso una muestra de 324 estudiantes entre 14 a 17 años, de la ciudad de Lima, donde obtuvo una consistencia interna global de 0.875.

La validez del contenido está constituida por ítems redactados en forma positiva, acorde con las definiciones expresadas de Resiliencia. La escala se divide en dos dimensiones: Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de su vida.

Administración: La Escala puede usarse en personas a partir de los 12 años para adelante, no presenta tiempo límite, pero dura aproximadamente 20 minutos. Está formada por 25 ítems con formato tipo Likert.

Calificación: Se suman los resultados obtenidos y los puntajes más altos indican mayor grado de Resiliencia.

| Variable | Indicadores | Técnica | Instrumento | Ítems |
|---------------------|--|--------------|---------------------------------------|---|
| Autoestima | Auto confianza | Cuestionario | Escala de Autoestima Coopersmith | 1, 10, 19, 25 |
| | Auto aceptación | | | 3, 5, 7 |
| | Auto concepto | | | 12, 13, 15 |
| | Capacidad de decidir | | | 4 |
| | Imagen personal | | | 18, 24 |
| | Interacción familiar | | | 6, 20, 22 |
| | Sentimiento de independencia | | | 16 |
| | Valoración familiar | | | 9, 11 |
| | Integración | | | 17 |
| | Adaptación social | | | 21, 23 |
| | Relaciones interpersonales | | | 2, 8 |
| Aceptación en grupo | 14 | | | |
| Apoyo Social | Apoyo Afectivo | Cuestionario | Cuestionario MOS de Apoyo Social | 2, 3, 4 |
| | Apoyo de Interacción Social | | | 5, 6, 7, 8 |
| | Apoyo Instrumental | | | 9, 10, 11, 12 |
| | Apoyo Emocional | | | 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 |
| Resiliencia | Competencia Personal | Cuestionario | Escala de Resiliencia Wagnild y Young | |
| | - Sentirse bien solo - Perseverancia - Autoconfianza | | | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24 |
| | Aceptación de sí mismo y de su vida | | | |
| | - Satisfacción personal - Ecuanimidad | | | 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22, 25 |

3 CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.1 Ubicación espacial

La investigación se realizó en el ámbito del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Arequipa, situado en la Avenida de la Salud s/n., distrito del Cercado de Arequipa.

3.2 Ubicación temporal

El horizonte temporal del estudio está referido al presente, entre julio y setiembre del año 2018, donde se pudo abarcar la muestra requerida.

3.3 Unidades de estudio

El universo está compuesto por todas las pacientes mujeres con diagnóstico de Cáncer que se atienden en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Arequipa.

La muestra consta de 168 pacientes que cumplieron con los requisitos requeridos por la investigación y que voluntariamente quieran participar de la Investigación.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- ✓ Pacientes de sexo femenino.
- ✓ Pacientes entre 18 a 59 años.
- ✓ Pacientes que presenten diagnóstico de Cáncer.
- ✓ Pacientes que se traten en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- ✓ Pacientes que hayan aceptado participar del estudio.
- ✓ Pacientes que presenten condición socioeconómica media y alta.
- ✓ Se incluye cualquier estado civil.
- ✓ Se incluye cualquier tipo de familia.
- ✓ Se incluye cualquier grado de avance de la Enfermedad.

Exclusión:

- ✓ Pacientes de sexo masculino.
- ✓ Pacientes fuera del rango de edad establecido.
- ✓ Pacientes con otros diagnósticos.
- ✓ Pacientes que asisten a otros establecimientos de Salud.
- ✓ Pacientes que no acepten participar del estudio.
- ✓ Pacientes de condición socioeconómica baja.



4 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efectos de la recolección de datos se trabajó de manera independiente al momento de captar a los participantes, esto siendo realizado en el ingreso del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

La duración del presente estudio estuvo prevista para dos meses, donde la recolección de datos se realizó una vez por semana, en fechas previamente programadas.

Los instrumentos utilizados son tres pruebas tipo Likert, en las cuales se evidencia el carácter anónimo de las mismas y se solicitó respuestas sinceras a cambio, para mejorar el nivel de validez de los resultados. Durante la evaluación se resuelven las dudas que pueda presentar la evaluada.

Finalmente se revisaron los instrumentos aplicados, los datos obtenidos se analizaron estadísticamente en el programa SPSS versión 23; para su interpretación y originar conclusiones finales.





RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

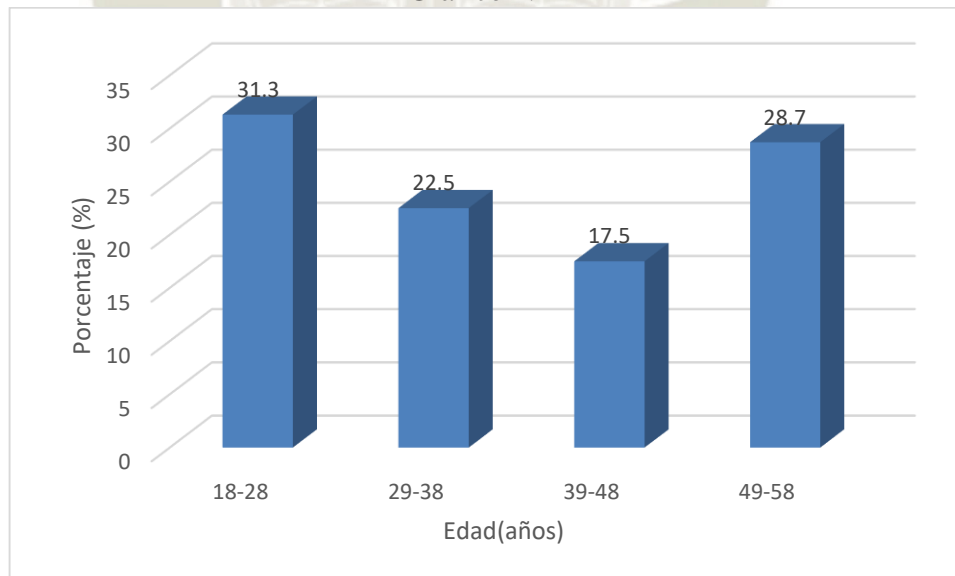
TABLA N°. 1
EDAD DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

| Edad | N°. | % |
|-------|-----|-------|
| 18-29 | 50 | 31,3 |
| 29-39 | 36 | 22,5 |
| 39-49 | 28 | 17,5 |
| 49-59 | 46 | 28,7 |
| Total | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La tabla N°. 1, muestra que la edad que prevalece en el estudio es la que se encuentra entre 18 – 29 años con un 31,3% y el menor porcentaje se encuentra entre los 39 – 49 años con un 17,5%; siendo la media de edad de 37,6.

Gráfico N° 1



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

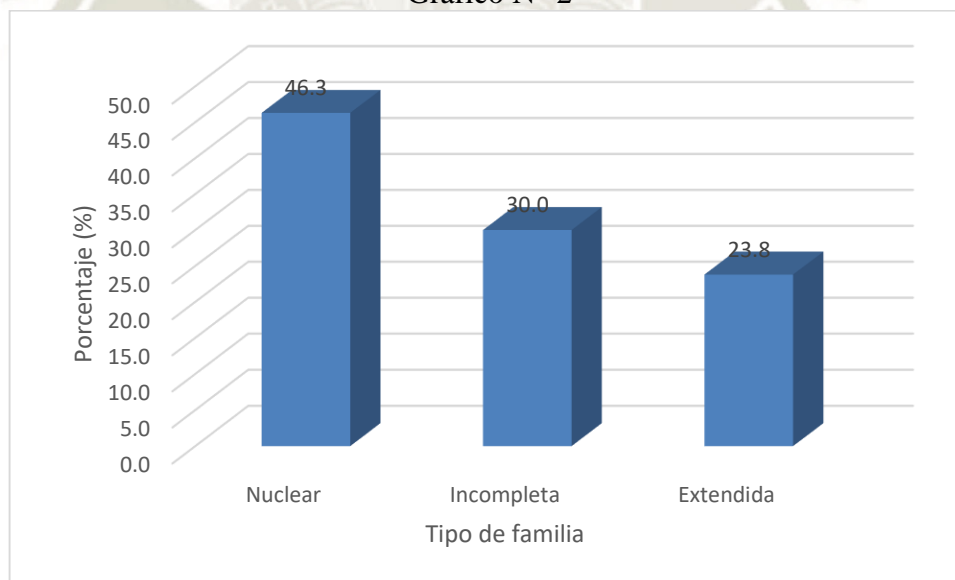
TABLA N°. 2
TIPO DE FAMILIA DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

| Tipo de Familia | N°. | % |
|-----------------|-----|-------|
| Nuclear | 74 | 46,3 |
| Incompleta | 48 | 30,0 |
| Extendida | 38 | 23,8 |
| Total | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La tabla N°. 2, muestra que el 46,3% de las pacientes mujeres tienen familia nuclear y el 23,8% de ellas tienen familia extendida.

Gráfico N° 2



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

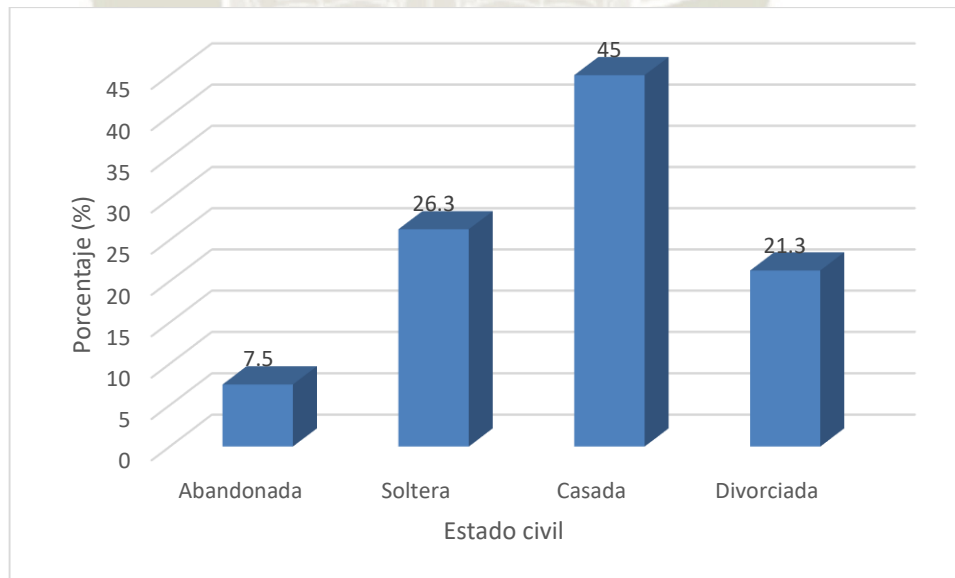
TABLA N° 3
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

| Estado civil | N°. | % |
|--------------|-----|-------|
| Abandonada | 12 | 7,5 |
| Soltera | 42 | 26,3 |
| Casada | 72 | 45,0 |
| Divorciada | 34 | 21,3 |
| Total | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La tabla N° 3, muestra que el 45,0% de las pacientes mujeres son casadas y solo el 7,5% de ellas han sido abandonadas.

Gráfico N° 3



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

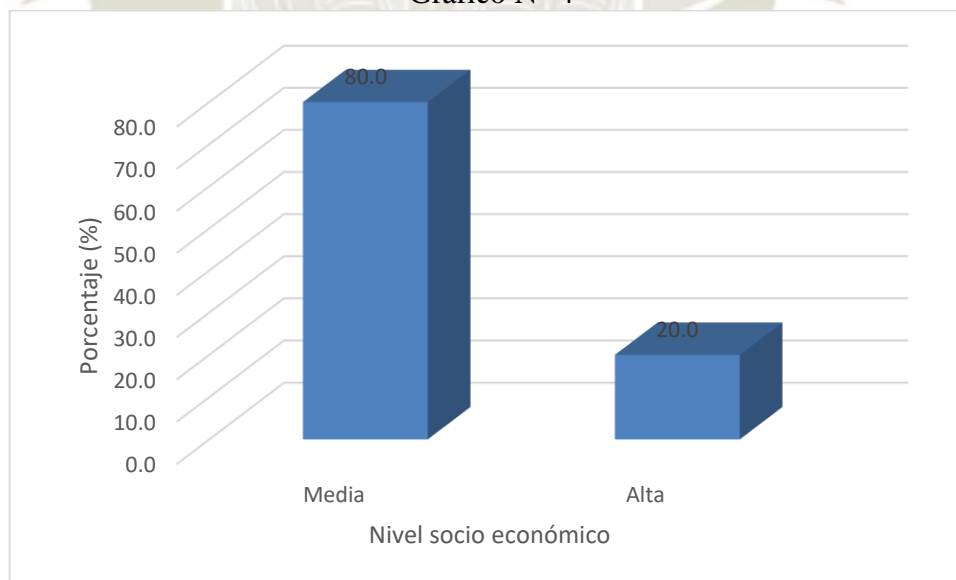
TABLA N°. 4
NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

| Nivel Socioeconómico | N°. | % |
|----------------------|-----|-------|
| Media | 128 | 80,0 |
| Alta | 32 | 20,0 |
| Total | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La tabla N°. 4, muestra que el 80,0% de las pacientes mujeres tienen un nivel socioeconómico medio y el 20,0% de ellas presentaron un nivel socioeconómico alto.

Gráfico N° 4



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

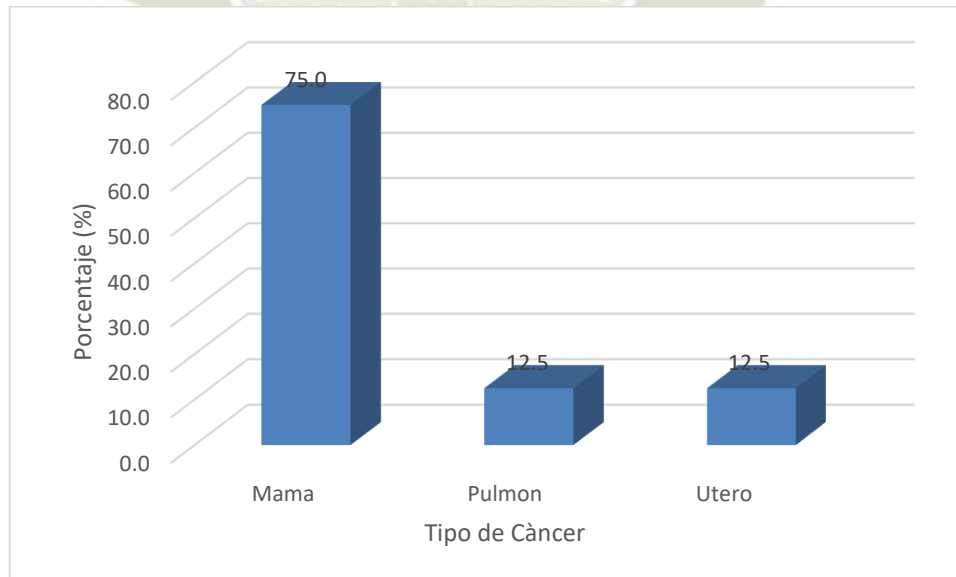
TABLA N° 5
TIPO DE CÁNCER DE LAS PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

| Tipo de Cáncer | N°. | % |
|------------------|-----|-------|
| Cáncer de Mama | 120 | 75,0 |
| Cáncer de Pulmón | 20 | 12,5 |
| Cáncer de Útero | 20 | 12,5 |
| Total | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La tabla N° 5, muestra que el 75,0% de las pacientes mujeres muestran un diagnóstico de cáncer de mama y el 12,5% de ellas presentan diagnósticos de cáncer de pulmón y útero respectivamente.

Gráfico N° 5



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.



AUTOESTIMA

TABLA N°. 6

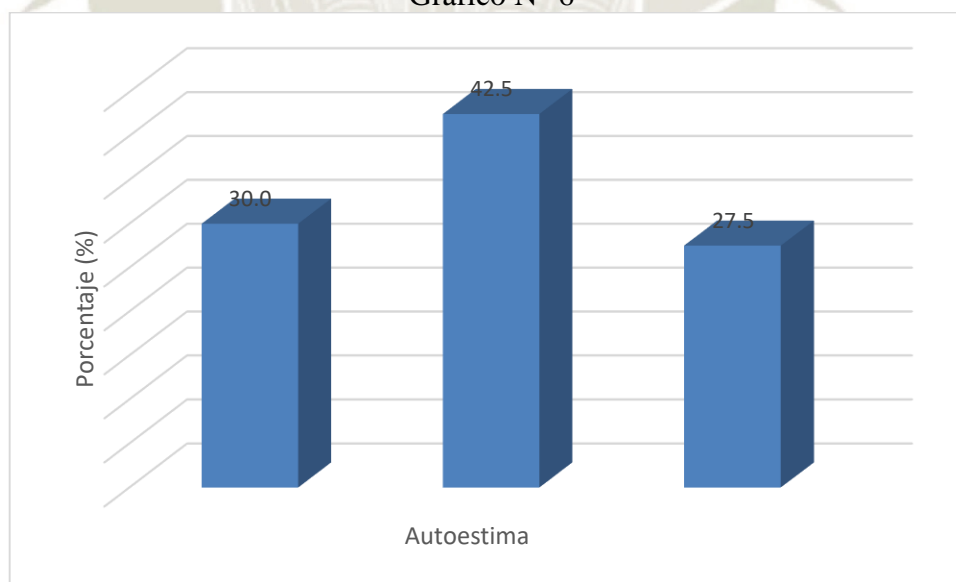
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN AUTOESTIMA

| Autoestima | N°. | % |
|------------|-----|-------|
| Baja | 48 | 30,0 |
| Media | 68 | 42,5 |
| Alta | 44 | 27,5 |
| Total | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La tabla N°. 6, muestra que el 42,5% de las pacientes mujeres tienen una autoestima media y el 27,5% de ellas tienen un nivel de Autoestima alta.

Gráfico N° 6



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.



TABLA N°. 7

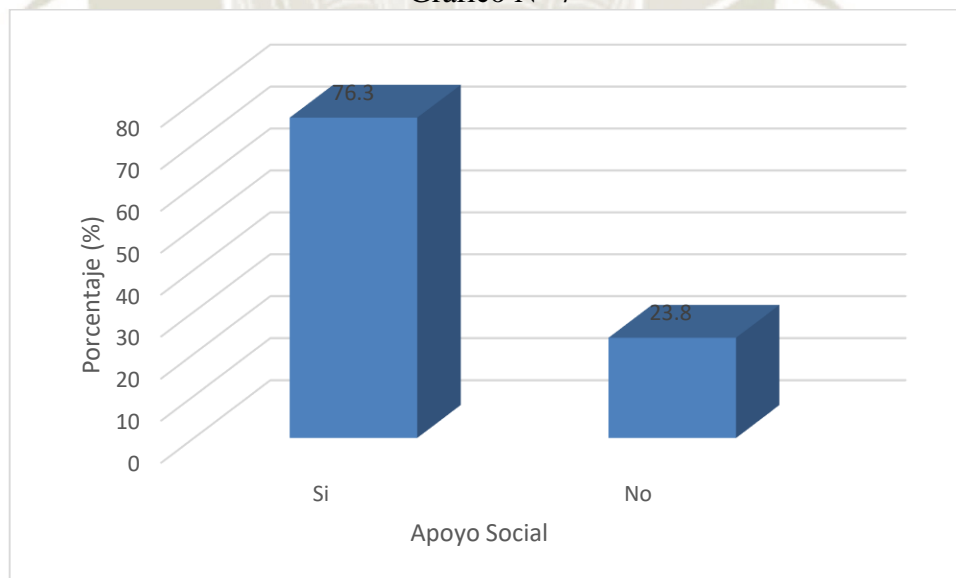
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL

| Apoyo Social | N°. | % |
|--------------|-----|-------|
| Si | 122 | 76,3 |
| No | 38 | 23,8 |
| Total | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La tabla N°. 7, muestra que el 76,3% de las pacientes mujeres cuentan con Apoyo Social y el 23,8% de ellas no presentaron Apoyo Social.

Gráfico N° 7



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.



TABLA N°. 8

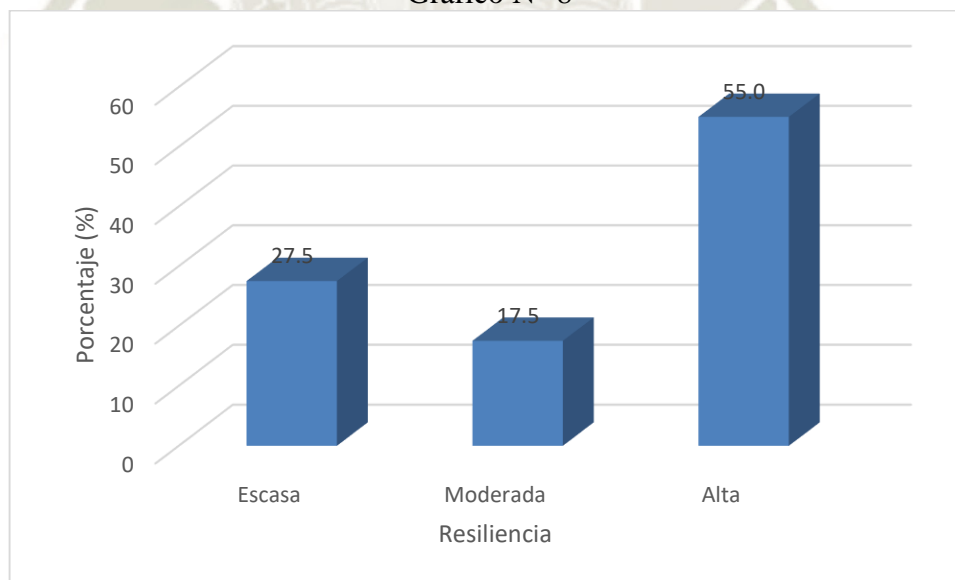
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN RESILIENCIA

| Resiliencia | N°. | % |
|-------------|-----|-------|
| Escasa | 44 | 27,5 |
| Moderada | 28 | 17,5 |
| Alta | 88 | 55,0 |
| Total | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

La tabla N°. 8, muestra que el 55,0% de las pacientes mujeres tienen alta Resiliencia y el 17,5% de ellas tienen una moderada Resiliencia.

Gráfico N° 8



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.



TABLA N°. 9

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN AUTOESTIMA Y RESILIENCIA

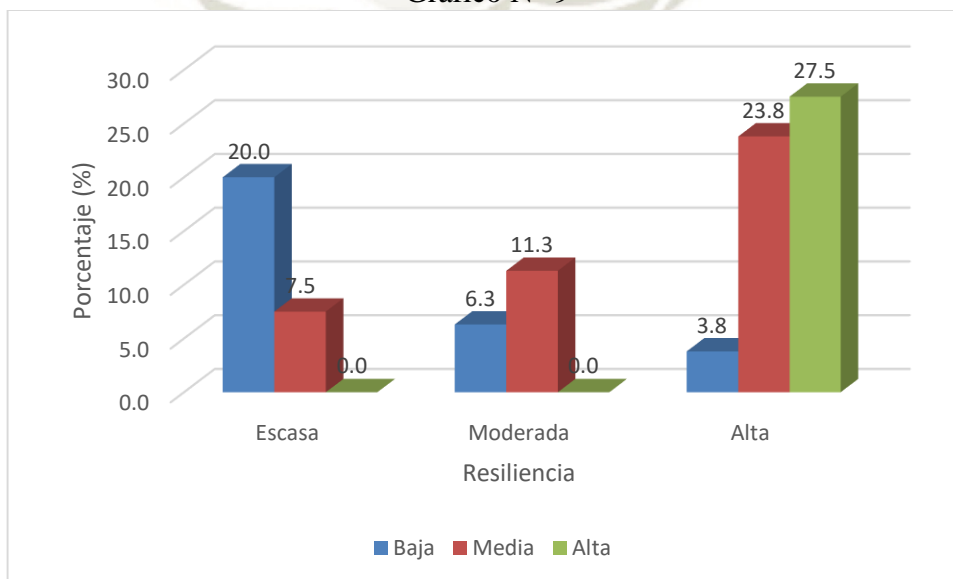
| Autoestima | Resiliencia | | | | | | Total | |
|------------|-------------|------|----------|------|------|------|-------|------|
| | Escasa | | Moderada | | Alta | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Baja | 16 | 20,0 | 5 | 6,3 | 3 | 3,8 | 24 | 30,0 |
| Media | 6 | 7,5 | 9 | 11,3 | 19 | 23,8 | 34 | 42,5 |
| Alta | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 22 | 27,5 | 22 | 27,5 |
| Total | 22 | 27,5 | 14 | 17,5 | 44 | 55,0 | 80 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. $\chi^2=42,19$ $P<0.05$

La tabla N°. 9, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=42,19$) muestra que la Autoestima y la Resiliencia en las pacientes mujeres presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 23,8% de las pacientes mujeres con Resiliencia alta presentaron una Autoestima media.

Gráfico N° 9



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

TABLA N°. 10

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA

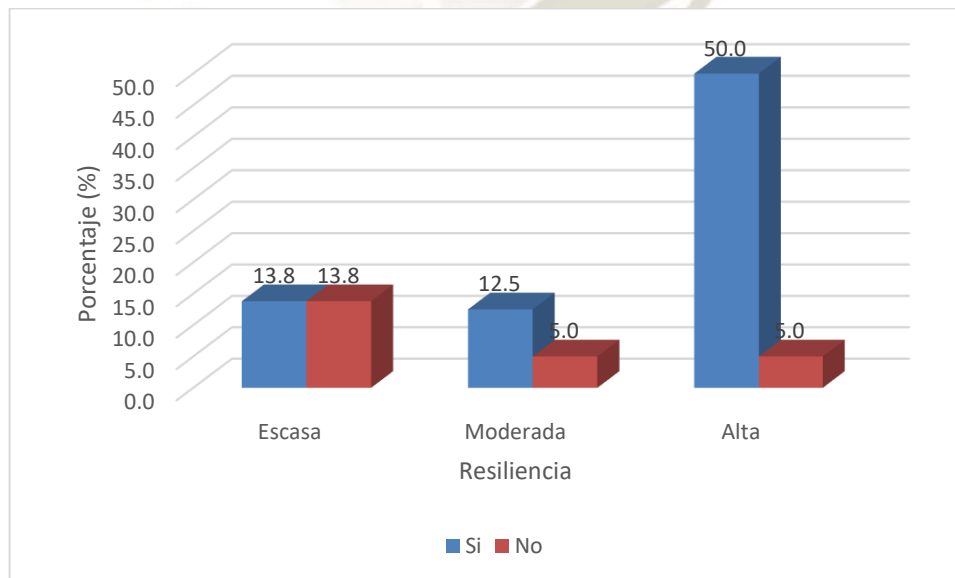
| Apoyo Social | Resiliencia | | | | | | Total | |
|--------------|-------------|------|----------|------|------|------|-------|------|
| | Escasa | | Moderada | | Alta | | N°. | % |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | | |
| Si | 11 | 13,8 | 10 | 12,5 | 40 | 50,0 | 61 | 76,3 |
| No | 11 | 13,8 | 4 | 5,0 | 4 | 5,0 | 19 | 23,8 |
| Total | 22 | 27,5 | 14 | 17,5 | 44 | 55,0 | 80 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. $\chi^2=13,77$ $P<0.05$

La tabla N°. 10, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=13,77$) muestra que el Apoyo Social y la Resiliencia en las pacientes mujeres presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 50,0% de las pacientes mujeres con Resiliencia alta cuentan con Apoyo Social.

Gráfico N° 10



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

TABLA N°. 11

NIVELES DE LA AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA

SEGÚN EDAD DE LA POBLACIÓN

| Autoestima | Edad | | | | | | | | Total | |
|------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | 18 – 29 | | 30 – 39 | | 40 – 49 | | 50 – 59 | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Alta | 7 | 14,0 | 17 | 47,2 | 15 | 53,6 | 5 | 10,9 | 44 | 27,5 |
| Media | 22 | 44,0 | 13 | 36,1 | 12 | 42,8 | 21 | 45,6 | 68 | 42,5 |
| Baja | 21 | 42,0 | 6 | 16,7 | 1 | 3,6 | 20 | 43,5 | 48 | 30,0 |
| Total | 50 | 100,0 | 36 | 100,0 | 28 | 100,0 | 46 | 100,0 | 160 | 100,0 |

| Apoyo Social | Edad | | | | | | | | Total | |
|--------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | 18 – 29 | | 30 – 39 | | 40 – 49 | | 50 – 59 | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Si | 42 | 84,0 | 31 | 86,1 | 25 | 89,2 | 24 | 52,1 | 122 | 76,3 |
| No | 8 | 16,0 | 5 | 13,9 | 3 | 10,8 | 22 | 47,9 | 38 | 23,7 |
| Total | 50 | 100,0 | 36 | 100,0 | 28 | 100,0 | 46 | 100,0 | 160 | 100,0 |

| Resiliencia | Edad | | | | | | | | Total | |
|-------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | 18 – 29 | | 30 – 39 | | 40 – 49 | | 50 – 59 | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Alta | 27 | 54,0 | 21 | 58,3 | 17 | 60,7 | 23 | 50,0 | 88 | 55,0 |
| Media | 10 | 20,0 | 5 | 13,9 | 4 | 14,3 | 9 | 19,5 | 28 | 17,5 |
| Baja | 13 | 26,0 | 10 | 27,8 | 7 | 25,0 | 14 | 30,5 | 44 | 27,5 |
| Total | 50 | 100,0 | 36 | 100,0 | 28 | 100,0 | 46 | 100,0 | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

$X^2=41,08$

$P<0.05$

La tabla N°.11, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=41,08$) muestra que, según la Edad, entre los 29 a 49 años encontramos un mejor nivel de Autoestima, y los niveles más bajos de Autoestima se encuentran entre los 50 a 59 años.

Igualmente se muestra que el Apoyo Social fluctúa en niveles adecuados entre los 18 a 49 años, pero entre la etapa de los 50 a 59 años este nivel disminuye a medidas más bajas pero aun aceptables.

Asimismo en lo que respecta a los niveles de Resiliencia registrados según la edad, se observa que no existen diferencias significativas.

Por lo indicado anteriormente se puede establecer que la edad permite cierta predisposición a mostrar niveles más óptimos de Autoestima, Apoyo Social y Resiliencia; lo cual se deberá tener en cuenta al momento de crear propuestas de intervención en mejora de las variables de nuestro universo ($P < 0.05$).

TABLA N°. 12

NIVELES DE LA AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA
SEGÚN EL TIPO DE FAMILIA DE LA POBLACIÓN

| Autoestima | Familia | | | | | | Total | |
|------------|---------|-------|------------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | NUCLEAR | | INCOMPLETA | | EXTENDIDA | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Alta | 22 | 29,7 | 13 | 27,1 | 9 | 23,7 | 44 | 27,5 |
| Media | 31 | 41,9 | 19 | 39,5 | 18 | 47,4 | 68 | 42,5 |
| Baja | 21 | 28,4 | 16 | 33,4 | 11 | 28,9 | 48 | 30,0 |
| Total | 74 | 100,0 | 48 | 100,0 | 38 | 100,0 | 160 | 100,0 |

| Apoyo Social | Familia | | | | | | Total | |
|--------------|---------|-------|------------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | NUCLEAR | | INCOMPLETA | | EXTENDIDA | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Si | 61 | 82,4 | 26 | 54,1 | 35 | 92,1 | 122 | 76,3 |
| No | 13 | 17,6 | 22 | 45,9 | 3 | 7,9 | 38 | 23,7 |
| Total | 74 | 100,0 | 48 | 100,0 | 38 | 100,0 | 160 | 100,0 |

| Resiliencia | Familia | | | | | | Total | |
|-------------|---------|-------|------------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | NUCLEAR | | INCOMPLETA | | EXTENDIDA | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Alta | 37 | 50,0 | 21 | 43,7 | 30 | 78,9 | 88 | 55,0 |
| Media | 14 | 18,9 | 6 | 12,6 | 8 | 21,1 | 28 | 17,5 |
| Baja | 23 | 31,1 | 21 | 43,7 | 0 | 0,0 | 44 | 27,5 |
| Total | 74 | 100,0 | 48 | 100,0 | 38 | 100,0 | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

$\chi^2=40,025$

$P<0.01$

La tabla N°.12, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=40,025$) muestra que, según el Tipo de Familia, los niveles de Autoestima se encuentran a niveles moderados y altos más frecuentemente en familias nucleares y extendidas, teniendo las familias incompletas un menor porcentaje.

Se muestra además que el Apoyo Social fluctúa en niveles adecuados entre familias de tipo nuclear y extendida; y disminuye considerablemente en lo que respecta a familias incompletas a medidas más bajas pero aun aceptables.

Finalmente en lo que respecta a los niveles de Resiliencia registrados según el tipo de familia, se observa que los niveles más altos se dan en pacientes que viven en familias extendidas seguidas por los que viven en familias nucleares para terminar con menor frecuencia en familias incompletas.

Por lo indicado anteriormente se puede establecer que el tipo de familia permite cierta predisposición a mostrar niveles más óptimos de Autoestima, Apoyo Social y Resiliencia; lo cual se deberá tener en cuenta al momento de crear propuestas de intervención en mejora de las variables de nuestro universo ($P<0.01$).

TABLA N°. 13

NIVELES DE LA AUTOESTIMA, APOYO SOCIAL Y RESILIENCIA
SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN

| Autoestima | Estado Civil | | | | | | Total | |
|------------|--------------|-------|------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | SOLTERA | | CON PAREJA | | SEPARADA | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Alta | 17 | 40,5 | 20 | 27,8 | 7 | 15,2 | 44 | 27,5 |
| Media | 18 | 42,9 | 40 | 55,5 | 10 | 21,7 | 68 | 42,5 |
| Baja | 7 | 16,6 | 12 | 16,7 | 29 | 63,1 | 48 | 30,0 |
| Total | 42 | 100,0 | 72 | 100,0 | 46 | 100,0 | 160 | 100,0 |

| Apoyo Social | Estado Civil | | | | | | Total | |
|--------------|--------------|-------|------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | SOLTERA | | CON PAREJA | | SEPARADA | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Si | 31 | 73,8 | 67 | 93,0 | 24 | 52,2 | 122 | 76,3 |
| No | 11 | 26,2 | 5 | 7,0 | 22 | 47,8 | 38 | 23,7 |
| Total | 42 | 100,0 | 72 | 100,0 | 46 | 100,0 | 160 | 100,0 |

| Resiliencia | Estado Civil | | | | | | Total | |
|-------------|--------------|-------|------------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | SOLTERA | | CON PAREJA | | SEPARADA | | | |
| | N°. | % | N°. | % | N°. | % | N°. | % |
| Alta | 22 | 52,4 | 43 | 59,7 | 23 | 50,0 | 88 | 55,0 |
| Media | 8 | 19,0 | 13 | 18,0 | 7 | 15,2 | 28 | 17,5 |
| Baja | 12 | 28,6 | 16 | 22,3 | 16 | 34,8 | 44 | 27,5 |
| Total | 42 | 100,0 | 72 | 100,0 | 46 | 100,0 | 160 | 100,0 |

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

$\chi^2=43,02$

$P<0.03$

La tabla N°.13, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=43,02$) muestra que, según el estado civil de la población, la Autoestima se encuentra en niveles más altos en la población identificada en el grupo: con pareja y de soltería, teniendo un menor nivel en el estado de separación.

Se muestra además que el Apoyo Social fluctúa en niveles altos y adecuados entre pacientes solteras y que presentan pareja; pero disminuye a niveles poco adecuados pero aun significantes en pacientes en estado de separación.

Del mismo modo en lo que respecta a los niveles de Resiliencia registrados según el estado civil, se observa que los niveles muestran características similares sin importar el estado civil con el que cuenta el paciente.

Por lo indicado anteriormente se puede establecer que el estado civil del paciente permite cierta predisposición a mostrar niveles más óptimos de Autoestima, Apoyo Social y Resiliencia; lo cual se deberá tener en cuenta al momento de crear propuestas de intervención en mejora de las variables de nuestro universo ($P<0.03$).



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La Resiliencia permite al ser humano afrontar experiencias y circunstancias negativas a partir de una perspectiva positiva, siendo esto posible a partir del uso adecuado de sus capacidades y potencialidades, logrando conseguir una transformación tangible y favorable.

La Resiliencia en la actualidad se muestra como un factor relevante e imprescindible en diferentes aspectos de la vida diaria. Para esta investigación nos es preciso citar la importancia que muestra la Resiliencia en el ámbito de la Salud, así como lo indica Manciaux: “el desarrollo de la Resiliencia requiere otra forma de mirar la realidad para usar mejor las estrategias de intervención. Más allá de los síntomas y las conductas, esa mirada intenta detectar y movilizar los recursos de las personas, de su entorno, de los servicios y las redes sociales”, siendo aplicado todo esto en los diferentes momentos que se presentan en el ámbito de la Salud, tanto en prevención, promoción y recuperación.

Así como resaltamos la importancia de la Resiliencia debemos brindar el mismo interés a los factores que predisponen al paciente con diagnóstico de cáncer a presentar una adecuada capacidad de afrontamiento. En la investigación presente ocupamos dos de estos factores que consideramos en demasía importantes los cuales son la Autoestima y el Apoyo social tanto a nivel Intrapersonal como Interpersonal respectivamente. Por ese motivo mencionamos lo citado por Ballenato quien indica que la importancia de la Autoestima en nuestra salud se comprueba pues nos impulsa a actuar y nos brinda motivación para conseguir nuestros objetivos, influirá en cómo nos tratamos y marca también la calidad de nuestras relaciones interpersonales. En relación al Apoyo Social, Reguera define la importancia del mismo como un factor de protección importante para nuestra salud física y mental, aunque dependerá de la dirección que este tome, si es de manera positiva reforzará la autoestima y será percibido de manera valiosa. Por el contrario si este apoyo trata de sobreprotegernos o lo percibimos como no adecuado, tendrá un efecto negativo.

De esta forma al conocer la importancia de nuestras variables en lo que respecta al proceso de mantenimiento de la Salud y su influencia en el proceso de afrontamiento de la Enfermedad nos es posible comenzar este proceso de análisis de los datos obtenidos en la evaluación.

En la presente investigación se evaluó la influencia de la Autoestima y el Apoyo Social en el nivel de Resiliencia de pacientes mujeres del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas y de acuerdo a los resultados encontrados, la hipótesis del estudio pudo ser comprobada. Los resultados encontrados en el presente estudio son respaldados por otras investigaciones realizadas en la actualidad, que permiten asegurar estadísticamente que a mejores niveles de Autoestima y Apoyo Social se mostrarán igualmente niveles más adecuados de Resiliencia. A continuación detallamos los resultados obtenidos con el análisis correspondiente:

En los datos sociodemográficos, las pacientes que participaron en el estudio, según la edad se evaluaron pacientes desde los 18 hasta los 59 años, edades que comprenden la juventud y la adultez (tabla 1). El haber realizado un estudio en mujeres, podría ocasionar cierta incertidumbre en la ampliación de los resultados para ambos sexos, para tal efecto nos apoyaremos en la investigación realizada por Flores en nuestro medio, donde se evidencia que no existen diferencias significativas en el nivel de Resiliencia entre hombres y mujeres. De esta manera la variable relacionada a la edad de la paciente se vuelve más influyente en la adquisición y desarrollo de la Resiliencia. Según nuestros resultados se evidencia que a mayor edad los niveles de Autoestima y Apoyo Social disminuyeron en forma leve a comparación de edades menores. Este descenso propicio que el nivel de Resiliencia también disminuya (tabla 11).

En relación al tipo de familia que presentaban las pacientes, se encontró que la mayor parte de la muestra pertenecía a una familia nuclear y de manera casi cercana las familias incompletas y extendidas (tabla 2). Dado los resultados obtenidos en el estudio se evidencia que las pacientes que contaban con un tipo de familia incompleta mostraban niveles de Autoestima, Apoyo Social y Resiliencia adecuados pero disminuidos en comparación a las pacientes que mostraban pertenecer a familias extendidas y/o nucleares (tabla 12).

En cuanto al estado civil de las pacientes que conformaron la muestra de la investigación, se observó que la mayoría de las pacientes pertenecientes a la muestra contaban con pareja y en menor cuantía se encuentran pacientes solteras y las que muestran algún tipo de separación como abandono o divorcio (tabla 3). Dentro de estos resultados se evidencia que la Autoestima y el Apoyo Social presentan valores más altos en las pacientes que contaban con pareja sean estas casadas y convivientes. Seguidamente con niveles también altos

también se ubican las pacientes que presentan soltería. Por el contrario contar con un estado civil de separación sea este de divorcio o abandono conlleva a presentar niveles bajos en comparación a los otros estados civiles, siendo estos niveles positivos a pesar de su menor medida (tabla 13).

La muestra estuvo conformada en su mayoría por pacientes con un nivel socioeconómico medio seguido en menor proporción por las pacientes que contaban con un nivel alto (tabla 4). Para la presente investigación no se tomó en cuenta a pacientes con nivel socioeconómico bajo debido a que su influencia podría desviar los resultados de las evaluaciones debido a su efecto contaminante de la variable. Para Pichihua el nivel socioeconómico del hogar es una variable significativa para explicar los episodios de enfermedad, pues según su investigación las familias más pobres presentan mayor persistencia de enfermedad. Frente a esos datos, para efectos del presente estudio, se vio por conveniente trabajar con niveles socioeconómicos más adecuados.

La investigación actual pretende abarcar los diversos tipos de cáncer, para poder expandir todo lo posible el alcance de los resultados. Debido al universo con el que se cuenta, los datos sociodemográficos de la muestra y el consentimiento de las pacientes se logró trabajar con tres tipos diferentes de cáncer, los cuales son los más frecuentes en mujeres en nuestro medio según los datos registrados en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (tabla 5).

Entrando en la medición de nuestras variables observamos que los valores de la **Autoestima** fluctúan en su mayoría en niveles moderados, seguidos de puntuaciones parecidas entre los niveles altos y bajos (tabla 6). Estos resultados difieren con lo encontrado en la investigación de Peña, quien mostró que la Autoestima prevalente en pacientes con cáncer oscilaban entre los niveles bajos y medianos, niveles que describen pacientes que se perciben infelices, inseguros, temerosos, centrados en sí mismos y con valoraciones dependientes de opiniones externas.

Al revisar la influencia entre la **Autoestima y la Resiliencia** (tabla 9), se evidencia que existe una relación estadística significativa, lo que indica que a niveles más adecuados de Autoestima presente en las pacientes, mayor será su capacidad para mostrar una actitud Resiliente. Esta situación permite a las pacientes conseguir afrontar de manera más adecuada

todos los aspectos relacionados al proceso de enfermedad que conllevan. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Rivas donde se encontró que existe una fuerte relación lineal positiva entre las dos variables.

Estos resultados demuestran que si bien la tendencia de una paciente diagnosticada con cáncer es presentar una Autoestima baja, también se determina que a mayor Autoestima mejores niveles de Resiliencia se tendrá. La presente investigación muestra un nivel de Autoestima predominantemente moderado y alto, lo cual coincide con el hecho de que también se encontraron niveles más altos de Resiliencia.

Siguiendo con el análisis de los resultados obtenidos podemos resaltar que la muestra evaluada contaba en su mayoría con un adecuado **Apoyo Social** (tabla 7). Podemos indicar que la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer es influenciada por factores tanto intrapersonales e interpersonales los cuales afectaran su capacidad de afrontar a la enfermedad. Por lo tanto es importante tomar en cuenta el Apoyo Social puesto que este: influirá en la conservación de la salud física y mental, disminuirá el impacto de las circunstancias estresantes en las personas y realizara una función modular entre síntomas psicológicos y los eventos estresantes. Los puntos anteriores son citados por la investigación realizada por Orozco, cuyos resultados coinciden con los nuestros.

Revisando la influencia encontrada entre el **Apoyo Social y la Resiliencia** (tabla 10), encontramos que existe una relación estadística significativa entre estas dos variables. Las mediciones estadísticas muestran que existiendo una presencia adecuada de Apoyo Social se encuentra también una actitud Resiliente. Esta influencia lineal positiva permite a las pacientes gracias a una adecuada cohesión familiar y social el presentar una visión óptima hacia la enfermedad. Estos datos se reafirman siendo comparados con la investigación realizada por Chico, quien dentro de sus conclusiones menciona que el Apoyo Social permite a la paciente una mejor visión de su calidad de vida, de aceptar su enfermedad y fortalecerse; aspectos relacionados todos a la actitud Resiliente.

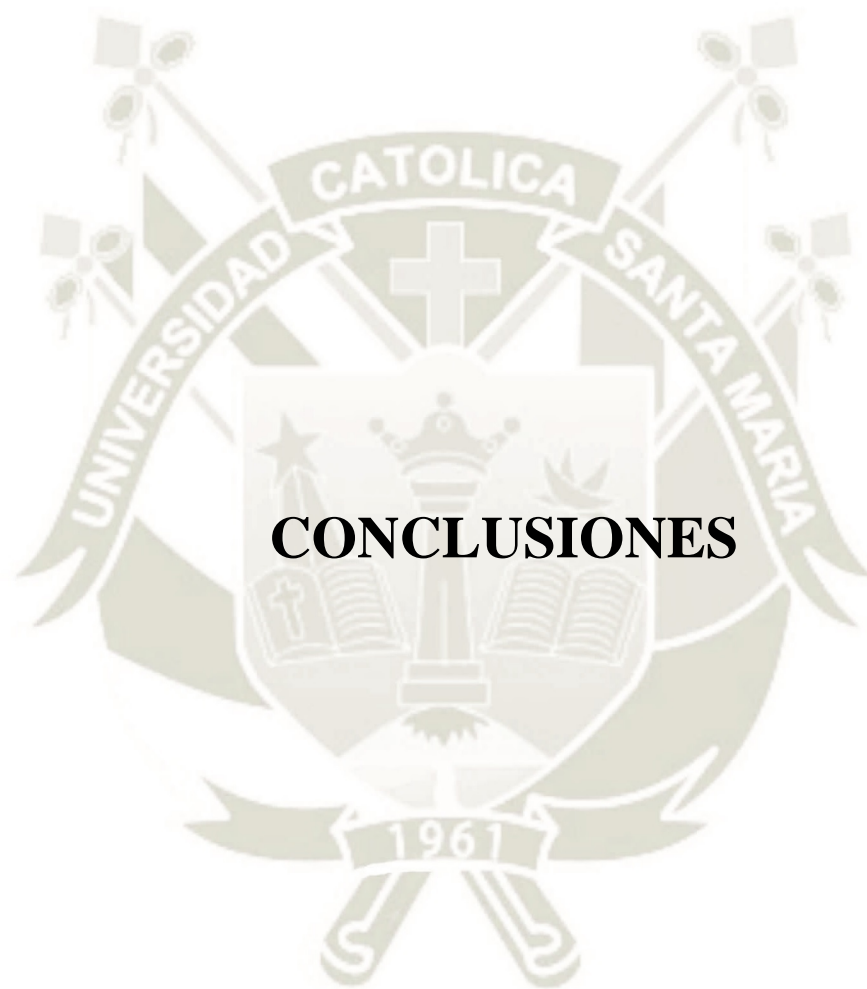
Los resultados de la investigación muestran que el Apoyo Social presente de manera mayoritaria brinda a la paciente una mayor capacidad de adquirir Resiliencia para el correcto afrontamiento de la enfermedad.

La Resiliencia se muestra dentro de la presente investigación con una alta incidencia en nuestras participantes siendo la Resiliencia Alta la de mayor prevalencia (tabla 8). Esta incidencia coincide con el estudio realizado por Torres, quien según sus conclusiones comprobó que frente a los estímulos adversos del proceso de enfermedad y tratamiento del cáncer la Resiliencia de las participantes se mantenía en niveles altos y moderados gracias a estar apoyado en un buen sentimiento de afrontamiento individual y la ayuda del círculo familiar y social más cercano.

Para finalizar los datos expuestos son relevantes, primero porque sirven de base para futuras investigaciones sobre todo por la carencia de las mismas en nuestro medio, ya sean para corroborar la presente investigación o para complementarla. De la misma forma como segundo punto de importancia es necesario activar desde tempranas edades la capacidad de Resiliencia para poder mantenerla de forma constante y pueda así afrontar momentos de crisis y transformarlas en percepciones positivas de aprendizaje y desarrollo.

El contar con una actitud Resiliente contribuye al equilibrio del ser humano tanto en su esfera intrapersonal como interpersonal y preservando así su salud mental y física, el cual hará más llevadero y correcto el afrontamiento de un diagnóstico de cáncer.

Por último, los datos obtenidos permitirán realizar programas y técnicas de intervención más adecuados y correctos los cuales ayudaran en las diferentes facetas del proceso de salud – enfermedad, tales como la prevención, la promoción y la recuperación.



CONCLUSIONES

Conclusiones

Primera: El nivel de Autoestima presente en las pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas se muestra en su mayoría en un nivel MEDIO de percepción adecuada, esto revela la posibilidad de mantener una autovaloración de sí mismo muy alta pero en una situación dada la evaluación de sí mismo podría ser realmente baja.

Segunda: El nivel de Apoyo Social presente en las pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas se evidencia en su gran mayoría en un nivel ALTO de percepción de apoyo, esto nos indica que la gran mayoría de las pacientes percibe un adecuado soporte material y humano en su medio.

Tercera: El nivel de Resiliencia presente en las pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas se observa en un nivel ALTO de actitud resiliente. Lo cual indica que entre las pacientes existe una buena capacidad de afrontar circunstancias psicoestresantes y eventos percibidos como negativos logrando permanecer con una actitud favorable hacia la vida.

Cuarta: Existe una correlación significativa entre la Autoestima y la Resiliencia, siendo esta directamente proporcional, lo cual indica que a mayor Autoestima también será mayor la Resiliencia. La Autoestima así mismo presenta mayor influencia sobre la Resiliencia en comparación del Apoyo Social.

Quinta: Existe una correlación significativa entre el Apoyo Social y la Resiliencia, siendo esta directamente proporcional, lo cual indica que a mayor Apoyo Social también será mayor la Resiliencia.



RECOMENDACIONES

Recomendaciones

Primera: Se sugiere al director de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Santa María motivar a la realización y actualización de más estudios de investigación, complementarios al presente, trabajando diferentes variables para aumentar los alcances y limitaciones de la Resiliencia en su interacción y evolución.

Segunda: Se sugiere a los Jefes Responsables de los centros de atención en salud, en especial a los que dirigen sus esfuerzos a las patologías oncológicas, realizar actividades de prevención y promoción de los factores psicológicos que interfieren en la recuperación, por sobre todo lo relacionado a la Resiliencia, la Autoestima y el Apoyo Social.

Tercera: Se sugiere al director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas la creación de propuestas y proyectos de intervención psicológica dirigidos a ser implementados como medida de recuperación.

Cuarta: Se sugiere a los Responsables Sociales de nuestra comunidad crear conciencia en la población, brindando información adecuada respecto a las variables utilizadas en la presente investigación.

Quinta: Se sugiere a los Responsables Sociales de nuestra comunidad brindar el conocimiento necesario de las variables trabajadas en esta investigación a la población, puesto que su interacción no se limita solo a la circunstancia aquí estudiada. Lo que lograra mejorar diferentes aspectos de la convivencia personal y social.

BIBLIOGRAFIA

2. Branden N. El poder de la autoestima. México: Ed. Paidós; 2016.
4. Coopersmith S. Los antecedentes de autoestima. San Francisco: Ed. Hombre Libre; 1976.
7. Buendía J. Apoyo Social y Autoayuda. Murcia – España. Ed. Buendía; 2014.
8. Polo C. Resiliencia: Factores protectores en la Adolescencia. Colombia. Universidad de Aconcagua; 2009.
15. Chico M. Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. Ecuador. Universidad Técnica de Ambato; 2017.
16. Burga I, Sánchez T, Jaimes, J. Inteligencia emocional y Resiliencia en pacientes con cáncer de mama en un hospital de EsSalud de Lima. Revista de Investigación Apuntes Psicológicos. 2016; 1(2):9-16.
17. Nuñez S. Calidad de vida en pacientes con Cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria. Perú. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2015.
18. Cesaro C. Resiliencia, estrategias de afrontamiento y ajuste mental en un grupo de pacientes con cáncer de mama hospitalizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
19. Lingan Acuña F. Autoestima y su relación con la felicidad en cónyuges de la Iglesia Adventista del Séptimo Día del distrito Misionero de Huaycán. Perú. Lima; 2017.
21. Novella, J. Adaptación de la Escala de Resiliencia Wagnild y Young. Perú. Lima; 2002
22. Manciaux M, Vanistendael S. La resiliencia: estado de la cuestión. La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa; 2013.

25. Flores S. Resiliencia y el proyecto de vida. Tesis de licenciatura no publicada. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2008.
26. Pichihua J, Miranda M, Sánchez J, Trujillo H, Salvatierra R. Efecto del nivel socioeconómico sobre algunos indicadores de salud y nutrición en la niñez, Perú 2003 2004. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2007.
27. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Datos estadísticos. Arequipa. Oficina de Estadística; 2018.
29. Rivas G. La Autoestima y su relación con la Resiliencia en pacientes en condición de Hospitalización del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perú. Lima; 2013.
30. Orozco M. Apoyo Social y Calidad de Vida relacionada a la Salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de Oncología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Perú. Lima; 2017.
31. Chico M. Resiliencia y Calidad de Vida en pacientes mujeres con Cáncer de Mama. Ecuador. Ambato; 2017.
32. Torres G. Resiliencia y Ajuste Mental en Mujeres con Cáncer de mama y quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perú. Lima; 2018.

FUENTES DE INTERNET

1. Ferrel F, Vélez J, Ferrel L. Factores psicológicos en adolescentes con depresión. Rev. Encuentros. Universidad Autónoma del Caribe [Internet]. 2014; 12(2):35. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n2/v12n2a03.pdf>

3. Velásquez L. La autoestima y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de la I.E. Jorge Chávez Tacna 2013 [Internet]: Escuela profesional de enfermería, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. [Perú]; 2014. Disponible en: <http://redi.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/337/TG0195.pdf?sequence=1&i>

5. Aranda C. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social [Internet]: Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Departamento de Salud Pública, universidad de Guadalajara. [México]; 2016. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>

6. Betancourt J; Muñoz B, Hurtado H. Efecto de la rehabilitación pulmonar en la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con secuelas de tuberculosis. Rev. Scielo [Internet]. 2015 [citado 05 Oct 2017]; 13 (24): 1-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v13n24/v13n24a05.pdf>.

9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; Suiza; 2018 [citado 2 de nov 2018]. Temas de Salud: Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

10. Asociación Española Contra El Cáncer [Internet]. España; [2002; actualizado 13 may 2018; citado 10 dic 2018]. Disponible en: <http://www.aecc.es/SobreElCancer/Paginas.aspx>

11. Instituto Nacional Contra El Cáncer [Internet]. España; [2005; actualizado 22 jun 2018; citado 10 dic 2018]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/español>

12. Asociación Psicológica Americana [Internet]. EE.UU.; [2009; actualizado 10 sep 2017; citado 10 dic 2018]. Disponible en:
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/>
13. Leung L, Pachana N, McLaughlin. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer. Rev. A Longitudinal Study Psychooncology [Internet]. 2014 [citado 11 oct 2017]; 23(7): [aprox. 23 p]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24700668>
14. Chong N, Mohamed S, Mee S, Harun F, Hatim A, Zuraida N. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian 51 breast cancer patients: a 1-year prospective study. Health Qual Lif Outcomes [Internet]. 2015 [citado 18 feb 2018]; 13(2): 1-9. Disponible en:
<http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0401-7>
20. Baca D. Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo [Internet]. Universidad de Trujillo. [Perú]; 2016. Disponible en:
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12452>
23. Ballenato G. Psicología – Formación. Autoestima y Salud [Internet]. Madrid. [España]; 2017. Disponible en:
<http://www.cop.es/colegiados/m-13106>
24. Reguera L. Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud por la UNED [Internet]. Madrid. [España]; 2017. Disponible en:
<https://lamenteesmaravillosa.com/apoyo-social-pilar-del-bienestar/>
28. Peña E. Evaluación y control de los estados emocionales en pacientes con cáncer de mama. Rev. Multimed [Internet]. Cuba. 2012; 16(3). Disponible en:
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/564/919>



ANEXOS

ANEXO 1

PROPUESTA DE INTERVENCION

TALLER DE MEJORA DE LA AUTOESTIMA – APOYO SOCIAL – RESILIENCIA

INTRODUCCIÓN

La Resiliencia es como dicta la Literatura científica una facultad del ser humano que otorga resultados positivos en cuanto al adecuado desarrollo de habilidades de afrontamiento ante las adversidades. Es tarea indispensable de las personas complementarlas en su cotidianidad y fortalecerla en base a tareas y reforzadores enseñados en grupos, redes de apoyo o con la ayuda de un especialista de la salud mental.

También debemos señalar la importancia del desarrollo de la Autoestima y dirigir por parte de la sociedad un adecuado Apoyo Social, pues estos factores ayudaran a fortalecer las capacidades individuales de las personas.

Es por lo dictado anteriormente de la importancia del presente taller de mejora. Pues es importante brindar herramientas que ayuden a fortalecer, desarrollar o generar una adecuada Autoestima, Apoyo Social y Resiliencia.

OBJETIVOS

1. El objetivo es brindar a los participantes un taller con propuestas teóricas y prácticas para potencializar la Autoestima, el Apoyo Social y la Resiliencia; y que de esta forma también sean capaces de proyectarla a sus semejantes.
2. Orientar a los participantes en la adquisición de hábitos y comportamientos más adecuados para desarrollar capacidades de afrontamiento a circunstancias psicoestresantes.

| ESQUEMA DEL TALLER DE MEJORA DE LA AUTOESTIMA – APOYO SOCIAL – RESILIENCIA | | | |
|---|---|--|--------------------|
| | SESIONES: | DESARROLLO | DURACION |
| UNIDAD I | Actividad 1: Recordar cosas del pasado. | - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | 1 Sesión 1 Hora |
| | Actividad 2: Aficiones. | - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | 1 Sesión 1 Hora |
| | Actividad 3: Autoestima Positiva y Negativa. | - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | 1 Sesión 1 Hora |
| | Actividad 4: Cómo me ven los demás. | - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | 1 Sesión 1 Hora |
| | Actividad 5: Acentuar lo positivo. | - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | 1 Sesión 1 Hora |
| | Actividad 6: Nuestras debilidades. | - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | 1 Sesión 1 Hora |
| | Actividad 7: Motivación. | - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | 1 Sesión 1 Hora |
| UNIDAD II | Actividad 8: Familia. | - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | 1 Sesión 1 Hora |

| | | | |
|-------------------|---|--|-------------------------------|
| | Actividad 9: Amigos. | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |
| | Actividad 10: Compañeros. | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |
| | Actividad 11: Enemigos. | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |
| | Actividad 12: Integración Social. | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |
| UNIDAD III | Actividad 13: Resiliencia, ¿Qué es? | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |
| | Actividad 14: Resiliencia e Invulnerabilidad. | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |
| | Actividad 15: Competencias. | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |
| | Actividad 16: Personalidad Resistente. | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |
| | Actividad 17: Pilares de la Resiliencia. | <ul style="list-style-type: none"> - Introducción al tema. - Desarrollo del tema. - Participación de participantes. - Conclusiones y tareas. | <p>1 Sesión</p> <p>1 Hora</p> |

EVALUACIÓN

La evaluación tomará en cuenta los siguientes criterios:

| Criterios | % |
|-----------------------------------|--------------|
| Asistencias a sesiones | 30 % |
| Participación en el taller | 30 % |
| Realización de tareas | 20 % |
| Participación grupal | 20 % |
| Total | 100 % |

Los participantes que hayan obtenido un mínimo del 70% tendrán derecho a recibir una constancia de participación.

RECURSOS MATERIALES

1. Local para acoger a los participantes, por ejemplo un auditorio u algún otro local que cuente la capacidad necesaria para este tipo de actividades.
2. Sillas
3. Mesas
4. Lap top
5. Impresora
6. Hojas
7. Tinta
8. Equipo de sonido
9. Micro
10. Parlantes
11. Videos
12. Lapiceros, lápices, colores, tijeras.
13. Colchonetas

RECURSOS PERSONALES

1. Participantes separados en grupos.
2. Ponente (1 psicólogo).

CRONOGRAMA

| Tiempo / Actividad | Diciembre | | | | Enero | | | | Febrero | | | | Marzo | | | |
|--------------------|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| UNIDAD I | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | | | |
| UNIDAD II | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | |
| UNIDAD III | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x |

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
identificada con número de DNI: _____ he leído la hoja de información
que me ha entregado el Psicólogo Jimmy Edgar Almanza Torres.

He podido realizar preguntas sobre el estudio, recibiendo suficiente información sobre la
investigación. Además, acepto mi participación de manera voluntaria y anónima en este
estudio.

También he sido informada que los resultados de la investigación podrían ser publicados en
una revista científica. Por último, tengo conocimiento que puedo abandonar el estudio
cuando yo lo considere conveniente, sin tener que dar explicaciones al investigador.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante

Fecha

ANEXO 3

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPER SMITH

Instrucciones:

Aquí hay una serie de declaraciones. Responde a cada declaración del modo siguiente. Si la declaración describe cómo te sientes usualmente pon una X en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase igual que yo (columna A) en la hoja de respuestas. Si la declaración no describe cómo te sientes usualmente pon una X en el paréntesis correspondiente a la columna debajo de la frase distinto de mí (columna B) en la hoja de respuesta.

No hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer lo que es habitualmente sientes o piensas.

Ejemplo: Me gustaría comer helados todos los días.

Si te gustaría comer helados todos los días, pon una X en el paréntesis debajo de la frase igual a mí. Si fuera lo contrario pon la X en el paréntesis debajo de la frase distinto a mí.

1. Paso mucho tiempo soñando despierto.
2. Estoy seguro de mí mismo.
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.
4. Soy simpático.
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
6. Nunca me preocupo por nada.
7. Me da vergüenza pararme frente al curso para hablar.
8. Desearía ser más joven.
9. Hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría si pudiera.
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.
12. Me incomodo en casa fácilmente.
13. Siempre hago lo correcto.
14. Me siento orgulloso de mi trabajo en el colegio.
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.
18. Soy popular entre mis compañeros de mi misma edad.
19. Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.
20. Nunca estoy triste.
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
22. Me doy por vencido fácilmente.
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.
24. Me siento suficientemente feliz
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.
26. Mis padres esperan demasiado de mí.

27. Me gustan todas las personas que conozco.
28. Me gusta que el profesor me interroge en clases.
29. Me entiendo a mí mismo.
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.
31. Los demás niños casi siempre siguen mis ideas.
32. Las cosas en mi vida están muy complicadas.
33. Nadie me presta mucha atención en casa.
34. Nunca me regañan.
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.
37. Realmente no me gusta ser un niño(a).
38. Tengo una mala opinión de mí mismo.
39. No me gusta estar con otra gente.
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.
41. Nunca soy tímido.
42. Frecuentemente me incomoda el colegio.
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.
44. No soy tan bien parecido como otras personas.
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.
46. A los demás “les da” conmigo.
47. Mis padres me entienden.
48. Siempre digo la verdad.
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.
50. A mí no me importa lo que me pasa.
51. Soy un fracaso.
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.
53. Las otras personas son más agradables que yo.
54. Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.
55. Siempre sé que decir a otra persona.
56. Frecuentemente me siento desilusionado de la escuela.
57. Generalmente las cosas no me importan.
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Colegio: _____ Curso: _____

Fecha: _____

| | 1 Igual que yo | 2 Distinto a mí | | 3 Igual que yo | 4 Distinto a mí |
|----|----------------|-----------------|----|----------------|-----------------|
| 1 | | | 30 | | |
| 2 | | | 31 | | |
| 3 | | | 32 | | |
| 4 | | | 33 | | |
| 5 | | | 34 | | |
| 6 | | | 35 | | |
| 7 | | | 36 | | |
| 8 | | | 37 | | |
| 9 | | | 38 | | |
| 10 | | | 39 | | |
| 11 | | | 40 | | |
| 12 | | | 41 | | |
| 13 | | | 42 | | |
| 14 | | | 43 | | |
| 15 | | | 44 | | |
| 16 | | | 45 | | |
| 17 | | | 46 | | |
| 18 | | | 47 | | |
| 19 | | | 48 | | |
| 20 | | | 49 | | |
| 21 | | | 50 | | |
| 22 | | | 51 | | |
| 23 | | | 52 | | |
| 24 | | | 53 | | |
| 25 | | | 54 | | |
| 26 | | | 55 | | |
| 27 | | | 56 | | |
| 28 | | | 57 | | |
| 29 | | | 58 | | |

ANEXO 4

CUESTIONARIO M.O.S. DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos y familiares cercanos _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

| Cuestiones: ¿Cuenta con alguien? | Nunca | Pocas Veces | Algunas veces | mayoría de veces | Siempre |
|---|-------|----------------|------------------|------------------------|---------|
| 2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6-Alguien que le muestre amor y afecto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7-Alguien con quien pasar un buen rato. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10-Alguien que le abrace. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11-Alguien con quien pueda relajarse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13-Alguien cuyo consejo realmente desee. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18- Alguien con quien divertirse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19- Alguien que comprenda sus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 5

ESCALA DE RESILIENCIA

Wagnild y Young (1993)

Instrucciones: Complete la información que se le pide antes de resolver la prueba; seguidamente lea atentamente cada una de las frases, marcando con una “X” de acuerdo a la siguiente escala del 1 hasta el 7, tratando de ser lo más sincero posible, no existen respuestas buenas ni malas.

1: Totalmente en desacuerdo 7: Totalmente de acuerdo.

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Considero importante para mí mantenerme interesado en las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Dependo más de mí mismo que de otras personas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Me mantengo interesado en las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Generalmente me las arreglo de una manera u otra. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo estar solo si tengo que hacerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Mi vida tiene significado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Cuando planeo algo lo realizo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Generalmente puedo ver una situación con diferentes puntos de vista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Soy amigo de mi mismo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Acepto que hay personas a las que yo no les agrado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Tomo las cosas una por una. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Usualmente veo las cosas con calma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Tengo autodisciplina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado antes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Soy decidido (a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Por lo general encuentro algo en que reírme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.

1 2 3 4 5 6 7

ANEXO 6

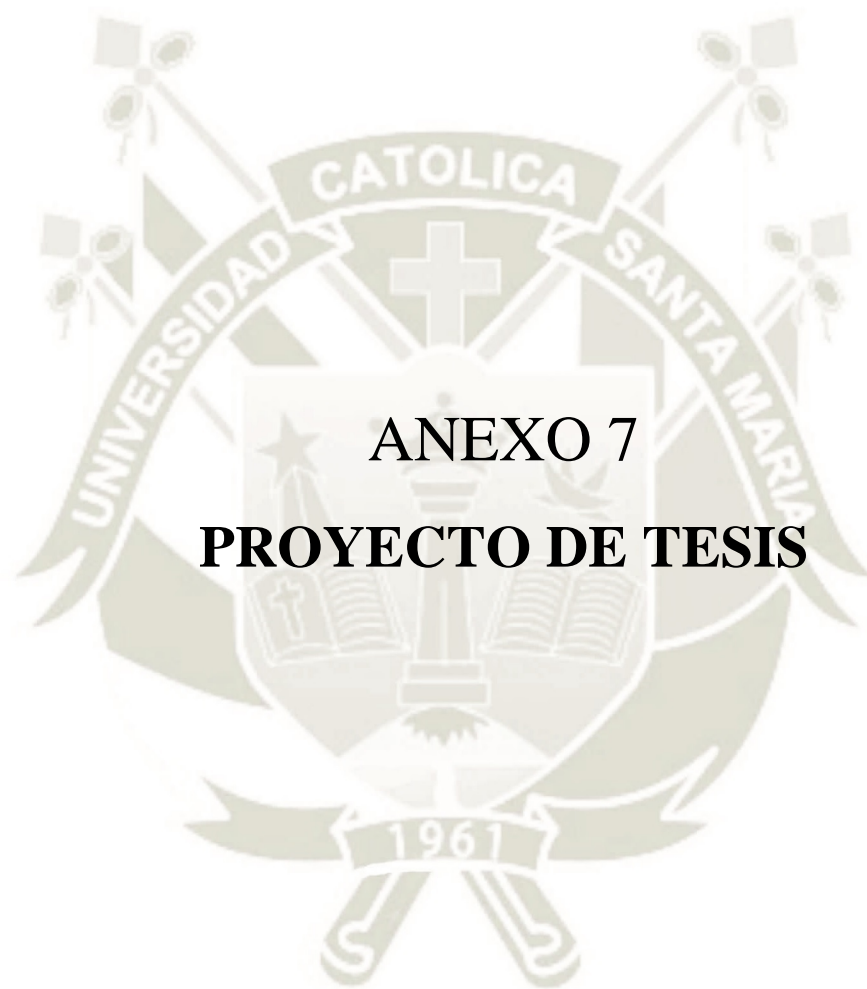
MATRIZ DE RESULTADOS

| CODIGO | EDAD | SEXO | E. CIVIL | C. SOCIOECONOMICA | TIPO DE FAMILIA | PUNTAJE | NIVEL | PUNTAJE | NIVEL | PUNTAJE | NIVEL |
|--------|------|------|----------|-------------------|-----------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| 1 | 35 | F | S | A | N | 45 | ALTA | 91 | ALTA | 147 | ALTA |
| 2 | 19 | F | D | A | E | 23 | MEDIA | 61 | ALTA | 148 | ALTA |
| 3 | 55 | F | A | A | I | 14 | BAJA | 76 | ALTA | 115 | BAJA |
| 4 | 33 | F | S | B | I | 40 | ALTA | 63 | ALTA | 153 | ALTA |
| 5 | 37 | F | D | A | I | 14 | BAJA | 53 | BAJA | 143 | MEDIA |
| 6 | 32 | F | C | A | E | 23 | MEDIA | 76 | ALTA | 126 | MEDIA |
| 7 | 57 | F | C | A | E | 14 | BAJA | 44 | BAJA | 99 | BAJA |
| 8 | 58 | F | C | B | N | 39 | ALTA | 75 | ALTA | 149 | ALTA |
| 9 | 22 | F | C | B | E | 14 | BAJA | 59 | ALTA | 118 | BAJA |
| 10 | 33 | F | S | A | N | 20 | MEDIA | 58 | ALTA | 122 | MEDIA |
| 11 | 40 | F | S | A | N | 22 | MEDIA | 58 | ALTA | 171 | ALTA |
| 12 | 31 | F | C | A | I | 14 | BAJA | 68 | ALTA | 120 | BAJA |
| 13 | 33 | F | S | B | I | 14 | BAJA | 88 | ALTA | 142 | MEDIA |
| 14 | 28 | F | C | B | N | 39 | ALTA | 75 | ALTA | 156 | ALTA |
| 15 | 26 | F | D | B | N | 31 | MEDIA | 89 | ALTA | 151 | ALTA |
| 16 | 58 | F | C | B | N | 31 | MEDIA | 74 | ALTA | 138 | MEDIA |
| 17 | 36 | F | C | A | I | 16 | BAJA | 44 | BAJA | 166 | ALTA |
| 18 | 27 | F | D | B | I | 16 | BAJA | 40 | BAJA | 152 | ALTA |
| 19 | 52 | F | A | B | E | 23 | MEDIA | 86 | ALTA | 161 | ALTA |
| 20 | 31 | F | A | B | E | 13 | BAJA | 45 | BAJA | 111 | BAJA |
| 21 | 56 | F | D | A | E | 40 | ALTA | 64 | ALTA | 167 | ALTA |
| 22 | 24 | F | C | A | E | 41 | ALTA | 70 | ALTA | 169 | ALTA |
| 23 | 37 | F | C | A | N | 48 | ALTA | 70 | ALTA | 158 | ALTA |
| 24 | 44 | F | D | B | E | 16 | BAJA | 61 | ALTA | 147 | ALTA |
| 25 | 32 | F | C | B | N | 45 | ALTA | 88 | ALTA | 151 | ALTA |
| 26 | 21 | F | C | B | N | 47 | ALTA | 85 | ALTA | 148 | ALTA |
| 27 | 56 | F | A | A | N | 14 | BAJA | 59 | ALTA | 104 | BAJA |
| 28 | 49 | F | S | B | E | 24 | MEDIA | 71 | ALTA | 167 | ALTA |
| 29 | 52 | F | D | B | I | 14 | BAJA | 57 | BAJA | 79 | BAJA |
| 30 | 20 | F | D | B | N | 14 | BAJA | 42 | BAJA | 123 | MEDIA |
| 31 | 25 | F | S | B | E | 24 | MEDIA | 61 | ALTA | 151 | ALTA |
| 32 | 39 | F | S | B | N | 39 | ALTA | 87 | ALTA | 159 | ALTA |
| 33 | 47 | F | C | A | N | 35 | ALTA | 84 | ALTA | 161 | ALTA |
| 34 | 57 | F | S | B | E | 12 | BAJA | 45 | BAJA | 110 | BAJA |
| 35 | 44 | F | C | B | I | 11 | BAJA | 32 | BAJA | 90 | BAJA |
| 36 | 30 | F | D | B | I | 11 | BAJA | 53 | BAJA | 82 | BAJA |

| | | | | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---|----|-------|----|------|-----|-------|
| 37 | 26 | F | S | B | I | 31 | MEDIA | 60 | ALTA | 112 | BAJA |
| 38 | 47 | F | D | A | N | 16 | BAJA | 77 | ALTA | 119 | BAJA |
| 39 | 55 | F | S | A | N | 48 | ALTA | 72 | ALTA | 163 | ALTA |
| 40 | 26 | F | C | A | N | 43 | ALTA | 75 | ALTA | 166 | ALTA |
| 41 | 32 | F | C | A | I | 26 | MEDIA | 76 | ALTA | 127 | MEDIA |
| 42 | 39 | F | C | A | N | 16 | BAJA | 44 | BAJA | 119 | BAJA |
| 43 | 25 | F | C | B | E | 16 | BAJA | 62 | ALTA | 117 | BAJA |
| 44 | 58 | F | C | A | I | 25 | MEDIA | 32 | BAJA | 102 | BAJA |
| 45 | 32 | F | C | A | N | 31 | MEDIA | 62 | ALTA | 160 | ALTA |
| 46 | 26 | F | S | A | N | 32 | MEDIA | 76 | ALTA | 168 | ALTA |
| 47 | 20 | F | C | B | N | 34 | ALTA | 85 | ALTA | 153 | ALTA |
| 48 | 58 | F | D | B | N | 22 | MEDIA | 47 | BAJA | 96 | BAJA |
| 49 | 18 | F | C | A | N | 18 | MEDIA | 77 | ALTA | 144 | MEDIA |
| 50 | 22 | F | C | A | N | 19 | MEDIA | 79 | ALTA | 146 | ALTA |
| 51 | 51 | F | C | A | N | 19 | MEDIA | 85 | ALTA | 160 | ALTA |
| 52 | 55 | F | S | B | I | 33 | MEDIA | 50 | BAJA | 153 | ALTA |
| 53 | 45 | F | C | A | I | 22 | MEDIA | 60 | ALTA | 138 | MEDIA |
| 54 | 23 | F | S | A | N | 37 | ALTA | 82 | ALTA | 154 | ALTA |
| 55 | 23 | F | D | A | N | 36 | ALTA | 77 | ALTA | 156 | ALTA |
| 56 | 49 | F | S | B | I | 15 | BAJA | 61 | ALTA | 92 | BAJA |
| 57 | 30 | F | D | B | I | 15 | BAJA | 57 | BAJA | 120 | BAJA |
| 58 | 56 | F | D | A | I | 32 | MEDIA | 52 | BAJA | 106 | BAJA |
| 59 | 40 | F | C | A | N | 33 | MEDIA | 74 | ALTA | 166 | ALTA |
| 60 | 26 | F | S | A | N | 32 | MEDIA | 60 | ALTA | 117 | BAJA |
| 61 | 36 | F | A | B | E | 33 | MEDIA | 52 | BAJA | 101 | BAJA |
| 62 | 57 | F | C | A | N | 33 | MEDIA | 62 | ALTA | 154 | ALTA |
| 63 | 18 | F | S | A | N | 37 | ALTA | 89 | ALTA | 167 | ALTA |
| 64 | 18 | F | S | A | N | 42 | ALTA | 89 | ALTA | 169 | ALTA |
| 65 | 44 | F | C | A | N | 42 | ALTA | 71 | ALTA | 145 | ALTA |
| 66 | 43 | F | C | A | I | 29 | MEDIA | 60 | ALTA | 149 | ALTA |
| 67 | 57 | F | D | A | I | 29 | MEDIA | 71 | ALTA | 150 | ALTA |
| 68 | 52 | F | S | A | I | 30 | MEDIA | 69 | ALTA | 158 | ALTA |
| 69 | 44 | F | C | B | I | 30 | MEDIA | 66 | ALTA | 151 | ALTA |
| 70 | 49 | F | C | B | I | 10 | BAJA | 50 | BAJA | 116 | BAJA |
| 71 | 31 | F | C | A | E | 38 | ALTA | 73 | ALTA | 150 | ALTA |
| 72 | 50 | F | C | A | E | 38 | ALTA | 59 | ALTA | 167 | ALTA |
| 73 | 24 | F | D | B | I | 40 | ALTA | 59 | ALTA | 158 | ALTA |
| 74 | 55 | F | D | A | E | 17 | MEDIA | 54 | BAJA | 151 | ALTA |
| 75 | 19 | F | C | B | E | 17 | MEDIA | 66 | ALTA | 132 | MEDIA |
| 76 | 22 | F | C | A | N | 32 | MEDIA | 89 | ALTA | 153 | ALTA |
| 77 | 46 | F | S | B | N | 16 | BAJA | 59 | ALTA | 122 | MEDIA |
| 78 | 39 | F | A | A | N | 16 | BAJA | 55 | BAJA | 144 | MEDIA |
| 79 | 29 | F | S | B | E | 17 | MEDIA | 55 | BAJA | 144 | MEDIA |
| 80 | 18 | F | C | B | N | 31 | MEDIA | 66 | ALTA | 139 | MEDIA |
| 81 | 35 | F | S | A | N | 45 | ALTA | 91 | ALTA | 147 | ALTA |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|---|----|-------|----|------|-----|-------|
| 82 | 19 | F | D | A | E | 23 | MEDIA | 61 | ALTA | 148 | ALTA |
| 83 | 55 | F | A | A | I | 14 | BAJA | 76 | ALTA | 115 | BAJA |
| 84 | 33 | F | S | B | I | 40 | ALTA | 63 | ALTA | 153 | ALTA |
| 85 | 37 | F | D | A | I | 14 | BAJA | 53 | BAJA | 143 | MEDIA |
| 86 | 32 | F | C | A | E | 23 | MEDIA | 76 | ALTA | 126 | MEDIA |
| 87 | 57 | F | C | A | E | 14 | BAJA | 44 | BAJA | 99 | BAJA |
| 88 | 58 | F | C | B | N | 39 | ALTA | 75 | ALTA | 149 | ALTA |
| 89 | 22 | F | C | B | E | 14 | BAJA | 59 | ALTA | 118 | BAJA |
| 90 | 33 | F | S | A | N | 20 | MEDIA | 58 | ALTA | 122 | MEDIA |
| 91 | 40 | F | S | A | N | 22 | MEDIA | 58 | ALTA | 171 | ALTA |
| 92 | 31 | F | C | A | I | 14 | BAJA | 68 | ALTA | 120 | BAJA |
| 93 | 33 | F | S | B | I | 14 | BAJA | 88 | ALTA | 142 | MEDIA |
| 94 | 28 | F | C | B | N | 39 | ALTA | 75 | ALTA | 156 | ALTA |
| 95 | 26 | F | D | B | N | 31 | MEDIA | 89 | ALTA | 151 | ALTA |
| 96 | 58 | F | C | B | N | 31 | MEDIA | 74 | ALTA | 138 | MEDIA |
| 97 | 36 | F | C | A | I | 16 | BAJA | 44 | BAJA | 166 | ALTA |
| 98 | 27 | F | D | B | I | 16 | BAJA | 40 | BAJA | 152 | ALTA |
| 99 | 52 | F | A | B | E | 23 | MEDIA | 86 | ALTA | 161 | ALTA |
| 100 | 31 | F | A | B | E | 13 | BAJA | 45 | BAJA | 111 | BAJA |
| 101 | 56 | F | D | A | E | 40 | ALTA | 64 | ALTA | 167 | ALTA |
| 102 | 24 | F | C | A | E | 41 | ALTA | 70 | ALTA | 169 | ALTA |
| 103 | 37 | F | C | A | N | 48 | ALTA | 70 | ALTA | 158 | ALTA |
| 104 | 44 | F | D | B | E | 16 | BAJA | 61 | ALTA | 147 | ALTA |
| 105 | 32 | F | C | B | N | 45 | ALTA | 88 | ALTA | 151 | ALTA |
| 106 | 21 | F | C | B | N | 47 | ALTA | 85 | ALTA | 148 | ALTA |
| 107 | 56 | F | A | A | N | 14 | BAJA | 59 | ALTA | 104 | BAJA |
| 108 | 49 | F | S | B | E | 24 | MEDIA | 71 | ALTA | 167 | ALTA |
| 109 | 52 | F | D | B | I | 14 | BAJA | 57 | BAJA | 79 | BAJA |
| 110 | 20 | F | D | B | N | 14 | BAJA | 42 | BAJA | 123 | MEDIA |
| 111 | 25 | F | S | B | E | 24 | MEDIA | 61 | ALTA | 151 | ALTA |
| 112 | 39 | F | S | B | N | 39 | ALTA | 87 | ALTA | 159 | ALTA |
| 113 | 47 | F | C | A | N | 35 | ALTA | 84 | ALTA | 161 | ALTA |
| 114 | 57 | F | S | B | E | 12 | BAJA | 45 | BAJA | 110 | BAJA |
| 115 | 44 | F | C | B | I | 11 | BAJA | 32 | BAJA | 90 | BAJA |
| 116 | 30 | F | D | B | I | 11 | BAJA | 53 | BAJA | 82 | BAJA |
| 117 | 26 | F | S | B | I | 31 | MEDIA | 60 | ALTA | 112 | BAJA |
| 118 | 47 | F | D | A | N | 16 | BAJA | 77 | ALTA | 119 | BAJA |
| 119 | 55 | F | S | A | N | 48 | ALTA | 72 | ALTA | 163 | ALTA |
| 120 | 26 | F | C | A | N | 43 | ALTA | 75 | ALTA | 166 | ALTA |
| 121 | 32 | F | C | A | I | 26 | MEDIA | 76 | ALTA | 127 | MEDIA |
| 122 | 39 | F | C | A | N | 16 | BAJA | 44 | BAJA | 119 | BAJA |
| 123 | 25 | F | C | B | E | 16 | BAJA | 62 | ALTA | 117 | BAJA |
| 124 | 58 | F | C | A | I | 25 | MEDIA | 32 | BAJA | 102 | BAJA |
| 125 | 32 | F | C | A | N | 31 | MEDIA | 62 | ALTA | 160 | ALTA |
| 126 | 26 | F | S | A | N | 32 | MEDIA | 76 | ALTA | 168 | ALTA |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---|---|---|---|----|-------|----|------|-----|-------|
| 127 | 20 | F | C | B | N | 34 | ALTA | 85 | ALTA | 153 | ALTA |
| 128 | 58 | F | D | B | N | 22 | MEDIA | 47 | BAJA | 96 | BAJA |
| 129 | 18 | F | C | A | N | 18 | MEDIA | 77 | ALTA | 144 | MEDIA |
| 130 | 22 | F | C | A | N | 19 | MEDIA | 79 | ALTA | 146 | ALTA |
| 131 | 51 | F | C | A | N | 19 | MEDIA | 85 | ALTA | 160 | ALTA |
| 132 | 55 | F | S | B | I | 33 | MEDIA | 50 | BAJA | 153 | ALTA |
| 133 | 45 | F | C | A | I | 22 | MEDIA | 60 | ALTA | 138 | MEDIA |
| 134 | 23 | F | S | A | N | 37 | ALTA | 82 | ALTA | 154 | ALTA |
| 135 | 23 | F | D | A | N | 36 | ALTA | 77 | ALTA | 156 | ALTA |
| 136 | 49 | F | S | B | I | 15 | BAJA | 61 | ALTA | 92 | BAJA |
| 137 | 30 | F | D | B | I | 15 | BAJA | 57 | BAJA | 120 | BAJA |
| 138 | 56 | F | D | A | I | 32 | MEDIA | 52 | BAJA | 106 | BAJA |
| 139 | 40 | F | C | A | N | 33 | MEDIA | 74 | ALTA | 166 | ALTA |
| 140 | 26 | F | S | A | N | 32 | MEDIA | 60 | ALTA | 117 | BAJA |
| 141 | 36 | F | A | B | E | 33 | MEDIA | 52 | BAJA | 101 | BAJA |
| 142 | 57 | F | C | A | N | 33 | MEDIA | 62 | ALTA | 154 | ALTA |
| 143 | 18 | F | S | A | N | 37 | ALTA | 89 | ALTA | 167 | ALTA |
| 144 | 18 | F | S | A | N | 42 | ALTA | 89 | ALTA | 169 | ALTA |
| 145 | 44 | F | C | A | N | 42 | ALTA | 71 | ALTA | 145 | ALTA |
| 146 | 43 | F | C | A | I | 29 | MEDIA | 60 | ALTA | 149 | ALTA |
| 147 | 57 | F | D | A | I | 29 | MEDIA | 71 | ALTA | 150 | ALTA |
| 148 | 52 | F | S | A | I | 30 | MEDIA | 69 | ALTA | 158 | ALTA |
| 149 | 44 | F | C | B | I | 30 | MEDIA | 66 | ALTA | 151 | ALTA |
| 150 | 49 | F | C | B | I | 10 | BAJA | 50 | BAJA | 116 | BAJA |
| 151 | 31 | F | C | A | E | 38 | ALTA | 73 | ALTA | 150 | ALTA |
| 152 | 50 | F | C | A | E | 38 | ALTA | 59 | ALTA | 167 | ALTA |
| 153 | 24 | F | D | B | I | 40 | ALTA | 59 | ALTA | 158 | ALTA |
| 154 | 55 | F | D | A | E | 17 | MEDIA | 54 | BAJA | 151 | ALTA |
| 155 | 19 | F | C | B | E | 17 | MEDIA | 66 | ALTA | 132 | MEDIA |
| 156 | 22 | F | C | A | N | 32 | MEDIA | 89 | ALTA | 153 | ALTA |
| 157 | 46 | F | S | B | N | 16 | BAJA | 59 | ALTA | 122 | MEDIA |
| 158 | 39 | F | A | A | N | 16 | BAJA | 55 | BAJA | 144 | MEDIA |
| 159 | 29 | F | S | B | E | 17 | MEDIA | 55 | BAJA | 144 | MEDIA |
| 160 | 18 | F | C | B | N | 31 | MEDIA | 66 | ALTA | 139 | MEDIA |



ANEXO 7
PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia



INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA Y EL APOYO SOCIAL EN EL NIVEL DE RESILIENCIA DE PACIENTES MUJERES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS, AREQUIPA, 2018

Proyecto de Tesis presentada por el Bachiller:
ALMANZA TORRES, JIMMY EDGAR

Para optar el Grado Académico de:
Maestro en Salud Mental del Niño, del
Adolescente y de la Familia.

Asesor:
DRA. CHOCANO ROSAS, TERESA

**Arequipa – Perú
2019**

I. PREÁMBULO

Con el pasar de los años las diferentes evaluaciones e investigaciones determinaron que existía una gran variedad de factores que influían en el proceso de afrontamiento psicológico frente a una enfermedad. Para el 2010 la Organización Mundial de la Salud y varios autores determinaban los indicadores necesarios a tener en cuenta para guiar adecuadamente un proceso de afrontamiento frente al estado patológico. Dentro de estos indicadores se toma en cuenta entre otros a los factores de protección Intrapersonales e Interpersonales destacando la Autoestima y el Apoyo Social respectivamente como importantes representantes de estos dos ámbitos.

En el sector salud, los problemas psicológicos que surgen e interactúan en el área oncológica es un tema que va cobrando cada vez más relevancia y que va trascendiendo año con año tanto por el incremento de la morbilidad y la mortalidad, por las limitaciones en el tratamiento ofrecido, así como por otros elementos. La importancia que todos los profesionales de la salud brinden a este tema, tanto de cargos gerenciales como asistenciales, contribuirá a mejorar la atención integral de los pacientes en las diversas esferas de tratamiento.

En el ámbito nacional y local se muestran pocas investigaciones relacionadas a la Resiliencia en pacientes que presentan un diagnóstico de patología oncológica y de la forma en que los factores protectores de afrontamiento adecuado influyen en la misma; de ahí que surge la importancia de la presente investigación puesto que nos dará el conocimiento necesario para guiar la recuperación psicológica del paciente y su capacidad de afrontamiento frente a la enfermedad, además de conseguir información para crear pautas y talleres de intervención psicológica preventiva, promocional y recuperativa.

La poca información y mínimas actividades concernientes al proceso psicológico recuperativo de pacientes con diagnóstico de cáncer, conllevan a mostrar una intervención muchas veces improvisada o generalizada sin tener en cuenta las necesidades propias de la individualidad del paciente. Es debido a la importancia de una adecuada intervención psicológica en las circunstancias anteriormente mencionadas que se abordará el tema de la Resiliencia y su dependencia en la Autoestima y el Apoyo Social con que cuenta la paciente oncológica, que nos motiva para desarrollar la presente investigación; además de trazar

proyectos adecuados de recuperación de la salud mental, dando importancia tanto al paciente en sí mismo, como a la familia próxima para lograr su correcto desarrollo y evolución.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del Problema:

Influencia de la Autoestima y el Apoyo Social en el nivel de Resiliencia de pacientes mujeres del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Arequipa 2018.

1.2. Interrogantes Básicas

- ¿Cómo es el Nivel de Autoestima en las pacientes mujeres del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cómo es el Nivel de Apoyo Social en las pacientes mujeres del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cómo es el Nivel de Resiliencia en las pacientes mujeres del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cuál es la influencia de la Autoestima en el nivel de Resiliencia en pacientes mujeres del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas?
- ¿Cuál es la influencia del Apoyo Social en el nivel de Resiliencia en las pacientes mujeres del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas?

1.3. Descripción del Problema:

1.3.1. Campo, Área y Línea de Acción

- a. Campo : Salud Mental
- b. Área : Ciencias de la Salud
- c. Línea : Autoestima

1.3.2. Análisis u Operacionalización de Variable

La investigación presenta dos variables independientes (Autoestima – Apoyo Social) y una variable dependiente (Resiliencia):

| | | |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| Datos Sociodemográficos | Edad | Pacientes entre 18 a 59 años. |
| | Sexo | Femenino |
| | Tipo de Familia | - Nuclear - Incompleta - Extendida |
| | Estado Civil | - Soltera - Con pareja (Casada-Conviviente) - Separada (Viuda - Divorciada) |
| | Condición Socioeconómica | - Alta - Media |
| | Diagnóstico | - Cáncer de mama - Cáncer de útero - Cáncer de pulmón |
| | Grado de la Enfermedad | - Grado 0 - Grado I, II y III - Grado IV |

| VARIABLE | INDICADORES | SUBINDICADORES |
|--|---|---|
| <p>Autoestima</p> <p>Opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoimagen adecuada. ✓ Miedo al fracaso extinto. ✓ Estado de ánimo adecuado. ✓ Reconocimiento de errores. ✓ Autoconcepto adecuado. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoestima Fuerte (Alta) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Buena autoimagen. ✓ Utiliza mecanismo de defensa. ✓ Evitar tomar decisiones. ✓ Protege su autoconcepto. ✓ Afrontamiento emocional adecuado y necesario. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoestima Vulnerable (Media) |
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoimagen conflictuada. ✓ Miedo constante al fracaso. ✓ Auto ataques y crítica. ✓ Autoconcepto erróneo. ✓ Bajo uso de mecanismos de defensa. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoestima Derrumbada (Baja) |
| <p>Apoyo Social</p> <p>Conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Demostración Afecto. ✓ Demostración Amor. ✓ Demostración Empatía. | <p>Dimensión afectiva baja</p> <p>Dimensión afectiva alta</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compañía de personas. ✓ Comunicación interpersonal. | <p>Dimensión de interacción social negativa</p> <p>Dimensión de interacción social positiva</p> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayuda doméstica. ✓ Ayuda circunstancial. |
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener asesoramiento. ✓ Obtener consejería. ✓ Obtener información. | <p>Dimensión emocional / informacional sin apoyo</p> <p>Dimensión emocional / informacional con apoyo</p> |
| | | |
| | <p>Resiliencia</p> <p>Capacidad que tiene una persona o un grupo de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nivel de introversión. ✓ Nivel de extroversión. ✓ Empatía. ✓ Proyecto de vida futura. ✓ Autoestima. ✓ Apoyo social. ✓ Factores de Protección. |
| <p>Moderada Resiliencia</p> | | |
| <p>Alta Resiliencia</p> | | |

1.3.3. Tipo de Investigación

- El Tipo de Problema a investigar es de Campo.
- El Nivel es Descriptivo – Explicativo, de corte Transversal.

1.4. Justificación del Problema:

La presente investigación se origina en gran medida por los problemas relacionados a los conflictos emocionales y de salud mental prevalentes en nuestro medio y que se vuelven cada día más frecuentes. Es el estado anímico adecuado una circunstancia fundamental en el proceso de prevención, promoción y recuperación de la salud mental, tanto a nivel personal como en sociedad. Dentro de la idea de conservación de una adecuada Salud Mental influirá a su vez mucho el apoyo social y la autoestima que presenten las personas, factores que ayudan a evolucionar adecuadamente la Resiliencia personal.

La relevancia científica de esta investigación se sustenta en la capacidad que nos brindaran los resultados obtenidos, para el apoyo del tratamiento médico anexando al mismo un apoyo psicológico adecuado y centrando nuestra atención en los factores más preponderantes que ayuden a la recuperación rápida y adecuada del paciente con diagnóstico de cáncer, teniendo como meta la creación, fortalecimiento y mantenimiento de una adecuada Resiliencia.

En el ámbito social se muestra actualmente una influencia del sector salud hacia la sociedad con los términos de prevención y promoción, pero se deja de lado el proceso recuperativo. La sociedad basada en la convivencia conjunta demuestra la importancia de la mujer dentro de la misma, y marcando como hito desde hace ya casi un siglo el mejorar su estilo y estado de vida. En tal afirmación se dará atención a la Resiliencia presente durante el proceso recuperativo que presentaran frente a una de las enfermedades que va expandiéndose actualmente.

En el sector salud la importancia antes mencionada de los conceptos de prevención y promoción, se va dirigida a trabajar un paso delante de las diferentes enfermedades. Otro de sus objetivos es disminuir los cuadros nosológicos más frecuentes y evitar los diferentes tipos de mortalidades; dicho esto no podemos dejar de lado el proceso post enfermedad y recuperativo, donde encontraremos diferentes secuelas, en especial más frecuentemente psicológicas.

Así mismo observamos que la conciencia personal de la gente va aumentando cada día a un nivel adecuado sobre el riesgo y verdadero alcance de los problemas oncológicos. Trastornos que van cobrando en la actualidad más víctimas, siendo el grupo femenino el más afectado en comparación con el masculino según estadísticas actuales.

Observamos pocas investigaciones relacionadas con las variables de esta investigación, siendo esto inaceptable por la fácil disposición de los elementos intervinientes, que hacen factible la realización de la misma y demostrar así su gran utilidad. Fundamentalmente, la utilidad del estudio se sustenta en varios aspectos ya descritos anteriormente y de tal manera que de lo que esta investigación concluya servirá para orientar con mayor precisión a las pacientes, a sus familias y capacitar a los profesionales intervinientes.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1.- Autoestima

2.1.1. Definición

Antes de dar una definición de Autoestima se debe de entender su importancia en el desarrollo personal puesto que nos permitirá crear una visión y juicio de quien en realidad somos. También se proyectan diversos aspectos personales en las diversas áreas de la vida.

Para los efectos de esta investigación se muestran dos conceptos que plantean el concepto de manera adecuada.

Ferrel y Velez citan el concepto brindado por la OMS donde se especifica que “La autoestima es considerada la percepción personal que tiene el individuo sobre sí mismo, en relación a sus objetivos, sus expectativas futuras, en base a sus actitudes y habilidades y esta se construye desde la infancia”¹³.

Coopersmith, citado por Branden, plantea la autoestima como “La evaluación que efectúa y mantiene el individuo con respecto a si mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito. En resumen la autoestima es un juicio personal de dignidad, que se expresa en las actitudes de un individuo hacia sí mismo”¹⁴.

2.1.2. Características de la Autoestima

Coopersmith citado por Velázquez señala tres características importantes de la autoestima:

- ✓ La autoestima se centra primordialmente en la estima general y no en la valoración realizada durante los cambios transitorios por ejemplo la edad, esto se obtienen en condiciones similares y con los mismos instrumentos.

¹³ FERRER, F. Y VELEZ, J.: Factores psicológicos en adolescentes con depresión, pág. 35

¹⁴ BRANDEN, M.: La Autoimagen del adulto en sociedad, pág. 72

- ✓ La autoestima suele ser cambiante de acuerdo a las diferentes áreas, la experiencia, el sexo, la edad o en algunos roles.
- ✓ La autoevaluación está referida a la valoración que se da a sí mismo un individuo, de acuerdo a su desempeño, atributo o valores personales¹⁵.

2.1.3. Niveles de la Autoestima

Para la diferenciación de los diversos niveles de la Autoestima tomaremos como base las características mencionadas por Coopersmith el cual menciona tres niveles.

Antes de mencionar dichos niveles se debe entender que sea cual sea el nivel de la Autoestima presente en un individuo, esta no permanecerá estable por siempre y/o podría presentar varios niveles en un mismo periodo de tiempo por diversas circunstancias.

- ✓ Autoestima Alta: Aquí las personas se muestran expresivas, tienen éxito en sus diferentes ámbitos de convivencia, muestran un nivel de orgullo alto, la autoaceptación es adecuada, buscan autosuperarse y son conscientes de sus alcances y limitaciones.
- ✓ Autoestima Media: Se muestra un nivel de expresividad dependiente de la aceptación social y otras circunstancias, la autoaceptación tiende entre ser apta y no apta para los demás y sí mismos, la capacidad de la comprensión personal dependerá de muchos factores.
- ✓ Autoestima Baja: Las personas muestran un estado emocional conflictivo; la autoaceptación es pobre o inexistente al igual que el deseo de superación, tienen sentimiento de inferioridad e incapacidad personal.

¹⁵ VELASQUEZ, L.: Autoestima y su relación con el consumo de alcohol, pág. 35

2.1.4. Importancia de la Autoestima

La Autoestima juega un papel importante en el desarrollo y vida de un individuo, de esta dependerá la capacidad de comprensión personal y social, lo cual es vital como requisito indispensable para obtener una vida plena, según la percepción del propio individuo.

Coopersmith expresa que la autoestima es importante porque condiciona el desarrollo, es decir el individuo que tiene una autoimagen buena y positiva de sí mismo se haya en mejor disposición para crecer en un aspecto más cognitivo. Facilita la superación de las dificultades personales. Además se presenta mayor capacidad para enfrentar circunstancias estresantes y problemas sociodemográficos que puedan presentarse¹⁶.

2.2.- Apoyo Social

El Apoyo Social es determinante en la creación y mantenimiento de una salud bio-psico-social; por eso en un sentido amplio, conceptualizamos al apoyo social como el conjunto de recursos humanos y materiales con los que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).

El apoyo social se presenta como un conjunto de información que es entregada a un individuo por parte de otro individuo o más, para darle a conocer cuánto de aprecio, afecto, valor y unión se le concede.

Aranda refiere que los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interco-nectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. Las principales son¹⁷:

2.2.1.- Redes de Apoyo Social Natural

- ✓ La familia.

¹⁶ COOPERSMITH, S.: Los antecedentes de Autoestima, pág. 46

¹⁷ ARANDA, C.: Conceptualización del Apoyo Social, pág. 14

- ✓ Amigos y allegados.
- ✓ Compañeros de trabajo.
- ✓ Vecinos.
- ✓ Compañeros espirituales (ej.: parroquias).

Las redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el individuo. El problema radica en que estas redes son inestables y a veces improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente.

2.2.2.- Redes de Apoyo Social Organizado

- ✓ Organizaciones de ayuda al enfermo.
- ✓ Seguridad Social.
- ✓ Empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado.
- ✓ Instituciones de acogida.
- ✓ Organizaciones de voluntariado.

A diferencia de las redes de apoyo natural, las redes de apoyo social organizado tienen como ventaja la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no dependen de relaciones afectivas previas; y son accesibles para los individuos que busquen y presenten necesidad. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del individuo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

Para este trabajo, el Apoyo Social lo dividiremos en Apoyo emocional, que describe la comprensión empática y expresión de afecto. Apoyo instrumental, como el abasto de apoyo material o tangible que pueda recibir. Apoyo de interacción social positiva,

siendo el evento de contar con personas para comunicarse. Apoyo afectivo, relata las manifestaciones reales de amor, cariño o empatía¹⁸.

2.2.3.- La familia, el apoyo social y la salud

Según Buendía, el vínculo que existe entre el apoyo social y resultados de salud, tanto física como salud psicológica, está reconocido ampliamente en la literatura científica. La fuerza de la asociación entre ausencia de apoyo social y salud era tan fuerte como el de otros factores de riesgo no transmisible bien conocidos: presión sanguínea, lípidos en sangre, obesidad y bajos niveles de actividad física.

Contar con un apoyo social, especialmente familiar, está demostrado que beneficia la salud tanto física como psíquica de la persona enferma o necesitada de ayuda. En algunas ocasiones, el apoyo, no importa cómo de abundante sea, puede comunicar un mensaje negativo, constituir una amenaza a la autoestima del receptor o provocar un estrés adicional. Así, la obtención de ayuda en una situación donde la persona se siente capaz de hacer la tarea puede producir un estado de ánimo más negativo y una autoevaluación menos positiva para ese receptor. Cuando el que da apoyo comunica una elevada ansiedad, el apoyo ofrecido también puede ser negativo. Asimismo, en casos de comportamiento hiperprotector por parte de la red de apoyo, también con frecuencia, tornan este apoyo como un factor negativo. Otras actitudes incorrectas que nos podemos encontrar en el grupo de apoyo son¹⁹:

- ✓ Negarse permanentemente a asumir la realidad del individuo.
- ✓ Interrumpir todas las actividades lúdicas.
- ✓ Caer en el servilismo como forma de convivencia con el individuo.
- ✓ Adoptar una actitud pasiva.
- ✓ Personalizar la ira.
- ✓ Sobrecargar las responsabilidades en un familiar.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Conflictividad.

¹⁸ BETANCOURT, J.: Efecto de la rehabilitación pulmonar en la calidad de vida, pág. 32

¹⁹ BUENDIA J.: Apoyo Social y Autoayuda, pág. 12

2.2.4.- Quién da el apoyo

El apoyo social tiende a ser dado por los otros cuando observan que un individuo tiene o percibe tener un problema. En la mayoría de las circunstancias, los que proporcionan este apoyo son los propios miembros de la familia, amigos íntimos y compañeros sentimentales. También hablamos del apoyo voluntario de los otros grupos anteriormente mencionados, el apoyo tiende a ser dado si la persona que experimenta el estresor lo busca. Algunos individuos tienden a usar la búsqueda de apoyo como el primer mecanismo de afrontamiento para obtener alguna combinación de apoyo emocional, información y ayuda material de los otros, más que usar una aproximación de afrontamiento más relacionada consigo mismo, centrada en la tarea para tratar directamente con el problema.

En muchas enfermedades de tipo crónico, se ha demostrado que el nivel de malestar y sufrimiento de los familiares, puede ser tan grande como el que experimenta el paciente. Aunque las dificultades del enfermo son de distinta naturaleza que las que puedan tener sus familiares, sin embargo están muy correlacionadas en cuanto a la posibilidad de superación por los dos bandos. Cuanto mayor es el desmoronamiento y la ansiedad de la familia, baja es la recuperación o rehabilitación del paciente. Así mismo, los pacientes que estén nerviosos por ver sufrir a su familia a causa de su enfermedad pueden fingir estar sanos e interrumpir el tratamiento o los programas de rehabilitación con el fin de evitar estados emocionales negativos dentro de su familia.

Los profesionales de la salud no debemos olvidar el papel que tiene la familia tanto en el inicio como en el curso de las enfermedades. Las familias van a estar en constante contacto con el paciente y van a ejercer gran influencia sobre él. En ocasiones la familia puede, sin pretenderlo, ser perjudicial para el paciente: por la forma de comunicarse, por transmitir mucha ansiedad, por mantener actitudes y creencias contrarias a nuestras recomendaciones, por sobreproteger o prestar poca atención al paciente, etc. Es necesario que a la vez que se informa, se entrene y apoye al paciente en las diferentes habilidades necesarias para el manejo de su enfermedad lo hagamos también con la familia.

2.3.- Resiliencia

2.3.1.- Concepto

Desde hace mucho tiempo, la sociedad ha observado que algunos individuos logran superar circunstancias severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social. Este concepto aun primitivo fue la base para la creación del término Resiliencia.

Se concluyó que el adjetivo resiliente, tomado del inglés resilient, expresaba las características mencionadas y que el sustantivo “resiliencia” expresaba esa condición. Así, el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. A continuación se exponen algunas definiciones citadas por Polo y que se considera describen bien el concepto para esta investigación²⁰:

Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. ICCB, Institute on Child Resilience and Family.

La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo. Rutter.

2.3.2.- Dos enfoques complementarios

Hay que saber diferenciar entre los enfoques de Resiliencia y de Riesgo.

El enfoque de Riesgo se centra primordialmente en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una alta probabilidad de dañobiológico o social. El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío”. En este modelo se entiende que las fuerzas negativas,

²⁰ POLO, C.: RESILIENCIA: Factores Protectores en la Adolescencia, pág. 61

expresadas en términos de daño o riesgos, no encuentran a un niño indefenso en el cual se determinarán, inevitablemente, daños permanentes. Explica la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil. Por lo tanto se debe entender que estos enfoques se complementan y se enriquecen, incrementando así su capacidad para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces.

Según Polo, la Resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Nunca es absoluta ni terminantemente estable. Los niños y adolescentes nunca son absolutamente resilientes de una manera permanente. Hasta el niño más resistente puede tener altibajos y deprimirse cuando la presión alcanza niveles altos. Por eso existe la necesidad de complementar el enfoque de resiliencia con el de riesgo, en función de un objetivo mayor que es el de fomentar un desarrollo sano. Junto con promover aquellas características saludables de niños y adolescentes es necesario intervenir para disminuir aquellos aspectos que le impidan alcanzar el máximo de potencial dentro de su fase de desarrollo⁸.

2.3.3.- Componentes de la Resiliencia

La resiliencia presenta dos componentes importantes: la firmeza y resistencia frente a la destrucción y la capacidad para arreglas y reconstruir sobre circunstancias o circunstancias adversas.

Características personales:

En otro plano Wolin y Wolin, citados por Polo, señalan algunas características personales de quienes poseen esta fuerza, y proporcionan algunas definiciones para ella:

- ✓ Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Independencia: Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos, alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física, sin llegar a aislarse.

- ✓ La capacidad de relacionarse: Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.
- ✓ Iniciativa: El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- ✓ Humor: Capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia.
- ✓ Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- ✓ Moralidad: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo⁸.

2.3.4.- La Resiliencia y sus fuentes

TENGO

- ✓ Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- ✓ Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- ✓ Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- ✓ Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- ✓ Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

SOY

- ✓ Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- ✓ Feliz cuando hago algo bueno por los demás y les demuestro mi afecto.

- ✓ Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- ✓ Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- ✓ Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

ESTOY

- ✓ Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- ✓ Seguro de que todo saldrá bien.
- ✓ Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- ✓ Rodeado de compañeros que me aprecian.

PUEDO

- ✓ Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- ✓ Buscar la manera de resolver mis problemas.
- ✓ Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- ✓ Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- ✓ Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- ✓ Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- ✓ Sentir afecto y expresarlo⁸.

2.3.5.- Resiliencia y Optimismo

En palabras de Polo, el optimismo es uno de los puntos que mayor interés ha despertado entre los investigadores de la psicología positiva. Se definirá como una característica disposicional de personalidad que interactúa entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Se le puede conceptualizar como la tendencia a esperar que el futuro conceda solo resultados favorables.

El optimismo es el factor que nos ayuda a afrontar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, revelando lo positivo que tienen las personas, confiando en las capacidades personales y adhiriendo a esto las posibilidades junto con la ayuda que podemos recibir.

Por ello es de suma relevancia el modo en que los círculos sociales pueden aportar los factores protectores ambientales y las condiciones que originan los factores protectores individuales⁸.

2.4.- Cáncer

Cada vez que se habla de la palabra Cáncer en cualquier ámbito social y cultural existe una primera reacción natural de temor y miedo, por toda la información verdadera, dispersa, incompleta, falsa y variada. Se muestra como un término pobremente asimilado de manera adecuada en la población estableciéndose aun con fuerza mitos y verdades incompletas dentro de la información que maneja la gente en general.

Para poder definir el cáncer de manera general tomaremos como referencia la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) que indica que el cáncer es:

“Un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo”²¹.

2.4.1.- Aspectos Generales del Cáncer

Entraremos de lleno mencionando algunos aspectos generales del cáncer, tomando también como fuente la OMS:

- ✓ Tumor maligno que se origina en las células del área afectada.
- ✓ Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pudiera crecer hacia (invadir) los tejidos circundantes o propagarse (hacer metástasis) en áreas distantes del cuerpo.
- ✓ Esta enfermedad ocurre con mayor frecuencia en las mujeres.

²¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.: Temas de Salud: Cáncer, pág. 17

2.4.2.- Manifestaciones clínicas tempranas del cáncer

En las fases iniciales y precoces de la enfermedad, el cáncer no suele producir ningún tipo de síntoma visible. Cuando se diagnostica en estadios iniciales es porque el paciente participa en programas de cribado o porque se ha realizado técnicas de control preventivo.

Según indica la Asociación Española contra el Cáncer, los síntomas más frecuentes por las que el individuo acude al médico son²²:

- ✓ Aparición de un nódulo que previamente no existía.
- ✓ Dolor en la zona a la palpación.
- ✓ Cambio de tamaño y/o deformación de la zona afectada.
- ✓ Irregularidades en el contorno de la zona afectada.
- ✓ Alteración en la piel como: úlceras, cambios de color.
- ✓ Existen otros síntomas como son el cansancio o el dolor óseo localizado, que pueden aparecer en las fases más avanzadas de la enfermedad.

2.4.3.- Datos Relevantes del Cáncer en Mujeres

El cáncer afecta a una de cada ocho mujeres durante sus vidas. El cáncer de mama mata más mujeres en nuestro medio que ningún otro cáncer, excepto el cáncer de pulmón. Nadie sabe por qué algunas mujeres desarrollan cáncer, pero existen algunos factores de riesgo. El Instituto Nacional contra el cáncer en su página web menciona algunos de estos factores que no se pueden modificar que incluyen:

- ✓ Edad: las probabilidades de tener un cáncer aumentan a medida que una mujer envejece.
- ✓ Genes: existen dos genes, BRCA1 y BRCA2, que aumentan el riesgo en gran medida. Las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama o de ovario deben realizarse pruebas periódicas.

²² ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER, página web

- ✓ Factores personales: primera menstruación antes de los 12 años o menopausia después de los 55.
- ✓ Otros factores de riesgo incluyen sobrepeso, terapias de reemplazo hormonal (también llamada terapia hormonal para la menopausia), uso de pastillas anticonceptivas, consumo de alcohol, no tener hijos o tener el primer hijo después de los 35 años, o tener mamas densas.
- ✓ El autoexamen y las tomografías pueden ayudar a diagnosticar el cáncer precozmente, cuando es más tratable. El tratamiento puede consistir en radiación, lumpectomía, mastectomía, quimioterapia y terapia hormonal²³.

2.4.4.- Modalidades de tratamiento del cáncer

Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer y después de haberse realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase se encuentra la enfermedad, se debe establecer cuál es el tratamiento más óptimo para la paciente.

La Asociación Española Contra el Cáncer, recomienda y explica las posibilidades del tratamiento más efectivo y adecuado en cada caso, para que una vez que la paciente haya recibido la suficiente información logre, junto con el especialista, tomar una decisión.

El tratamiento del cáncer, como ocurre en la mayoría de los tumores, es multidisciplinario. Distintas especialidades trabajan juntas para combinar terapias y ofrecer a la paciente las mayores probabilidades de curación.

Protocolo o plan terapéutico

En el tratamiento del cáncer se sigue un protocolo establecido en base a la experiencia científica y los antecedentes que se tienen en el tratamiento de esta enfermedad.

²³ INSTITUTO NACIONAL CONTRA EL CANCER, página web

La Asociación Española Contra el Cáncer indica que estos protocolos recogen las indicaciones o limitaciones del tratamiento en función de los siguientes factores:

- Edad del paciente.
- Estado general.
- Estado hormonal (premenopausia, menopausia).
- Localización del tumor.
- Fase o estadio en la que se encuentra la enfermedad (TNM).
- Receptores hormonales del tumor.
- Grado de las células.

Probablemente, también se tendrá en cuenta si además del cáncer, existen otras enfermedades presentes que puedan obstaculizar la realización de algún tratamiento en particular. Por tanto, el tratamiento indicado por el especialista no va a ser igual en todos los pacientes.

Los tratamientos más frecuentemente empleados en el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

Definiciones de Tipos de Tratamiento

Se utilizan diversas definiciones respecto al tratamiento. En su página web la Asociación Española Contra el Cáncer indica las siguientes:

Tratamiento Local: se refiere al tratamiento dirigido al tumor en su lugar de origen o en alguna localización determinada. La cirugía y la radioterapia son ejemplos de ello.

Tratamiento Sistémico: se refiere al tratamiento que afecta a todo el organismo. La quimioterapia y la hormonoterapia son tratamientos sistémicos.

Tratamiento Adyuvante: se llama así al tratamiento sistémico y/o local administrado tras el primer tratamiento. El objetivo de este tratamiento es profiláctico, tanto a nivel sistémico como local, es decir, pretende reducir el riesgo de recidiva del cáncer.

Tratamiento Neoadyuvante: consiste en administrar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía¹⁰.

2.4.7.- Psicología y Cáncer

La Asociación Psicológica Americana en este apartado nos proporciona una serie de puntos que son de vital importancia conocer para los intereses de este estudio:

Impacto del diagnóstico de cáncer en el bienestar psicológico

Se indica que recibir un diagnóstico de cáncer puede ser uno de los momentos más angustiantes que puedan experimentar las personas, y por eso, tal vez no sepan a quién recurrir para obtener ayuda.

La angustia generalmente continúa inclusive después de haber superado el impacto inicial del diagnóstico. A medida que las personas comienzan lo que con frecuencia es un largo proceso de tratamiento, pueden enfrentarse a nuevos problemas. Por ejemplo, pueden hallar confusión en sus relaciones personales. Pueden sentirse realmente cansadas todo el tiempo y estar muy preocupadas con respecto a los síntomas, al tratamiento y a la muerte. Pueden enfrentarse también a la discriminación por parte de su empresa e incluso por parte de las compañías de seguro. Factores como estos contribuyen al estrés crónico, la ansiedad y a la depresión.

Ayuda Psicológica

Sentirse abrumada es una respuesta totalmente normal al diagnóstico de cáncer. No obstante, las emociones inadecuadas pueden hacer que las mujeres dejen de hacer cosas que son buenas para ellas y que comiencen a hacer cosas que son malas para cualquiera, y en especial preocupantes para aquellas personas que tienen una enfermedad grave. Al mismo tiempo, estas mujeres pueden recurrir al alcohol, al tabaco, a la cafeína y a otras drogas en un intento por calmarse.

Un diagnóstico de cáncer también puede conllevar a problemas más graves. Los investigadores estiman que entre el 20 y el 60 por ciento de las pacientes con cáncer experimentan síntomas de depresión que pueden dificultar aún más que las mujeres se adapten, participen óptimamente en actividades de tratamiento y aprovechen las fuentes de apoyo social que tienen disponibles. Algunas mujeres se sienten tan desanimadas por la dura prueba de tener cáncer, que se niegan a someterse a una cirugía o simplemente dejan de asistir a sus sesiones de radiación o quimioterapia. Como resultado, pueden enfermarse aún más. De hecho, hay estudios que demuestran que dejar de asistir a tan solo el 15 por ciento de las sesiones de quimioterapia, provoca resultados considerablemente adversos.

Tratamiento psicológico

El objetivo principal es ayudar a las mujeres a aprender a cómo sobrellevar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida relacionados con el cáncer, así como los tratamientos médicos que pueden resultar dolorosos y traumáticos. Algunas mujeres pueden enfocar el asunto en cómo explicar su enfermedad a los hijos o cómo afrontar la respuesta de su pareja. Otras pueden concentrarse en cómo elegir el hospital o tratamiento médico adecuados. Para otras, el enfoque puede ser cómo controlar el estrés, la ansiedad o la depresión. Al enseñar a las pacientes estrategias para la resolución de problemas en un entorno de apoyo, los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lidiar con su dolor, miedo y otras emociones. Para muchas mujeres, esta crisis potencialmente mortal, puede resultar una oportunidad de crecimiento personal que mejora la vida.

Las pacientes con cáncer no son las únicas que pueden beneficiarse del tratamiento psicológico. Los psicólogos suelen ayudar a sus familiares, de quienes se espera brinden apoyo emocional y práctico, al mismo tiempo que afrontan sus propios sentimientos. Los niños, padres y amigos involucrados en el apoyo de la paciente también pueden beneficiarse con las intervenciones psicológicas.

La necesidad de tratamiento psicológico puede no terminar cuando finaliza el tratamiento médico. De hecho, la recuperación emocional puede llevar más tiempo que la recuperación física y es a veces menos predecible. Si bien, la presión social

para volver a la normalidad es intensa, las sobrevivientes del cáncer de mama necesitan tiempo para crear una nueva imagen de sí mismas que incorpore la experiencia vivida y sus cambios corporales. Los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lograr ese objetivo y a enseñarlas a sobrellevar problemas como el temor a la reaparición de la enfermedad y la impaciencia respecto a problemas más comunes.

¿Puede ayudar el tratamiento psicológico también al cuerpo?

Por supuesto. Por ejemplo, pensemos en las náuseas y los vómitos que suelen acompañar a la quimioterapia. Para algunas mujeres, estos efectos colaterales pueden ser lo suficientemente graves como para hacerles rechazar otros intentos de tratamiento. Los psicólogos pueden enseñarles a las mujeres ejercicios de relajación, meditación, autohipnosis, imaginación u otras tácticas que pueden aliviar eficazmente las náuseas sin los efectos colaterales de las sustancias farmacéuticas.

El tratamiento psicológico tiene además efectos indirectos en la salud física. Los investigadores saben que el estrés suprime la capacidad de protección personal del cuerpo. Lo que sospechan ahora es que la capacidad de afrontamiento que les enseñan los psicólogos puede realmente reforzar el sistema inmunológico. En un conocido estudio, pacientes con cáncer de mama avanzado que se sometieron a terapia de grupo vivieron más tiempo que aquellas que no lo hicieron.

Las investigaciones también sugieren que las pacientes que formulan preguntas y son activas con sus médicos obtienen mejores resultados de salud que las pacientes que aceptan pasivamente los programas de tratamiento propuestos. Los psicólogos pueden instruir a las mujeres para que realicen elecciones más informadas, a la luz de consejos a menudo conflictivos, y pueden ayudarlas a comunicarse más eficazmente con sus proveedores de atención médica. En resumen, los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a participar plenamente en su tratamiento. El resultado es una mejor comprensión de la enfermedad y su tratamiento, así como una mayor disposición a hacer lo necesario para sanar nuevamente.

Tratamiento multifactorial

Una combinación de tratamiento individual y de grupo a veces funciona mejor. Sesiones individuales con un psicólogo autorizado para ejercer suelen recalcar la comprensión y modificación de los patrones de pensamiento y de conducta. El tratamiento psicológico de grupo con otras personas que tienen cáncer de mama les da a las mujeres la posibilidad de brindar y recibir apoyo emocional, y aprender de las experiencias de las demás.

Las intervenciones psicológicas, que son dirigidas a individuos o grupos, se esfuerzan por ayudar a las mujeres a adaptarse a sus diagnósticos; a sobrellevar el tratamiento y a aceptar el impacto de la enfermedad en sus vidas. Si bien los pensamientos y sentimientos negativos se abordan, la mayoría de las investigaciones psicológicas se concentran en la resolución de problemas a medida que las mujeres enfrentan un nuevo desafío²⁴.

²⁴ ASOCIACION PSICOLOGICA AMERICANA, página web

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- ✓ **Leung J., Pachana NA., McLaughlin D.(2014)**, realizaron la investigación: “Apoyo social y Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama” en Australia, con el objetivo de establecer la relación entre apoyo social y la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Las conclusiones a las que llegaron fueron: “En relación a la medida inicial las mujeres evaluadas reportaron una calidad de vida significativamente baja en las dimensiones dolor funcionamiento físico y la salud y vitalidad. A los 3 años de seguimiento la calidad de vida había mejorado en la mayoría de las dimensiones. Los niveles de apoyo social se mantuvieron estables durante el tiempo de seguimiento. Se demostró que el apoyo social era positivamente predictor de una mejor calidad de vida en su dimensión física y mental a los 3 años de seguimiento”¹³.
- ✓ **Chong, N., Mohamed, S., Mee, S., Harun F., Hatim A., Zuraida N., Aishah Taib N. (2015)**, ejecutaron el estudio: “Ansiedad, depresión, apoyo social y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama durante un año de seguimiento”, su objetivo central fue el de determinar la correlación entre ansiedad, depresión, calidad de vida con el apoyo social en pacientes mujeres diagnosticadas con cáncer de mama (Malasia) durante su tiempo de seguimiento. Obtuvieron las siguientes conclusiones: “El nivel de calidad de vida y apoyo social fueron altos durante las mediciones, la correlación global entre calidad de vida y apoyo social fue positiva. El apoyo social fue un factor importante para la calidad de vida”¹⁴.
- ✓ **Zeynep Güneş, Hüsniye Çalışır (2016)** en Turquía, realizaron el estudio: “Apoyo Social y Calidad de Vida en paciente ambulatorios con cáncer que reciben quimioterapia”, el objetivo del estudio fue establecer la relación entre el apoyo social y la calidad de vida en pacientes con cáncer que cursan proceso de quimioterapia. La conclusión obtenida fue: “El apoyo social percibido se correlacionó positivamente con el funcionamiento físico, el rol emocional, la vitalidad y las percepción general de la salud”¹³.
- ✓ **Chico, M. (2017)**, realizó un estudio sobre la Resiliencia y la calidad de vida en mujeres de Ecuador con cáncer de mama. Su conclusión: que a mayor Resiliencia la

calidad de vida aumentaba, predominando grados de Resiliencia media y alta, con características de calidad de vida a pesar de los problemas en las distintas dimensiones de la vida del paciente¹⁵.

- ✓ **Burga, I., Sánchez, T. y Jaimes, J. (2016)**, en su estudio demostraron la correlación positiva y significativa entre inteligencia emocional y Resiliencia en pacientes con cáncer del hospital de EsSalud de Lima - Perú. La conclusión del estudio dio a entender que: “las pacientes desarrollaron destrezas para percibir y apreciar sus emociones, teniendo buena capacidad para tolerar la presión y el impacto del tratamiento, lo que posibilitó mejor adaptación a los cambios orgánicos y psicológicos”¹⁶.
- ✓ **Núñez, S. (2015)**, Perú, ejecutó la investigación: “Calidad de Vida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria en un albergue”, el objetivo fue determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria. Las conclusiones a la que llegó la investigadora fueron: “La mayoría de pacientes tiene una calidad de vida baja en relación a la escala global, así mismo, en la escala funcional. Finalmente, en la escala síntoma también presenta una baja calidad de vida”¹⁷.
- ✓ **Cesaro, (2016)** trabajó con 238 mujeres hospitalizadas en el INEN (Perú), para “delimitar y comprobar si la Resiliencia más las estrategias de afrontamiento se encuentran asociadas al ajuste mental”. La conclusión resultante fue que: “padecer de cáncer es un acontecimiento significativo e inolvidable que traspasa los límites de la enfermedad, donde el limbo entre la vida y la muerte se hace cada vez más corta. Sin embargo, se ha comprobado que el ser humano posee mecanismos promotores de emprendimiento personal, los cuales se auto-regeneran y fortalecen mediante la participación familiar”¹⁸.

Como evidenciamos en los antecedentes investigativos previamente mencionados, existen varios estudios tanto a nivel internacional como nacional que demuestran un vínculo existente entre las variables de este estudio. En los estudios presentados se involucran las variables por separado, lo cual da mayor importancia a la presente investigación por brindar una contribución teórica en beneficio de los pacientes con diagnóstico de cáncer.

4. OBJETIVOS

- Determinar el nivel de Autoestima presente en las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Determinar el nivel de Apoyo Social en las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Identificar el nivel de Resiliencia presente en las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Establecer la influencia de la Autoestima sobre el nivel de Resiliencia que presentan las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Establecer la influencia del Apoyo Social sobre el nivel de Resiliencia que presentan las pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

5. HIPÓTESIS

Dado que la Autoestima es el conjunto de actitudes positivas y negativas hacia uno mismo y el Apoyo Social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo para superar una crisis:

Es probable que niveles adecuados de Autoestima y Apoyo Social influyan en elevar el nivel de Resiliencia presente en pacientes mujeres con cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Para la recolección de Datos de las tres variables se utilizará la técnica del “Cuestionario”.

1.2. Instrumentos

Para los fines de esta investigación se utilizaran tres instrumentos:

- ✓ El instrumento utilizado será: la Escala de Coopersmith para medir la Autoestima validada en Perú por Langan (2017) ¹⁹,
- ✓ Para el Apoyo Social usaremos: el Cuestionario MOS de Apoyo Social validado en Perú por Baca (2016) ²⁰ y
- ✓ Para la Resiliencia utilizaremos: la Escala de Resiliencia Wagnild y Young (1993) validada en el Perú por Novella (2002) ²¹.

Estructura del instrumento

Escala de Coopersmith – Autoestima

El inventario de Autoestima de Coopersmith fue creado por Stanley Coopersmith (1967), se muestra como un inventario constituido por 58 ítems. Los cuales están referidos a la autopercepción del sujeto con respecto a las siguientes áreas: autoestima general, autoestima social, hogar – padres, escolar – académica y la escala de mentiras.

Stanley Coopersmith presento la confiabilidad de la prueba a través de un test – retest (0.88). La confiabilidad interna de la prueba presenta un rango de 0.87 y 0.92 de coeficiente.

En nuestro medio se realizaron múltiples validaciones de la presente Escala, por

mencionar alguna Lingan (2017) encontró un nivel de confiabilidad alto logrando una medida de 0.78. Además mediante una investigación determino una validez mediante una correlación ítem por ítem que mostró un nivel de significancia de 0.001 en todas las subescalas

Administración: El cuestionario puede usarse en personas a partir de los 16 años para adelante, no presenta tiempo límite pero dura aproximadamente 15 minutos. Está formada por 58 ítems.

Calificación: Se suman los resultados obtenidos y los puntajes más altos indican niveles más altos de Autoestima. La escala L no se puntúa, pues solo debemos ver menos de 5 respuestas dadas, porque si fuera mayor carecería de sinceridad.

Cuestionario MOS de Apoyo Social – Apoyo Social

Se consideró para la medición pertinente el uso del test de apoyo social desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991), Cuestionario MOS de Apoyo Social (The MOS Social Support Survey), fue creado en Estados Unidos en un contexto hospitalario. Dicho instrumento ha sido sometido a diversas adaptaciones internacionales que le brindan una adecuada validez.

En nuestro medio Baca (2016) realizó una validación del cuestionario a partir de un estudio en pacientes con cáncer. Según la investigación señalada se muestra un nivel de confiabilidad favorable ($=0.94$) y de validación adecuada (54.240%).

El Apoyo Social percibido, se agrupa en dos dimensiones: funcional y estructural. La primera queda definida a través de los factores: informacional, afectivo e instrumental.

Administración: El cuestionario puede usarse en personas a partir de los 18 años para adelante, no presenta tiempo límite pero dura aproximadamente 20 minutos. Está formada por 19 ítems con formato tipo Likert.

Calificación: Se suman los resultados obtenidos y los puntajes más altos indican presencia o ausencia de Apoyo Social.

Escala de Resiliencia Wagnild y Young – Resiliencia

La Escala de Resiliencia fue creada en los Estados Unidos por Wagnild y Young en el año 1988, fue revisada por los mismos autores en 1993. Para Wagnild y Young la Resiliencia se define como una característica que ayudara a moderar el estrés que aparece cuando el ser humano se enfrenta a situaciones negativas y usan el término de Resiliencia para calificar a personas que demostraron valor y una buena adaptación frente a las mismas situaciones.

Con respecto a la confiabilidad de la escala, Wagnild y Young (1993) en una muestra de 1500 personas, varones y mujeres, obtuvieron una consistencia interna representada en un alpha de crombach de 0.91; después en dos muestras de mujeres graduadas se confirmó un coeficiente de fiabilidad de 0.85 y 0.86 respectivamente; y en una muestra de mujeres post parto de 0.90. En el Perú, la Escala fue traducida a nuestro idioma y analizada psicométricamente por Novella (2002), quien uso una muestra de 324 estudiantes entre 14 a 17 años, de la ciudad de Lima, donde obtuvo una consistencia interna global de 0.875.

La validez del contenido está constituida por ítems redactados en forma positiva, acorde con las definiciones expresadas de Resiliencia. La escala se divide en dos dimensiones: Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de su vida.

Administración: La Escala puede usarse en personas a partir de los 12 años para delante, no presenta tiempo límite pero dura aproximadamente 20 minutos. Está formada por 25 ítems con formato tipo Likert.

Calificación: Se suman los resultados obtenidos y los puntajes más altos indican mayor grado de Resiliencia.

| Variable | Indicadores | Técnica | Instrumento | Ítems |
|---------------------|--|--------------|---------------------------------------|---|
| Autoestima | Auto confianza | Cuestionario | Escala de Coopersmith | 1, 10, 19, 25 |
| | Auto aceptación | | | 3, 5, 7 |
| | Auto concepto | | | 12, 13, 15 |
| | Capacidad de decidir | | | 4 |
| | Imagen personal | | | 18, 24 |
| | Interacción familiar | | | 6, 20, 22 |
| | Sentimiento de independencia | | | 16 |
| | Valoración familiar | | | 9, 11 |
| | Integración | | | 17 |
| | Adaptación social | | | 21, 23 |
| | Relaciones interpersonales | | | 2, 8 |
| Aceptación en grupo | 14 | | | |
| Apoyo Social | Apoyo Afectivo | Cuestionario | Cuestionario MOS de Apoyo Social | 2, 3, 4 |
| | Apoyo de Interacción Social | | | 5, 6, 7, 8 |
| | Apoyo Instrumental | | | 9, 10, 11, 12 |
| | Apoyo Emocional | | | 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 |
| Resiliencia | Competencia Personal | Cuestionario | Escala de Resiliencia Wagnild y Young | |
| | - Sentirse bien solo - Perseverancia - Autoconfianza | | | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24 |
| | Aceptación de sí mismo y de su vida | | | |
| | - Satisfacción personal - Ecuanimidad | | | 7, 8, 11, 12, 16, 21, 22, 25 |

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizará en el ámbito del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Arequipa, situado en la Avenida de la Salud s/n., distrito del Cercado de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El horizonte temporal del estudio está referido al presente, entre julio y setiembre del año 2018, donde se podrá abarcar la muestra requerida.

2.3. Unidades de estudio

El universo está compuesto por todas las pacientes mujeres con diagnóstico de Cáncer que se atienden en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Arequipa.

La muestra consta de 168 pacientes que cumplieron con los requisitos requeridos por la investigación y que voluntariamente quieran participar de la Investigación.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- ✓ Pacientes de sexo femenino.
- ✓ Pacientes entre 18 a 59 años.
- ✓ Pacientes que presenten diagnóstico de Cáncer.
- ✓ Pacientes que se traten en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- ✓ Pacientes que hayan aceptado participar del estudio.
- ✓ Pacientes que presenten condición socioeconómica media y alta.
- ✓ Se incluye cualquier estado civil.
- ✓ Se incluye cualquier tipo de familia.
- ✓ Se incluye cualquier grado de avance de la Enfermedad.

Exclusión:

- ✓ Pacientes de sexo masculino.
- ✓ Pacientes fuera del rango de edad establecido.
- ✓ Pacientes con otros diagnósticos.
- ✓ Pacientes que asisten a otros establecimientos de Salud.
- ✓ Pacientes que no acepten participar del estudio.
- ✓ Pacientes de condición socioeconómica baja.



3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efectos de la recolección de datos se coordinará con el Médico Director del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas mediante solicitud, pidiendo autorización para la aplicación del instrumento del presente estudio y se nos facilite información básica con respecto a la muestra que utilizaremos.

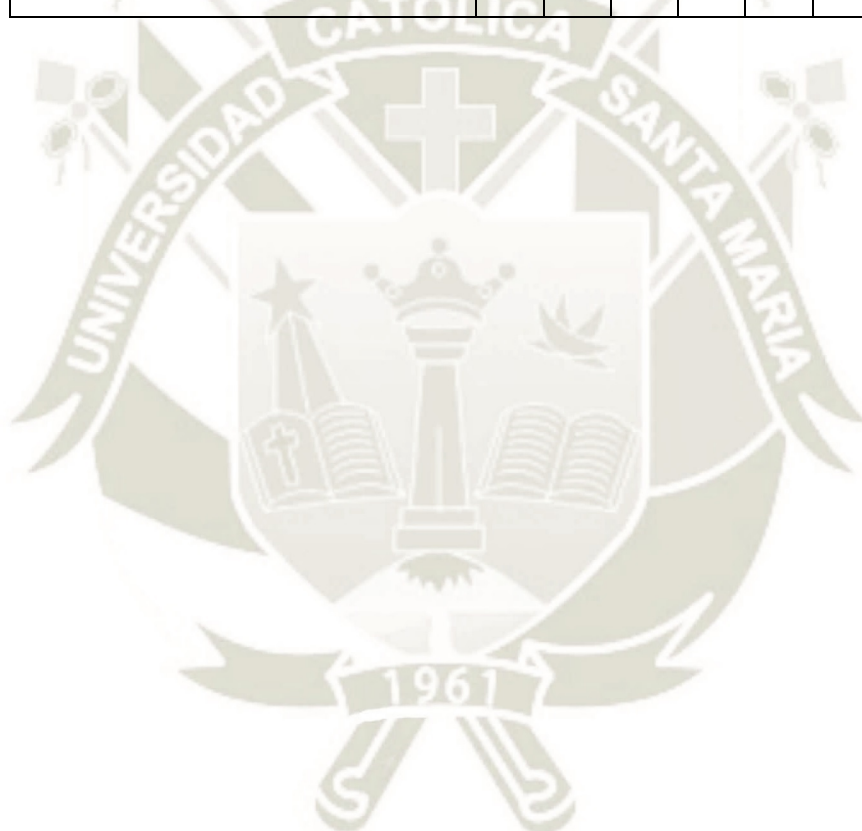
La duración del presente estudio está prevista para dos meses, donde la recolección de datos se realizara una vez por semana, en fechas previamente programadas.

Los instrumentos a utilizarse son tres pruebas tipo Likert, en las cuales se evidencia el carácter anónimo de las mismas y se solicitará respuestas sinceras a cambio, para mejorar el nivel de valides de los resultados. Durante la evaluación se resuelven las dudas que pueda presentar la evaluada.

Finalmente se revisarán los instrumentos aplicados, los datos obtenidos se analizaran estadísticamente en el programa SPSS versión 23; para su interpretación y originar conclusiones finales.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

| Actividad / Mes | D | E | F | M | A | M | J | J | A |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Elaboración del Proyecto | X | X | X | X | | | | | |
| Desarrollo del Proyecto | | | X | X | X | | | | |
| - Recolección de datos | | | | X | X | X | | | |
| - Sistematización | | | | | X | X | X | | |
| - Análisis de Datos | | | | | | X | X | | |
| Elaboración del informe Final | | | | | | | X | X | X |



BIBLIOGRAFIA

2. Branden N. El poder de la autoestima. México: Ed. Paidós; 2016.
4. Coopersmith S. Los antecedentes de autoestima. San Francisco: Ed. Hombre Libre; 1976.
7. Buendía J. Apoyo Social y Autoayuda. Murcia – España. Ed. Buendía; 2014.
8. Polo C. Resiliencia: Factores protectores en la Adolescencia. Colombia. Universidad de Aconcagua; 2009.
15. Chico M. Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. Ecuador. Universidad Técnica de Ambato; 2017.
16. Burga I, Sánchez T, Jaimes, J. Inteligencia emocional y Resiliencia en pacientes con cáncer de mama en un hospital de EsSalud de Lima. Revista de Investigación Apuntes Psicológicos. 2016; 1(2):9-16.
17. Nuñez S. Calidad de vida en pacientes con Cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria. Perú. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza; 2015.
18. Cesaro C. Resiliencia, estrategias de afrontamiento y ajuste mental en un grupo de pacientes con cáncer de mama hospitalizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
19. Lingan Acuña F. Autoestima y su relación con la felicidad en cónyuges de la Iglesia Adventista del Séptimo Día del distrito Misionero de Huaycán. Perú. Lima; 2017.
21. Novella, J. Adaptación de la Escala de Resiliencia Wagnild y Young. Perú. Lima; 2002.

FUENTES DE INTERNET

1. Ferrel F, Vélez J, Ferrel L. Factores psicológicos en adolescentes con depresión. Rev. Encuentros. Universidad Autónoma del Caribe [Internet]. 2014; 12(2):35. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n2/v12n2a03.pdf>

3. Velásquez L. La autoestima y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de la I.E. Jorge Chávez Tacna 2013 [Internet]: Escuela profesional de enfermería, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. [Perú]; 2014. Disponible en: <http://redi.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/337/TG0195.pdf?sequence=1&i>

5. Aranda C. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social [Internet]: Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Departamento de Salud Pública, universidad de Guadalajara. [México]; 2016. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>

6. Betancourt J; Muñoz B, Hurtado H. Efecto de la rehabilitación pulmonar en la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con secuelas de tuberculosis. Rev. Scielo [Internet]. 2015 [citado 05 Oct 2017]; 13 (24): 1-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v13n24/v13n24a05.pdf>.

9. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; Suiza; 2018 [citado 2 de nov 2018]. Temas de Salud: Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

10. Asociación Española Contra El Cáncer [Internet]. España; [2002; actualizado 13 may 2018; citado 10 dic 2018]. Disponible en: <http://www.aecc.es/SobreElCancer/Paginas.aspx>

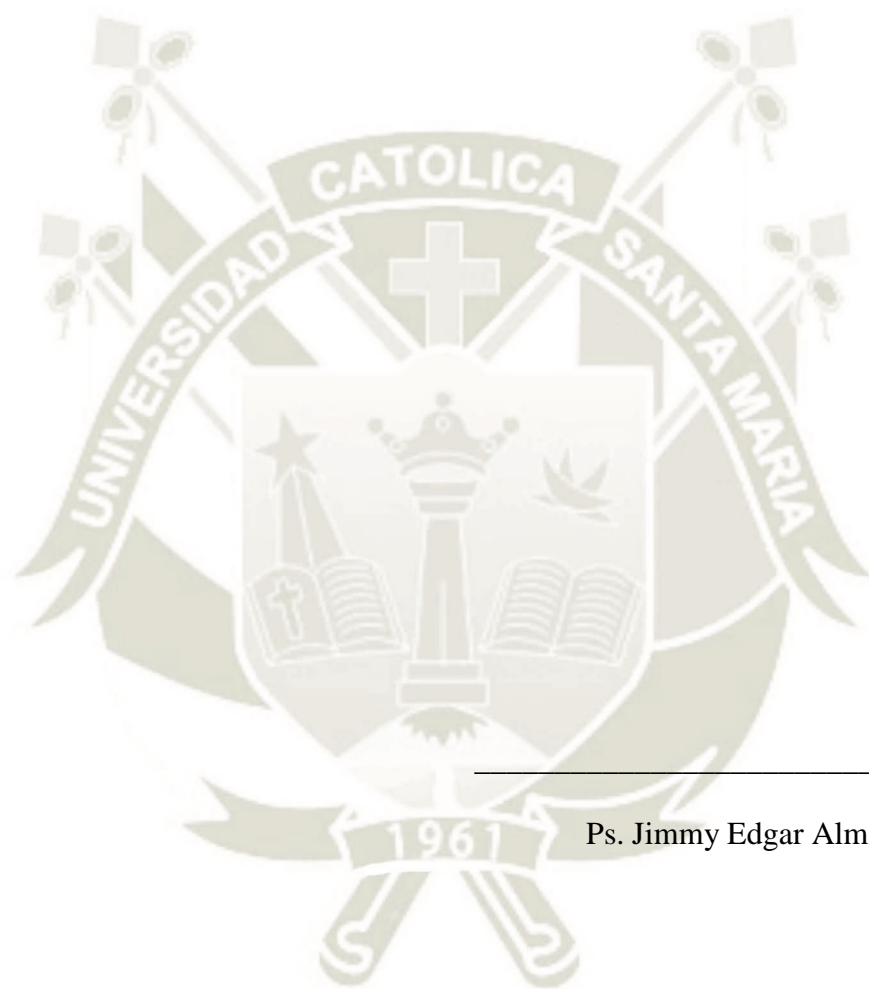
11. Instituto Nacional Contra El Cáncer [Internet]. España; [2005; actualizado 22 jun 2018; citado 10 dic 2018]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/español>

12. Asociación Psicológica Americana [Internet]. EE.UU.; [2009; actualizado 10 sep 2017; citado 10 dic 2018]. Disponible en:
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/>

13. Leung L, Pachana N, McLaughlin. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer. Rev. A Longitudinal Study Psychooncology [Internet]. 2014 [citado 11 oct 2017]; 23(7): [aprox. 23 p]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24700668>

14. Chong N, Mohamed S, Mee S, Harun F, Hatim A, Zuraida N. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian 51 breast cancer patients: a 1-year prospective study. Health QualLif Outcomes [Internet]. 2015 [citado 18 feb 2018]; 13(2): 1-9. Disponible en:
<http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0401-7>

20. Baca D. Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo [Internet]. Universidad de Trujillo. [Perú]; 2016. Disponible en:
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12452>



Arequipa, 2019

Ps. Jimmy Edgar Almanza Torres .