

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León  
Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Psicología



TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

***Resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que  
asisten al Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, marzo  
– noviembre 2019.***

**Autor:**

Br. Bryan Jonathan Pineda Zeledón.

**Tutora:**

Lic. María Isabel Caballero. M.Sc. (Q. D. E. P.)

Docente de la Facultad de Ciencias Médicas UNAN-LEÓN

Lic. Olga Kulakova. PhD.

Docente de la Facultad de Ciencias Médicas UNAN-LEÓN

León, noviembre 2021

**“A la libertad por la Universidad”**

## Dedicatoria

*A la mujer que me llevó en su vientre, en su corazón y en sus oraciones, Yadira Zeledón Ruíz, mi madre, quien confió en mi y cuyo amor me dio valor para lograrlo. Este triunfo es tuyo.*

*A mi familia, fuente de apoyo espiritual, por enseñarme a valorar el afecto y la compañía desde el corazón, valoro el apoyo que me brindaron. Dedico especialmente a mi abuela, Gregoria Ruíz, por tomarme de la mano y darle un sentido a mi vida, junto a mi abuela, Luz Marina Huerta, por contarme sus historias y ver a través de los ojos del alma.*

*A María Isabel Caballero, mi maestra, por haberme acogido con afecto en su regazo de sabiduría cuando vió que lo necesitaba y por inspirarme a escudriñar la mente humana mientras estuvo en este mundo material. En su memoria, por la eternidad, porque con su llamado lo he logrado.*

*A cada una de las mujeres que brindaron parte de su existencia en esta investigación, fuente enriquecida de amor, resistencia y bondad.*

*A todas las personas que me brindaron seguridad, amparo, afecto y compañía. Y a mis amigos, divinos tesoros, seres imperfectos y excepcionales, espíritus libres donde quiera que estén.*

## **Agradecimientos**

*A Dios, quien está conmigo desde antes de mi existencia y a quien aprendí a amar y a necesitar, porque nada me faltó y en todo momento reconfortó mi alma.*

*A mi madre, Yadira Zeledón, por heredarme el disfrute del conocimiento, a luchar por uno mismo y enseñarme a volar sobre el pantano.*

*A mi papá, Fernando Pineda, por darme su compañía, su afecto y sus sueños, por usted soy un “médico del alma”.*

*A Ernesto Rizo, por su apoyo sincero, mi gratitud por ser parte de este proceso.*

*A mi tutora, Olga Kulakova, quien me inspiró desde que la conocí, cuya pasión y energía por enseñar es contagiosa. Mi gratitud por su apoyo al final de esta meta.*

*A mis maestros, por haberme visto con el corazón, porque siempre los observé desde mi silencio, de ustedes aprendí el valor de la enseñanza, a Rosa Violeta Hernández, quien me hizo conocer la riqueza de mi alma; a Jairo Rodríguez, de quien aprendí a ser imperfectamente libre; a José Ramón Morales, por su sabiduría del alma humana, a Arlen Soto, por su corazón noble y su amor al enseñarme, a todos y cada uno, en su particularidad, mi gratitud genuina.*

*A la dirección del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, porque me brindaron la oportunidad de investigar.*

*A las pacientes, por su apoyo al compartirme sus experiencias de vida, mujeres y madres de afecto y amor.*

## Resumen

El **objetivo** del estudio fue determinar la relación que existe entre la resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo de marzo a noviembre del 2019. **Diseño metodológico:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el departamento de oncología. Los participantes fueron pacientes que asisten a tratamiento ambulatorio de quimioterapia. Los instrumentos utilizados fueron la Ficha de información sociodemográfica, la escala de resiliencia Connor-Davidson CD-RISC y el Test de Calidad de vida QLQ-C30. **Resultados:** Se logró la participación de 30 mujeres, con edades prevalentes entre 36 y 64 años, la mayoría de ellas eran de procedencia urbana (73.3%), amas de casa (53.3%), casadas(63.3%), con al menos un hijo (46.7%), pertenecían a una familia extensa (76.6%) y con un grado de estudios de primaria incompleta (26.7%). Así mismo, todas profesaban una religión y el periodo de diagnóstico más frecuente fue entre uno a dos años (48.7%) en estadio II de la enfermedad (53.3%). Se identificó un alto nivel de resiliencia en el 80% de las pacientes y el factor de resiliencia más presente fue el de control y propósito (73.3%). Se estableció que 18 de las pacientes (60%) presentaron buena calidad de vida y predominó a su vez el área de estado de salud y calidad de vida con un 73.3%.

Se determinó que si existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, evidenciando una relación estadísticamente significativa de .045 para el Chi cuadrado de Pearson. **Conclusión:** Existe relación estadísticamente significativa (.045) entre la resiliencia y la calidad de vida de las pacientes durante el proceso de enfermedad y su tratamiento, lo que comprobó y aceptó la hipótesis de la investigación.

**Palabras claves:** Resiliencia, Calidad de vida, Cáncer de mama.

## Índice

<b>Contenido</b>	<b>Página:</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Antecedentes .....</b>	<b>3</b>
<b>Planteamiento del Problema .....</b>	<b>7</b>
<b>Justificación .....</b>	<b>8</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>9</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>10</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>11</b>
<b>Diseño Metodológico.....</b>	<b>26</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>39</b>
<b>Discusión de Resultados.....</b>	<b>51</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>56</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>57</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>64</b>

## Introducción

El cáncer es la segunda causa principal de muerte en las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud, siendo el cáncer de mama uno de los más frecuentes (25,2%). En las mujeres de América Latina y el Caribe, supone el 27% de los nuevos casos registrados y el 16% de las muertes por cáncer. En el 2018, Nicaragua tuvo una incidencia de 1,013 nuevos casos (12.7%) de cáncer de mama, con una mortalidad del 8.0%, de los cuales hubo 21 defunciones en el departamento de León, ubicándose en la tercera causa de muerte por tumores malignos en la zona, según el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (2019).

El sistema nacional de salud en Nicaragua cuenta con asistencia hospitalaria y una red de centros de atención para enfermedades oncológicas donde el personal de salud da respuesta a las necesidades médicas de pacientes con cáncer, sin embargo, al igual que otros tipos de tumores malignos, el cáncer de mama también genera un impacto en el funcionamiento cotidiano, físico, mental y emocional de la persona que lo padece desde el momento de presentar los primeros síntomas, lo que podría conllevar a una posible disminución progresiva de la percepción de su seguridad y bienestar personal, desde que conoce el diagnóstico de la enfermedad y da inicio al proceso de tratamiento, sumado a la situación sanitaria en perspectivas de desarrollo, donde generalmente los centros no disponen de cuidados paliativos de atención comunitaria o domiciliaria para pacientes oncológicos, por lo que podrían recurrir a otras formas de compensar esas necesidades de salud (OPS, 2020).

El presente estudio está basado en encontrar la relación que existe entre dos variables psicológicas que han sido estudiadas en personas que se ven involucradas en situaciones traumáticas, donde experimentan un impacto en su desarrollo habitual que requiere de una serie de componentes, que bien pudieron ser desarrollados desde los primeros años de vida y que se reproducen de forma espontánea como elementos cotidianos, o bien, pueden ser aprendidos en una situación crítica que ameritó de un ajuste en la seguridad y el desarrollo personal. En este caso, se trata de encontrar los recursos que brindan a los pacientes con

cáncer la posibilidad de volver a la vida después de una agonía psíquica traumática o en condiciones adversas (Cyruknik, 2016), es decir, la resiliencia y descubrir si tiene relación con la calidad de vida de las pacientes, así dar a conocer la percepción que estas mujeres tienen de sí mismas en su situación, así mismo se pretende dar a conocer la influencia de las variables sociodemográficas en los niveles de resiliencia.

Se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a la evidencia científica que permita el desarrollo y cobertura eficiente de la salud mental dentro del sistema de salud nacional, así como el fortalecimiento de investigaciones previas en el contexto nacional y a su vez forme las bases para desarrollar nuevas investigaciones en materia de intervenciones psico oncológicas y de la psicología de la salud.

### **Antecedentes**

La resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos ha sido estudiada en su mayoría a nivel internacional, en Nicaragua son pocas las investigaciones que se han realizado; a continuación, se describen los antecedentes que se han encontrado sobre la temática:

Baca (2013). Realizó un estudio sobre Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo en Lima, Perú mediante un diseño transversal y tipo de estudio correlacional, cuyo objetivo fue identificar la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo, se concluyó que hay una correlación directa entre el nivel de resiliencia y el apoyo social percibido en los pacientes con cáncer.

Por otra parte, Roselló y Sucari (2014) en su investigación "Resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa, su objetivo principal fue establecer la relación entre la Resiliencia y la Calidad de Vida de los pacientes oncológicos sometidos a Quimioterapia, donde obtuvieron como resultado que el 57.1% de la población tuvo una resiliencia moderada y la mayoría de la población de estudio presentó una buena calidad de vida con un 87.1% mientras que el 12.9% presenta una mala calidad de vida. Igualmente resultó que una resiliencia moderada es indicador que afecta la calidad de vida.

Monteagudo, Vicente y Peralta (2015) hicieron una investigación sobre resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón, el objetivo de este estudio fue comprobar si existen diferencias entre hombres y mujeres que han sufrido cáncer de laringe o mama en resiliencia y variables relacionadas con el estrés. Sobre el método se evaluó a una muestra de 20 pacientes oncológicos. El análisis de Mann-Whitney U muestra que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable percepción del estrés ( $Z = -2,25$ ;  $p \leq 0,02$ ), siendo las puntuaciones medias de hombres menores (27) que el de las mujeres (29).



También se encontraron diferencias en la variable resiliencia ( $Z = -1,9$ ;  $p \leq 0,02$ ), siendo las puntuaciones de los hombres (media= 74,5, dt = 10,16) mayores que las de las mujeres (media = 66,33, dt = 6,45). Los análisis de correlación muestran que la resiliencia correlaciona con la dimensión de personalidad resistente de control ( $r = -0,58$ ;  $p = 0,007$ ). No se encontraron diferencias con las otras variables.

Chico (2017) realizó un trabajo de investigación sobre la resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama, en sus resultados obtenidos muestran que, si existe relación directa en las variables investigadas, además existe un predominio mayor en la Resiliencia media con un 38 % seguida de la Resiliencia media alta con el 30%, resiliencia baja con el 22 % y resiliencia alta con el 10%. Donde el nivel de resiliencia media es la más frecuente entre las pacientes evaluadas. En relación a la calidad de vida el nivel de mayor prevalencia con un porcentaje del 55% fue en problemas moderados en todas sus dimensiones.

Roberto (2018), en su estudio titulado Resiliencia y Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia, tuvo como objetivo determinar el grado en que los factores de resiliencia predicen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes adultos que reciben quimioterapia. Se evaluó a 60 pacientes que se mantenían recibiendo un tratamiento de quimioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, empleando un método de muestreo por conveniencia. Se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Los resultados revelaron que es preferible trabajar con la Escala de Resiliencia partiendo de un factor unidimensional de resiliencia. Consecuentemente, se evidencia que la resiliencia tiene un rol predictivo estadísticamente significativo sobre cuatro de las ocho dimensiones de la CVRS.

En el contexto nacional se encontró los siguientes estudios en pacientes con cáncer de mama sobre la resiliencia y la calidad de vida:

Fuentes y Lacayo (2009) estudiaron la calidad de vida en su tesis monográfica “Calidad de vida, estrés y estilos de afrontamiento, en pacientes con cáncer mamario, en el Hospital España, departamento de Chinandega,” cuyo objetivo fue describir la calidad de vida, sintomatología de estrés y formas de afrontamiento de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas entre las edades de 30 a 80 años en el Hospital España del departamento de Chinandega en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2009. Fue un estudio descriptivo, de corte transversal donde participaron 48 Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Calidad de Vida Satisfacción y Placer, el Inventario de Sintomatología de Estrés y la Escala de Afrontamiento de Lazarus. En sus resultados describieron que la calidad de vida de las participantes en este estudio presenta un nivel medio, padecen de niveles altos de sintomatología de estrés y el estilo de afrontamiento que usan las mujeres es el “Autocontrol”.

Guadamuz y Ocampo (2012), por su parte, estudiaron la resiliencia en su tesis “Resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del hospital escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello” León, 2011-2012.” El objetivo de la investigación fue determinar los niveles de resiliencia y optimismo en un estudio descriptivo de corte transversal, con una población de 58 pacientes con cáncer de mama y una muestra de 25 pacientes de los años 2011 y 2012. Las herramientas utilizadas son el Inventario de anomia asiliente y resiliencia nómica (IAAR) y El test IAAR, determinando que la mayoría de los pacientes se encontraban entre las edades de 46-60, religión católica, nivel académico de primaria incompleta y estado civil casada, presentando un nivel de resiliencia “medio” y un nivel alto de optimismo.

Por su parte, Rodríguez (2014) estudió ambas variables en su tesis “Resiliencia e inteligencia emocional y su influencia en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama integrantes de la organización ASOLCCAN. Estelí, Marzo-Septiembre. 2013” cuyo objetivo fue identificar la influencia de la resiliencia e inteligencia emocional en la calidad de vida y la

percepción de mujeres con cáncer de mama integrantes de la organización. Fue un estudio de corte transversal, en el que se aplicaron técnicas e instrumentos como la escala de Resiliencia Wagnild & Young, Escala TMMS-24 y Cuestionario de Salud SF-36; paralelamente se aplicaron entrevistas semiestructurada y grupo focales para profundizar de forma cualitativa sobre la percepción de su enfermedad. Obtuvieron los siguientes resultados: el 65% tuvo un nivel medio de resiliencia, sobre las dimensiones de inteligencia emocional el 75% presenta una adecuada percepción emocional, un 65% presenta una adecuada comprensión de sentimientos, y 55% una adecuada regulación emocional; se encontró un mejor estado de calidad de vida en el 55% de los participantes y se comprobó que hay correlación entre los niveles de resiliencia y las dimensiones de calidad de vida, lo que indica que a mayor resiliencia hay mayor calidad de vida. De igual forma se encontró un nivel significativo de correlación entre las dimensiones de inteligencia emocional y calidad de vida, quiere decir que a mayor inteligencia emocional mayor calidad de vida.

### **Planteamiento del Problema**

El cáncer de mama es una enfermedad cuyo tratamiento trae consigo una serie de consecuencias en la calidad de vida de los pacientes, Cruzado (2010), las agrupa en físicas (dolor, astenia, náusea y vómito, deficiencias nutricionales, carencia de apetito y problemas de funcionalidad) y psicosociales (ansiedad, depresión, desesperanza, ideas suicidas, percepción y valoración de sí mismas respecto a su imagen corporal, personalidad y estilos de afrontamiento).

Toda esta sintomatología crea un desajuste en la funcionalidad habitual, lo que implica adaptarse a nuevos escenarios y estilo de vida; esto requiere de habilidades personales de afrontamiento, tolerancia al cambio y el apoyo familiar, haciendo necesario que los pacientes cuenten con un buen nivel de resiliencia que les permita gozar de un bienestar psicológico, una mejor adherencia al tratamiento, el desarrollo de herramientas personales y de apoyo dando como resultado una mejor y mayor tolerancia al proceso enfermedad-tratamiento del cáncer de mama.

Por lo cual surge nuestra pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, que acuden al HEODRA, en el período de marzo a noviembre 2019?

### **Justificación**

El presente estudio se realizó con la finalidad de identificar cómo las pacientes con cáncer de mama afrontan su enfermedad y los recursos resilientes que presentan en medio de la experiencia del proceso de la enfermedad y el tratamiento.

En el sistema de salud nacional se observa la relevancia que se le atribuye a los aspectos meramente médicos dejando de lado la salud mental del paciente. Se pretende destacar su importancia y el papel del psicólogo en el ámbito de la salud.

Los resultados de este de este estudio muestran relevancia en el fortalecimiento de investigaciones previas en el contexto nacional, así como las bases para futuras investigaciones sobre una línea de intervención basado en evidencia científica. Se pretende obtener información necesaria que ayudará a conocer directamente sobre esta problemática tanto al autor del estudio, así como a profesionales de la psicología y de la salud en general.

Por otra parte, los resultados de la investigación serán retroalimentados a los participantes y a sus familiares, para que tengan mayor conocimiento sobre cómo utilizar sus recursos de una manera positiva ante su enfermedad, que les facilitará tomar acciones que consideren importantes.

### **Hipótesis**

Existe una relación significativa entre los niveles de resiliencia y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo de marzo a noviembre del 2019.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre la resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo de marzo a noviembre del 2019.

### ***Objetivos Específicos***

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama.
2. Identificar los niveles de resiliencia y los factores protectores en las pacientes con cáncer de mama.
3. Establecer el tipo de percepción de calidad de vida que presentan las pacientes con cáncer de mama y su relación con los niveles de resiliencia.

## Marco Teórico

### Capítulo I – Cáncer

La palabra cáncer deriva del latín, y del griego karkinos, que significa 'cangrejo'. El nombre proviene de que algunas formas de cáncer avanzan adoptando una forma abigarrada, con ramificaciones que se adhieren al tejido sano, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino. Se considera a veces sinónimo de los términos neoplasia y tumor; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno. (NCI, 2007).

El cáncer es una enfermedad degenerativa multifactorial, en que algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada, originando problemas en su lugar de origen o en otros órganos. (Harrison, 2009)

Según la OMS, 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. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. (OMS, 2013)

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes, un crecimiento y proliferación rápida y relativamente ilimitada de células con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir que invaden los órganos y tejidos del cuerpo y que se extienden desde el sitio de origen hacia las áreas distintas del cuerpo produciendo metástasis. Es un crecimiento invasivo, poderoso, que puede consumir y destruir el proceso de vida, sino se realiza un diagnóstico precoz en torno a él.

Se diferencian varios tipos de cáncer:



- Epiteliomas o carcinomas: Son los más frecuentes y afectan a la piel, mucosas, labios, cuello del útero, glándulas mamarias e hígado.
- Sarcomas: Cánceres a los tejidos conjuntivos.
- Hematosarcomas-: Afectan al bazo, medula ósea, ganglios linfáticos y originan leucemias.
- Melanoma Maligno (MM): Son tumores del tejido pigmentario.

### ***Conceptos Relacionados al Cáncer***

**a. Neoplasia.** El término neoplasia significa de acuerdo a sus raíces etimológicas: "tejido de nueva formación". También se aplica generalmente a los tumores malignos (proliferaciones de células con comportamiento rebelde). Sin embargo, el término puede emplearse de manera genérica, donde significará simplemente tumor, tanto benigno como maligno. (Paz - Ares, 2009)

**b. Tumor.** Inicialmente, el término tumor, se aplicó a la tumefacción, hinchazón, "bulto" o aumento localizado de tamaño, en un órgano o tejido. Incluso, el concepto aún se aplica cuando se dice que los cuatro signos cardinales de la inflamación son "tumor, dolor, calor y rubor". Con el transcurso del tiempo se olvidó el sentido no neoplásico de la palabra tumor y en la actualidad el término es el equivalente o sinónimo de neoplasia; y, por lo tanto, se dice que hay tumores benignos y malignos.

**c. Metástasis.** Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició. Ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática. (Paz - Ares, 2009)

**d. Carcinogénesis.** Proceso durante el cual las mutaciones sucesivas convierten una célula normal en un clon de células neoplásicas. (Ferbeyre, 2009)

### ***Etiología y Prevalencia***

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre éstos se encuentran la herencia, los productos químicos, las

radiaciones ionizantes, las infecciones o virus, y traumas. Los investigadores estudian como estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. (Bruner, 2005)

**a. Herencia.** Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer. (Villalva, 2007)

**b. Sustancias Químicas.** El alquitrán de hulla y sus derivados se considera altamente cancerígenos. Sus vapores en algunas industrias (ej. Refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores. El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor de lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal. El cigarrillo es otro agente cancerígeno, se ha determinado que la muerte por cáncer del pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes. (Villalva, 2007)

**c. Radiaciones.** Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La

radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de la piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo. (Villalva, 2007)

**d. Infecciones o virus.** Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en resumen, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cérvix y con el sarcoma de Kaposi (un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos de SIDA). Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

El virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la hepatitis con la hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus; produce una leucemia humana. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales. (Villalva, 2007)

**e. Traumas.** Se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio. (Villalva, 2007).

### ***Consecuencias del Cáncer en la Calidad de Vida***

Entre las secuelas que deja el cáncer, pueden agruparse en:

**Síntomas Físicos.** Los más comunes son los siguientes:

**Dolor.** Suele afectar al 40% de los pacientes en el diagnóstico, durante la enfermedad o tratamiento y a un 70-90% a aquellos con enfermedad avanzada.

**Astenia.** Es el cansancio mostrado por el 91% de los pacientes lo que le impide llevar una vida normal. Suele producirse por la quimioterapia y radioterapia principalmente y puede mantenerse una vez terminados los tratamientos.

**Problemas Respiratorios.** Son frecuentes y molestos en personas con cáncer avanzado.

**Linfedema.** Es el acumulamiento de linfa en una extremidad, generalmente el brazo que no se drena, por lo que se produce una hinchazón.

**Dificultades de Comunicación.** Es más común en pacientes con cáncer de laringe, esófago, cabeza y cuello y cerebral que afectan a la calidad de vida.

**Problemas Relativos al Embarazo.** Las mujeres suelen mostrar preocupación acerca de quedar embarazadas durante el tratamiento, el tratamiento del cáncer en mujeres embarazadas es más complicado y debe tener en cuenta el riesgo de la quimioterapia para el feto, radioterapia o cirugía.

**Infertilidad.** La histerectomía, ooforectomía, la radiación en órganos pélvicos y la quimioterapia provocan infertilidad.

**Olores.** Como resultado de la enfermedad se pueden emitir olores, lo cual tiene un fuerte impacto en las personas con cáncer y puede provocar síntomas depresivos y aislamiento social. Estos olores pueden resultar de estomas, fístulas urinarias o fecales o necrosis del tumor que puede ocurrir en cavidades corporales o úlceras superficiales.

**Náusea y Vómito.** Los protocolos de quimioterapia pueden inducir náuseas y vómitos, inclusive el 24% de los pacientes suele experimentar reacciones de forma anticipatoria o condicionada.

**Deficiencias Nutricionales y Carencia de Apetito.** Los tratamientos pueden dañar la nutrición, por lo que hay que recurrir a la alimentación por vía enteral; asimismo, la pérdida de apetito es frecuente en estados de cáncer avanzado.

**Síntomas Orales.** En muchos aparecen infecciones, hemorragias gingivales, estomatitis y mucositis, boca seca, cambios en el gusto, dificultad para masticar y pérdida de piezas dentales.

**Incontinencia y Problemas de Vejiga.** Uno de los síntomas que informan con mayor frecuencia los pacientes con cáncer de próstata o con infecciones urinarias es la incontinencia urinaria. En pacientes con cáncer colorrectal hay frecuentes problemas de diarrea y estreñimiento.

**Problemas de Funcionalidad.** Con cáncer avanzado los pacientes suelen presentar grandes dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, incluyendo el autocuidado, movilidad, actividades físicas y actividades de rol.

### **Síntomas Psicosociales.**

**Trastornos Psicopatológicos.** La prevalencia de los trastornos de ansiedad va entre 15% al 23%, entre los que destacan: ataques de pánico, ansiedad generalizada, fobias a los tratamientos, fobia social y estrés postraumático, dependiendo del tipo de cáncer y su gravedad. Mientras que la prevalencia de depresión se encuentra entre el 23% a 35%, ello es posible detectarlo por la intensidad del humor depresivo, la pérdida de interés y placer, el grado de sentimientos de desesperanza, la culpa, la infravaloración personal y la ideación suicida (Cruzado, 2010). De otro lado, los pacientes con cáncer tienen un mayor riesgo de suicidio que la población general, siendo el período después del diagnóstico o en los momentos de recibir malas noticias donde se hacen más frecuentes, siendo el método de suicidio la sobredosis de analgésicos y sedantes, y la mayoría de los casos ocurre en casa; por ello, es importante evaluar la ideación suicida del paciente. Asimismo, el vivir con cáncer afecta la percepción y

valoración de uno mismo, principalmente por los cambios en su imagen corporal que alteran su sentido de feminidad o masculinidad (Cruzado, 2010).

***Personalidad y Estilos de Afrontamiento.*** Se asocia la Personalidad tipo C a las personas que tienden a evitar o negar emociones, muestran falta de expresión emocional, mala asertividad, sumisión y aceptación de la autoridad externa.

## **Capítulo II – Resiliencia**

El término resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el vocablo resilio, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. La incorporación de este concepto a las ciencias sociales y de la salud es relativamente reciente. Inicialmente, la resiliencia fue definida como la habilidad para desarrollar una adaptación exitosa en un individuo expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresantes. En forma adicional, la resiliencia implica también la habilidad de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores.

Las ciencias sociales utilizaron el concepto de resiliencia para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas. Posteriormente, la resiliencia fue definida como la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. En la literatura contemporánea, se denomina resiliencia a la habilidad individual para prosperar ante el desafío de una experiencia estresante y/o traumática.

Las ciencias de la salud han incorporado el término para referirse a la contrapartida biológica y psicopatológica de la resiliencia, y para describir una serie de procesos complejos que intervienen en la puesta en funcionamiento de los mecanismos biológicos responsables de la resiliencia de un individuo.

En el área de la salud mental, la psicopatología define como resiliencia emocional al conjunto de los rasgos de la personalidad y de los mecanismos cognitivos desarrollados por un individuo que le confieren protección ante situaciones adversas, impidiendo el desarrollo de un

trastorno mental. De esta manera, la resiliencia se considera un proceso dinámico de desarrollo que permite una adaptación positiva, para lograr un funcionamiento competente frente a un trauma y/o estrés severo y prolongado (D'Alessio,)

American Psychological Association (APA, 2010), define la resiliencia como “el proceso de adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras”, así también enfatiza que “ser resiliente no quiere decir que la persona no experimenta dificultades o angustias...e incluye conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona” (párr. 4; citado por Baca, 2013).

No existe ninguna definición universalmente aceptada de "resiliencia", pero casi todas las que figuran en la bibliografía son muy similares. Richardson y sus colaboradores (1990) la describieron como "el proceso de lidiar con acontecimientos vitales disociadores, estresantes o amenazadores de un modo que proporciona al individuo destrezas protectoras y defensivas adicionales a las previas a la disociación resultante del acontecimiento" (pág. 34). Higgins (1994) retoma este planteo al definir la resiliencia como "el proceso de auto encauzarse y crecer" (pág. 1). Wolin y Wolin (1993) la describen como "la capacidad de sobreponerse, de soportar las penas y de enmendarse a uno mismo" (pág. 5). Estos autores explican que el término "resiliente" se ha adoptado en lugar de otros anteriores que empleaban los investigadores para describir el fenómeno, como invulnerable, invencible y resistente, porque la acepción de "resiliente" reconoce el dolor, la lucha y el sufrimiento implícitos en el proceso (citado por Manciaux, 2003).

Como se puede observar en lo anterior descrito y a como Cyrulnik lo menciona (2016) ninguna disciplina puede, por sí sola, ser totalmente explicativa en las cuestiones de la resiliencia. En cambio, un equipo multidisciplinar que hace converger esclarecimientos variados es capaz de proporcionarle a una persona en condición de paciente una representación

coherente. Los recientes descubrimientos en neurobiología subrayan el impacto en el desarrollo de los medios afectivos, históricos y culturales. El ser humano puede moldear el medio que a su vez le moldea: ésta es su principal libertad (Cyrulnik, 2016, p.27).

### ***Modelo de Resiliencia – Connor y Davidson***

El concepto de resiliencia hunde sus raíces en los experimentos de Werner y Smith en 1982, aunque en los últimos años ha cobrado especial relevancia, en relación con el creciente interés por el estudio de los mecanismos que promueven la adaptación del ser humano. No obstante, y a pesar de su actualidad, este concepto presenta cierta confusión terminológica, siendo en ocasiones abordado como un resultado (como representa la postura de Bonanno, 2004) y en otras como un proceso, en la línea de la propuesta de Luthar, Cicchetti y Becker (2000). Dichos autores formulan la resiliencia como “un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva dentro de un contexto significativamente adverso”, dirigiendo su investigación hacia la identificación de factores de riesgo y protección. Frente a éstos, un tercer acercamiento considera la resiliencia como la capacidad o habilidad que tiene la persona para afrontar el estrés. Al respecto, Connor y Davidson (2003) sugieren que la resiliencia es una característica multidimensional conformada por una serie de cualidades personales que permiten al individuo prosperar frente a la adversidad.

Connor y Davidson crean una fundamentación teórica sobre la resiliencia partiendo del modelo de Richardson (2002), según el cual la habilidad de una persona para afrontar sus circunstancias se verá influenciada por el modo en que se ha adaptado previamente a otras situaciones vitales, de manera que ante una nueva dificultad uno de los resultados posibles llevará a la persona a alcanzar un mayor nivel de equilibrio biopsicoespiritual u homeostasis del que poseía inicialmente. Desde esta perspectiva, la resiliencia puede concebirse como una medida de la habilidad para afrontar el estrés que resulta de la suma de diferentes características personales individuales que la literatura ha mostrado estar vinculadas a una



adaptación exitosa. Para definir estas características, los autores se basaron en: (a) los trabajos de Kobasa (1979) sobre la personalidad resistente (hardiness); (b) las características de resiliencia propuestas por Rutter (1985); (c) el trabajo de Lyons (1991) acerca de la evaluación de la paciencia y la tolerancia al estrés y/o al dolor; y (d) la apreciación de los factores espirituales relevantes para la supervivencia de los tripulantes de la expedición de Sir Edward Shackleton en la Antártida.

### ***Factores de la Resiliencia***

De acuerdo a la American Psychological Association (APA, 2010), se pueden señalar:

- Tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia, donde se fomenta el amor y confianza, que provean de modelos a seguir, y que ofrezcan estímulos y seguridad.
- La capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
- Una visión positiva de sí mismos, y confianza en sus fortalezas y habilidades.
- Destrezas en la comunicación y en la solución de problemas.
- La capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes.

### **Factores de Resiliencia según Connor y Davidson.**

**1. Persistencia – Tenacidad – Autoeficacia.** Está relacionado con la competencia personal, la tenacidad y la persecución de estándares elevados.

**2. Control Bajo Presión.** Es la confianza en la propia intuición, tolerancia al afecto negativo y efectos fortalecedores del estrés.

**3. Adaptabilidad y Redes De Apoyo.** Se refiere a la aceptación positiva del cambio y relaciones seguras.

**4. Control y Propósito.** Se refiere al control de las situaciones.

**5. Espiritualidad.** Influencias espirituales.

***Resiliencia en Pacientes con Cáncer***

El diagnóstico de una enfermedad trae grandes cambios a la vida de todo individuo. Muchos, deciden negarse a la idea de padecer una condición y se distancian física y mentalmente de la misma; esto trae consecuencias negativas, ya que se ha comprobado que el mayor porcentaje de pacientes que se recuperan, ha sido gracias a la actitud que toman hacia la enfermedad. En este proceso la persona logra hacer frente a las situaciones adversas y se involucra para lograr éxito. No es hacer lo que los demás quieren de esta persona, sino lo que ella necesita hacer para obtener un bienestar psicofísico y sentirse bien.

La resiliencia involucra tanto factores intelectuales, como los intrapsíquicos e interpersonales. Esta interacción produce una respuesta adaptativa y sistémica que le brinda a la persona un nivel de comprensión elevado de todas las respuestas y ramificaciones implicadas durante una enfermedad. En este caso, se logra identificar factores protectores, el propósito en la vida y hasta se ve la enfermedad como una oportunidad para crecer. En otras palabras, ante los retos de la enfermedad del cáncer, se manifiestan emociones conducentes a que se le halle un beneficio a una experiencia estresante, lo cual permitirá conocer más sobre la enfermedad y utilizar sus estrategias psicoterapéuticas para mejorar su calidad de vida.

**Capítulo III – Calidad de Vida**

Hace ya varias décadas que la Organización Mundial de la Salud definió “la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 2011). De esta definición se desprende que la evolución de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables puramente biológicos (Soto, 2004). Debe valorarse tanto el estado objetivo de la salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud. (Esteve, 1997)

En un intento de dar respuesta a esta definición más amplia de la salud, surge a mediados de los años setenta. El término “calidad de vida”, comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos de la persona. (Soto, 2004)

Sin embargo, el concepto de calidad de vida es extenso y ambiguo, si a un fenómeno tan complejo como es la vida, se la despoja de su dimensión temporal (la cantidad), todos los atributos restantes corresponden a la calidad.

La cantidad de vida se expresa en esperanza de vida en años; tasas de mortalidad, etc., pero la calidad requiere de otro tipo de indicadores, por lo que definirla adquiere connotación filosófica. En razón a ello, a lo largo del tiempo ha sido definida de diferentes maneras.

BorthWick - Duffy en 1992 propusieron tres conceptualizaciones. Según estas, la calidad de vida ha sido definida como “la calidad de condiciones de vida de una persona; como la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta”. Felce y Perry en 1993, añaden una cuarta conceptualización: “calidad de vida como la combinación de las escalas de valores, aspiraciones y expectativas personales”. (Gómez, 2000)

Badia (2000) define la calidad de vida como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave; con especial énfasis en el bienestar del individuo. Este término presenta distintos significados para distintas personas, pues el patrón con el que un individuo valora su propia calidad de vida depende de su experiencia y de la distancia que esté entre sus expectativas y sus logros.

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funciona en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la OMS, la calidad de vida es la “percepción que un individuo tiene de su situación en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas e intereses. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (Begazo, 2006)

La calidad de vida podría definirse como la capacidad de una persona para desempeñarse adecuadamente y de una forma satisfactoria para sí misma en las áreas familiar, laboral y social. Esto implica no sólo que el paciente se haya reincorporado adecuadamente a las áreas citadas, sino que, además, y es lo más importante, que éste desempeñó de su papel en ellas de una forma satisfactoria. Es evidente que antes que, en el campo familiar, laboral y social, el paciente valorará su calidad de vida en el aspecto médico y clínica. (Begazo, 2006)

Por lo que podemos concluir que la calidad de vida es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en la plenitud, es poder funcionar ciento por ciento físicamente, significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente de ellas. Desde el punto de vista psíquico, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Desde el punto de vista emocional, es estar en paz. La persona que mantiene su calidad de vida es una persona que se siente bien, vigorosa, entusiasmada, con la sonrisa propia del que se siente bien en todas sus dimensiones.

### ***Dimensiones de la Calidad de Vida***

La calidad de vida pertenece al ámbito de la subjetividad, pero tiene mucho que ver con el mapa de la objetividad que envuelve a la persona. Los componentes utilizados habitualmente

en la evaluación de la calidad de vida, corresponden con los definidos por la Organización Mundial de la Salud: bienestar físico, bienestar emocional y bienestar social.

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las dimensiones que en forma global e integral comprenden la calidad de vida son:

**Dimensión Física.** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una calidad.

**Función Física.** Son las limitaciones de las actividades tanto físicas y laborales, como: el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, rendimiento laboral, etc.

**Sintomatología.** Ocurrencia de la falta de apetito, presencias de náuseas, calambres musculares, edemas, sequedad en la piel y síntomas propios de la enfermedad.

**Dimensión Psicológica.** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

**Vitalidad.** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

**Rol Emocional.** Es cuando los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.

**Salud mental.** Son los problemas de depresión, ansiedad los cuales afectan el control de la conducta y el bienestar. Cognoscitivo: Comprende el proceso de comprensión, juicio y percepción.

**Dimensión Social.** Es la percepción que el individuo tiene de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación enfermero - paciente y el desempeño laboral.

***El Bienestar Social.*** Mejora el estado de salud de la persona, favorece el manejo racional de su enfermedad y ayuda a preservar la autonomía del individuo cuando aparece alguna incapacidad funcional.

***Función social.*** Es como los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.

***Función económica.*** Como los problemas de salud influyen en su situación económica.

## **Diseño Metodológico**

### **Tipo de Estudio**

El estudio fue descriptivo y de corte transversal.

### **Área de Estudio**

Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, específicamente en el departamento de oncología, este se encuentra ubicado al costado sur del colegio San Ramón en la ciudad de León.

### **Unidad de Análisis**

Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

### **Período de Estudio**

Marzo-noviembre del 2019

### **Variable Independiente**

Resiliencia

### **Variable Dependiente**

Calidad de vida

### **Población y Muestra**

La población de estudio estará conformada por 30 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que asisten a control al área de oncología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.

Tomando en cuenta que el tamaño de esta población que asiste a quimioterapia ambulatoria en el área de oncología y que esta seleccionada para el estudio es muy pequeña, será utilizada en su totalidad como universo.

### **Criterios de Inclusión**

Los criterios a tomar en cuenta para seleccionar a los participantes serán:

1. Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama
2. Que hayan sido atendidas en el área de oncología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.
3. Ser mayor de 18 años.
4. Estar dispuesta a participar en el estudio, firmando para ello el correspondiente consentimiento informado.

### **Fuente de Información**

**Primaria.** Esta se obtuvo de la aplicación de la Escala de resiliencia Connor-Davidson, Resilience Scale (CD-RISC) y del Test de Calidad de vida QLQ-C30 a los participantes seleccionados quienes proporcionarán los datos para la investigación.

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos se gestionó con anticipación una carta a la dirección de la carrera de psicología solicitando permiso a la directora del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, León, la cual fue aceptada junto a la aprobación del subdirector docente del hospital, para hacer la inmersión inicial, proporcionaron una lista de las pacientes con cáncer de mama registradas en la base de datos digital, luego se acudió a las oficinas de estadísticas donde se tuvo acceso a los expedientes de las pacientes, se anotaron datos informativos de contacto y se fueron seleccionando de acuerdo a los criterios de la investigación.

Posteriormente se contactó vía telefónica a cada participante y solicitar el acceso para su participación en el estudio, así como la comprobación de la ubicación de su residencia actual. Seguidamente se procedió a la búsqueda de las pacientes mediante las visitas casa a casa, alguna de las cuales implicó viajes a varios municipios de León, donde contacto directo presencial, así, se explicó los objetivos del estudio, la problemática, el aporte que se brindará



con los resultados, la importancia de su participación y que este estudio solamente tuvo fines académicos, además se les solicitó la firma del consentimiento informado, una vez firmado se procedió a la aplicación de los instrumentos que midieron las variables en cuestión, estos instrumentos se ordenaron de tal forma que el paciente comprendiera las instrucciones de llenado, así mismo se les recordó el valor confidencial de la información y su identidad.

Previo a esto se realizó una prueba piloto de los instrumentos con el objetivo de verificar su comprensión y de detectar dificultades, de las cuales se hicieron modificaciones sin alterar su contenido.

### Control de Sesgos

**Tabla 1**

*Control de sesgos del estudio*

Sesgos	Control
Sesgo de selección de la población	La población de estudio será seleccionada por medio de criterios de inclusión para lograr que los sujetos presenten las características que se desean investigar.
Sesgos de instrumentos de recopilación de información	Se aplicarán instrumentos estandarizados que comprendan el fenómeno de estudio que se desea explorar.
Sesgos ambientales	La aplicación de los instrumentos se llevará a cabo en un ambiente con condiciones óptimas que aseguren a los participantes la concentración al momento de responder las preguntas, se consideraran también elementos como la iluminación, ventilación, privacidad, muebles, ausencia de distractores.
Sesgos de no repuestas	Para que los participantes comprendan el procedimiento de recolección de datos se explicará con un lenguaje claro y sencillo.

Sesgos	Control
	Al finalizar la aplicación de los diferentes instrumentos se revisarán para verificar que sean llenados en su totalidad.
Sesgos del investigador.	Al momento del procesamiento y análisis de la información los investigadores no harán inferencias que alteren los resultados de los datos obtenidos.

### **Instrumento de Recolección de Datos**

Para obtener la información sociodemográfica los investigadores estructurarán una ficha de información sociodemográfica donde se puedan recopilar los datos que sean necesarios para esta investigación, en este caso, el nombre o iniciales del participante, el sexo, la edad, el estado civil, el nivel o grado académico de los estudios realizados, la ocupación, el número de hijos, religión, el tipo de diagnóstico y el estadio de la enfermedad.

### ***Escala de resiliencia Connor-Davidson. Resilience Scale (CD-RISC)***

Considerada como uno de los instrumentos más prometedores para evaluar la resiliencia (White, Driver y Warren, 2008) y que ha tenido una gran difusión en los últimos años. Los autores partieron del modelo de Richardson (2002), según el cual la habilidad de una persona para afrontar sus circunstancias se verá influenciada por el modo en que se ha adaptado previamente a otras situaciones vitales, de manera que ante una nueva dificultad uno de los resultados posibles llevará a la persona a alcanzar un mayor nivel de equilibrio biopsicoespiritual u homeostasis del que poseía inicialmente. Desde esta perspectiva, la resiliencia puede concebirse como una medida de la habilidad para afrontar el estrés que resulta de la suma de diferentes características personales individuales que la literatura ha mostrado estar vinculadas a una adaptación exitosa. Para definir estas características, los autores se basaron en: (a) los trabajos de Kobasa (1979) sobre la personalidad resistente (hardiness); (b) las características de resiliencia propuestas por Rutter (1985); (c) el trabajo de Lyons (1991) acerca de la evaluación de la paciencia y la tolerancia al estrés y/o al dolor; y (d)

la apreciación de los factores espirituales relevantes para la supervivencia de los tripulantes de la expedición de Sir Edward Shackleton en la Antártida.

Como resultado construyeron esta escala que consta de 25 ítems que se responden en escala estilo likert con valores desde 0 = “en absoluto” hasta 4 = “casi siempre”. El constructo se compone de cinco factores (Connor & Davidson, 2003): persistencia-tenacidad-autoeficacia (ítems: 10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25); control bajo presión (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20); adaptabilidad y redes de apoyo (1, 2, 4, 5, 8); control y propósito (13, 21, 22) y espiritualidad (3, 9). Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpreta que, a mayor puntuación en cada dimensión, más indicadores de resiliencia muestra el individuo. De igual forma se interpreta que la sumatoria de los ítems brinda la medida global de resiliencia, la cual se incrementa en proporción directa con las puntuaciones que van desde 0 a 100. Para su interpretación se asignó puntos de corte en nivel bajo de 0-75, nivel medio de 76-85 y nivel alto de 86-100.

**Consistencia Interna.** Los valores de la consistencia interna resultan altamente satisfactorios para todas las dimensiones originales de la prueba, con excepción de la espiritualidad, que puede ser explicado por el escaso número de ítems que lo conformaron. En la validación inicial del instrumento se obtienen valores similares para todos los factores, al igual que para la confiabilidad global de la prueba (Connor & Davidson, 2003). Según la aplicación del  $\alpha$  de Cronbach en cada dimensión los resultados son: Autoeficacia -Tenacidad .822; Control bajo presión .684; Adaptabilidad y redes de apoyo .677; Control y propósito .669; Espiritualidad .344 y Resiliencia-25 .906.

A modo de integración, puede afirmarse que el instrumento posee una:

- Satisfactoria consistencia interna para cualquiera de sus versiones.
- Excelente estabilidad temporal tanto para la resiliencia medida globalmente como para las dimensiones que la integran.

- Excelente ajuste al constructo con una agrupación en cuatro factores para la versión de 25 ítems si lo requiere. (Broche Pérez, et al, 2012).

### ***Test de Calidad de Vida QLQ-C30***

Elaborado por el equipo de Estudio de la Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) en el año 2001. El EORTC QLQ-C30, sus siglas del inglés Quality of Life Questionnaire, es un cuestionario específico para cáncer, que se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas, estando compuesto por 30 ítems que reflejan la dimensionalidad múltiple de la calidad de vida, valorando aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes diagnosticados de cáncer.

El QLQ - C30 es la tercera versión del cuestionario, representa la más actual de las versiones que se han ido sucediendo desde el QLQ - C36, buscando mejorar las propiedades psicométricas del cuestionario inicial. Incluye 30 ítems que se agrupan en cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y rol), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos), una escala global de salud/calidad de vida y un número de ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento, así como un ítem de impacto económico.

Las respuestas a los ítems de las escalas se refieren a “la semana pasada,” excepto la escala de funcionamiento físico del paciente cuyo marco temporal es el presente. Dichas respuestas obedecen a un formato tipo Likert, que oscila entre 1 (“En absoluto”) y 4 (“Mucho”). Ningún ítem aparece en dos escalas a la vez y las escalas se agrupan en tres áreas: estado global de salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), funcionamiento y síntomas:”

**Estado global de salud.** Apreciación de la autoevaluación de su situación personal respecto a las perspectivas de su salud y calidad de vida.

**Área de funcionamiento.** Grado en que la salud limita las actividades físicas y laborales; está conformada por cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social).

**Área de síntomas.** Presencia o la ocurrencia de síntomas propios de la enfermedad; está conformado por tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos) y seis ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico).

Para facilitar la interpretación, todas las escalas y las puntuaciones de los ítems se transforman linealmente en una escala de 0 a 100. Para las cinco escalas funcionales y la escala global de calidad de vida, las respuestas de los ítems se recodifican para que una puntuación más alta represente un mejor nivel de funcionamiento. Para las escalas e ítems orientados a síntomas, una puntuación más alta corresponde a un nivel más alto de síntoma. (Aaronson et al. 1993).

La calificación se hará mediante una Escala con formato tipo Likert teniendo un valor de: En absoluto = 1, Un poco = 2, Bastante = 3 y Mucho = 4. En caso de los ítems 29 y 30 se evalúan con una Escala de tipo Diferencial Semántico donde: 1 = Pésima y 7 = Excelente. Los ítems 1 al 7 obtienen un valor de 1 = Si y 2 = No. Considerándose el rango de las puntuaciones directas por área: Estado global de salud = 2 – 14, Área de funcionamiento = 15 – 60 y Área de síntomas = 13 – 52.

El principio para puntuar estas escalas es el mismo en todos los casos: 1). Estimar el promedio de los ítems que contribuyen a la escala; esta es la puntuación total. 2). Utilizar una transformación lineal para estandarizar la puntuación total, de modo que las puntuaciones oscilen entre 0 y 100; una puntuación más alta representa un nivel más alto ("mejor") de funcionamiento, o un nivel más alto ("peor") de síntomas. 3). Puntuación muy mala en percentil 25, mala en percentil 50, regular en percentil 75 y buena en percentil 100.

**Resumen técnico.** En términos prácticos, si los ítems I1, I2, ... In están incluidos en una escala, el procedimiento es el siguiente:

**Puntaje Crudo.** Calcular la puntuación bruta:

$$\text{Puntuación bruta} = \text{PB} (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

n = cantidad de ítems seleccionados.

**Transformación lineal.** Aplicar la transformación lineal a 0-100 para obtener la puntuación S, Puntuación por Escala.

$$\text{Escala funcional: } S = [1 - (\text{PB} - 1) / \text{rango}] * 100$$

Escala de síntomas / ítems y el estado global de salud/calidad de vida:  $S = [(\text{PB} - 1) / \text{rango}] * 100$

El **rango** es la diferencia entre el valor máximo posible de PB y el valor mínimo posible.

El QLQ-C30 se ha diseñado para que todos los elementos de cualquier escala adopten el mismo rango de valores.

Por lo tanto, el rango de PB es igual al rango de los valores del artículo. La mayoría de los elementos se puntúan de 1 a 4, lo que da un rango = 3. Las excepciones son los elementos que contribuyen al estado de salud global / calidad de vida, que son preguntas de 7 puntos con un rango = 6, y los elementos iniciales Sí / No del QLQ-C30 que tiene rango = 1.

**Tabla 2**

*Interpretación del test de Calidad de Vida QLQ C30*

Áreas	Escala	Ítems	Rango del ítem	Puntaje
Estado global de salud y calidad de vida	Estado global de salud	29, 30	6	2 – 14
Área de funcionamiento	Función física	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1	15 – 60
	Actividades cotidianas	6 – 7	1	
	Rol emocional	21 – 22 – 23 – 24	3	
	Función cognitiva	20 – 25	3	
	Función social	26 – 27	3	
Área de síntomas	Fatiga	10 – 12 – 18	3	13 – 52
	Dolor	9 – 19	3	
	Náuseas y vómitos	14 – 15	3	
	Disnea	8	3	
	Insomnio	11	3	
	Anorexia	13	3	
	Estreñimiento	16	3	

Áreas	Escalas	Ítems	Rango del ítem	Puntaje
	Diarrea	17	3	
	Impacto económico	28	3	

**Validación del Cuestionario.** El cuestionario QLQ-C30 de la EORTC se emplea actualmente en varios tipos de estudio en sujetos con cáncer y en la práctica clínica diaria, este es el cuestionario de calidad de vida más empleado en ensayos clínicos en Europa, y es también ampliamente utilizado en América y en el resto del mundo.

El cuestionario QLQ-C30 es un cuestionario específico para cáncer, se encuentra validado para ser aplicado en más de 80 idiomas y está compuesto por 30 preguntas o ítems que valoran la CV en relación a aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer, este cuestionario evalúa la CV de la última semana posterior a la aplicación. La fiabilidad del QLQ-C30 es adecuada, con los valores de Alpha de Cronbach entre 0,52 y 0,89 en las diferentes escalas.

### Plan de Análisis

La digitación de los datos, será por medio del programa estadístico para Ciencias Sociales SSPS versión 22. En el análisis de los datos se aplicarán estadísticas descriptivas (medidas de frecuencia y tendencia central) de los niveles de resiliencia y sus factores, así como el tipo calidad de vida y la relación de ambas variables.

Para determinar la existencia de la relación entre la resiliencia y calidad de vida se utilizará el cálculo Estadístico Chi Cuadrado de Pearson. Los resultados para una mejor comprensión, serán presentados a través de tablas y gráficos con sus respectivas interpretaciones.

**Operacionalización de Variables****Tabla 3***Operacionalización de las variables del estudio*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Valor	Instrumento	
Sexo	Sexo biológico del paciente.	Sexo del paciente	Hombre Mujer	Nominal	Ficha de datos	
Edad	Edad cronológica comprendida desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Joven adulto Adulto medio Adulto mayor	18 – 35 36 – 64 > 65		Ordinal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil actual de la persona.	Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada	Nominal		
Número de hijos	Cantidad de hijos que tiene hasta la fecha actual.	Clasificación según la cantidad de hijos que tiene.	Ninguno Uno a tres Cuatro a seis Siete a nueve	Razón		
Tipo de familia	Clasificación de las familias según el número de habitantes y el parentesco.	Tipo de familia al que pertenece la paciente.	Familia nuclear Familia sin hijos Familia de padres separados Familia extensa			
Zona residencia	Espacio geográfico y social con características propias.	Clasificación del tipo de contexto social.	Urbana Rural	Nominal		
Grado de estudios	Es el máximo nivel oficial de estudio alcanzados por la persona.	Nivel de estudio alcanzado hasta la actualidad	Sin estudios Básicos Medios Superiores	Ordinal		



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Valor	Instrumento
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias.	Credo religioso que profesa la persona.	Católica Evangélica Adventista Mormona Testigo de Jehová Moraba Ninguna	Nominal	
Ocupación	Trabajo que desempeña el sujeto.	Trabajo que desempeña el sujeto.	Ama de casa Cajera Comerciante Costurera Docente Enfermera Productora	Nominal	
Tiempo de diagnóstico	Periodo cronológico en que la persona tiene presenta una enfermedad.	Periodo actual en que la persona tiene la enfermedad desde el diagnóstico.	1-5 meses 6-11 meses 1-2 años 3-4 años ≥ 5 años	Razón	
Estadio de enfermedad	Clasificación del cáncer con fines clínicos, según el desarrollo del mismo.	Estadios de clasificación del cáncer de mama.	Estadio I Estadio II Estadio III	Nominal	
Tratamiento recibido	Tipo de tratamiento según las características clínicas del paciente.	Tratamiento que ha recibido el paciente luego del diagnóstico.	Quimioterapia Cirugía y quimioterapia	Nominal	
Tratamiento actual	Tratamiento que recibe el paciente en el momento de obtener datos.	Tratamiento reciente que ha tenido el paciente.	Quimioterapia Reposo de quimioterapia Cirugía Ninguno	Nominal	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Valor	Instrumento
Frecuencia del tratamiento	Periodo de tiempo en que recibe el tratamiento.	Periodos en que recibe tratamiento actualmente.	Quincenal Mensual Cada dos meses Cada tres meses Ninguno	Nominal	
Enfermedad crónica adicional	Enfermedad crónica adicional al cáncer que presentan los pacientes.	Enfermedades crónicas que el paciente padece además del cáncer.	Diabetes Hipertensión Enfermedad Renal Crónica Diabetes e hipertensión Diabetes y ERC Ninguna	Nominal	
Resiliencia	Capacidad esencialmente humana y universal que involucra al ser humano por completo; es decir su espiritualidad, sus sentimientos, sus experiencias y cogniciones, siendo determinante en el desarrollo de las personas.	Capacidad de las personas de tener un desarrollo óptimo en situaciones traumáticas o estresantes compuesto por cinco factores.	Persistencia-tenacidad-autoeficacia. Control bajo presión. Adaptabilidad y redes de apoyo. Control y propósito. Espiritualidad	La puntuación máxima es de 100 puntos, con puntos de corte en nivel bajo de 0-75, nivel medio de 76-85 y nivel alto de 86-100	Escala de Resiliencia de Connor-Davidson
Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su situación en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación	La frecuencia en que percibe las diferentes áreas de funcionalidad cotidianamente ya sea por el	Estado global de salud Área de funcionamiento	Puntuación muy mala, en percentil 25, mala en percentil 50, regular en percentil 75	Test de Calidad de vida QOL-C20

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Valor	Instrumento
	con sus objetivos, sus expectativas e intereses.	factor físico, mental, cultural o social.	Área de síntomas	y buena en percentil 100	

### Consideraciones Para Garantizar los Aspectos Éticos

Esta investigación se basó en las normativas éticas APA (2010):

1. Los pacientes en la investigación participarán de forma voluntaria, para ello tendrán que firmar un consentimiento informado. En dicho consentimiento se informa sobre los objetivos y metodología a utilizar en la investigación.
2. Los participantes tendrán la libertad de retirarse del estudio cuando así lo consideren conveniente.
3. La información proporcionada por los participantes será confidencial.
4. Se entregará una copia del estudio a la dirección del hospital y se brindará una retroalimentación a los participantes.
5. Los datos se utilizarán únicamente con fines investigativos.
6. Todo el proceso de la recolección de la información se realizará con el debido respeto y responsabilidad para los participantes.

## Resultados

### Caracterización sociodemográfica de la población en estudio

Se logró la participación de 30 pacientes cuyas las características sociodemográficas se reflejan en la tabla 4. Se observa el total de participantes mujeres (100%) con una edad predominante en adultez media (66.7%), de estado civil casada (63.3%), el 46.7% tiene de uno a tres hijos y el 76.7% pertenece a una familia extensa. Se reportó una mayor procedencia urbana de 73.3%, con un grado de estudios del 26.7% de primaria incompleta. La mayoría (63.3%) profesa la religión católica y son ama de casa (53.3%).

Sobre datos de la enfermedad, se observó en la tabla 5 que predominan pacientes cuyo tiempo de diagnóstico ha sido de uno a dos años (48.7%), en una clasificación de estadio II del cáncer (53.3%). El 96.7% de las pacientes ha recibido tratamiento de cirugía y quimioterapia luego de haber sido diagnosticadas; al momento de aplicar los instrumentos, casi dos tercios de las pacientes (63.3) estaba en proceso de quimioterapia, tratamiento que en un 53.3% ha sido aplicado mensualmente. El 33.3% de las participantes no padece una enfermedad crónica adicional como hipertensión, diabetes o enfermedad renal crónica.

**Tabla 4**

*Características sociodemográficas de la población en estudio (N=30)*

Variable	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	<b>Mujer</b>	<b>30</b>	<b>100.0%</b>
	Hombre	0	0%
Edad	Adulto joven	2	6.7%
	<b>Adulto medio</b>	<b>20</b>	<b>66.7%</b>
	Adulto mayor	8	26.7
Estado Civil	Soltera	2	6.7%
	<b>Casada</b>	<b>19</b>	<b>63.3%</b>
	Unión libre	1	3.3%
	Divorciada	3	10.0%
	Viuda	5	16.7%

Variable	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Número de hijos	Ninguno	1	3.3%
	<b>Uno a tres</b>	<b>14</b>	<b>46.7%</b>
	Cuatro a seis	12	40.0%
	Siete a nueve	3	10.0%
Tipo de familia	Familia nuclear	5	16.7%
	Familia sin hijos	1	3.3%
	Familia de padres separados	1	3.3%
	<b>Familia extensa</b>	<b>23</b>	<b>76.7%</b>
Zona de residencia	<b>Zona urbana</b>	<b>22</b>	<b>73.3%</b>
	Zona rural	8	26.7%
Grado de estudios	<b>Primaria incompleta</b>	<b>8</b>	<b>26.7%</b>
	Primaria completa	5	16.7%
	Secundaria incompleta	3	10.0%
	Secundaria completa	7	23.3%
	Técnico incompleto	0	0.0%
	Técnico completo	3	10.0%
	Universitaria incompleta	2	6.7%
	Universitaria completa	2	6.7%
Religión	<b>Católica</b>	<b>19</b>	<b>63.3%</b>
	Evangélica	7	23.3%
	Adventista	0	0.0%
	Mormona	0	0.0%
	Testigo de Jehová	3	10.0%
	Moraba	1	3.3%
	Ninguna	0	0.0%
Ocupación	<b>Ama de casa</b>	<b>16</b>	<b>53.3%</b>
	Cajera	1	3.3%
	Comerciante	8	26.7%
	Costurera	2	6.7%
	Docente	1	3.3%
	Enfermera	1	3.3%
	Productor agrícola	1	3.3%

**Tabla 5***Características sobre la enfermedad de la población de estudio (N=30)*

Variable	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de diagnóstico	Uno a cinco meses	2	6.7%
	Seis a once meses	8	26.7%
	<b>Uno a dos años</b>	<b>14</b>	<b>46.7%</b>
	Tres a cuatro años	4	13.3%
	Más de cuatro años	2	6.7%
Estadio de enfermedad	Estadio I	4	13.3%
	<b>Estadio II</b>	<b>16</b>	<b>53.3%</b>
	Estadio III	10	33.3%
Tratamiento recibido	Quimioterapia solamente	1	3.3%
	<b>Cirugía y quimioterapia</b>	<b>29</b>	<b>96.7%</b>
Tratamiento actual	<b>Quimioterapia</b>	<b>19</b>	<b>63.3%</b>
	Reposo de quimioterapia	10	33.3%
	Ninguno	1	3.3%
Frecuencia del tratamiento	Quincenal	2	6.7%
	<b>Mensual</b>	<b>16</b>	<b>53.3%</b>
	Cada dos meses	9	30.0%
	Cada tres meses	1	3.3%
	Ninguno	2	6.7%
Enfermedad crónica	Diabetes	4	13.3%
	Hipertensión	8	26.7%
	Enfermedad Renal Crónica	3	10.0%
	Diabetes e hipertensión	3	10.0%
	Diabetes y ERC	2	6.7%
	<b>Ninguna</b>	<b>10</b>	<b>33.3%</b>

### Factores de resiliencia y nivel total de resiliencia presente en pacientes con cáncer de mama

De los cinco Factores de Resiliencia, incluidos en la escala de resiliencia de Connor y Davidson, se observa en la tabla 5 la predominancia del Factor Control y Propósito con un 73.3%, seguido por el Factor Adaptabilidad y Redes de Apoyo (66.7%), ambos con un Nivel Alto en su presentación individual. La tabla 6 representa el Nivel de Resiliencia que tienen las 30 pacientes donde se identifica un Nivel de Resiliencia Alta en el 80.0% de la población.

**Tabla 6**

*Clasificación por nivel de los factores de resiliencia en pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (N=30)*

		Frecuencia	Porcentaje
Persistencia-tenacidad- autoeficacia.	Bajo	3	10.0%
	Medio	13	43.3%
	<b>Alto</b>	<b>14</b>	<b>46.7%</b>
Control bajo presión.	Bajo	5	16.7%
	Medio	12	40.0%
	<b>Alto</b>	<b>13</b>	<b>43.3%</b>
Adaptabilidad y redes de apoyo.	Bajo	1	3.3%
	Medio	9	30.0%
	<b>Alto</b>	<b>20</b>	<b>66.7%</b>
Control y propósito.	Bajo	3	10.0%
	Medio	5	16.7%
	<b>Alto</b>	<b>22</b>	<b>73.3%</b>
Espiritualidad	Bajo	1	3.3%
	Medio	12	40.0%
	<b>Alto</b>	<b>17</b>	<b>56.7%</b>

**Tabla 7**

*Nivel de resiliencia en pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (N=30)*

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Resiliencia	Baja	4	13.3%
	Media	2	6.7%
	<b>Alta</b>	<b>24</b>	<b>80.0%</b>
	Total	30	100.0%

### Áreas y Tipo de Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama

En la Tabla 8 se establece que, de las Áreas de la Calidad de Vida, el Área de Estado de Salud y Calidad de Vida predomina con un 73.3% en Nivel Alto, seguido por el Área de Funcionamiento con un Nivel Regular de 66.7%. Del total de pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, tres quintos (60.0%) presentan un Tipo de Calidad de Vida Buena, evidenciado en la Tabla 9.

**Tabla 8**

*Distribución por Nivel de las Áreas de la Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (N=30)*

		Frecuencia	Porcentaje
Estado de Salud y Calidad de Vida	Muy bajo	0	0.0%
	Bajo	0	0.0%
	Regular	8	26.7%
	<b>Alto</b>	<b>22</b>	<b>73.3%</b>
Área de Funcionamiento	Muy bajo	0	0.0%
	Bajo	3	10.0%
	<b>Regular</b>	<b>20</b>	<b>66.7%</b>
	Alto	7	23.3%
Área de Síntomas	Muy bajo	17	<b>56.7%</b>



	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	33.3%
Regular	3	10.0%
Alto	0	0.0%

**Tabla 9**

*Tipo de percepción de Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (N=30)*

	Frecuencia	Porcentaje	
Tipo de Calidad de Vida	Muy mala	0	0.0%
	Mala	0	0.0%
	Regular	12	40.0%
	<b>Buena</b>	<b>18</b>	<b>60.0%</b>

### **Relación entre Resiliencia y Calidad de Vida que presentan las pacientes con cáncer de mama.**

Al correlacionar las Áreas de la calidad de vida con el Nivel de Resiliencia se obtiene, en la tabla 10, que el Área Funcionamiento tiene relación estadísticamente significativa con el Nivel de Resiliencia en 0.044 ( $p < 0.05$ ), así mismo, destaca con mayor puntuación el complemento del Área de Estado de Salud y Calidad de Vida en un Buen Nivel junto a una Alta Resiliencia en un 50.0%, seguido del 43.3% del Área de Síntomas en nivel Muy Malo junto a una Resiliencia Alta.

En la tabla 11, igualmente se observa un buen nivel de significancia en .006 ( $p < 0.05$ ) para el Factor Espiritualidad que muestra una relación estadísticamente significativa con la Calidad de Vida; este factor de Espiritualidad, junto al Factor Control y Propósito, obtienen una puntuación de 46.7%, respectivamente, en relación a una Buena Calidad de Vida.

Al correlacionar los factores de la resiliencia y las áreas de la calidad de vida se obtuvo que todos los factores de la resiliencia tienen relación estadísticamente significativa para el Chi-cuadrado de Pearson con el área de Síntomas de la Calidad de Vida, para el factor Persistencia, tenacidad y autoeficacia en .000 (tabla 12), el factor resistencia en .001 (tabla 13), el factor adaptabilidad y redes de apoyo en .032 (tabla 14), para el factor Control y Propósito en .010 (tabla 16) y el factor espiritualidad en .013 (tabla 17). A su vez, en la tabla 15, el factor control y propósito tiene relación estadísticamente significativa con el área de estado de salud y calidad de vida en .010 para el Chi-cuadrado de Pearson.

En la Tabla 18 se establece que el 56.7% de las pacientes con cáncer de mama presentan en conjunto un Nivel Alto de Resiliencia y una Buena Calidad de Vida, agregado a ello, muestra que existe relación estadísticamente significativa .045 ( $p < 0.05$ ) entre el nivel de resiliencia y la percepción de la calidad de vida de las pacientes.

**Tabla 10**

*Correlación entre las Áreas de la Calidad de Vida y el Nivel de Resiliencia identificado en las pacientes con cáncer de mama (N=30)*

		Resiliencia					
		Baja		Media		Alta	
		F	%	F	%	F	%
<b>Estado de Salud y Calidad de Vida</b>	Muy malo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Malo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Regular	0	0.0%	5	16.7%	3	10.0%
	Bueno	2	6.7%	5	16.7%	<b>15</b>	<b>50.0%</b>
		Chi-cuadrado de Pearson			gl	Sig. asintónica	
		4.432			2	.109	
<b>Funcionamiento</b>	Muy malo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Malo	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%
	Regular	1	3.3%	7	23.3%	<b>12</b>	<b>40.0%</b>
	Bueno	1	3.3%	0	0.0%	6	20.0%

		Resiliencia					
		Baja		Media		Alta	
		F	%	F	%	F	%
		Chi-cuadrado de Pearson			gl	Sig. asintónica	
		9.814			4	.044	
<b>Síntomas</b>	Muy malo	0	0.0%	4	13.3%	<b>13</b>	<b>43.3%</b>
	Malo	1	3.3%	4	13.3%	5	16.7%
	Regular	1	3.3%	2	6.7%	0	0.0%
	Bueno	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Chi-cuadrado de Pearson			gl	Sig. asintónica		
8.859			4	.065			

*Nota:* Cada correlación entre las áreas de la calidad de vida y el nivel de resiliencia incluye la descripción del Chi-cuadrado de Pearson, los grados de libertad (gl) y el nivel de significancia.

**Tabla 11**

*Correlación entre los Factores de Resiliencia y el Tipo de la Calidad de Vida identificados en las pacientes con cáncer de mama (N=30)*

		Calidad de Vida							
		Muy mala		Mala		Regular		Buena	
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Persistencia-tenacidad- autoeficacia.</b>	Bajo	0	0.0%	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	5	16.7%	8	26.7%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	<b>10</b>	<b>33.3%</b>
	Chi-cuadrado de Pearson			gl	Sig. asintónica				
5.275			2	0.072					
<b>Control bajo presión.</b>	Bajo	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	1	3.3%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	3	10.0%	<b>9</b>	<b>30.0%</b>
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	5	16.7%	8	26.7%
	Chi-cuadrado de Pearson			gl	Sig. asintónica				
4.471			2	.107					
	Bajo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%

		Calidad de Vida							
		Muy mala		Mala		Regular		Buena	
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Adaptabilidad y redes de apoyo.</b>	Medio	0	0.0%	0	0.0%	5	16.7%	4	13.3%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	7	23.3%	<b>13</b>	<b>43.3%</b>
	Chi-cuadrado de Pearson				gl		Sig. asintónica		
				1.782		2		.410	
<b>Control y propósito.</b>	Bajo	0	0.0%	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	4	13.3%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	8	26.7%	<b>14</b>	<b>46.7%</b>
	Chi-cuadrado de Pearson				gl		Sig. asintónica		
				5.455		2		0.065	
<b>Espiritualidad</b>	Bajo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	9	30.0%	3	10.0%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	3	10.0%	<b>14</b>	<b>46.7%</b>
	Chi-cuadrado de Pearson				gl		Sig. asintónica		
				10.331		2		0.006	

*Nota:* Cada correlación entre los factores de resiliencia y el nivel de calidad de vida incluye la descripción del Chi-cuadrado de Pearson, los grados de libertad (gl) y el nivel de significancia.

**Tabla 12**

*Correlación entre el Factor de Resiliencia Autoeficacia y el Área de Síntomas de la Calidad de Vida identificados en las pacientes con cáncer de mama (N=30)*

		Área de Síntomas							
		Muy mala		Mala		Regular		Buena	
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Persistencia, tenacidad y autoeficacia</b>	Bajo	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	5	16.7%	8	26.7%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	5	16.7%	<b>9</b>	<b>30.0%</b>
Total		0	0.0%	3	10.0%	10	33.0%	17	56.7%

*Nota:* Chi-cuadrado de Pearson = Valor: 30.024; gl: 4 y Significancia asintótica: .000

**Tabla 13**

*Correlación entre el Factor de resiliencia Resistencia y el Área de Síntomas de la Calidad de Vida identificados en las pacientes con cáncer de mama (N=30)*

		Área de Síntomas							
		Muy mala		Mala		Regular		Buena	
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Resistencia</b>	Bajo	0	0.0%	3	10.0%	2	6.7%	0	0.0%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	8	26.7%
	<b>Alto</b>	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	<b>9</b>	<b>30.0%</b>
Total		0	0.0%	3	10.0%	10	33.0%	17	56.7%

*Nota:* Chi-cuadrado de Pearson = Valor: 18.500; gl: 4 y Significancia asintótica: .001

**Tabla 14**

*Correlación entre el Factor de resiliencia Adaptabilidad y el Área de Síntomas de la Calidad de Vida identificados en las pacientes con cáncer de mama (N=30)*

		Área de Síntomas							
		Muy mala		Mala		Regular		Buena	
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Adaptabilidad</b>	Bajo	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	0	0.0%
	Medio	0	0.0%	3	10.0%	1	3.3%	5	16.7%
	<b>Alto</b>	0	0.0%	0	0.0%	8	26.7%	<b>12</b>	<b>40.0%</b>
Total		0	0.0%	3	10.0%	10	33.0%	17	56.7%

*Nota:* Chi-cuadrado de Pearson = Valor: 10.541; gl: 4 y Significancia asintótica: .032

**Tabla 15**

*Correlación entre el Factor de resiliencia Propósito y el Área de Salud y Calidad de Vida identificados en las pacientes con cáncer de mama (N=30)*

		Área de Estado de Salud y Calidad de Vida			
		Muy mala	Mala	Regular	Buena

		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Propósito</b>	Bajo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.0%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	1	26.7%
	<b>Alto</b>	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	<b>18</b>	<b>60.0%</b>
Total		0	0.0%	0	0.0%	8	26.7%	22	73.3%

Nota: Chi-cuadrado de Pearson = Valor: 9.174; gl: 4 y Significancia asintótica: .010

**Tabla 16**

*Correlación entre el Factor de resiliencia Propósito y el Área de Síntomas de la Calidad de Vida identificados en las pacientes con cáncer de mama (N=30)*

		<b>Área de Síntomas</b>							
		Muy mala		Mala		Regular		Buena	
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Propósito</b>	Bajo	0	0.0%	3	10.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	4	13.3%	4	13.3%
	<b>Alto</b>	0	0.0%	0	0.0%	9	30.0%	<b>13</b>	<b>43.3%</b>
Total		0	0.0%	3	10.0%	10	33.0%	17	56.7%

Nota: Chi-cuadrado de Pearson = Valor: 30.849; gl: 4 y Significancia asintótica: .000

**Tabla 17**

*Correlación entre el Factor de resiliencia Espiritualidad y el Área de Síntomas de la Calidad de Vida identificados en las pacientes con cáncer de mama (N=30)*

		<b>Área de Síntomas</b>							
		Muy mala		Mala		Regular		Buena	
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Espiritualidad</b>	Bajo	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%
	Medio	0	0.0%	3	10.0%	6	20.0%	3	10.0%
	<b>Alto</b>	0	0.0%	0	0.0%	3	10.0%	<b>14</b>	<b>46.7%</b>
Total		0	0.0%	3	10.0%	10	33.0%	17	56.7%

Nota: Chi-cuadrado de Pearson = Valor: 12.758; gl: 4 y Significancia asintótica: .013

**Tabla 18**

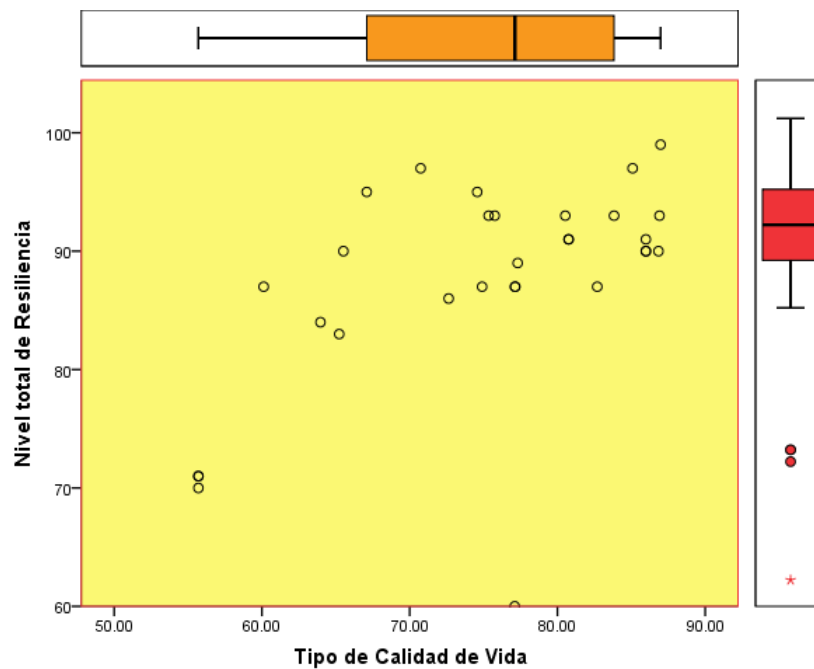
*Relación entre el Nivel de Resiliencia y el Nivel de percepción de la Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (N=30)*

		Calidad de Vida							
		Muy mala		Mala		Regular		Buena	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Resiliencia	Muy bajo	0	0.0%	0	0.0%	3	10.0%	1	3.3%
	Medio	0	0.0%	0	0.0%	2	6.7%	0	0.0%
	Alto	0	0.0%	0	0.0%	7	23.3%	17	56.7%

*Nota:* F = Frecuencia; % = Porcentaje. El estadístico Chi cuadrado de Pearson es significativo en el nivel .045

**Figura 1**

Correlación lineal entre los niveles de resiliencia y la percepción de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama (N=30)



*Nota:* Gráfico de dispersión que puede indicar correlación lineal positiva entre las variables.

### Discusión de Resultados

El presente estudio fue basado en determinar la relación que existe entre la resiliencia y la percepción de calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama que asistieron al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo de marzo a noviembre de 2019.

Al evaluar las características sociodemográficas de las pacientes en el proceso de quimioterapia ambulatoria, se pudo observar que la mayoría de las mujeres estaban en el rango de edad de adultez media, casadas, con al menos un hijo y pertenecían a una familia extensa, lo que fue concordante con hallazgos en los estudios de Guadamuz y Ocampo (2012); de Rodríguez (2014); de Monteagudo, Vicente y Peralta (2015) y de Roberto Belmont (2018) resaltando la presencia de vínculos afectivos y la compañía familiar. Respecto al grado de estudios, predominó la primaria incompleta y se reportó una mayor procedencia urbana del municipio de León y de algunas comarcas distantes del departamento donde pudo observarse que hay dificultades en el acceso a información sobre la prevención de enfermedades como el cáncer de mama y la promoción hábitos saludables o de autocuidado, lo que a su vez podría relacionarse con la detección tardía de la enfermedad y en fases avanzadas.

Todas las participantes profesan una religión y se apegan a ella luego de haber recibido el diagnóstico, esto funciona como fortaleza personal y es parte de los factores protectores de la resiliencia (Polo, 2009), estos resultados son similares a los que Roselló y Sucari (2014) obtuvieron, donde el 99.2% de los participantes profesaba una religión. Observándose de este modo que la religión podría formar parte de la construcción y el desarrollo de la resiliencia en diferentes culturas de Latinoamérica, así mismo, desde 2012 Guadamuz y Ocampo habían encontrado el mismo dato (100%) en una población de Chinandega.

Este es el segundo estudio que se realiza en Nicaragua acerca de la Resiliencia y la Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Los resultados obtenidos permitieron identificar, principalmente, un alto nivel de resiliencia en 24 de las pacientes, cuyos principales



indicadores reflejaron a mujeres que trabajan para alcanzar sus objetivos, sin importar las dificultades que se presenten y se sienten orgullosas de sus logros, mientras que otros estudios nacionales identificaron un nivel de resiliencia medio en su población [Rodríguez, 2014 (65%) y Guadamuz y Ocampo (76%)], lo que podría indicar que, a pesar de experimentar una situación estresante que puede producir un impacto complejo en el funcionamiento personal, cotidiano y social, las pacientes de este estudio tienen una buena percepción sobre sus recursos y capacidades resilientes. El factor de resiliencia que tuvo más presencia es el de control y propósito, de lo cual pudo conocerse que las pacientes tienen un sentido de propósito en la vida, saben dónde buscar apoyo y se sienten en control de su vida (Connor y Davidson, 2003). Hu, Zhang y Wang (2015), en su trabajo meta analítico, consideran esta aproximación de resiliencia como orientación rasgo, que implica la existencia de un rasgo individual que contribuye a que la persona afronte la adversidad positivamente y consiga un ajuste óptimo (Connor y Davidson, 2003), lo que se asemeja con el estudio de Monteagudo, Vicente y Peralta (2015), cuyo resultado lo obtuvieron al comparar los tipos de personalidad resistente con la resiliencia, encontrando correlación con la dimensión de personalidad resistente de control. Se complementa igualmente, con la mayor presencia del factor satisfacción personal, en el estudio de Belmont (2018), señalando una comprensión del significado de la vida y cómo se contribuye a esta. En cambio, el resultado de Roselló y Sucari (2014) difiere en que hubo prevalencia de bajos niveles de ecuanimidad en un 60.7%, indicando que existía una mayor dificultad para tener una perspectiva balanceada de la propia vida y las experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderar las actitudes ante la adversidad. Aunque no se encontró relación estadística significativa entre las variables sociodemográficas y los niveles de resiliencia, fue notoria la prevalencia de altos niveles de resiliencia en pacientes casadas, que tenían más de cuatro hijos, que vivían en una familia extensa y que profesaban una religión (80%) (tabla 19, anexos).

En segundo lugar, 18 de las pacientes presentaron una prevalencia de buena calidad de vida, es decir, pacientes que tuvieron un nivel de percepción óptimo en función de los efectos de la enfermedad y las consecuencias del tratamiento, relacionado con su capacidad física, emocional, social y su salud general. Predominó a su vez el área de estado de salud y calidad de vida con un alto nivel, donde las pacientes dieron importancia a la apreciación de la autoevaluación de su situación personal respecto a las perspectivas de su salud y calidad de vida. Estos resultados guardan comparación con los de Roselló y Sucari (2014), que igualmente obtuvo un tipo de calidad de vida buena, pero en un 87.1% de las participantes, mientras que el área predominante es la de funcionamiento, donde las pacientes tuvieron un buen grado de funcionamiento que no limitó sus actividades físicas y laborales.

Por último, se determinó que si existe relación entre la resiliencia y la calidad de vida de las pacientes durante el proceso de enfermedad y su tratamiento. Manifestando una relación estadísticamente significativa de .045; lo que comprobó y aceptó la hipótesis general de la investigación, misma que había comprobado Rodríguez (2014) en el contexto nacional. Esta relación entre la resiliencia y la calidad de vida ya ha sido demostrada en otros países, como en el caso de Roselló y Sucari (2014), cuya relación estadísticamente significativa alcanza el .033, utilizando el mismo cuestionario para la calidad de vida y una escala de resiliencia diferente a la del presente estudio. Al correlacionar las áreas de la calidad de vida con el nivel de resiliencia se obtuvo que el Área Funcionamiento tiene relación estadísticamente significativa con el Nivel de Resiliencia en 0.044, lo que ayudó a comprender, que a pesar de presentar algunos síntomas como consecuencia de la quimioterapia y el cambio o disrupción en la propia imagen corporal, estas pacientes consideran tener un buen nivel de funcionamiento físico, emocional y social, lo que les permitió tener acceso a la búsqueda de sus propios recursos personales, y en caso de no tenerlos, encontrar una manera de compensarlo con el apoyo recibido por sus familiares. Así mismo, destacó el complemento del área de estado de salud y calidad de vida en un buen nivel junto a una alta resiliencia en un 50.0%, seguido del 43.3% del área de

síntomas en nivel muy malo junto a una resiliencia alta. Lo que infirió que, aquellas personas que tuvieron síntomas menos agresivos y más tolerantes, sumado a la situación personal de encontrar un espacio de apreciación sobre opciones optimistas, positivas y de seguridad sobre su propia calidad de vida, presentan al mismo tiempo un buen desarrollo emocional, adaptativo y resistente, propio de la resiliencia. Por último, una de las principales conexiones entre las variables se observó en la espiritualidad adherida durante proceso resiliente con un buen nivel de significancia en .006 que mostró una relación estadísticamente significativa con la percepción de una excelente calidad de vida, resultado que es igual al encontrado por Ros (2017), que mostró que la espiritualidad estaba correlacionada positivamente con una mejor calidad de vida global (.824) ( $p < 0.001$ ).

Al correlacionar los factores de la resiliencia y las áreas de la calidad de vida se obtuvo que todos los factores de la resiliencia (persistencia, tenacidad y autoeficacia, resistencia, adaptabilidad y redes de apoyo, control y propósito, y espiritualidad) tienen relación estadísticamente significativa para el Chi-cuadrado de Pearson con el área de Síntomas de la Calidad de Vida, lo que podría indicar que a menor presencia de síntomas propios de la enfermedad o el tratamiento (fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento y diarrea) las pacientes tendrán una mejor resiliencia. A su vez, el factor control y propósito tuvo relación estadísticamente significativa con el área de estado de salud y calidad, haciendo constar que la presencia de un sentido de propósito y control en la vida hace que las pacientes tengan una mejor percepción de su estado de salud y calidad de vida en general.

La principal limitante en el estudio fue el tamaño de la población, al ser un estudio descriptivo ameritó una extensión de la población para obtener representatividad en los resultados, sin embargo, según los criterios de la investigación y las circunstancias locales, se optó por una muestra no probabilística o el uso de toda la población encontrada, que requirió una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

Otra limitante fue el acceso a las pacientes para la recolección de datos, como recibían tratamiento ambulatorio, requería acudir a sus viviendas, algunas de las cuales estaban ubicadas a largas distancias y en diferentes municipios del departamento de León, sin embargo, fue un esfuerzo motivador. La elección de instrumentos con interpretación compleja fue una limitante que requirió de preparación y entrenamiento autodidacta intensivo para poder interpretar correctamente los resultados. Por lo tanto, se recomienda a quienes den seguimiento a este trabajo o futuros estudios sobre este tipo de poblaciones, tener en cuenta la particularidad de los requerimientos de la investigación en el área de la psicooncología y tomar en cuenta las limitantes anteriores.

La disponibilidad de las participantes en todo el proceso de recolección de datos fue una de las principales fortalezas del estudio. En su percepción, consideraron oportuno que las personas y principalmente las mujeres tuvieran conocimiento y acceso directo sobre temas de salud pública como es el caso del cáncer de mama, su promoción y prevención. Así mismo, opinaron sobre la necesidad de la atención psicológica durante las diferentes etapas del proceso de intervención de la enfermedad, sobre todo, al recibir el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

No obstante, más allá de las limitaciones y fortalezas se espera que este estudio sirva como base para futuras investigaciones en esta área de la psicología de la salud, donde desarrollen, a su vez, intervenciones que fortalezcan y mejoren la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y otros tipos de cáncer, así como la difusión científica de la salud mental en diferentes zonas y ámbitos clínicos de Nicaragua.

### **Conclusión**

De los resultados obtenidos del estudio se concluyó lo siguiente:

Participaron 30 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, con edades entre 29 y 86 años, de las cuales presentaron altos niveles de resiliencia quienes son ama de casa, están casadas, tienen hijos, pertenecen a una familia extensa y profesan y se apegan a una religión.

Se identificó el sentido de propósito y control de la vida como el principal factor protector, lo que les permite tener una percepción óptima de sus recursos a pesar de su situación adversa, así como una percepción adecuada de su estado de salud.

Se amplió el resultado de investigaciones previas en el contexto nacional destacando la importancia de la salud mental y su necesidad en el abordaje multidisciplinario en la atención a las pacientes con cáncer de mama.

Finalmente, se cumplieron los objetivos de la investigación, así como la hipótesis planteada, mostrando relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

## **Recomendaciones**

### **Al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello**

1. Continuar con el apoyo brindado a los estudiantes universitarios y a la universidad, que contribuye en materia del desarrollo científico local y nacional en el área de la salud.

2. Promover líneas de investigación específicas, basado en las necesidades inmediatas del hospital y las problemáticas frecuentes del departamento de oncología, teniendo en cuenta los requerimientos del sistema de salud con el enfoque de políticas públicas nacionales para que los estudiantes contribuyan de manera colaborativa y directa al mejoramiento de resultados en materia de salud.

3. Incluir la participación activa de profesionales de la psicología en el proceso de intervención multidisciplinaria en pacientes que sufren cáncer de mama y que asisten al departamento de oncología del hospital, para fortalecer su seguimiento sistemático, así como la promoción de su salud y calidad de vida.

### **Al Departamento de Psicología de la UNAN León**

1. Promover la investigación en el área de la salud y la psicooncología, teniendo en cuenta variables psicológicas como la resiliencia, que puedan ser utilizadas en procesos de intervención para el fortalecimiento de los recursos personales de los pacientes y contribuyan al desarrollo óptimo de su calidad de vida.

2. Diseñar un programa específico para pacientes que sufren una enfermedad oncológica con un enfoque de intervención multidisciplinario e integral de su salud mental.

3. Difundir los servicios de atención en salud mental que ofrece el departamento de psicología de la UNAN León a la población que se encuentra en proceso de enfermedades oncológicas.

### **A Futuros Investigadores**

1. Desarrollar estudios en el área de la salud y la psicooncología en Nicaragua teniendo en cuenta la particularidad del abordaje de la investigación y de los pacientes en esta área.

2. Ampliar los resultados de este estudio, teniendo en cuenta la influencia de los datos sociodemográficos en el desarrollo de la resiliencia, mediante investigaciones cualitativas o mixtas.

3. Implicarse en la ejecución de programas de intervención sobre la resiliencia u otros procesos psicológicos en pacientes con cáncer de mama a modo de estudios científicos que permitan la validación y su uso en el contexto nacional.

### Referencias Bibliográficas

- Aaronson, N., Hjelmeland Ahmedzai, S., Bullinger, M., Bergman, B., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., J. M. de Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. y Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. Instrument for Use in International Clinical-Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 85: 365-376.
- Álamo, Gilma; Caldera, María Fernanda; Cardozo, María José Y González, Yaritza. (2011) Resiliencia en personas con cáncer. Conductas resilientes en personas con diagnóstico de cáncer del Hospital Privado el Rosario de Cabimas.
- American Psychological Association (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta.
- Baca Romero, Deyvi. (2013) Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo. Para optar Grado Académico de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*.
- Bracamonte, Ana G. y Díaz, Diana. (2013) Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo. Tesis para optar el título de: Licenciado en Psicología. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo.
- Broche Pérez, Yunier y Medina, Ricardo. (2011) Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Revista Psicologia.com*. Article · January 2011; 15:17.  
<http://hdl.handle.net/10401/4068>
- Broche Pérez, Y., Rodríguez Martín, B., Pérez Santaella, S., Alonso Díaz, G., Hernández Carballo, A. y Blanco Consuegra, Y. (2012). Validación de Instrumentos



- Psicológicos: Criterios Básicos. Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). (pp. 71-75). Editorial Samuel Feijóo.
- Calderón Gutiérrez, Cleris M. y Siézar Mena, Arielka G. (2014) Resiliencia en pacientes curados y en Stop Terapia de enfermedades hematológicas, miembros de la Asociación de Madres y Padres de Niños con Leucemia y Cáncer (MAPANICA), II Semestre 2014.” (Estudio de Cinco Casos). Trabajo monográfico para optar al título de Licenciadas en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Chico Martínez, Mayra. (2017) Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. Informe de investigación. Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica. Universidad Técnica De Ambato. Ecuador.
- Connor, K. M., y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Connor, K., Davidson, J. y Lee, L. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *Journal of Traumatic Stress*.
- Crespo, M., Fernández-Lansac, V. y Soberón, C. (2013). Adaptación española de la “Escala de Resiliencia de Connor-Davidson” (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Cyrułnik, Boris; Anaut, Marie y otros. (2016) ¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar a la vida. Gedisa editorial. De la traducción de Alfonso Díaz, Barcelona.
- D’Alessio, Luciana. Mecanismos Neurobiológicos de la Resiliencia. Información científica Gador. Editorial Polemos.
- Fuentes Flores, A. J. y Lacayo Martínez, C. R. (2009). Calidad de Vida, estrés y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer mamario en el Hospital España, departamento de Chinandega. Tesis Monográfica para optar al título de licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.

- García-Monzón L, Navarro-Machado V. Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 May 22]; 7(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/550>
- González, Norma; Nieto, Dalia y Valdez, Luis. Resiliencia en madres e hijos con cáncer. Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. *Revista de Psicooncología*. Vol. 8, Núm. 1, 2011, pp. 113-123
- Granados Mori, Franco y Chanduví Huamán, Lisseth. (2014) Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. Universidad Juan Mejía Baca. Chiclayo, Perú. Diciembre 2014.
- Guadamuz Alvarez, S. O. y Ocampo Blanco, V. R. (2009). Resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del hospital escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello" León, 2011-2012. Tesis Monográfica para optar al título de Licenciado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.
- Instituto Nacional de Información y Desarrollo, INIDE (2019). Compendio Estadísticas Vitales 2018 – 2019.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-
- Llantá Abreu, María del Carmen; Grau Abalo, Jorge y Massip Pérez, Coralia. (2003) La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer.
- Lyons, J. A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 93-111.
- Manciaux, Michel – compilador (2003) La resiliencia: resistir y rehacerse. Editorial Gedisa. S.A. Barcelona. Traducción: Fernando González del Campo Román.

Ministerio de Salud, MINSA (2019). Mapa Nacional de Salud en Nicaragua. SILAIS León.

Sitio web: [mapasalud.minsa.gob.ni](http://mapasalud.minsa.gob.ni)

Monteagudo, Jazmín; Vicente, Aurora y Peralta, María I. (2016) Estudio de la resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón. Research Gate Article, January

2016 DOI: 10.6035/AgoraSalut.2016.3.27 Recuperado de:

<https://www.researchgate.net/publication/299641079>

Ocampo, Jovita; Valdez, José; González, Norma; Andrade, Patricia; Oblitas, Luis y García, Raymundo. (2011) Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XX, núm. 3, noviembre, 2011, pp. 265-269 Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826009>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2020). Perfil oncológico por país –

Nicaragua.

POLO, C. (2009), “Resiliencia: factores protectores en adolescentes de 14 a 16 años”.

Tesis para optar el título de Psicología [tesis en línea], [consultado: 03 de noviembre del 2013] <[http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitales/71/tesis-1426-resiliencia.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/71/tesis-1426-resiliencia.pdf)>

Quiceno, Japcy y Vinaccia, Stefano (2010) Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Bogotá, Colombia.

Quintana, Alberto. (2008) Planteamiento del problema de investigación: errores de la lectura superficial de libros de texto de metodología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.

- Roberto Belmont, Michele S. (2018) Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia. Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Universidad de Lima. Lima, Perú.
- Rodríguez Salinas, E. D. (2014). Resiliencia e inteligencia emocional y su influencia en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama integrantes de la organización "ASOLCCAN". Estelí, Marzo-Septiembre. 2013. Tesis Monográfica para optar al título de Licenciada en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.
- Ros, José L. (2017) Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos. Programa de Doctorado Ciencias Sociales y de la Salud. Universidad Católica de Murcia.
- Roselló Apaza, Lizbeth J. y Sucari Atamari, Roxana. (2013) Resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, ESSALUD. Arequipa. Tesis para obtener el título profesional de enfermera. Universidad Nacional de San Agustín.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*.
- Torrecilla, M., Casari, L., & Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8, doi: 10.5872/psiencia/8.3.21
- Vinaccia, Stefano; Quiceno, Japcy y Remor, Eduardo. (2012) Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 2012, vol. 28, nº 2 (mayo), 366-377  
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148821>
- White, B., Driver, S. y Warren, A. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53, 9-17.

## Anexos

## Características Sociodemográficas y Nivel de Resiliencia

Tabla 19

*Características sociodemográficas y el nivel de resiliencia de las pacientes con cáncer de mama*

			Nivel de Resiliencia			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Estado civil	Soltera	Frecuencia	1	0	1	2
		%	3.3%	0.0%	3.3%	6.7%
	Casada	Frecuencia	2	1	16	19
		%	6.7%	3.3%	53.3%	63.3%
	Unión libre	Frecuencia	0	0	1	1
%	0.0%	0.0%	3.3%	3.3%		
Divorciada	Frecuencia	1	0	2	3	
	%	3.3%	0.0%	6.7%	10.0%	
Viuda	Frecuencia	0	1	4	5	
	%	0.0%	3.3%	13.3%	16.7%	
¿Cuántos hijos tiene? (Rango)	Ninguno	Frecuencia	0	0	1	1
		%	0.0%	0.0%	3.3%	3.3%
	Uno a tres	Frecuencia	3	2	9	14
		%	10.0%	6.7%	30.0%	46.7%
	Cuatro a seis	Frecuencia	1	0	11	12
%		3.3%	0.0%	36.7%	40.0%	
De siete a más	Frecuencia	0	0	3	3	
%	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%		
Tipo de familia según su composición	Familia nuclear	Frecuencia	2	0	3	5
		%	6.7%	0.0%	10.0%	16.7%
	Familia sin hijos	Frecuencia	0	0	1	1
		%	0.0%	0.0%	3.3%	3.3%
	Familia de padres separados	Frecuencia	0	0	1	1
%		0.0%	0.0%	3.3%	3.3%	
Familia extensa	Frecuencia	2	2	19	23	
%	6.7%	6.7%	63.3%	76.7%		
Zona de residencia	Urbana	Frecuencia	3	2	17	22
		%	10.0%	6.7%	56.7%	73.3%
Rural	Frecuencia	1	0	7	8	
	%	3.3%	0.0%	23.3%	26.7%	

			Nivel de Resiliencia			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Grado académico	Primaria incompleta	Frecuencia	0	1	7	8
		%	0.0%	3.3%	23.3%	26.7%
	Primaria completa	Frecuencia	2	0	3	5
		%	6.7%	0.0%	10.0%	16.7%
	Secundaria incompleta	Frecuencia	0	0	3	3
		%	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%
	Secundaria completa	Frecuencia	1	1	5	7
		%	3.3%	3.3%	16.7%	23.3%
	Técnico completo	Frecuencia	0	0	3	3
		%	0.0%	0.0%	10.0%	10.0%
Religión	Católica	Frecuencia	3	1	15	19
		%	10.0%	3.3%	50.0%	63.3%
	Evangélica	Frecuencia	1	0	6	7
		%	3.3%	0.0%	20.0%	23.3%
	Testigo de jehová	Frecuencia	0	1	2	3
		%	0.0%	3.3%	6.7%	10.0%
	Moraba	Frecuencia	0	0	1	1
		%	0.0%	0.0%	3.3%	3.3%
Ocupación	Ama de casa	Frecuencia	2	1	13	16
		%	6.7%	3.3%	43.3%	53.3%
	Cajera	Frecuencia	0	1	0	1
		%	0.0%	3.3%	0.0%	3.3%
	Comerciante	Frecuencia	2	0	6	8
		%	6.7%	0.0%	20.0%	26.7%
	Costurera	Frecuencia	0	0	2	2
		%	0.0%	0.0%	6.7%	6.7%
	Docente	Frecuencia	0	0	1	1
		%	0.0%	0.0%	3.3%	3.3%
	Enfermera	Frecuencia	0	0	1	1
		%	0.0%	0.0%	3.3%	3.3%
	Productora agrícola	Frecuencia	0	0	1	1
		%	0.0%	0.0%	3.3%	3.3%
Estadio del cáncer de mama	Estadio I	Frecuencia	1	0	3	4
		%	3.3%	0.0%	10.0%	13.3%
	Estadio II	Frecuencia	3	2	11	16
		%	10.0%	6.7%	36.7%	53.3%
	Estadio III	Frecuencia	0	0	10	10

		Nivel de Resiliencia			Total
		Bajo	Medio	Alto	
	%	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%
Total	Frecuencia	4	2	24	30
	%	13.3%	6.7%	80.0%	100.0%

*Nota:* No existe relación estadísticamente significativa para el Chi cuadrado de Pearson entre las variables sociodemográficas seleccionadas y los niveles de resiliencia.

**Cronograma de actividades, Proyecto de tesis 2019**

Actividades.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Elección del tema.									
Redacción de los objetivos.									
Redacción del planteamiento del problema.									
Elaboración de justificación.									
Redacción de antecedentes.									
Teorías, referencias y marco teórico.									
Elaboración del diseño metodológico.									
Entrega del protocolo (Revisiones).									
Protocolo finalizado.									
Entrega de Protocolo									
Aplicación de prueba piloto.									
Aplicación de instrumentos a la población de estudios									
Análisis de los instrumentos aplicados									
Redacción de los resultados, discusión y conclusiones									
Presentación de resultados									



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León**  
**UNAN-León**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Carrera de Psicología**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TEMA:** *Resiliencia y calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, marzo – noviembre 2019.*

**INVESTIGADORES:** Br. Bryan Jonathan Pineda Fecha \_\_\_\_\_  
Zeledón.  
Br. Alix José Esquivel Darce.

---

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación cuantitativa. Antes de que decida participar por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que tenga y asegúrese de entender el procedimiento, incluyendo los riesgos y beneficios.

Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre la resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo de marzo a noviembre del 2019.

El estudio es completamente voluntario, si tiene alguna duda o no comprende las instrucciones, puede consultar a los investigadores, en el momento que usted desee retirarse lo puede hacer.

**PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

La información proporcionada por usted a los investigadores en este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Br. Alix José Esquivel Darce.

\_\_\_\_\_  
Br. Bryan Pineda Zeledón.

Firma de los investigadores



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Carrera de Psicología**



**Ficha de datos personales**

**Nombre o iniciales:** \_\_\_\_\_

<b>Sexo</b>		<b>Edad</b>	<b>Lugar de nacimiento</b>	
Masculino			<b>Lugar de residencia</b>	
Femenino				

<b>Estado Civil</b>		<b>Grado académico</b>			
Soltera		Primaria incompleta		Técnica incompleta	
Casada		Primaria completa		Técnica completa	
Unión libre		Secundaria incompleta		Universitaria incompleta	
Divorciada		Secundaria completa		Universitaria completa	
Viuda					

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Composición familiar ¿Con quienes vive?: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Ninguna

**Información médica**

¿Cuál es el nombre de su enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto le han dado ese diagnóstico?

\_\_\_\_\_

Años	Meses	Semanas

¿Conoce en qué estadio o fase se encuentra actualmente? I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )

¿Tiene algún diagnóstico clínico adicional? Si ( ), \_\_\_\_\_ No ( )

¿Sufre de alguna enfermedad crónica como diabetes o hipertensión? Sí ( ) No ( )

¿Qué tipo de tratamiento recibe en la actualidad? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo empezó con el tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia recibe el tratamiento? \_\_\_\_\_

**Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (2003)**

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios.	0	1	2	3	4
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado/a.	0	1	2	3	4
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte /Dios puede ayudarme.	0	1	2	3	4
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa.	0	1	2	3	4
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades.	0	1	2	3	4
6. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico.	0	1	2	3	4
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.	0	1	2	3	4
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades.	0	1	2	3	4
9. Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón.	0	1	2	3	4
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.	0	1	2	3	4
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.	0	1	2	3	4
12. No me doy por vencido/a, aunque las cosas parezcan no tener solución.	0	1	2	3	4
13. Durante los momentos de estrés/crisis, sé dónde puedo buscar ayuda.	0	1	2	3	4
14. Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente.	0	1	2	3	4
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidan por mí.	0	1	2	3	4
16. No me desanimo fácilmente ante el fracaso.	0	1	2	3	4
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales.	0	1	2	3	4

	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
18. Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas.	0	1	2	3	4
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado.	0	1	2	3	4
20. Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué).	0	1	2	3	4
21. Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida.	0	1	2	3	4
22. Me siento en control de mi vida.	0	1	2	3	4
23. Me gustan los desafíos.	0	1	2	3	4
24. Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino.	0	1	2	3	4
25. Estoy orgulloso/a de mis logros.	0	1	2	3	4

**Test de Calidad de vida QLQ-C30**

*Elaborado por el Estudio de la Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) en el año 2001. El EORTC QLQ-C30*

A continuación, hay una serie de preguntas que debe responder seleccionando una de las cuatro opciones disponibles, que representará el nivel en que está presente de acuerdo a su situación real. No hay respuestas buenas ni malas, son opciones que nos permitirán conocer la calidad de vida que tiene actualmente.

<b>Por favor, elija una respuesta</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>			
1. ¿Tiene dificultades para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de la compra o una maleta?	1	2			
2. ¿Tiene dificultades para dar un paseo largo?	1	2			
3. ¿Tiene dificultades para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2			
4. ¿Tiene que quedarse en la cama o sentado en la silla la mayor parte del día?	1	2			
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2			
6. ¿Tiene algún impedimento para hacer su trabajo o las tareas del hogar?	1	2			
7. ¿Es usted totalmente incapaz de hacer su trabajo o las tareas del hogar?	1	2			
<b>Durante la semana pasada:</b>	<b>Nada</b>	<b>Un Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>	
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4	
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4	
10. ¿Ha necesitado parar para descansar?	1	2	3	4	
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4	
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4	
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4	
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4	
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4	
16. ¿Ha estado estreñido?	1	2	3	4	
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4	



**Carta de Solicitud de Datos**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA. LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA



León, Nicaragua, 28 de agosto de 2019

Dra. Judith Lejarza Vargas.

Directora

Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, León.

Estimada doctora Lejarza:


Por este medio le estoy solicitando su valioso apoyo para que los Brs. **ALIX JOSÉ ESQUIVEL DARCE** y **BRYAN JONATHAN PINEDA ZELEDÓN** estudiantes de V año de la Carrera de Psicología UNAN-León, Facultad de Ciencias Médicas, puedan llevar a cabo su trabajo de investigación científica, para el cual es requisito presentar su protocolo de monografía. Y a la vez solicitarle se le pueda permitir el acceso a datos estadísticos (total de pacientes, nombre, edad, dirección de domicilio) de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que han asistido y asisten al HEODRA en el periodo de enero a agosto del corriente año 2019 para la aplicación de dos instrumentos. Esta información será usada meramente para fines de la investigación, cumpliendo con la confidencialidad, privacidad y seguridad de los datos de las pacientes.

El tema a investigar: **“RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN AL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILLO ROSALES DE LA CIUDAD DE LEÓN, MARZO – NOVIEMBRE 2019”**.

Tutor: Lic. María Isabel Caballero Sánchez. M.Sc.

Sin más que agregar y agradeciendo de antemano su fina atención a la presente, así como una respuesta favorable de su parte, me despido de usted, no sin antes reiterarle mis saludes cordiales.

Atentamente.

  
**Tutora: Lic. María Isabel Caballero. M.Sc.**  
Docente de la carrera de psicología  
Facultad de ciencias médicas, UNAN-León

Lic. Ma. Isabel Caballero Sánchez  
Psicóloga - MSc.  
MSc. Internacional en:  
Clínica y de la Salud

Cc: Archivo