

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL**



**“APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL GRADO DE RESILIENCIA  
EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL, GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA CON UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 220, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**M.C. Y P. CHRISTIAN RODEA HERNÁNDEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**E. EN M.F. OLIVIA LANDA MARTÍNEZ**

**REVISORES:**

**PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN**

**E. EN M.F. MARIA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ**

**E. EN S.P. JAVIER CONTRERAS DUARTE**

**E. EN M.F. EDUARDO FLORES GONZÁLEZ**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2021**

**“APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL GRADO DE RESILIENCIA EN  
PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020”**

<b>ÍNDICE</b>	<b>Página</b>
RESUMEN.....	1
SUMARY.....	2
I. MARCO TEÓRICO .....	3
I.1 Apoyo social.....	3
I.1.1 Antecedentes .....	3
I.1.2 Generalidades .....	4
I.1.3 Apoyo social en enfermedades crónicas.....	6
I.1.4 Escala de apoyo social Duke - UNC - 11 .....	8
I.2 Resiliencia como definición .....	10
I.2.1 Historia .....	11
I.2.2 Resiliencia y su relación con la salud .....	12
I.2.3 Modelos de estudio en resiliencia:.....	13
I.2.4 La resiliencia como virtud .....	16
I.2.5 Intervención en resiliencia en personas adultas con enfermedades crónicas	17
I.2.6 Escala de resiliencia de 14 ITEMS (WAGNILD) .....	18
I.3 CÁNCER DE PRÓSTATA.....	20
I.4 Introducción.....	20
I.5 Epidemiología .....	21
I.6 Anatomía básica de la próstata .....	21
I.7 Métodos para detectar cáncer de próstata .....	22
I.7.1 Tacto rectal.....	22
I.7.2 Antígeno prostático específico (APE) .....	22
I.7.3 Biopsia transrectal.....	22
I.7.4 Ultrasonido transrectal .....	22
I.8 Estadificación del cáncer prostático .....	23
I.9 Diseminación.....	23
I.10 Tratamiento .....	24
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	26
III. JUSTIFICACIÓN .....	29
III.1 Justificación Académica.....	29
III.2 Justificación Científica.....	29
III.3 Justificación Epidemiológica .....	29
III.4 Justificación Social.....	30
III.5 Justificación Familiar .....	30

IV.	OBJETIVOS.....	31
IV.1	Objetivo general .....	31
IV.2	Objetivos específicos .....	31
V.	HIPÓTESIS.....	32
V.1	Hipótesis alterna .....	32
V.2	Hipótesis nula.....	32
VI.	METODOLOGÍA.....	33
VI.1	Tipo de estudio.....	33
VI.2	Diseño de estudio.....	33
VI.3	Operacionalización de variables.....	34
VI.4	Universo de trabajo .....	35
VI.4.1	Tipo de muestreo y tamaño de muestra.....	35
VI.4.2	Criterios de inclusión .....	35
VI.4.3	Criterios de exclusión.....	35
VI.4.4	Criterios de eliminación.....	35
VI.5	Instrumentos de investigación .....	36
VI.5.1	Escala de resiliencia 14 (WAGNILD, 2009).....	36
VI.5.2	Instrumento DUKE UNC-11 para valoración de apoyo social .....	37
VI.6	Desarrollo del proyecto .....	38
VI.7	Límite de tiempo y desarrollo.....	39
VI.8	Diseño de análisis .....	40
VII.	IMPLICACIONES ÉTICAS .....	41
VIII.	ORGANIZACIÓN .....	44
IX.	RESULTADOS .....	45
X.	DISCUSIÓN.....	48
XI.	CUADROS Y GRAFICAS.....	49
XII.	CONCLUSIONES.....	58
XIII.	RECOMENDACIONES.....	60
XIV.	BIBLIOGRAFIA .....	61
XV.	ANEXOS.....	65

## RESUMEN.

### **“Apoyo social y su asociación con el grado de resiliencia en pacientes con cáncer de próstata de la UMF 220, 2020”**

**M.C. Y P. Christian Rodea Hernández y E. en M. F. Olivia Landa Martínez**

**INTRODUCCIÓN:** El apoyo social se ha estudiado ampliamente en las últimas décadas, ya que juega un papel “protector”, en la evolución natural de la enfermedad. Aunado al concepto teórico de resiliencia psicosocial consiste en: adversidad, vulnerabilidad, afrontamiento, bienestar subjetivo, locus de control y la competencia. Desarrollando estos dos conceptos, en favor de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Próstata, que es la neoplasia número uno en México en el varón.

**JUSTIFICACIÓN:** Desde el punto de vista de la Medicina Familiar, la cual tiene como área de estudio el proceso de salud – enfermedad, por lo tanto, debe dar manejo integral. El cáncer de próstata, es la principal neoplasia en el varón, y el proceso con que va manejando la enfermedad el paciente, depende del grado de apoyo social y resiliencia del paciente.

**OBJETIVO:** Establecer si existe una asociación entre el apoyo social máximo y el desarrollo de un nivel mayor de resiliencia en pacientes con cáncer de próstata de la UMF 220 Toluca 2020.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional, analítico, transversal. En donde se estudió una población de 77 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata. A los cuales se les aplicó los instrumentos de apoyo social DUKE UNC- 11, y la Escala de resiliencia de 14 ITEMS (WAGNILD)

**RESULTADOS:** Se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada obteniendo un valor de P de 0.059, demostrando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre Apoyo social y Grado de Afrontamiento Resiliente.

**PALABRAS CLAVE:** Apoyo social, grado de resiliencia, cáncer de próstata.

## SUMMARY

**"Social support and its association with the degree of resilience in patients with prostate cancer from UMF 220, 2020"**

**M.C. and P. Christian Rodea Hernández and E. in M. F. Olivia Landa Martinez**

**INTRODUCTION:** Social support has been studied extensively in recent decades, as it plays a “protective” role in the natural history of the disease. In addition to the theoretical concept of psychosocial resilience, it consists of: adversity, vulnerability, coping, subjective well-being, locus of control and competition. Developing these two concepts, in favor of patients diagnosed with Prostate Cancer, which is the number one neoplasm in Mexico in men.

**JUSTIFICATION:** From the point of view of Family Medicine, which has the health-disease process as its area of study, therefore, it must provide comprehensive management. Prostate cancer is the main neoplasm in men, and the process with which the patient manages the disease depends on the degree of social support and resilience of the patient.

**OBJECTIVE:** To establish whether there is an association between maximum social support and the development of a higher level of resilience in patients with prostate cancer at UMF 220 Toluca 2020.

**MATERIAL Y METHOD:** Observational, analytical, cross-sectional study. Where a population of 77 patients diagnosed with prostate cancer was studied. To which the DUKE UNC-11 social support instruments and the ITEMS 14 Resilience Scale (WAGNILD) were applied.

**RESULTS:** The Chi square statistical test was applied, obtaining a P value of 0.059, showing that there is no statistically significant association between Social Support and Degree of Resilient Coping.

**KEYWORDS:** Social support, degree of resilience, prostate cancer.

## I. MARCO TEÓRICO

### I.1 Apoyo social

#### I.1.1 Antecedentes

El surgimiento del concepto de red de apoyo social nace con John Barnes en el año de 1954 tras la necesidad de explicar aspectos como “el acceso a puestos de trabajo, la actividad política y los roles maritales”. Los primeros conceptos sobre el apoyo social se originaron en los años sesenta por el psiquiatra británico John Bowlby (1969) a través de su teoría del desapego, cuando surgió la necesidad de explicar el cariño de una madre hacia los hijos, en específico el del efecto protector, desde la infancia y durante la vida. <sup>(1)</sup>

En la década de los setenta se publican tres artículos pioneros en el tema con: Cassel J. (1974, 1976) sobre procesos psicosociales y estrés y, el trabajo de Cobb S. (1976) sobre el apoyo social como amortiguador de los procesos estresantes vitales. A partir de estos estudios es que el apoyo social se definiría como el proceso en que se dan las transacciones entre las personas (Caplan G., 1974; Cassel, Caplan y Cobb, 1976), o como “los vínculos entre individuos o entre individuos y grupos que sirven para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, reto o privación” (Caplan y Killilea, 1976) y, como “cualquier impulso provisto por otra persona (o grupo) que mueve al receptor hacia las metas que desea” (Caplan, Robinson, French, Caldwell y Shinn, 1976).

Para el año de 1977 Caplan, Cassel y Gores definían al apoyo social como “el grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas (afecto, estima, pertenencia, etc.) a través de su interacción con otros individuos. Johnson y Sarason (1979) definían al apoyo social como “el grado en que los individuos tienen acceso a recursos sociales, a partir de relaciones de confianza con otros individuos” y Lin, Simeone, Ensel y Kuo (1979) como el “apoyo accesible a un individuo a través de sus vínculos sociales con otros individuos, grupos y comunidad”. <sup>(1)</sup>

### I.1.2 Generalidades

El concepto de soporte social y sus operacionalizaciones pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo.

- La primera se refiere a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad.
- La segunda representa la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes. Barrera (1986); Cobb (1976); Folkman, Chesney, Johnson y coates (1991).
- Finalmente, el soporte social efectivo simboliza las acciones soporte, a la ayuda efectiva, y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidades. Tardy (1985); Barrera (1986). <sup>(2)</sup>

Respecto a la función del apoyo social se reconocen cuatro tipos:

- 1) El emocional que provee al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad.
- 2) El valorativo, representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien, y sentirse acompañado socialmente.
- 3) El informacional, también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red.
- 4) El instrumental constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema, Aquí la fuente brinda ayuda práctica y concreta. <sup>(3)</sup>



Pastor, et al. (1994) evaluaron el papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico y obtuvieron que la variable de apoyo social de la red familiar se constituía como predictiva de la ansiedad y depresión, así como del dolor en las enfermedades crónicas estudiadas.

Las razones que enumera se describen a continuación:

- Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar.
- Movilizan recursos informales promoviendo la participación.
- Promueven la validez ecológica y resultan más accesibles.
- Indicadas en una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico.
- Aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumenta la autorresponsabilización y competencias personales.
- Reciben este tipo de apoyo no sólo las personas directamente implicadas, sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellas (cuidadores, familiares, etc.).

De manera general la tendencia ha sido asumir dos posiciones teóricas respecto al papel del apoyo social en la salud.

- La primera hipótesis sobre los efectos principales o directos, plantea que los efectos de la relación entre apoyo social y salud son independientes del grado de estrés que el individuo experimente ya que el apoyo social aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud; es decir, se establece una relación directamente proporcional entre el apoyo social y la salud, por lo que si se aumenta el apoyo social aumenta la salud, (aunque existe consenso alrededor de este planteamiento, no cuenta con el suficiente fundamento teórico ni empírico).
- La segunda hipótesis plantea que el apoyo social sirve de protector o amortiguador del estrés o efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes.

Este planteamiento manifiesta que el efecto rehabilitador del apoyo social tiene dos vías de acción fundamentales:

- La intervención de apoyo social entre el evento estresor y/o sus expectativas y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, lo que favorece la respuesta eficaz ante la amenaza o su enfrentamiento adecuado.

- La intervención del apoyo social entre el estrés y sus consecuencias patológicas a través de medidas para reducir la percepción del estrés o comportamientos que influyan de manera directa en la enfermedad y los procesos patológicos.

Marín (2002) refiere que el sistema de apoyo social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.

### I.1.3 Apoyo social en enfermedades crónicas

Una enfermedad crónica es una condición de salud de duración extendida en el tiempo, mayor de 6 meses y a menudo de por vida, que implica algún grado de limitación en la vida cotidiana del individuo y puede conllevar discapacidad, con largos períodos de cuidado y supervisión, ya sea como consecuencia de su severidad y/o de los efectos del tratamiento (Yeo & Sawyer, 2005). Puede ser descrita como un evento estresante y un gran desafío adaptativo, que implica cambios en el estilo de vida y un proceso de ajuste, a veces de por vida, a diversos cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales que conlleva la enfermedad y su tratamiento, pudiendo eventualmente generar una incapacidad permanente en quien la padece (Bishop, 2005; Han, Lee, Lee & Park, 2003).

El cáncer es una enfermedad de alto costo que se constituye como la principal causa de muerte a nivel mundial. En el aspecto psicológico, el cáncer es un hecho vital no normativo que causa estrés emocional. Según Cano (2005) los pacientes

con cáncer deben afrontar grandes cambios emocionales, conductuales y sociales, lo que puede llevar a modificaciones en su rol familiar y comunitario.

Independiente de los recursos que posea el individuo, el diagnóstico de una enfermedad crónica resulta una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora (Grau, 2005). Por ello, es necesario desarrollar un proceso de adaptación a la enfermedad crónica, el que tendrá como uno de sus resultados, una determinada calidad de vida, siendo factores importantes para este resultado el curso del tratamiento, la limitación funcional, el estrés psicosocial asociado con la enfermedad, las características personales y del entorno socio-familiar (Livneh & Antonak, 2005).

El interés del estudio de la influencia del apoyo social sobre la salud y la enfermedad ha aumentado durante las últimas décadas, la bibliografía al respecto es muy amplia. Las investigaciones respaldan el estudio del fenómeno desde tres perspectivas: Estructura de la Red (lazos básicos entre miembros de la red social), Funciones de Apoyo (funciones de la fuente de apoyo que fluyen a través de estos lazos de la red), y la naturaleza de las relaciones (contacto de los individuos con los integrantes o miembros de la red).<sup>(4)</sup>

Se ha encontrado que el apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida (Eldridge, 1994; Kimberly y Serovich, 1999), provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo. Esto, a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud. Algunos estudios han reportado que el apoyo social tiene un impacto positivo en el desarrollo de autoeficacia, definiéndola como la creencia individual en la habilidad y competencia para realizar alguna conducta en particular (Penninx, van Tilburg, Boeke, Deeg, Kriegsman y van Eijk, 1998).

Según la revisión de los trabajos realizados por Ren y cols. Citados por Díaz y García, el apoyo social disminuye los riesgos de problemas psicológicos y de enfermedades psiquiátricas. Otros autores revelan en sus estudios la diferencia entre la calidad y cantidad del apoyo social, de tal forma que la calidad del apoyo es un mejor predictor de la autopercepción que la cantidad.

Los estudios muestran que, por lo general, los pacientes con cáncer perciben apoyo social eficiente (Kolankiewicz, Souza, Magnago y De Dominico, 2014), aunque puede haber variaciones en las dimensiones del mismo; es decir, es posible observar diferencias en los apoyos informacional, instrumental y emocional (Andrés, Remesal y Torrico, 2009). Otras diferencias suelen observarse dependiendo del sexo, la edad, la escolaridad, el tipo de cáncer, los tratamientos y el tiempo de diagnóstico (Costa-Requena, Ballester y Gil, 2015; Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell y Hamovitch, 1992).

En un sentido amplio, es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia, para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).

El apoyo social emocional, el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento, ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación. <sup>(5)</sup>

#### I.1.4 Escala de apoyo social Duke - UNC - 11

Uno de los instrumentos utilizados para estudiar el apoyo social subjetivo es el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988), que evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, y tiene la ventaja de ser multidimensional y destacar por su sencillez y brevedad. <sup>(6)</sup>

Este cuestionario fue originalmente validado en pacientes estadounidenses, en su mayoría mujeres, blancas, por debajo de los 45 años. El instrumento original incluía ítems sobre cantidad de apoyo, apoyo confidencial, apoyo afectivo y apoyo instrumental. Tras la validación el cuestionario quedó reducido a las dos dimensiones previamente mencionadas, aunque tres de los 11 ítems en el estudio original no pudieron ser considerados dentro de las dos dimensiones del apoyo social (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988). Ha sido validada en población general (Bellón, Delgado, Luna del Castillo & Lardelli, 1996; Saameño, Sánchez, Castillo & Claret, 1996) como con personas seropositivas al VIH (De la Revilla, Marcos-Ortega, Castro-Gómez, Aybar-Zurita, Marín-Sánchez & Mingorance-Pérez, 1994; Remor, 2002b). En cuanto a los primeros, los estudios que tuvieron entre sus muestras a sectores de la población en general, en uno se obtuvo una estructura factorial similar a la versión en inglés –apoyo social de confianza y apoyo social afectivo– (Bellón et al., 1996), estableciéndose como criterio de corte de un bajo apoyo social si se obtenía una puntuación  $\leq 32$  puntos totales, de mínimos y máximos posibles de 11 y 55 puntos, respectivamente (véase Ruiz, de Labry, Delgado, Herrero, Muñoz, Pasquau et al., 2005). Por lo que hace a la adaptación y validación del mismo instrumento en personas seropositivas al VIH (De la Revilla et al., 1994; Remor, 2002b), en ambos casos se obtuvo una estructura factorial similar a la versión en inglés, con valores del  $\alpha$  de Cronbach que oscilaron entre .93 y .90, respectivamente. <sup>(7)</sup>

Por otro lado, el instrumento ha sido validado en población mexicana (Piña y Rivera, 2007) y colombiana (Alvarado, Zunzunegui y Delisle, 2005), y utilizado fundamentalmente en personas con patologías médicas, (por ej. De la Revilla, Marcos-Ortega, Castro-Gómez, Aybar-Zurita, Marín-Sánchez & Mingorance-Pérez, 1994; Piña y Rivera, 2007). <sup>(8)</sup>

## I.2 Resiliencia como definición

El concepto de resiliente ó resiliencia tiene su origen de la palabra del latín *resiliens*, *-entis*, part. pres. act. de *resilire* 'saltar hacia atrás, rebotar', 'replegarse', volver de un salto, resaltar, rebotar.

El diccionario de la Real Academia Española lo define como “capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos o la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.”

(9)

La resiliencia se refiere a la capacidad de la persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o para recuperarlo en otras condiciones. En el campo de la psicología y la psiquiatría, Scoville publicó el primer artículo en el que se emplea este término. Lo utilizó para referirse al hecho de que situaciones peligrosas para la vida no afectaban tanto a los niños y niñas como sí lo hacía el desarraigo de la familia.

Los diferentes autores que describieron el concepto de resiliencia encontraron que existe una habilidad para poder afrontar el estrés y los eventos adversos de la interacción de diversos elementos de la vida; por lo que se ha llegado a pensar que la resiliencia tiende hacer funcionalmente equiparada a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés y la adversidad. Existe una infinidad de definiciones sobre resiliencia, pero se ha llegado al acuerdo de que nos referimos a este concepto como algo positivo, afrontamiento en resultado al riesgo o a la adversidad. Una de las definiciones con la que nos encontramos es la más aceptada por Garmezy (1991) que la define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante. Para que exista cierta resiliencia tiene que presentar factores de riesgo como de protección que apoye a obtener un resultado bueno o disminuya o evite un resultado malo.

Una de las características de la resiliencia: Garmezy (1993) consideró que ciertas situaciones de estrés se encuentran tres factores primordiales en relación con las personas.

- El primero es el temperamento y los atributos de personalidad contemplan el nivel de actividad, la capacidad reflexiva en cuanto al afrontamiento ante nuevas situaciones, las habilidades cognitivas y la responsabilidad positiva.
- La segunda descubre en las familias especialmente en las familias pobres, caracterizadas por el cariño, cohesión y presencia de algún cuidado de un adulto.
- La tercera encontramos la disponibilidad de apoyo social en sus diferentes formas, como una madre sustituida, una institución que proporciona cuidados o los servicios de alguna iglesia, etc. <sup>(10)</sup>

### I.2.1 Historia

El primero en usar el término resiliencia en el campo de las ciencias de la salud fue el Doctor John Bowlby, definiéndolo como “resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir”.

Para Henderson y Milstein, (2004), la resiliencia “es la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad, y de desarrollar competencia social, académica y vocacional pese a estar expuesto a un estrés grande o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy”. De esta manera podemos decir que el afrontamiento resiliente es la habilidad para exitosamente afrontar el estrés y trascender los efectos nocivos de la adversidad

Un estilo de afrontamiento entonces es un atributo que se puede desarrollar en el tiempo, que puede ser promovido y aprendido, las investigaciones muestran que hay factores o fuerzas personales en la mayoría de los seres humanos que logran superar situaciones adversas: competencia social, sentido de autonomía, sentido de propósito y creencia en un futuro mejor, estas habilidades y competencias son el resultado y no la causa de la resiliencia.

A partir de esta idea surge la creencia fundamental que todas las personas tienen la capacidad de transformación exitosa y de cambio, no importa cuáles sean sus circunstancias de vida, haciendo énfasis en el potencial humano <sup>(11)</sup>

### I.2.2 Resiliencia y su relación con la salud

Encontramos factores de riesgo y protección ante una enfermedad, un factor de riesgo es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental cuya presencia incrementa la posibilidad de que produzca un comportamiento; un factor protector se refiere a un atributo o característica individual, condición situacional y/o marco ambiental que priva, disminuye la probabilidad de que se produzca un comportamiento inapreciable para el bienestar". La resiliencia está asociada a los factores de protección ocasionando que la resiliencia sea aún más alta. La configuración teórica del concepto de resiliencia psicosocial consiste en: adversidad, vulnerabilidad, afrontamiento, bienestar subjetivo, locus de control y la competencia. La habilidad que desarrollan las personas con resiliencia, hace que consigan mejorar y optimizar sus recursos para el mantenimiento personal de la salud. Este tipo de habilidades descritas por Palomar y Gómez, las cuales están adaptadas a la conducta de la salud: a) rápida respuesta ante el riesgo, b) madurez precoz, c) búsqueda de información, d) relaciones interpersonales positivas, e) optimismo, f) asunción de responsabilidad, ante diferentes situaciones de adversidades de la salud, se encuentran diferentes posiciones en las que se interviene la resiliencia: cuando se encuentra en primera persona por un riesgo de salud o una enfermedad determinada o cuando la posición corresponde a una persona muy cercana y querida, donde se tendrá que afrontar la enfermedad que padece. Las fortalezas de una persona resiliente aparecen cuando el individuo se encuentra a la altura de las circunstancias de la adversidad. Existe una cierta relación entre las enfermedades crónicas y el grado de resiliencia, las personas resilientes con enfermedad crónica tienen una recuperación y resistencia mayor. La resiliencia es la que abarca todos los semblantes de la vida del individuo e influye positivamente en la determinación de los problemas de una manera exitosa. <sup>(12)</sup>



### I.2.3 Modelos de estudio en resiliencia:

El afrontamiento resiliente al ser un proceso dinámico entre la persona y el entorno, no procede exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato. <sup>(25)</sup> En este punto es necesario mencionar algunos de los modelos más importantes que tratan de explicar el origen del afrontamiento resiliente:

#### I.2.3.1 Modelos centrados en las variables:

Para que se produzcan procesos de resiliencia, es necesaria la interacción de distintos factores o variables:

Factores de riesgo: según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo ya sean internas o externas, que aumentan la probabilidad y/o la predisposición de que un fenómeno determinado se produzca dentro de los que podemos mencionar los siguientes ejemplos:

1. Exposición continua a condiciones sociales adversas, como pobreza, mala alimentación, condiciones de sanidad deficientes.
2. Exposición a un evento traumático, como abuso sexual, o una severa adversidad como la guerra o desastres naturales como terremotos, inundaciones, pandemias.
3. Diversas combinaciones como puede ser un evento de alto nivel de riesgo con exposición a un evento traumático específico.

Vulnerabilidad: es importante abordar este concepto el cual se refiere a aspectos que pueden aumentar la susceptibilidad a los efectos negativos que forman parte de los factores de riesgo, como ejemplos: una historia de ansiedad, depresión o baja cohesión y adaptabilidad familiar.

Entonces de acuerdo a este modelo podemos entender que cuando existe un contexto adverso el cual puede ser alguno de los anteriormente mencionados o alguno distinto la persona o familia mostrara determinadas disfunciones en su funcionamiento y adaptación, circunstancias que determinaran la magnitud del impacto pudiendo este tornarse crónico.

Factores de protección: los cuales pueden ser comprendidos como situaciones que promocionan la salud o mitigan el impacto negativo del trauma, son atributos propios situacionales, ambientales o contextuales que hacen posible sobreponerse a las situaciones de riesgo críticas, condiciones estresantes para salir de ellas reforzando las cuales pueden ser incluso un suceso no agradable puede constituir un factor protector cuando éste hace que el individuo genere mecanismos que hagan que se adapte, fortalezca y aprenda.

Factores de protección internos: competencia social, habilidades de resolución de problemas, autonomía, sentido de propósito, esperanza en el futuro, etc.

Factores de protección externos: todas las redes de apoyo, cuidado, así como procesos familiares en situaciones de crisis.

El afrontamiento resiliente es un proceso dinámico de interacción entre las personas y su medio. Sin los factores de protección personales el afrontamiento resiliente no tendrá lugar, de igual forma una relación adecuada con el medio que facilite y promueva el desarrollo de esos factores tampoco.

A partir de lo cual surgen los siguientes modelos:

Modelos sumativos: consideran las conductas de resiliencia como la diferencia entre factores protectores y factores de riesgo recomiendan dirigir todos sus esfuerzos en promover y fomentar el número de factores protectores y disminuir el número de factores de riesgo.

Modelos de interacción: se contempla la interacción que existe entre factores de riesgo y factores protectores, así como la interacción entre personas y ambiente. También se considera que un mismo factor puede ser de riesgo o protector según la persona.

Modelos indirectos: consideran que muchos factores considerados de riesgo o protectores no actúan o inciden directamente sobre la persona, sino que dependiendo de las consecuencias que ese factor cree en el entorno, así será la influencia en la persona.

### I.2.3.2 Modelos centrados en la persona

Los modelos centrados en la persona intentan esclarecer y determinar cuáles son las características de las personas resilientes, en comparación con personas que no presentan conductas resilientes, así como de las diferencias existentes entre ambos grupos, observan y estudian distintos grupos de personas, que viviendo en diferentes situaciones y que de igual forma las resuelven de diferente forma, para determinar cuáles son las diferencias personales que existen entre las personas que muestran conductas resilientes y las que no, así como identificar las características de afrontamiento resiliente desarrolladas independientemente entre personas que viven en entornos favorables y adversos.

De esta manera tenemos que a través del tiempo se han llevado a cabo distintos estudios dentro de los que podemos mencionar: casos de personas resilientes, comparación entre dos subgrupos con alto grado de adversidad, comparación entre cuatro subgrupos, dos que viven en situación de adversidad y dos que viven en situación normalizada.

Tratando de conjuntar estas dos ideas la mayoría de investigadores asumen que la resiliencia es el resultado de la interacción entre muchos y diferentes factores ambientales y personales, sin embargo la resiliencia a diferencia de lo que habitualmente es percibido, no es algo extraordinario, sino que aparece de manera muy habitual entre individuos que viven en situaciones de adversidad, se define como “la capacidad, fruto de la interacción de diferentes variables personales con factores ambientales, que permite al individuo enfrentarse y resolver, de manera adecuada e integrada en su entorno cultural, diferentes situaciones de adversidad, riesgo o traumáticas por diferentes motivos, permitiéndole alcanzar una situación normalizada y adaptada a su medio cultural” .

Como ya se mencionó anteriormente existen diferentes modelos y clasificaciones sin embargo la clasificación de resiliencia elaborada por Anna Masten. Según Masten (2004) resume de manera práctica las variables, personales y ambientales predictores de desarrollo de resiliencia:

- Uno o más padres efectivos (amable, interactivo, positivo, presta apoyo, sincero, cortés, tacto al manejar situaciones difíciles, enérgico, sentido del humor)
- Redes de Apoyo
- Habilidades cognitivas, y de resolución de problemas
- Reguladores de emociones y atención
- Autoestima y autoeficacia percibida como positivas
- Esperanza
- Adhesión religiosa
- Aptitudes valoradas por la sociedad
- Amistades adaptadas
- Ventajas socioeconómicas.
- Escolarización efectiva
- Comunidad o contexto favorecedores

De esta manera podemos afirmar que las personas resilientes se caracterizan por una adecuada adaptación en situaciones de adversas o de riesgo, sin embargo a pesar de esto hay que destacar el afrontamiento resiliente que se produce como consecuencia de procesos ordinarios, es decir, el afrontamiento resiliente no tiene la base en cualidades especiales o extraordinarias y el hecho de que el afrontamiento resiliente pueda surgir de habilidades ordinarias y procesos habituales significa que de igual manera se puede desarrollar en todas las personas.

Entonces el desarrollar un estilo de afrontamiento resiliente de manera directa dotaría a las personas de una herramienta muy útil para hacer frente a sus diferentes situaciones.

#### I.2.4 La resiliencia como virtud

La resiliencia radica en la observación de que una persona por el simple hecho de vivir en un ambiente malo y en condiciones de mucha necesidad, adversidad o desigualdad, con lo cual no implicaría que esa persona esté abocada al fracaso

social, personal, salud e inclusive una mala funcionalidad en su ambiente familiar. En diversas investigaciones se menciona que a pesar de las adversidades que pueda estar pasando una persona resiliente es capaz de poder superar y aprender de la adversidad por la que este cursando, además ante este tipo de situaciones, es capaz de fortalecer las relaciones interpersonales. Como hemos podido comprobar la resiliencia es una forma de vida que abarca todo el entorno de la vida de la persona y consigue influir de una manera positiva en la resolución de los problemas de una forma que sea un logro para la persona. En relación con la salud es importante tanto en la profilaxis de comportamientos de riesgo de salud, como en la manera de afrontar las diversas enfermedades agudas y crónicas. <sup>(13)</sup>

#### I.2.5 Intervención en resiliencia en personas adultas con enfermedades crónicas

Existen diferentes estudios de salud en donde se considera que la resiliencia es un factor protector, modulador y amortiguador en la salud física y emocional, en lo que respecta en las enfermedades crónicas, el apoyo social, las creencias espirituales, la auto trascendencia, optimismo, autoestima, autoeficacia, autocontrol, sentido y propósito en la vida y el afecto positivo son variables que favorecen y modulan la resiliencia sirviendo como factores de protección. Como tal existen diferentes estudios de enfermedades crónicas señalan que la resiliencia puede reducir el dolor, el estrés, y aumentar la calidad de vida y poder afrontar con mayor facilidad la enfermedad. <sup>(12)</sup> En cuanto los programas de intervención con los enfermos crónicos en resiliencia, han mostrado, que esto puede llevar a un panorama positivo en la salud mental y bienestar físico. Todo esto implica un campo prometedor y de gran importancia en la investigación, por lo que nos invita a seguir investigando, debido a que los pacientes con enfermedades crónicas enfrentan síntomas continuos, ambigüedad de los mismos y el alto riesgo de complicaciones que traen con ellas. <sup>(14)</sup>

### I.2.6 Escala de resiliencia de 14 ITEMS (WAGNILD)

Esto ha llevado a realizar otras investigaciones de refinamiento para la construcción de un instrumento más corto, de 14 ítems (RS-14), sobre la escala original RS-25 (Wagnild & Young, 1993), donde se eliminaron once ítems (correlaciones ítem- total menores de 0,40), que se administró a 690 adultos de mediana edad, mostrando una correlación entre RS-25 y RS-14 de 0,97 y un alfa de Cronbach 0,93 (Damásio et al, 2011).

Mide el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. Además, esta escala correlaciona negativamente con depresión y ansiedad (Abiola & Udofia, 2011; Nishi et al., 2010). La RS-14 mide dos factores: Factor I: Competencia Personal (11 ítems, auto-confianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable). El autor (Wagnild, 2009c) de la escala original plantea los siguientes niveles de resiliencia, entre 98-82=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja; e 30-14=Muy baja.

La traducción de la escala original al español se realizó por tres profesores titulares de Filología inglesa de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de Jaén. Estas traducciones se revisaron a su vez por dos profesores de Psicología de la misma Universidad, con alto conocimiento de ambos idiomas y del constructo de resiliencia para seleccionar los ítems de la versión final para una mejor comprensión en español. Finalmente, se volvió a traducir de nuevo al inglés para comprobar su equivalencia y validez de contenido (Balluerka, Gorostiaga, Alonso-Arbiol & Aramburu, 2007; Carretero-Dios & Pérez, 2005, 2007; Carretero-Dios, Pérez & Buela-Casal, 2006). Siguiendo este proceso se llegó a la versión final de la escala en español (14 ítems) adaptada por los autores de este artículo con el acrónimo de ER-14. El estudio fue llevado a cabo a finales del año 2012 en las aulas del campus universitario. <sup>(15)</sup>

Es un instrumento desarrollado por Wagnild, La versión de la RS-14 en español se ha aplicado a mujeres de Ecuador. En concreto, a adolescentes y adultas (embarazadas) (Salazar-Pousada et al. 2010) y a mujeres de mediana edad (Chedraui et al. 2012). En primer lugar, para evaluar las estructuras de los factores que se encuentran en los estudios previos, se realizó un análisis factorial exploratorio. En segundo lugar, la fiabilidad se calculó a través de la consistencia interna (correlación ítem-total) para la ER-14 mediante el coeficiente alfa de Cronbach, donde los valores de  $\alpha > 0,70$  se consideraron adecuados. En tercer lugar, se han obtenido evidencias externas de la validez del cuestionario (validez de criterio) mediante la correlación con medidas de resiliencia general (Connor-Davidson Resilience Scale-Escala de Resiliencia de Connor y Davidson-CD-RISC, de Connor & Davidson, 2003). <sup>(16)</sup>

### I.3 CÁNCER DE PRÓSTATA

#### I.4 Introducción

El carcinoma prostático es un tumor maligno que deriva del epitelio acinar y ductal de la próstata, que puede variar considerablemente en su diferenciación glandular, anaplasia, comportamiento, patrones metastásicos y respuesta a la terapéutica.

El cáncer de próstata es una neoplasia maligna que se presenta en los varones de edad avanzada. Su ocurrencia se incrementa rápidamente después de los 50 años y la mediana de edad al momento del diagnóstico es de 72 años. Se ha observado que es particularmente común en los negros americanos y que Suiza tiene la tasa de incidencia más elevada del mundo en población blanca. Dado que el 90% de las muertes por cáncer de próstata ocurren después de los 65 años de edad, el mayor impacto se encuentra en un subgrupo de población con una expectativa de vida relativamente limitada. <sup>(17)</sup>

El tamizaje para el cáncer de próstata es la evaluación masiva de sujetos asintomáticos antes que ellos consulten espontáneamente a un médico por presentar sintomatología relacionada a la enfermedad.

Las pruebas diagnósticas fundamentales en el cáncer de próstata tienen aisladamente un valor limitado. De ahí su integración en diferentes algoritmos diagnósticos donde figura como paso inicial el tacto rectal junto con la determinación del antígeno prostático específico; también pruebas de cribado a quienes se les practica ultrasonido y toma de biopsia.

En los últimos años se ha intentado clasificar los tumores en función de su sensibilidad a los andrógenos. Así, los que precisan de los andrógenos para seguir creciendo se han denominado andrógeno-dependientes. Los andrógeno-sensibles son los que cuando se eliminan los andrógenos del medio, disminuye su crecimiento, pero no se mueren sus células. Finalmente, los andrógeno-independientes son los que crecen de forma independiente a la exposición o no de andrógenos. Las células de estos tumores serán las que causarán la muerte de la mayoría de nuestros enfermos.



## I.5 Epidemiología

En el mundo, el cáncer de próstata es la cuarta neoplasia sólida más común y su incidencia varía según la población: la más baja se observa en las asiáticas, con 1.9 casos por 100 000 habitantes y es muy alta en Norteamérica y en poblaciones escandinavas, con 272 casos por 100 000 habitantes. La mortalidad también tiene una distribución variada según la población: de 23 por 100 000 habitantes en Suecia y de menos de cinco por 100 000 en Singapur, Japón y China. <sup>(18)</sup>

De igual forma, en México el cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente en varones, representando el 25% de todas las neoplasias. La prevalencia del cáncer de próstata en autopsias es de 30-40% en hombres de 50 a 80 años de edad, aunque solamente el 1.05% de la población total lo expresará clínicamente. <sup>(19)</sup>

## I.6 Anatomía básica de la próstata

La glándula prostática o próstata es una parte clave del tracto reproductor masculino y se encuentra íntimamente ligada a las vías urinarias. Es una pequeña glándula que segrega la mayor parte de la porción líquida del semen que transportan los espermatozoides a lo largo del pene cuando se produce la eyaculación. La próstata se encuentra situada justo debajo de la vejiga urinaria y delante del recto. Del tamaño de una castaña, envuelve y rodea una sección de la uretra, que es la que transporta la orina desde la vejiga urinaria hasta el exterior. Durante la eyaculación, el semen es secretado por la próstata a través de unos pequeños poros en las paredes de la uretra.

Actualmente se utiliza el modelo de Mac Neal descrito en 1981. De acuerdo a este modelo, se diferencian cuatro zonas: la zona anterior, que ocupa el 30% de la glándula, constituida principalmente por tejido muscular liso; la zona periférica, la más grande, donde se origina el 70% de los cánceres de próstata; la zona central, ocupando el 20% de la glándula, se encuentra en relación con los conductos eyaculadores, aquí se desarrolla el 10% de los cánceres de próstata; y la zona de transición, que rodea la uretra, y de donde se origina la hiperplasia prostática benigna y el 20% de los cánceres de próstata.

La próstata normal presenta un diámetro transverso de 35-40 mm y un diámetro anteroposterior de 25-35 mm, la distancia del cuello-ápex oscila entre 25 a 35 mm. El volumen prostático normal es de 15 a 20 gr. <sup>(20)</sup>

## I.7 Métodos para detectar cáncer de próstata

### I.7.1 Tacto rectal

La próstata al ser explorada directamente mediante el tacto rectal se puede encontrar signos sugestivos de neoplasia como son la palpación de nódulos que pueden ocupar uno o ambos lóbulos, la asimetría de los lóbulos y la fijación de la glándula a las estructuras vecinas. Tiene la ventaja de su simplicidad, las desventajas son: la dependencia de la habilidad del examinador, y la habitual resistencia de los pacientes hacia el procedimiento. Tiene una sensibilidad para detección de cáncer de próstata del 55 al 69%, y especificidad del 89 al 97%. <sup>(21)</sup>

### I.7.2 Antígeno prostático específico (APE)

Es una glucoproteína secretada casi exclusivamente por el epitelio prostático, que lisa al coágulo de semen. Normalmente circula en concentraciones plasmáticas muy bajas, con una vida media de 2.2 a 3.2 días. La medición de sus niveles plasmáticos se detecta por técnica de anticuerpos monoclonales.

Se estima que la sensibilidad de APE está en el rango del 70 al 90%, y el valor predictivo positivo entre 26 y 52%. <sup>(22)</sup>

### I.7.3 Biopsia transrectal

La cifra de corte usada para indicar biopsia prostática es 2.3 ng/ml, en pacientes con historia familiar de cáncer de próstata y de 4.0 ng/ml en el resto de la población.

La medición del volumen tumoral en la biopsia transrectal es otro parámetro evaluado y se ha visto que tiene relación con la extensión tumoral extra-prostática.

<sup>(23)</sup>

### I.7.4 Ultrasonido transrectal

Se utiliza desde hace más de 30 años, proporcionando una excelente visualización de la próstata y vesículas seminales.

Indicaciones para ultrasonido transrectal:

1. Anormalidad de la próstata detectada por tacto rectal}
2. Aumento de antígeno prostático mayor a 4 ng/dl.
3. Sintomatología obstructiva baja con síntomas constitucionales
4. Evaluación de infecciones de vías urinarias complicadas.
5. Infertilidad

De acuerdo a la ecogenicidad de la próstata se puede calcular el porcentaje de positividad: Hipoecoica de 70 – 95%, isoecoica de 5 – 25%, hiperecoica de 1 – 10%.

(24)

### I.8 Estadificación del cáncer prostático

Para definir cierta fiabilidad el estadio de una neoplasia de próstata se han diseñado múltiples algoritmos basados principalmente en las cifras de antígeno prostático específico, el tacto rectal anormal, el ultrasonido y el índice de Gleason de las biopsias. (25)

El índice de la escala de Gleason incluye criterios histológicos donde se considera la distribución y aspecto de las glándulas malignas y los grados de anaplasia de las células cancerosas, se les asigna un puntaje de 1 a 5 según sea su grado de diferenciación histológica. El patrón histológico se determina eligiendo los dos tipos más frecuentes que sumados, forman la puntuación de Gleason que va de 2 a 10: Bien diferenciados de 2-4, moderadamente diferenciados de 5-7, pobremente diferenciados de 8-10. (26)

### I.9 Diseminación

La diseminación de este cáncer comienza frecuentemente por las vesículas seminales y esto está relacionado con una elevada probabilidad de enfermedad distante. La afectación rectal es rara y con frecuencia se afecta el trigono de la vejiga. Las metástasis linfáticas son identificadas mayormente en las cadenas de ganglios intrabdominales. Los huesos de la cabeza y el tronco son el sitio más usual de metástasis a distancia y la espina lumbar es la más afectada, así como el pulmón, hígado y glándulas suprarrenales. (27)

## I.10 Tratamiento

El tratamiento está dirigido a incrementar la supervivencia de los pacientes diagnosticados, así como su calidad de vida, en períodos largos, libres de recaídas y metástasis. El mismo depende también de la etapa clínica de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Por tanto, en la mayoría de los casos se realiza invariablemente la cirugía, prostatectomía total, seguida de radioterapia, quimioterapia y tratamiento hormonal según sea el caso.

Como la mayoría de los adenocarcinomas de próstata son hormonodependientes la terapia hormonal es la opción terapéutica principal para los pacientes con esta enfermedad. La finalidad perseguida por la hormonoterapia es suprimir la testosterona para evitar que esta hormona llegue a las células neoplásicas, ya que las células cancerosas necesitan hormonas masculinas para su crecimiento, por esto es el tratamiento básico para combatir los carcinomas metastáticos avanzados, se usa después de la cirugía o de la radioterapia, se crea dependencia y esta puede cesar al cabo de los años y el paciente puede necesitar otra modalidad hormonal. Esta terapia puede consistir en orquiectomía, agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LH-RH) como son leuprolide, goserelin o buserelin.

También se usan medicamentos antiandrogénicos como son la flutamida y la bicalutamida. Por último, algunas previenen la formación de andrógenos por la suprarrenal como son el ketoconazol y la aminoglutemida. La utilización de bloqueadores antiandrogénicos y agonistas LH-RH se denomina bloqueo androgénico total. El tratamiento antiandrónico tiene un efecto paliativo en el carcinoma prostático incurable mediante cirugía; induce remisiones, ofrece bastante alivio en los pacientes que antes habían sufrido mucho.

El crecimiento progresivo del tumor favorece la aparición de clones de células neoplásicas insensibles a la testosterona, y se incrementan de forma importante la frecuencia de muertes debida a fenómenos tromboembólicos; por lo que, a pesar de todos los tratamientos, los pacientes con formas diseminadas del cáncer tienen mal pronóstico. Cuando el grado de obstrucción es grave o si la hormonoterapia o el tratamiento antiandrónico no proporcionan alivio, será necesaria la resección

transuretral de la próstata. Puesto que el cáncer de la próstata invade el tejido hiperplásico no habrá ningún plano de separación lo bastante amplio que permita la enucleación intracapsular, como suele practicarse en la hiperplasia benigna.

En la práctica clínica se utilizan la castración quirúrgica (orquiectomía), la castración con estrógenos o análogos de LH-RH y el uso de antiandrógenos. El bloqueo androgénico máximo o total, utilizado con frecuencia, asocia un agonista de LH-RH y un antiandrógeno y busca la supresión simultánea de los andrógenos de producción testicular y suprarrenal.

La cirugía, radioterapia y hormonoterapia, son los métodos más adecuados para tratar a los pacientes con tumores localizados (estadios A y B). En la radioterapia se usan rayos x de alta energía, los cuales matan a las células cancerosas. Puede realizarse con una máquina para dichos fines (radiación externa) o a través de siembras de material radiactivo cerca del tumor (radiación implantada). Esta puede ser usada antes o después de la cirugía.

La cirugía está indicada en los estadios iniciales de la enfermedad, cuando aún no se ha diseminado, puede usarse la técnica llamada Nerve-Sparing Surgery con vistas a producir menor probabilidad de disfunción eréctil posteriormente, y se puede realizar prostatectomía parcial o radical con los ganglios de la zona. Existen tres técnicas quirúrgicas básicas, la prostatectomía radical retropúbica, la prostatectomía radical perineal y la resección prostática transuretral, muchas veces realizada con carácter paliativo para aliviar la obstrucción producida por el tumor. El método más común utilizado en el mundo, es la prostatectomía transuretral, en el que la glándula es extirpada o reducida en tamaño pasando un instrumento óptico flexible, llamado endoscopio, por la uretra. Es de esperar que más del 90% de los pacientes de este grupo vivan 15 años. La evolución y sobrevida, dependerán del control bioquímico, la dosis de radioterapia y la hormono-terapia, así como, el estadio clínico e histológico de la enfermedad en el momento del diagnóstico. <sup>(28)</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de próstata representa una de las patologías malignas más frecuentes en el hombre. Ocupando el primer lugar en México, en neoplasias malignas. Por otro lado, su diagnóstico temprano aún no ha logrado un impacto en la mortalidad específica relacionada con el diagnóstico de la enfermedad. Viéndose influenciado por el factor edad, ya que una de cada diez muertes ocurre en pacientes menores de 65 años, dos de cada diez pacientes con edad entre 65 y 74 años y siete de cada diez pacientes con edad de más de 75 años.

A su vez conociendo que no hay forma de prevenir el cáncer de próstata, y que en sus etapas avanzadas es incurable, es importante para el Médico Familiar estar familiarizado con este tema, ya que, al momento de conocer el diagnóstico de esta enfermedad, el paciente caerá en estado de depresión, lo cual afectaría el círculo familiar, dependiendo del grado de resiliencia de cada individuo, pudiéndose estar asociado a las redes de apoyo social con las que se cuente, para afrontar su enfermedad.

El apoyo social se define como el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia, para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). La resiliencia se define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante.

Teniendo estos dos conceptos bien establecidos, para el Médico Familiar, de igual manera teniendo el conocimiento de que el cáncer de próstata ocupa el primer lugar de neoplasias malignas en el hombre, en nuestro país, nos hace prestar especial atención a esta patología tan compleja y limitante.

Y debido a que se debe brindar una atención de manera integral, en la práctica diaria, es de suma importancia reconocer e identificar estos dos conceptos, los cuales son herramientas útiles para poder afrontar la enfermedad, evitando alterar los aspectos: emocional, social y de afecto de los demás integrantes de la familia o del círculo familiar.

Es por esto que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Existe asociación entre el apoyo social y el grado de resiliencia en pacientes con cáncer de próstata de la UMF 220, 2020?**



### **III. JUSTIFICACIÓN**

#### **III.1 Justificación Académica**

Recordando que el Médico Familiar tiene como área de estudio el proceso de salud – enfermedad, por lo tanto, debe dar manejo integral, lo cual involucra medidas preventivas, educativas y de recuperación, que responden a las necesidades sanitarias de la comunidad, en este caso para llevar seguimiento de la enfermedad propiamente dicha, así como las medidas que aplican las redes de apoyo para un buen funcionamiento familiar.

#### **III.2 Justificación Científica**

Se carece de información en cuanto a la relación que existe entre el apoyo social, y el grado de resiliencia en pacientes de cáncer de próstata, se justifica la necesidad de obtenerla, para indagar si estas variables repercuten de manera directa en el estado de salud del individuo. Por lo que el presente estudio tiene como finalidad la de conocer la asociación que existe entre el apoyo social y el grado de resiliencia en el cáncer de próstata, realizándose de manera intencionada, mediante el uso de herramientas (cuestionarios), directamente con los pacientes.

#### **III.3 Justificación Epidemiológica**

El cáncer de próstata es el segundo cáncer más común a nivel mundial. Ocupando el primer lugar en México, en neoplasias malignas. Esta enfermedad muestra grandes diferencias en su distribución de acuerdo con la raza y la región geográfica. Dado que el 90% de las muertes por cáncer de próstata ocurren después de los 65 años de edad, el mayor impacto se encuentra en un subgrupo de población con una expectativa de vida relativamente limitada. Por lo que el Médico Familiar, tiene que tener el conocimiento de esta patología

### III.4 Justificación Social

En la actualidad en nuestro sistema de salud, el cáncer de próstata es una neoplasia maligna que se presenta en los varones de edad avanzada. Su ocurrencia se incrementa rápidamente después de los 50 años y la mediana de edad al momento del diagnóstico es de 72 años. Dado que el 90% de las muertes por cáncer de próstata ocurren después de los 65 años de edad, el mayor impacto se encuentra en un subgrupo de población con una expectativa de vida relativamente limitada.

### III.5 Justificación Familiar

La familia por definición es un grupo social, organizado y abierto, es responsable de guiar y proteger a sus integrantes, conformando la primera red de apoyo cuando uno de los integrantes padece una enfermedad crónica, la familia sufre una crisis viéndose obligada a generar cambios y estrategias con la finalidad de conservar la funcionalidad familiar todo esto será dependiente de las características familiares, la etapa de la vida del paciente y el ciclo vital familiar, por tanto el objetivo de nuestro estudio se basa en determinar hasta qué punto el apoyo social puede determinar o alterar el curso y tipo de afrontamiento de la enfermedad.

## **IV. OBJETIVOS**

### IV.1 Objetivo general

Establecer la asociación entre el apoyo social y el grado de resiliencia de pacientes con cáncer de próstata de la UMF 220, 2020

### IV.2 Objetivos específicos

- Identificar el grado de apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo al grupo etario al que pertenecen.
- Determinar el grado de apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo a su escolaridad.
- Categorizar el grado de apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo a su estado civil
- Definir el grado de apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo a su demografía
- Describir el grado de apoyo social en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo a su ocupación.
- Clasificar el grado de resiliencia en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo a grupo de etario al que pertenecen.
- Clasificar el grado de resiliencia en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo a su escolaridad
- Determinar el grado de resiliencia en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo a su estado civil

## **V. HIPÓTESIS**

### V.1 Hipótesis alterna

Si existe asociación entre el apoyo social y el grado de resiliencia en pacientes con cáncer de próstata de la UMF 220, 2020

### V.2 Hipótesis nula

No existe asociación entre el apoyo social y el grado de resiliencia en pacientes con cáncer de próstata de la UMF 220, 2020

## **VI. METODOLOGÍA**

### VI.1 Tipo de estudio

Observacional, analítico, prospectivo, transversal.

### VI.2 Diseño de estudio

Se realizó en la población de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Próstata, que acuden a la consulta de Medicina Familiar durante el año 2020, se tomó una muestra de 77 pacientes a través de un proceso de muestreo no probabilístico, quienes cumplieron con criterios de inclusión con previa autorización y firma de consentimiento informado se aplicaron los instrumentos Escala de resiliencia 14 (WAGNILD, 2009), para evaluar grado de resiliencia y el instrumento de DUKE UNC-11 para evaluar el apoyo social.

### VI.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR	ITEM
Resiliencia	Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador, capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido	Respuesta adaptativa cuando una persona enfrenta condiciones adversas obteniendo beneficio de las mismas	Cualitativa Ordinal	Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, moderada resiliencia; y valores menores a 121, escasa resiliencia	25
Apoyo social	Es la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas.	Evalúa apoyo confidencial y el apoyo afectivo.	Cualitativa Ordinal	Los valores de 55 hasta 34 indican apoyo social máximo, entre 12 y 33, apoyo social medio, y menor de 11 con apoyo social mínimo.	11
Grupo Etario	Conjunto de sujetos agrupados por edad la cual es usada como carácter diferenciador	Agrupados en intervalos de 10 años	Cuantitativa de Intervalo	55-64 años 65-74 años 75-84 años 85-94 años	4
Ocupación	El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer	Empleo u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente	Cualitativa Nominal	Empleado Pensionado Jubilado	3
Estado civil	El concepto se utiliza desde el aspecto jurídico y en relación con el matrimonio y la filiación comprende el estado de cónyuge	Tomado acorde al estado actual del paciente	Cualitativa Nominal	Soltero Unión libre Casado Viudo	4
Escolaridad	Se considera como el tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza.	De acuerdo al grado máximo de estudios del paciente	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Medio superior Superior Posgrado	5
Demografía	Definiéndose como el estudio estadístico de una colectividad humana, referido a un determinado momento o a su evolución.	Lugar de residencia del hombre que vive en una determinada comunidad	Cualitativa Nominal	Urbana Semiurbana Rural	3

## VI.4 Universo de trabajo

Se integró de un total de 77 pacientes que acuden a consulta a la Unidad de Medicina Familiar 220, ambos turnos, en el aula 3, Toluca, Estado de México delegación 16 poniente del IMSS periodo 2020.

### VI.4.1 Tipo de muestreo y tamaño de muestra

Muestreo no probabilístico obteniendo una muestra de 77 pacientes derechohabientes con diagnóstico establecido de Cáncer de Próstata independientemente del tiempo de evolución y de la terapéutica actual empleada que acude a consulta externa de la UMF 220 ambos turnos.

### VI.4.2 Criterios de inclusión

Derechohabientes que estén adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Pacientes que cuenten con diagnóstico de cáncer de próstata.

Pacientes que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado y firmado.

### VI.4.3 Criterios de exclusión

Pacientes que cursen con enfermedades psiquiátricas o neurológicas que impidan contestar el cuestionario.

### VI.4.4 Criterios de eliminación

Pacientes que decidan revocar el consentimiento informado

Cuestionarios incompletos

## VI.5 Instrumentos de investigación

Se aplicaron los instrumentos Escala de resiliencia 14 (WAGNILD, 2009), para evaluar grado de resiliencia y el instrumento de DUKE UNC-11 para evaluar el apoyo social.

### VI.5.1 Escala de resiliencia 14 (WAGNILD, 2009)

#### Descripción

The 14-Item Resilience Scale (RS-14)-Escala de Resiliencia (ER-14) de 14 ítem de Wagnild, (2009c) basada en la Resilience Scale (RS-25)-Escala de Resiliencia (ER) de 25 ítem (Wagnild & Young, 1993) Mide el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. Además, esta escala correlaciona negativamente con depresión y ansiedad (Abiola & Udofia, 2011; Nishi et al., 2010). La RS-14 mide dos factores: Factor I: Competencia Personal (11 ítems, autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable). El autor (Wagnild, 2009c) de la escala original plantea los siguientes niveles de resiliencia, entre 98-82=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja; e 30-14=Muy baja.

#### Validación

La escala original en inglés presenta una fiabilidad  $\alpha = .92$  y la escala utilizada en español presenta una adecuada fiabilidad  $\alpha = .72$  y una confiabilidad test – retest de .67 a .84, Ha sido validado y utilizado en población mexicana en diversos estudios entre ellos Morelia, Michoacán, Chilpancingo Guerrero Cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach que variaba entre .72 y .92, confirmando la fiabilidad y consistencia interna de esa escala. Este instrumento se puede administrar en forma individual o colectiva, es autoadministrable y sin tiempo límite para completarlo.

#### Aplicación.

Estuvo a cargo del Tesista y se aplicó a un total de 77 pacientes con Cáncer de próstata que acudieron a la UMF No. 220, previa autorización y firma de consentimiento informado.



## VI.5.2 Instrumento DUKE UNC-11 para valoración de apoyo social

### Descripción

El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC fue diseñado por Broadhead en 1988. Su objetivo era medir “apoyo social funcional percibido”. La calidad del apoyo social ha demostrado ser mejor predictor de salud y bienestar, explora los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social.

### Evaluación

Se trata de un cuestionario de 11 ítems. Cada pregunta admite 5 posibles respuestas. El análisis factorial original demuestra la existencia de dos dimensiones: apoyo confidencial (ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9, y 10) y apoyo afectivo (ítems 3, 4,5 y 11).

La puntuación obtenida, que oscila entre 11 y 55, es importante recalcar que el resultado es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta mayor puntuación, menor apoyo. Los niveles de calificación de acuerdo a los creadores del instrumento son los siguientes: Máximo de 34 a 55 puntos, medio de 12 a 33 puntos y mínimo de menos de 11 puntos

### Validación

El cuestionario de apoyo social funcional de DUKE UNC-11 fue diseñado por Broadhead en 1988. Su objetivo es medir “apoyo social funcional percibido”. La calidad del apoyo social ha demostrado ser mejor predictor de salud y bienestar que el número de amigos o la frecuencia de visitas, las llamadas medidas estructurales. Explora los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social.

### Aplicación.

Estuvo a cargo del Tesista y se aplicó a un total de 77 pacientes con Cáncer de próstata que acudieron a la UMF No. 220, previa autorización y firma de consentimiento informado.

## VI.6 Desarrollo del proyecto

Se llevó a cabo la elaboración del protocolo y una vez aprobado con previa autorización del comité local de investigación del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar Numero 220 se procedió a seleccionar a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión a quienes se les dio a conocer de forma clara y precisa el objetivo del proyecto posteriormente se les dio a leer y a firmar el consentimiento informado siendo canalizados al aula 3 de la Unidad de Medicina Familiar para la aplicación de los instrumentos previamente seleccionados Escala de resiliencia 14 (WAGNILD, 2009) y el instrumento de DUKE UNC-11 además de la ficha de identificación, una vez obtenidos los resultados se procedió a su análisis.

## VI.7 Límite de tiempo y desarrollo

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar a través de una programación que permitiera aplicar evaluaciones en ambos turnos y diferente consultorio en cada ocasión, en un periodo de tiempo de 8 meses aproximadamente durante el 2020.

## VI.8 Diseño de análisis

Una vez aplicados los instrumentos de evaluación se revisaron y ordenaron, se creó en base de datos inicial en el programa EPI-INFO posteriormente esa base de datos se utilizó para su análisis el programa estadístico SPSS V-22, de manera inicial se procedió a realizar un análisis descriptivo para conocer las características de la población estudiada mediante el porcentaje de diversas ocupaciones, estado civil, escolaridad, demografía, para comprobar la asociación entre variables cualitativas ordinales se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada, en el programa SPSS de P de 0.059 lo cual significa que no existe asociación entre las dos variables cualitativas, posteriormente se procedió a presentar los resultados mediante tablas y gráficas.

## VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

La investigación se apegó a las normas éticas internacionales en materia de investigación, descritas en el Código de Núremberg, Declaración de Helsinki que establece la investigación ética que establece a sujetos humanos, adoptada por la 18ª Asamblea General de la WMA, Helsinki Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea de WMA, Tokio, Japón de octubre de 1975, 35ª Asamblea de WMA, Venecia, Italia, Octubre de 1983 41ª Asamblea general de WMA, Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea Somerset West, república de ciudad áfrica octubre de 1956, 52ª asamblea de WMA Edimburgo Escocia, octubre del 2000; 53ª asamblea general de la WMA Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de WMA, Tokio 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de WMA, Seúl , Octubre del 2008, (Asociación Médica Mundial, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013) y al reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos clasificando esta investigación sin riesgo para los sujetos de estudio conforme Art 13 porque en la investigación, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad 14, Fracción V, Art.16 que menciona que en las investigaciones en seres humanos se debe proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación y Art. 17, Fracción II. Investigación con riesgo mínimo. El Art. 20 que refiere que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los instrumentos, con la capacidad de libre elección y sin coacción Artículo 21 para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla sobre los siguientes aspectos I. La justificación y los objetivos de la investigación, II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, así como las molestias o los riesgos esperados, Los beneficios que puedan observarse, V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto, VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos,

riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto, VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando; X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación. De igual manera nos apegamos a los principios de la bioética de Beauchamp y Childress que garantizan los derechos propios de los seres humanos como parte de la investigación:

#### Autonomía:

Se garantizó este principio hablando de manera clara y en términos entendibles, permitiendo que el paciente decidiera de manera voluntaria y libre de cualquier tipo de presión ejercida hacia su persona, de igual forma el participante fue libre de retirarse del estudio si así lo deseaba en cualquier momento sin que esto le impidiera continuar su cuidado y tratamiento o modificara de manera negativa la atención o la calidad de la misma.

#### Beneficencia:

De manera inicial se señaló que el participante no obtendría ningún beneficio económico o de atención sin embargo cuando identificaron áreas de oportunidad se brindó apoyo, consejería, de igual forma se proporcionó herramientas de información y orientación, para mejorar el afrontamiento de su enfermedad.

No-maleficencia:

Este principio fue objeto de especial atención garantizando antes que nada no causar daño, de esta manera se abordaron los temas de índole privado con el mayor tacto posible procurando dar la importancia necesaria y respetando ante todo los sentimientos y emociones expresados por el paciente sin ser objeto de represión o discriminación.

Justicia:

La manera en que garantizamos que todos los pacientes contaran con la misma posibilidad para el acceso al estudio fue trabajando en ambos turnos y en días de la semana y fechas alternadas con la intención de cubrir un día distinto una hora distinta y un consultorio distinto en cada ocasión, de igual forma se garantizó que ningún paciente fuera abandonado, en ningún momento del proceso de estudio, así como la posibilidad de que cualquier paciente pudiera participar en el estudio.

Se contempló la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Esta establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico que en correspondencia con la ley general de Salud y el reglamento en materia de investigación para salud institución o establecimiento que puedan llevar a cabo realicen actividades de investigación para la salud en seres humanos. Se sometió a evaluación por el comité local de investigación y ética del Hospital General Regional con Unidad de Medicina Familiar 220.

## **VIII.ORGANIZACIÓN**

Tesista: Primer Autor: M.C. Y P Christian Rodea Hernández

Director de Tesis: Segundo Autor: E. en M.F. Olivia Landa Martínez

Créditos: Para efectos de publicación o presentación en eventos académicos el Tesista siempre aparecerá como primer autor y el Director de Tesis como segundo autor de todos los casos.



## IX. RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados posterior a la selección y aplicación de las herramientas a una muestra de 77 pacientes captados en la UMF 220 Toluca Estado de México en el año 2020, de los cuales correspondieron un 100% (77) del género masculino con un rango de edad de 56 a 93 años de edad, presentando una media de 76.44 años,

mediana de 77.00 años , una moda de 75 años, con un valor mínimo de 56 años y un valor máximo de 93 años, respecto a su estado civil podemos mencionar que nuestra muestra se compuso de un 80.5% (62) de pacientes casados, un 10.4% (8) de pacientes viudos, un 6.4% (5) de pacientes solteros y un 2.6% (2) de pacientes que se encontraban en unión libre, de acuerdo a los grupos etarios encontramos 9.1% (7) en pacientes de 56-64 años, 28.6% (22) en pacientes 65-74 años, 44.1% (34) pacientes de 75-84 años y 18.2 % (14) de pacientes 85-94 años respectivamente. Respecto a la escolaridad encontrada en nuestro grupo estudiado podemos mencionar que nuestra muestra se compuso de 20.8% (16) de pacientes con nivel primaria, 36.4% (28) con nivel secundaria, 25.9% (20) con nivel medio superior, 14.3% (11) con nivel superior y 2.6% (2), con nivel posgrado. En lo que concierne a la ocupación los resultados fueron: empleados 24.7% (19), jubilados 14.3% (11) y un 61.0% (47) pensionados. En cuanto a su demografía se encontró que el 39.0% (30) se encontraba en zona urbana, el 58.4% (45), en zona semi urbana, y el 2.6% (2) en zona rural.

Una vez conocidas las características de nuestro grupo se procedió a determinar si es que existe asociación entre las variables apoyo social y el grado de resiliencia, objetivo principal de nuestro trabajo, a través de la prueba estadística Chi Cuadrada ( $\chi^2$ ) = 50.754 con un grado de libertad de 4, obteniendo un valor de  $P= 0.059$  lo que significa que efectivamente existe asociación entre las variables estudiadas, por lo tanto se acepta la Hipótesis Nula y se rechaza la Hipótesis Alternativa (**CUADRO 1, GRAFICA 1**).

Dentro de nuestro grupo de estudio determinamos que el grado de apoyo social más frecuente fue el de nivel medio encontrándose en el 54.5% (42) de los pacientes, seguido del nivel mínimo, con el 40.3% (31) de los pacientes, predominando en el grupo etario de 75 a 84 años con el 24.7% (19) y el 16.9% (13), seguido del grupo etario de 65 a 74 años con el 13% (10) y el 14.3% (11) respectivamente **(CUADRO 2, GRAFICA 2)**.

Con respecto a la escolaridad podemos mencionar que aquellos en que predominó un nivel medio del grado de apoyo social en nuestro estudio fueron pacientes con escolaridad nivel secundaria con el 22.1% (17) de los pacientes, seguido del nivel primaria con el 16.8% (13) de los pacientes, continuando con el nivel mínimo de apoyo social, que se presentó en el 15.6% (12) con escolaridad de nivel medio superior, y el 14.3% (11) con escolaridad de nivel secundaria. **(CUADRO 3, GRAFICA 3)**.

En base al estado civil, donde predominó el estado civil casado, con 80.5% (62) de los pacientes, se determinó que el grado de apoyo social con mayor frecuencia fue el de nivel medio con un 42.8% (33) de los pacientes, seguido del nivel mínimo, con el 32.5% (25) de los pacientes. **(CUADRO 4, GRAFICA 4)**.

En nuestro grupo de estudio se observó que el mayor porcentaje de los pacientes pertenecen a una demografía semi urbana en el 58.4% (45) de los pacientes, continuando con el 39% (30), en una demografía urbana, determinándose que, en ambos, el nivel de apoyo social con mayor predominio fue el nivel medio, seguido del mínimo, con el 33.7% (26), 20.8% (16) y el 22.1% (17), 15.6% (12), respectivamente **(CUADRO 5, GRAFICA 5)**.

Posteriormente determinamos en cuanto a la ocupación, que el 61.0% (47) se encontraba jubilado, siendo su nivel de apoyo social el nivel medio con el 32.4% (25) de los pacientes, seguido del nivel mínimo en el 27.3% (21) de los pacientes, **(CUADRO 6, GRAFICA 6)**.

Grado de resiliencia que se determinó con mayor frecuencia fue el normal, en el 44.1% (33) de los pacientes, seguido del nivel bajo y alto, con el 23.4% (18) en ambos casos, siendo el grupo etario con mayor predominio, el de 75 a 84 años, con un 22.1% (17) de los pacientes en un grado de resiliencia normal, seguido de un 9.1% (7) con un grado de resiliencia baja, siguiendo con el grupo etario de 65 a 74 años, con el 28.6% (22) del total de los pacientes, observándose una resiliencia baja en el 11.7% (9), posteriormente una alta resiliencia en el 9.1% (7) de los pacientes **(CUADRO 7, GRUPO 7)**.

Escolaridad que presenta una resiliencia alta posterior a la revisión de resultados encontramos se encuentra representado por pacientes con escolaridad secundaria con 10.4% (8), seguido de 16.9%(13) con escolaridad nivel secundaria con un nivel de resiliencia normal, respecto a 7.8 % (6) pacientes con baja capacidad de resiliencia **(CUADRO 8, GRUPO 8)**.

Respecto al estado civil, se determinó a pacientes casados, tienen un grado de resiliencia normal en el 33.7% (26), seguido de un nivel bajo de resiliencia en el 20.8% (16), y un nivel alto en el 18.2% (14) de los pacientes. **(CUADRO 9, GRUPO 9)**.

## X. DISCUSIÓN

No se encontraron estudios o artículos que evalúen específicamente el apoyo social asociado con el desarrollo de un estilo de afrontamiento resiliente, sin embargo, posterior a la realización del presente estudio no es posible afirmar que un nivel de apoyo social máximo, sea un factor determinante, para aumentar el grado de resiliencia de una persona, ya que debido a los datos obtenidos, no se logró determinar una asociación entre ambas variables, quedando el resultado estadísticamente no significativo.

En nuestro estudio determinamos que el grupo etario no determino mayor apoyo social, ni mejor nivel de resiliencia, ya que el apoyo social medio fue predominante en el grupo de 75-86 años, no vinculándose la edad, con mayor o menor grado de resiliencia o apoyo social, lo cual no se relaciona de manera directa con lo que menciona el artículo “Estilos de afrontamiento en situación de desplazamiento” en personas jóvenes existe una mayor adaptación frente a un nuevo escenario donde existen continuas reevaluaciones y planificación, lo que repercute de manera directa en el desarrollo personal.

Con respecto a la escolaridad podemos mencionar que aquellos que calificaron con un mayor grado de resiliencia, no fue equiparable con mayores niveles de educación, ya que tanto en el nivel de resiliencia baja, normal y alta, lo que más predominó fue la escolaridad secundaria. lo que es semejante en el artículo “Predictores de respuestas psicológicas de duelo ante la pérdida de la salud” donde se hace mención que pacientes con menor escolaridad eran más espirituales y llevaban mejor el proceso de duelo ante la pérdida de salud que las personas con mayor escolaridad fuesen o no espirituales.

En base a la ocupación podemos observar que destaca que la mayoría de nuestros pacientes se encontraban en un estado de pensionado con el 61.0 % (47) de los pacientes, debido a la edad, con la que se encontraban al momento del estudio.

## XI. CUADROS Y GRAFICAS

**CUADRO 1. ASOCIACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y EL GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

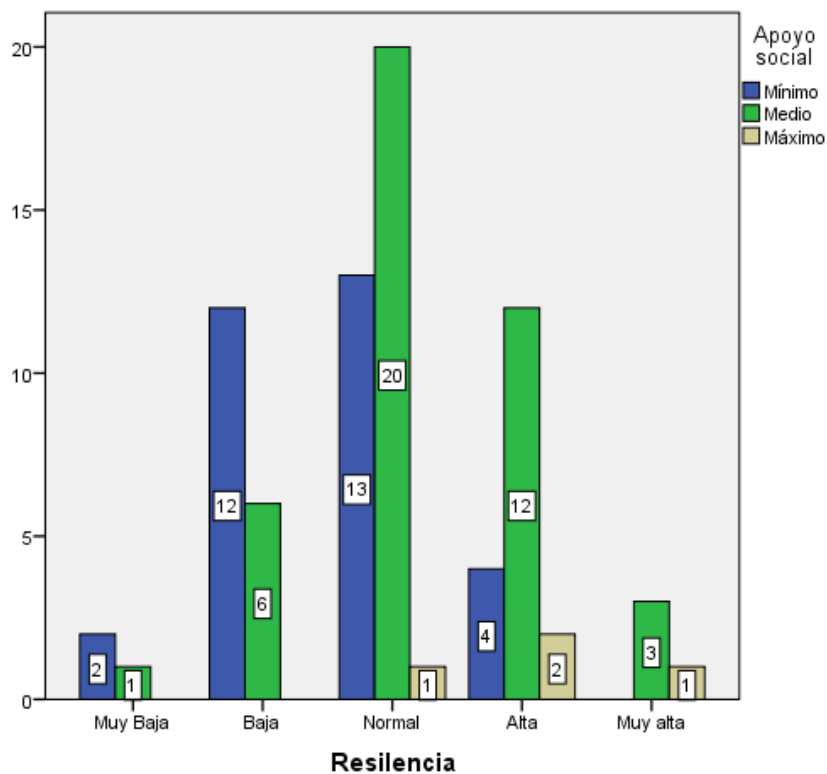
RESILIENCIA \ APOYO SOCIAL		Mínimo	Medio	Máximo	Total
Muy Baja	Frecuencia	2	1	0	3
	% del total	2.60%	1.30%	0.00%	3.90%
Baja	Frecuencia	12	6	0	18
	% del total	15.60%	7.80%	0.00%	23.40%
Normal	Frecuencia	13	20	1	34
	% del total	16.80%	26.00%	1.30%	44.10%
Alta	Frecuencia	4	12	2	18
	% del total	5.20%	15.60%	2.60%	23.40%
Muy alta	Frecuencia	0	3	1	4
	% del total	0.00%	3.90%	1.30%	5.20%
Total	Frecuencia	31	42	4	77
	% del total	40.20%	54.60%	5.20%	100.00%

Fuente: Base de datos

#: porcentaje

$\chi^2 = P 0.059$

**GRAFICA 1. ASOCIACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y EL GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



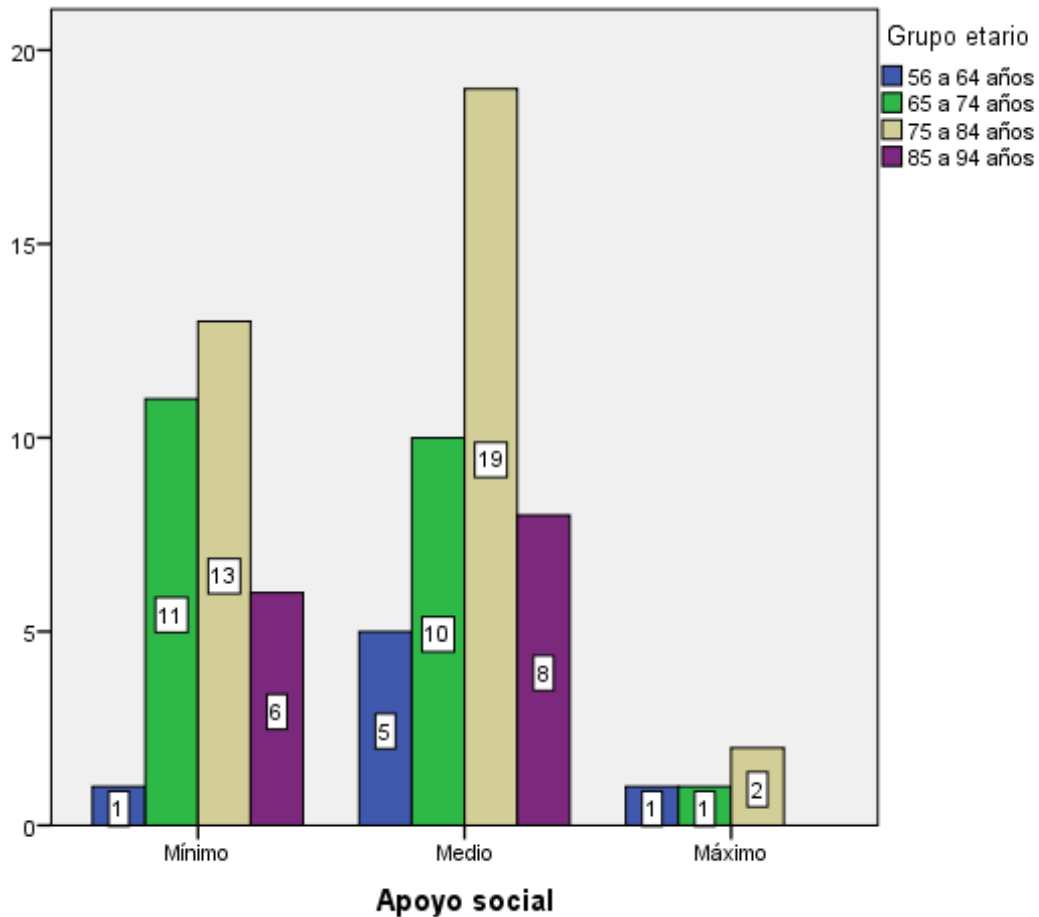
Fuente: Cuadro 1

**CUADRO 2. GRUPO ETARIO CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

APOYO SOCIAL \ GRUPO ETARIO		56 a 64 años	65 a 74 años	75 a 84 años	85 a 94 años	Total
		Mínimo	Frecuencia	1	11	13
	% del total	1.3%	14.3%	16.9%	7.8%	40.3%
Medio	Frecuencia	5	10	19	8	42
	% del total	6.4%	13.0%	24.7%	10.4%	54.5%
Máximo	Frecuencia	1	1	2	0	4
	% del total	1.3%	1.3%	2.6%	0.0%	5.2%
Total	Frecuencia	7	22	34	14	77
	% del total	9.0%	28.6%	44.2%	18.2%	100.0%

Fuente: Base de datos  
%: porcentaje

**GRAFICA 2. GRUPO ETARIO CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



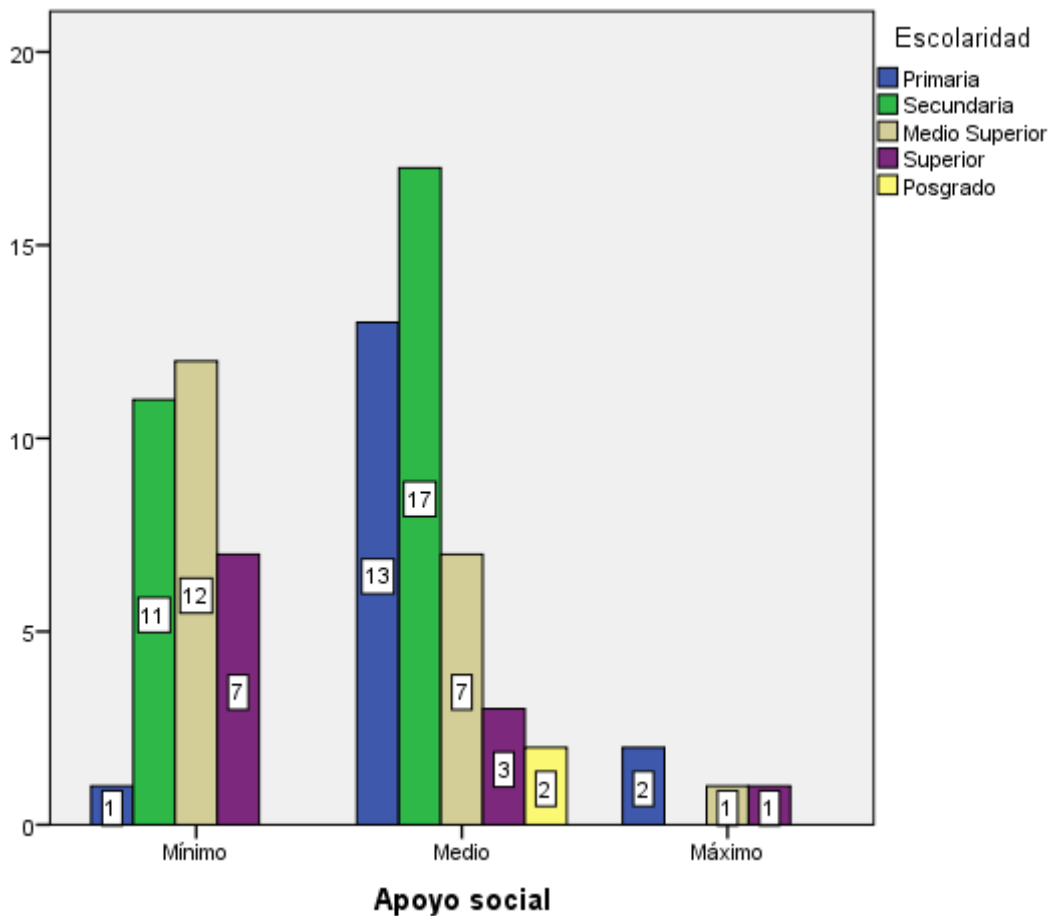
Fuente: Cuadro 2

**CUADRO 3. ESCOLARIDAD CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

APOYO SOCIAL \ ESCOLARIDAD		Primaria	Secundaria	Medio Superior	Superior	Posgrado	Total
		Mínimo	Frecuencia: 1	11	12	7	0
	% del total	1.3%	14.3%	15.6%	9.1%	0.0%	40.3%
Medio	Frecuencia: 13	17	7	3	2	42	
	% del total	16.8%	22.1%	9.1%	3.9%	2.6%	54.5%
Máximo	Frecuencia: 2	0	1	1	0	4	
	% del total	2.6%	0.0%	1.3%	1.3%	0.0%	5.2%
Total	Frecuencia: 16	28	20	11	2	77	
	% del total	20.7%	36.4%	26.0%	14.3%	2.6%	100.0%

Fuente: Base de datos  
%: porcentaje

**GRAFICA 3. ESCOLARIDAD CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



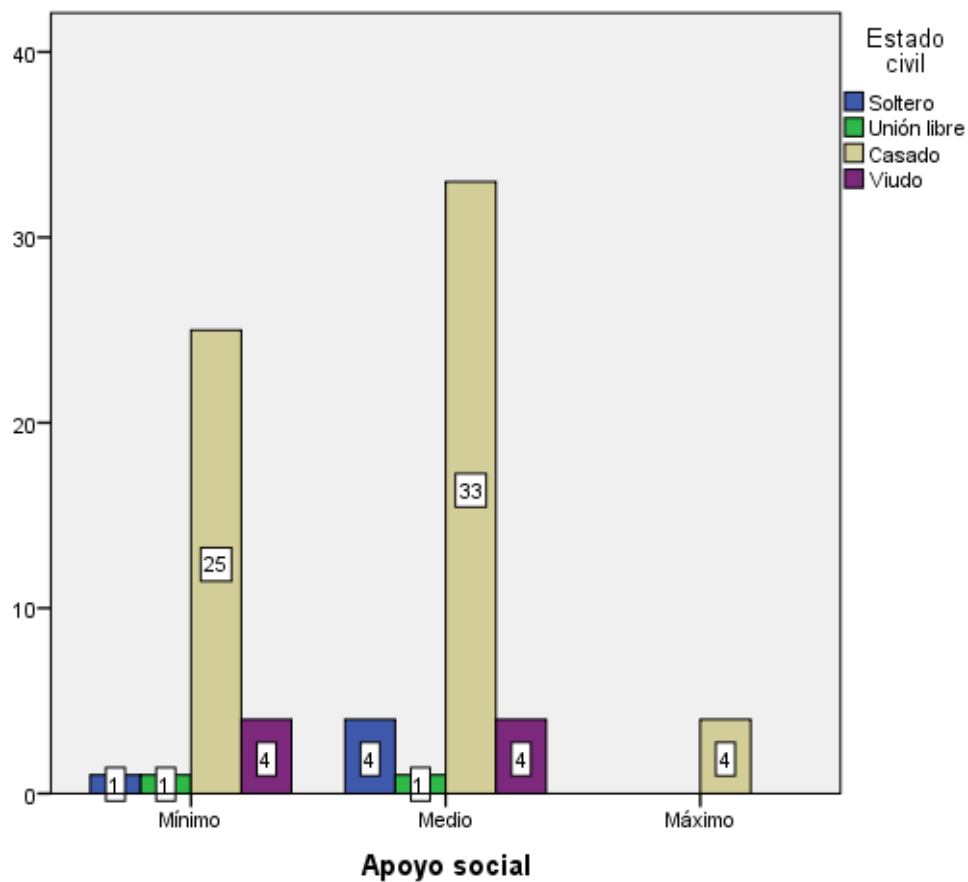
Fuente: Cuadro 3

**CUADRO 4. ESTADO CIVIL CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

ESTADO CIVIL		Soltero	Unión libre	Casado	Viudo	Total
Mínimo	Frecuencia	1	1	25	4	31
	% del total	1.3%	1.3%	32.5%	5.2%	40.3%
Medio	Frecuencia	4	1	33	4	42
	% del total	5.2%	1.3%	42.8%	5.2%	54.5%
Máximo	Frecuencia	0	0	4	0	4
	% del total	0.0%	0.0%	5.2%	0.0%	5.2%
Total	Frecuencia	5	2	62	8	77
	% del total	6.5%	2.6%	80.5%	10.4%	100.0%

Fuente: Base de datos  
%: porcentaje

**GRAFICA 4. ESTADO CIVIL CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



Fuente: Cuadro 4

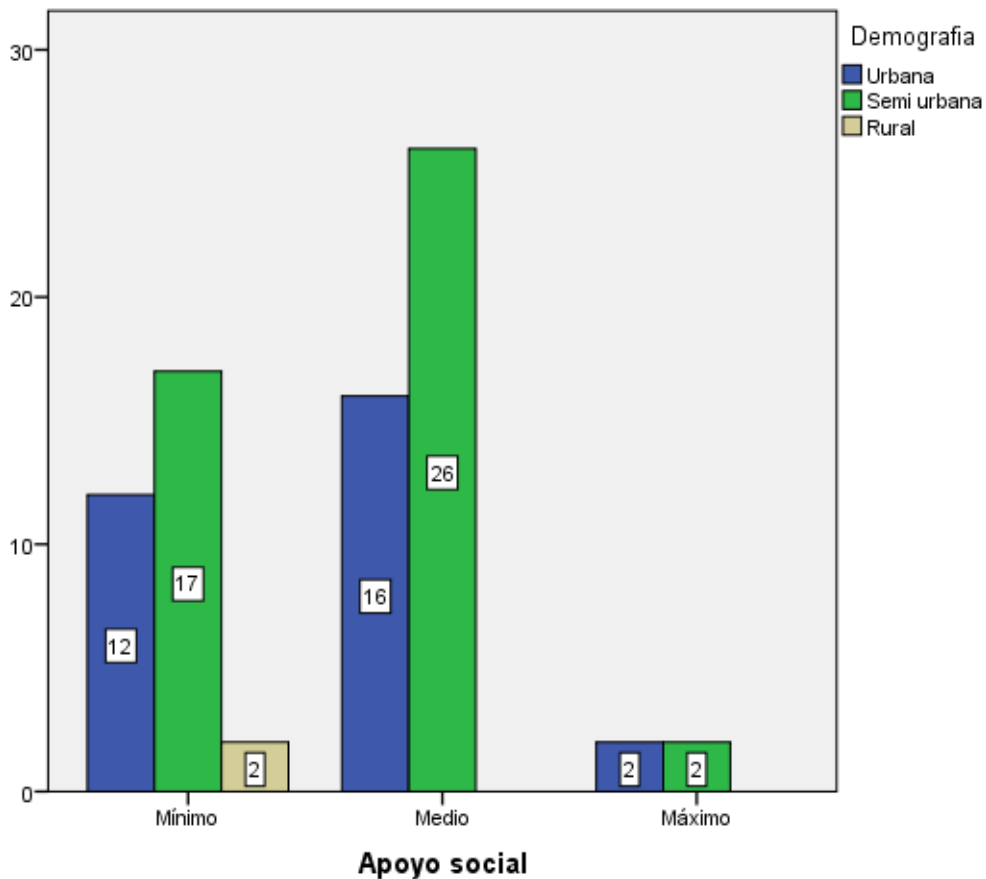


**CUADRO 5. DEMOGRAFIA CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

APOYO SOCIAL \ DEMOGRAFIA		Urbana	Semi urbana	Rural	Total
		Mínimo	Frecuencia	12	17
	% del total	15.6%	22.1%	2.6%	40.3%
Medio	Frecuencia	16	26	0	42
	% del total	20.8%	33.7%	0.0%	54.5%
Máximo	Frecuencia	2	2	0	4
	% del total	2.6%	2.6%	0.0%	5.2%
Total	Frecuencia	30	45	2	77
	% del total	39.0%	58.4%	2.6%	100.0%

Fuente: Base de datos  
%: porcentaje

**GRAFICA 5. DEMOGRAFIA CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



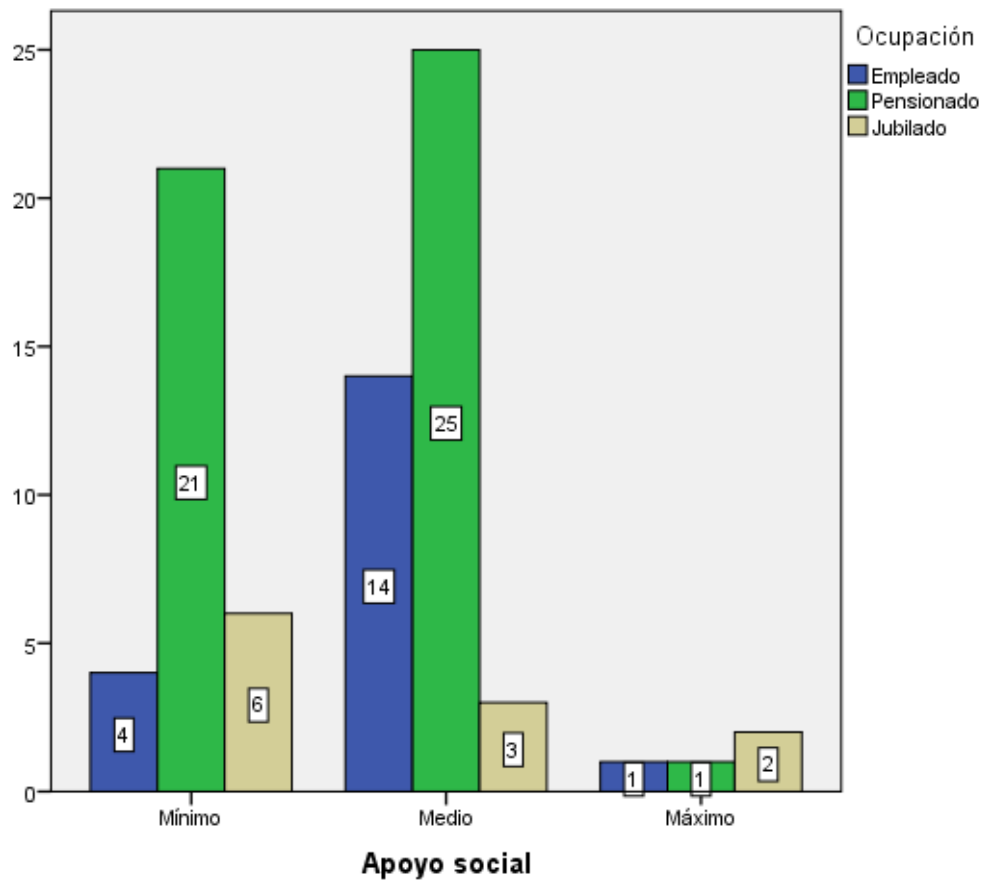
Fuente: Cuadro 5

**CUADRO 6. OCUPACION CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

APOYO SOCIAL \ OCUPACIÓN		Empleado	Jubilado	Pensionado	Total
		Mínimo	Frecuencia	4	21
	% del total	5.2%	27.3%	7.8%	40.3%
Medio	Frecuencia	14	25	3	42
	% del total	18.2%	32.4%	3.9%	54.5%
Máximo	Frecuencia	1	1	2	4
	% del total	1.3%	1.3%	2.6%	5.2%
Total	Frecuencia	19	47	11	77
	% del total	24.7%	61.0%	14.3%	100.0%

Fuente: Base de datos  
%: porcentaje

**GRAFICA 6. OCUPACION CON MAYOR APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



Fuente: Cuadro 6

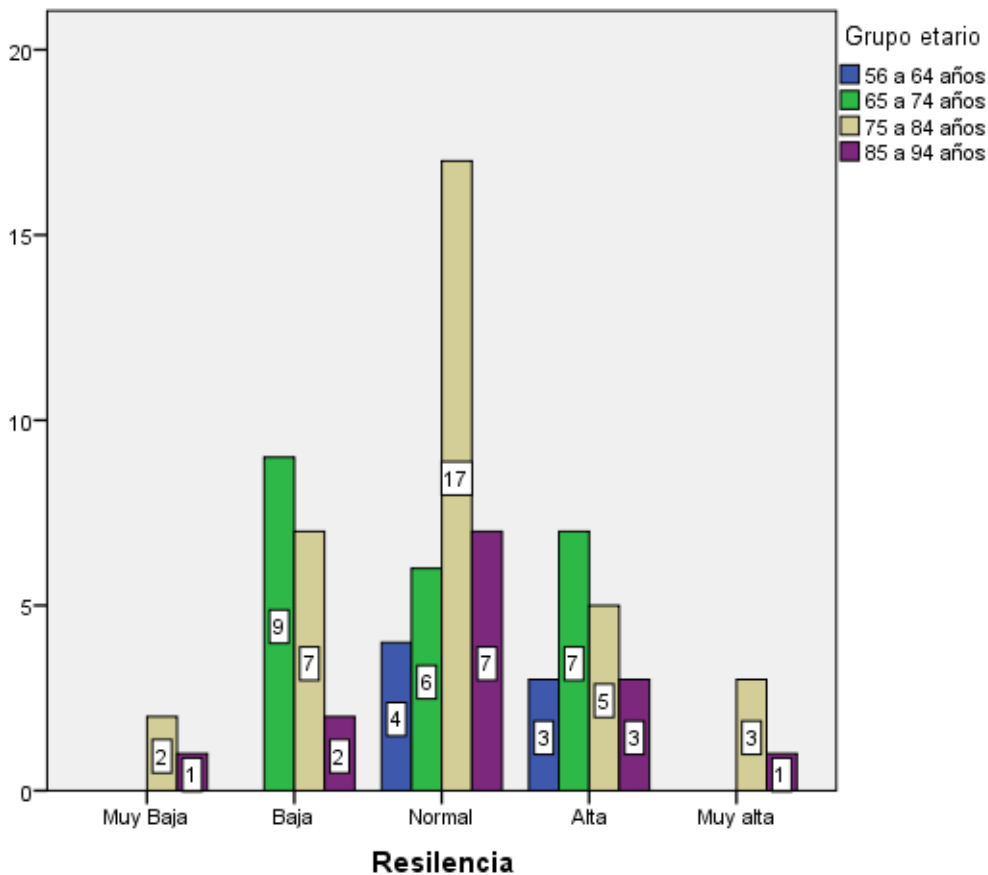
**CUADRO 7. GRUPO ETARIO CON MAYOR GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

RESILIENCIA \ GRUPO ETARIO		56 a 64 años	65 a 74 años	75 a 84 años	85 a 94 años	Total
		Muy Baja	Frecuencia	0	0	2
	% del total	0.0%	0.0%	2.6%	1.3%	3.9%
Baja	Frecuencia	0	9	7	2	18
	% del total	0.0%	11.7%	9.1%	2.6%	23.4%
Normal	Frecuencia	4	6	17	7	34
	% del total	5.1%	7.8%	22.1%	9.1%	44.1%
Alta	Frecuencia	3	7	5	3	18
	% del total	3.9%	9.1%	6.5%	3.9%	23.4%
Muy alta	Frecuencia	0	0	3	1	4
	% del total	0.0%	0.0%	3.9%	1.3%	5.2%
Total	Frecuencia	7	22	34	14	77
	% del total	9.0%	28.6%	44.2%	18.2%	100.0%

Fuente: Base de datos

%: porcentaje

**GRAFICA 7. GRUPO ETARIO CON MAYOR GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



Fuente: Cuadro 7

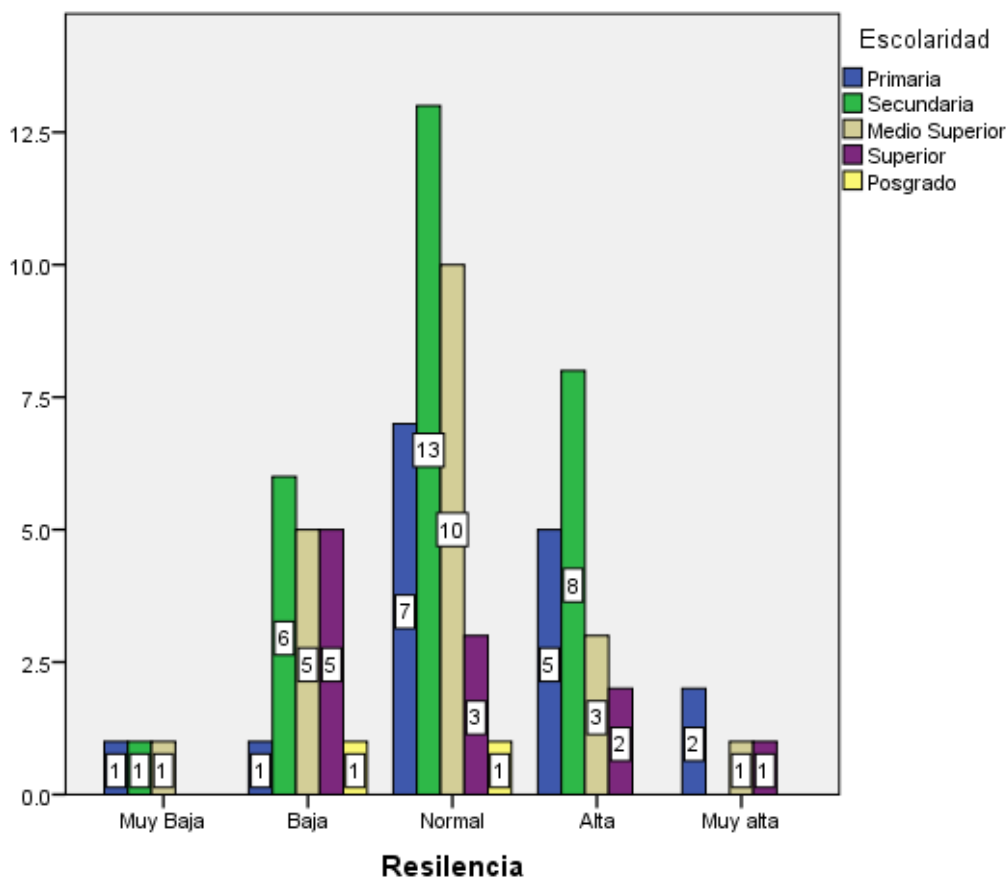
**CUADRO 8. ESCOLARIDAD CON MAYOR GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

ESCOLARIDAD RESILIENCIA		Primaria	Secundaria	Medio superior	Superior	Posgrado	Total
Muy Baja	Frecuencia	1	1	1	0	0	3
	% del total	1.3%	1.3%	1.3%	0.0%	0.0%	3.9%
Baja	Frecuencia	1	6	5	5	1	18
	% del total	1.3%	7.8%	6.5%	6.5%	1.3%	23.4%
Normal	Frecuencia	7	13	10	3	1	34
	% del total	9.0%	16.9%	13.0%	3.9%	1.3%	44.1%
Alta	Frecuencia	5	8	3	2	0	18
	% del total	6.5%	10.4%	3.9%	2.6%	0.0%	23.4%
Muy alta	Frecuencia	2	0	1	1	0	4
	% del total	2.6%	0.0%	1.3%	1.3%	0.0%	5.2%
Total	Frecuencia	16	28	20	11	2	77
	% del total	20.7%	36.4%	26.0%	14.3%	2.6%	100.0%

Fuente: Base de datos

#: porcentaje

**GRAFICA 8. ESCOLARIDAD CON MAYOR GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



Fuente: Cuadro 8

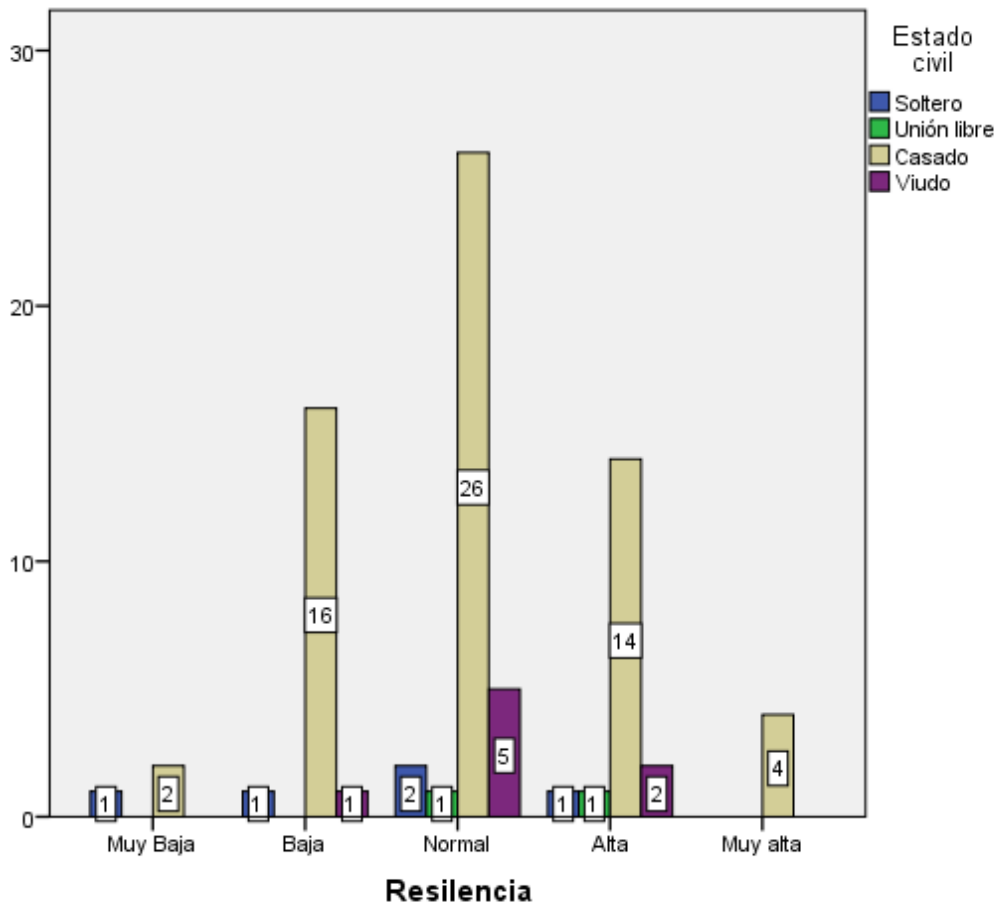
**CUADRO 9. ESTADO CIVIL CON MAYOR GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**

RESILIENCIA \ ESTADO CIVIL		Soltero	Unión libre	Casado	Viudo	Total
		Muy Baja	Frecuencia	1	0	2
	% del total	1.3%	0.0%	2.6%	0.0%	3.9%
Baja	Frecuencia	1	0	16	1	18
	% del total	1.3%	0.0%	20.8%	1.3%	23.4%
Normal	Frecuencia	2	1	26	5	34
	% del total	2.6%	1.3%	33.7%	6.5%	44.1%
Alta	Frecuencia	1	1	14	2	18
	% del total	1.3%	1.3%	18.2%	2.6%	23.4%
Muy alta	Frecuencia	0	0	4	0	4
	% del total	0.0%	0.0%	5.2%	0.0%	5.2%
Total	Frecuencia	5	2	62	8	77
	% del total	6.5%	2.6%	80.5%	10.4%	100.0%

Fuente: Base de datos

#: porcentaje

**GRAFICA 9. ESTADO CIVIL CON MAYOR GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE LA UMF 220, 2020**



Fuente: Cuadro 9

## **XII. CONCLUSIONES**

Posterior a la realización de la presente investigación, concluimos que las variables apoyo social y afrontamiento resiliente en pacientes con cáncer de próstata en la UMF 220 Toluca 2020 no tienen una relación estadísticamente significativa confirmado mediante el resultado de la prueba estadística  $\chi^2$  con un valor de P de 0.059 ya que no fue posible evidenciar que los pacientes con cáncer de próstata que cuentan con un adecuado apoyo social desarrollan una mayor capacidad de resiliencia lo cual indica que independientemente de los factores individuales, no son determinantes los recursos dentro del apoyo social para fomentar este tipo de afrontamiento.

En nuestro estudio la escolaridad que califico con un mayor grado de funcionalidad en nuestro estudio fueron pacientes con escolaridad nivel secundaria reflejo del nivel de escolaridad predominante en nuestro país caracterizado por inestabilidad laboral y económica sin embargo en estos sectores se ha demostrado el desarrollo de herramientas específicas para afrontar la situación y darle un enfoque positivo lo que repercute de manera directa en el apoyo social.

La ocupación que destaca con un apoyo social medio, es la de pensionado, sin embargo, es importante considerar para este estudio y para estudios futuros la cantidad de pacientes que fueron tomados en cuenta en este estudio, no sirve como muestra significativa de una población.

El grupo etario que presento un mayor grado de resiliencia en nuestro estudio estuvo representado por pacientes de 75-84 años, y de 85-94 años, panorama por demás alentador si tenemos en cuenta que se encuentran en una etapa geriátrica y forma parte de amplio sector de la población según el panorama epidemiológico actual, en la mayoría de las ocasiones caracterizado por un deterioro progresivo de la salud del paciente.

La escolaridad que presenta un mayor grado resiliencia se encuentra representado por pacientes con escolaridad primaria, seguido de pacientes con escolaridad nivel medio superior y superior, nuevamente nivel de escolaridad que aun predomina en nuestro país sin embargo existe evidencia de que las personas con menos escolaridad, con menos recursos y oportunidades de desarrollo, son más

espirituales, generan una mayor tolerancia a la frustración lo que contribuye en gran medida a aceptar las adversidades, encontrar significado al sufrimiento.

La realización de nuestro estudio tiene como finalidad contribuir a la generación de estrategias que ayuden a mejorar el estado de salud de los individuos, reafirmando la idea de que un individuo no existe solo en el mundo ni es autónomo sino que formamos parte de una familia y la familia es el primer grupo humano con el cual todo individuo establece contacto entonces la idea de que si contamos con un adecuado apoyo social contaremos con los recursos para hacer frente a cualquier desafío que nos presente la vida. Una familia resiliente formara individuos resilientes.

### **XIII.RECOMENDACIONES**

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio se elaboran las siguientes recomendaciones:

Programar con el apoyo de los directivos sesiones académicas encaminadas a la capacitación del personal de salud para la detección temprana de alteraciones en el apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas.

Promover a través de la impartición de pláticas dirigidas a los pacientes y a sus familias estrategias para mejorar el apoyo social.

Fomentar el hecho de que los pacientes acudan en compañía de sus familiares a consulta, adecuándonos al horario de trabajo en la medida de lo posible de aquellos que lo requirieran sin embargo si la condición no lo permitiera se realizaran visitas domiciliarias, o en este ámbito de la pandemia con video llamadas, o chats vía mensajería y demás aplicaciones, o redes sociales.

Realizar interrogatorio dirigido para evaluar el apoyo social en pacientes con enfermedad crónica y se realizará programación para mantener una comunicación estrecha, con el objetivo de conocer apoyo social y dinámica familiar.

En aquellos pacientes que se determine que el apoyo social sea mínimo, se realizará estudio de Salud Familiar con la finalidad de conocer otros factores de riesgo y evaluar el grado de resiliencia, además de fomentar la educación del paciente, así como de sus familiares, para que se formen de manera más protagonista respecto de su enfermedad.



#### XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Aranda B. C, Pando M. M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Rev Investig en Psicol.* 2014; 16 (1):233.
2. Vega Angarita O, González Escobar D. Apoyo Social: Elemento Clave En El Afrontamiento De La Enfermedad Crónica. *Enfermería Glob.* 2009; 8(16):1–11.
3. Marín J, Pastor M, López F. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* 1993; 5 (supl):349-372.
4. Durá E, Garcés J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Rev Psicol Soc.* 1991;6(2):257–71.
5. Cruz A, Paola D. Descripción De Los Estilos De Afrontamiento En Hombres Y Mujeres Ante La Situación De Desplazamiento. *Psychol Av la Discip.* 2007;1(2):125–56.
6. Suarez M.A. Identificación Y Utilidad De Las Herramientas Para Evaluar El Apoyo Social Al Paciente Y Al Cuidador Informal. *Rev Médica La Paz.* 2011;17(1):60–7.
7. Cuéllar-Flores I, Dresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras Validation of the Duke-UNK-11 functional social support questionnaire in caregivers. *Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica.* 2012;2(34):89–101.
8. Alfonso Piña López j, Rivera Icedo BM. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Cienc enferm.* 2007;13(2):53–63.
9. Real Academia Española [Internet]. *Rae.es*.2018 [citado 2018 Ago 25], Disponible en <http://www.rae.es>
10. Amar J, Martínez M, Utria L, Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia, *Salud Uninorte.* Barranquilla (Col.) [Internet]. 2013 [citado 2018 Ago 26] 29 (1): 124-133  
Disponible en:  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4186/3270>

11. Banda O, Ibarra C, Carbajal F, Maldonado G, De los Reyes L, Montoya R, Estilos de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores con enfermedad crónica, Rev enferm Herediana. 2017, [citado 2018 oct 09 ] Volumen 10 117-122.  
Disponible en :  
[https://www.researchgate.net/publication/326427495\\_Estilos\\_de\\_afrontamiento\\_y\\_resiliencia\\_en\\_adultos\\_mayores\\_con\\_enfermedad](https://www.researchgate.net/publication/326427495_Estilos_de_afrontamiento_y_resiliencia_en_adultos_mayores_con_enfermedad)
12. García del Castillo JA, García del Castillo-López Á, López-Sánchez C, Dias PC. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. Heal Addict y Drog. 2016;16(1):59.
13. Rúa Vara MC, Andreu Rodríguez JM. Validación psicométrica de la escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses Marcela Carina Rúa Vara 1 José Manuel Andreu Rodríguez. Psicopatología Clínica, legal y forense [Internet]. 2011; 11:51–65.  
Disponible en:  
<http://www.masterforense.com/pdf/2011/2011art3.pdf>
14. Quiceno JM. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensam Psicológico. 2011;9(17):69–82.
15. Trigueros R, Álvarez JF, Aguilar-Parra JM, Alcaráz M, Rosado A. Validación y adaptación española de la escala de resiliencia en el contexto deportivo (ERCD). Psychol Soc Educ. 2017;9(2):311–24.
16. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. 14-item resilience scale (RS-14): Psychometric properties of the Spanish version. Rev Iberoam Diagnostico y Eval Psicol. 2015;1(40).
17. Morote J, Maldonado X, Morales-Bárrera R. Cáncer de próstata. Med Clin (Barc). 2016;146(3):121–7.
18. Sánchez LC, Paredes CA, Hernández OF, Rigel Sánchez-Ruvalcaba I. El antígeno prostático específico Su papel en el diagnóstico del cáncer de próstata. Rev Médica del Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2013;51(2):124–6.  
Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im132a.pdf>

19. Ruiz López AI, Pérez Mesa JC, Cruz Batista Y, González Lorenzo LE. Actualización sobre cáncer de próstata. *Correo Científico Médico*. 2017;21(3):876–87.
20. Gaona JL, Pow-Sang M, Sotelo R, Destefano V, Santaella F, Astigueta JC, et al. Cáncer de próstata en Latinoamérica. *Actas Urológicas Españolas* [Internet]. 2013;33(10):1057–61.  
Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062009001000005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009001000005)
21. Robbins SL. *Patología Estructural y Funcional*. Editorial Panamericana, sexta edición. 1998 (23); 1073-77.
22. Ma Á, Pm ELR. Cáncer de próstata. 2008;68(4):250–9.  
Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur084l.pdf>
23. Carvajal García R. Relación entre el antígeno prostático específico y la hiperplasia prostática benigna en pacientes mexicanos. Estudio REPSA. *Rev Mex Urol*. 2014;74(6):342–5.
24. Lechuga BA, Arenas OJ, Vega SR. Cáncer de próstata diagnosticado por biopsia transrectal guiada por ultrasonido. Experiencia en dos años en el Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”. Centro Médico Nacional “La Raza”, IMSS. *Bol Col Mex Urol*. 2006;21(2):38-43.
25. Ramírez SM, Pérez GR; Rodríguez CT y González LA. Utilidad del ultrasonido transrectal en el diagnóstico del cáncer prostático. *Rev Cub Med Mil* [online]. 2007, vol.36, n.1. ISSN 0138-6557.
26. Bolaños Morera P, Chacón Araya. C. Escala patológica de Gleason para el cáncer de prostata y sus modificaciones. *Med Leg Costa Rica*. 2017;34(1):237–43.
27. Oscar Tapia T, Enrique Bellolio J, Juan Carlos Roa S, Pablo Guzmán G, Miguel Villaseca H, Juan Carlos Araya O. Puntaje de Gleason en cáncer de próstata: Correlación de la biopsia por punción y prostatectomía radical. *Rev Med Chil*. 2011;139(2):171–6.

28. Isabel A, López R, Carlos J, Mesa P, Batista YC, Eliza L, et al. Actualización sobre cáncer de próstata Update on Prostate Cancer. 2017;(3):876–87.

## XV. ANEXOS

Cuestionario para evaluación de apoyo social DUKE UNC-11.

No. De cuestionario: \_\_\_\_\_

Favor de marcar con una x la respuesta correcta y edad con número entero.

### Ficha de identificación

Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ años

Grado de estudios: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a): \_\_\_\_\_ Casado(a): \_\_\_\_\_ Unión Libre: \_\_\_\_\_

Usted vive con: Padres \_\_\_\_\_ Amigos: \_\_\_\_\_ Conocidos: \_\_\_\_\_ Solo (a): \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y tache el número que se presenta enseguida de cada enunciado e identifique el grado que más se acerque a su situación.

Mucho menos de lo que deseo				Tanto cuanto deseo
-----------------------------	--	--	--	--------------------

1.- Recibo visitas de amigos y familiares

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2.- Recibo ayuda de asuntos relacionados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

con mi casa

3.- Recibo elogios y reconocimiento cuando

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

hago bien mi trabajo

4.- Cuento con personas que se preocupan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

por lo que me sucede

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5.- Recibo amor y afecto

6.- Tengo la posibilidad de hablar con

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

alguien mis problemas de casa

7.- Tengo la posibilidad de hablar con

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

alguien mis problemas personales

8.- Tengo la posibilidad de hablar con

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

alguien sobre mis problemas economicos

9.- Recibo invitaciones para salir con

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

otras personas

10.- Recibo consejos utiles cuando sucede

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

algo importante en mi vida

11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

en cama

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
APOYO TOTAL	55	33	11
APOYO AFECTIVO	25	15	5
APOYO CONFIDENCIAL	30	18	6
ESCASO APOYO SOCIAL: MENOS DE 33			
ESCASOS RECURSOS AFECTIVOS: MENOS DE 15			
ESCASO APOYO CONFIDENCIAL: MENOS DE 18			

## Escala de resiliencia 14 DE WAGNILD

La escala de Resiliencia de 14 ítems (ER14)

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentra siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números.

Haga un círculo en la respuesta correcta	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente, me ha arreglado de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7

En esta investigación, la puntuación media de la escala es de 71 (DE = 3,81), y el rango de puntuación estará comprendido entre el mínimo 24 y el máximo 98 puntos.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS  
DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
HGR/UMF 220**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

**“APOYO SOCIAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA  
DE LA UMF 220, 2020”**

Investigador Principal	E. EN M. F. OLIVIA LANDA MARTINEZ
Investigador Asociado o Tesista	M. C. P. CHRISTIAN RODEA HERNÁNDEZ
Número de registro:	
Financiamiento (si Aplica)	Ninguno
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 220 Toluca de Lerdo, Estado México 2020
Riesgo de la Investigación:	Estudio de riesgo mínimo Dicho estudio nos indicara la asociación entre el apoyo social y el grado de resiliencia de pacientes con cáncer de próstata de la UMF 220.
Propósito del estudio:	Usted es formalmente invitado a participar por las características personales que posee, así mismo serán invitados otras personas más que comparten algunas características como las que usted cuenta. Por favor lea la información de este formato y haga las preguntas que desee antes de decidir participar o no en la investigación.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le realizara un cuestionario que evaluará el nivel de apoyo social y otro para conocer el grado de resiliencia (afrentamiento) de su enfermedad, con respuestas simples que usted elegirá de manera libre de acuerdo a su opinión.
Posibles riesgos y molestias:	Los cuestionarios son anónimos, solo se anotaran sus iniciales, se alguna pregunta le resulta incómoda, puede no responderla y/o abandonar el estudio, si así lo desea. Riesgo mínimo al involucrar aspectos psicológicos. Las posibles molestias serian incomodidad por el tipo de preguntas acerca de la relación que usted posee con su familia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los participantes no recibirán ningún pago, tampoco les implicara gastos; los beneficios directos son: saber qué tan satisfecho se siente usted con su familia, y el grado de afrontamiento con su enfermedad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	Se dará a conocer los resultados de los cuestionarios aplicados de manera confidencial y personal a quien lo solicite, en el cual le haremos saber su nivel de apoyo social, y el grado de resiliencia.
Participación o retiro:	Su participación será completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectado en cuanto a su atención medica que recibe por parte de los servicios de salud del IMSS, si en un momento decide participar y posteriormente cambia de opinión, pueden abandonar el estudio en cualquier momento, sin modificar los beneficios que tienen como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que se nos proporcione será estrictamente confidencial y resguardada a los propósitos únicos del estudio, la base de datos estará protegida por una clave de acceso, sólo el equipo de investigación podrá tener acceso a dicha información, cuando los resultados sean publicados, presentados en foros o conferencias no existirá información que pudiera revelar su identidad.

Autoriza usted que la información obtenida en este estudio se utilice:





Solo para este estudio  
Para investigaciones futuras

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

E. en M.F. Olivia Landa Martínez [olivialandamartinez@gmail.com](mailto:olivialandamartinez@gmail.com), Tesista M.C. Christian Rodea Hernández. [roh2000@yahoo.com.mx](mailto:roh2000@yahoo.com.mx) del HGR/UMF 220 Avenida Paseo Tollocan No 620 Colonia Vértice, CP 50150, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 14:00 horas, al teléfono 01 722 2 17 0733 ext. 244, o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio tal en el mismo horario y días.

Colaboradores:

M.C: Christian Rodea Hernández, Residente de la especialidad de Medicina Familiar; Lugar de trabajo: HGR con UMF 220 IMSS.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse al Comité de Ética en Investigación 15058, Unidad de Medicina Familiar Número 222 del IMSS: Calle Josefa Ortiz de Domínguez Esquina Avenida José Ma. Morelos y Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara. Toluca, Estado de México, CP. 50000. Teléfono (722) 2798000 extensión 1320, de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs., correo electrónico: [comite.etica15058@gmail.com](mailto:comite.etica15058@gmail.com)

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y fecha del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

\_\_\_\_\_  
Nombre, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

**43**

## SABANA DE DATOS

Numero	Apoyo social	Resiliencia	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	Demografía
1	Medio	Normal	88	Pensionado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
2	Medio	Normal	75	Jubilado	Secundaria incompleta	Casado	Urbana
3	Medio	Normal	90	Jubilado	Primaria completa	Viudo	Semi urbana
4	Medio	Baja	84	Empleado	Primaria completa	Casado	Urbana
5	Máximo	Muy alta	75	Pensionado	Primaria incompleta	Casado	Semi urbana
6	Medio	Alta	74	Jubilado	Primaria incompleta	Casado	Semi urbana
7	Medio	Muy alta	80	Jubilado	Primaria completa	Casado	Urbana
8	Medio	Muy baja	77	Jubilado	Primaria completa	Separado	Semi urbana
9	Mínimo	Muy baja	87	Jubilado	Bachillerato incompleto	Casado	Urbana
10	Medio	Normal	92	Jubilado	Primaria incompleta	Viudo	Semi urbana
11	Mínimo	Baja	69	Jubilado	Licenciatura incompleta	Casado	Urbana
12	Medio	Alta	86	Jubilado	Primaria incompleta	Casado	Semi urbana
13	Medio	Normal	64	Empleado	Primaria completa	Separado	Urbana
14	Medio	Baja	74	Empleado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
15	Medio	Normal	68	Jubilado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
16	Medio	Alta	83	Jubilado	Primaria completa	Separado	Semi urbana
17	Medio	Normal	78	Empleado	Primaria incompleta	Casado	Semi urbana
18	Medio	Alta	86	Jubilado	Primaria completa	Viudo	Semi urbana
19	Medio	Baja	79	Jubilado	Primaria completa	Casado	Urbana
20	Medio	Muy alta	76	Jubilado	Primaria completa	Casado	Urbana
21	Mínimo	Muy baja	78	Jubilado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
22	Medio	Normal	82	Empleado	Primaria completa	Separado	Semi urbana
23	Mínimo	Baja	73	Jubilado	Primaria incompleta	Casado	Rural
24	Medio	Normal	68	Jubilado	Analfabeta	Casado	Semi urbana
25	Mínimo	Baja	87	Jubilado	Secundaria incompleta	Casado	Urbana
26	Medio	Alta	79	Jubilado	Primaria completa	Casado	Urbana
27	Medio	Alta	78	Jubilado	Primaria incompleta	Casado	Urbana
28	Medio	Normal	83	Jubilado	Carrera técnica completa	Casado	Semi urbana

29	Medio	Normal	76	Jubilado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
Numero	Apoyo social	Resiliencia	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	Demografía
30	Mínimo	Baja	91	Jubilado	Secundaria incompleta	Viudo	Urbana
31	Medio	Normal	75	Empleado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
32	Medio	Alta	93	Jubilado	Primaria completa	Viudo	Urbana
33	Medio	Alta	66	Empleado	Primaria incompleta	Casado	Semi urbana
34	Mínimo	Baja	80	Jubilado	Primaria incompleta	Separado	Semi urbana
35	Medio	Normal	81	Jubilado	Primaria completa	Casado	Urbana
36	Mínimo	Baja	72	Jubilado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
37	Medio	Alta	72	Empleado	Bachillerato incompleto	Casado	Urbana
38	Medio	Normal	64	Empleado	Primaria incompleta	Casado	Semi urbana
39	Mínimo	Baja	72	Empleado	Licenciatura incompleta	Casado	Urbana
40	Mínimo	Normal	92	Jubilado	Primaria incompleta	Viudo	Semi urbana
41	Medio	Baja	72	Jubilado	Primaria completa	Casado	Urbana
42	Mínimo	Baja	81	Jubilado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
43	Medio	Alta	58	Empleado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
44	Mínimo	Normal	69	Empleado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
45	Mínimo	Normal	78	Jubilado	Primaria incompleta	Casado	Semi urbana
46	Mínimo	Baja	73	Jubilado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
47	Mínimo	Normal	85	Jubilado	Primaria completa	Casado	Urbana
48	Mínimo	Baja	73	Pensionado	Primaria completa	Casado	Urbana
49	Mínimo	Normal	75	Jubilado	Secundaria incompleta	Casado	Semi urbana
50	Mínimo	Normal	79	Jubilado	Primaria completa	Viudo	Semi urbana
51	Mínimo	Alta	83	Pensionado	Primaria completa	Casado	Rural
52	Mínimo	Normal	75	Jubilado	Primaria incompleta	Casado	Semi urbana
53	Medio	Baja	75	Jubilado	Primaria incompleta	Casado	Urbana
54	Mínimo	Normal	78	Pensionado	Primaria completa	Casado	Urbana
55	Máximo	Alta	59	Jubilado	Primaria completa	Casado	Urbana
56	Mínimo	Normal	78	Jubilado	Bachillerato incompleto	Casado	Semi urbana
57	Mínimo	Normal	92	Pensionado	Primaria incompleta	Viudo	Urbana
58	Mínimo	Baja	75	Jubilado	Licenciatura incompleta	Casado	Semi urbana
59	Mínimo	Alta	72	Empleado	Primaria incompleta	Casado	Urbana

60	Mínimo	Normal	56	Empleado	Primaria completa	Unión libre	Semi urbana
Numero	Apoyo social	Resiliencia	Edad	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	Demografía
61	Mínimo	Baja	67	Jubilado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
62	Mínimo	Alta	66	Pensionado	Primaria completa	Casado	Urbana
63	Mínimo	Normal	83	Jubilado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
64	Medio	Normal	87	Jubilado	Primaria incompleta	Casado	Urbana
65	Medio	Muy alta	86	Empleado	Primaria completa	Casado	Semi urbana
66	Mínimo	Alta	80	Pensionado	Primaria completa	Casado	Urbana
67	Mínimo	Normal	66	Jubilado	Bachillerato incompleto	Casado	Semi urbana
68	Medio	Normal	61	Jubilado	Bachillerato completo	Casado	Urbana
69	Medio	Alta	70	Pensionado	Bachillerato completo	Casado	Semi urbana
70	Medio	Normal	65	Jubilado	Secundaria completa	Casado	Semi urbana
71	Medio	Baja	83	Empleado	Carrera técnica completa	Casado	Semi urbana
72	Medio	Normal	77	Pensionado	Carrera técnica incompleta	Casado	Semi urbana
73	Medio	Alta	61	Empleado	Secundaria completa	Unión libre	Semi urbana
74	Máximo	Normal	83	Pensionado	Bachillerato incompleto	Casado	Urbana
75	Medio	Normal	78	Jubilado	Secundaria incompleta	Casado	Urbana
76	Medio	Normal	71	Empleado	Bachillerato incompleto	Casado	Semi urbana
77	Máximo	Alta	69	Empleado	Bachillerato incompleto	Casado	Semi urbana