



Universidad Católica
San Pablo

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y HUMANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RESILIENCIA EN MUJERES CON CÁNCER AL
CUELLO UTERINO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE AREQUIPA**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**STEPHANY ROXANA NUÑEZ
FLORES**

STEFANIA PORTILLA HERRERA

Para optar por el Título Profesional de

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Asesora: Dra. Rosa Angelica Seperak Viera

AREQUIPA-PERÚ, 2022

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RESILIENCIA EN MUJERES CON CÁNCER AL CUELLO UTERINO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE AREQUIPA

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

Dedicatoria

A nuestros padres, abuelos y hermanos por ser nuestro motivo y soporte.

Agradecimiento

A Dios por ser luz en nuestro camino y brindarnos fortaleza para alcanzar nuestros propósitos en nuestras vidas

A nuestra asesora Rosa Seperak por su guía, ánimo, entusiasmo y apoyo genuino.

A nuestra universidad por aportar conocimientos que guían nuestras decisiones profesionales.

A los doctores Peraltilla, Medina, Paredes y Pinto por contar con su valioso e incondicional apoyo.

A nuestros grandes amigos por darnos ánimos, alegrías y las lecciones necesarias para crecer como personas.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	1
CAPÍTULO I	1
Planteamiento del Problema	1
Justificación	1
Pregunta de Investigación	4
Objetivos de Investigación.....	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos.....	4
Marco Teórico.....	6
Inteligencia emocional	6
Resiliencia.....	11
Cáncer de Cuello Uterino.....	14
Inteligencia Emocional y Resiliencia en mujeres con cáncer	19
Hipótesis	22
<i>Hipótesis del estudio</i>	22
CAPÍTULO III.....	23
Método	23
Diseño de Investigación.....	23
Participantes	23
Características sociodemográficas de la muestra.....	24
Instrumentos.....	25
Ficha sociodemográfica	25
Brief Resilient Coping Scale (BRCS).....	26
Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20).....	26
Procedimiento	28
Análisis de Datos	28
CAPÍTULO IV.....	29
Resultados	29
Estadística Descriptiva.....	29
CAPÍTULO V.....	34

Discusión.....	34
Limitaciones.....	44
Conclusiones.....	45
Recomendaciones	45
ANEXOS	62

LISTA DE TABLAS

TABLA 1.....	24
TABLA 2.....	25
TABLA 3.....	29
TABLA 4.....	29
TABLA 5.....	30
TABLA 6.....	30
TABLA 7.....	31
TABLA 8.....	31
TABLA 9.....	32
TABLA 10.....	32
TABLA 11.....	33
TABLA 12.....	33
TABLA 13.....	33

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es una clase de cáncer que cada vez crece más en nuestro país, por lo que es importante ver cómo este influye en las mujeres adultas con respecto a la adaptación y enfrentamiento a nuevas emociones y situaciones adversas. En base a ello esta investigación tiene por *objetivo* identificar si la Inteligencia Emocional predice el incremento de la resiliencia en mujeres adultas con cáncer al cuello uterino de un hospital público de Arequipa. El *diseño* de investigación que se tomó es de tipo predictivo simple con un corte transversal para analizar la influencia de una variable (inteligencia emocional) sobre la otra (resiliencia), se evaluó a cien participantes mujeres con un rango de edad entre los 23 y 87 años. Utilizando el Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20) Baron EQ-i-M20 y Brief Resilient Coping Scale (BRCS) como instrumentos, las propiedades psicométricas son válidas y confiables para esta investigación. Los datos fueron procesados por el estadístico JASP. Los resultados muestran que existe relación positiva y altamente significativa ($r=0.495$, $p<0.001$) entre las variables evaluadas, además se encontró que la inteligencia emocional predice un cambio en la resiliencia ya que se halló un $p=2.39e-6$, lo que indica que, a mejor entendimiento de las emociones de las diversas situaciones, incrementará la adaptación de las mujeres con respecto al cáncer.

Palabras clave: *resiliencia, inteligencia emocional, cáncer al cuello uterino, mujeres adultas.*

ABSTRACT

Cervical cancer is a type of cancer that is growing more and more in our country, so it is important to see how it influences adult women with respect to adaptation and coping with new emotions and adverse situations. Based on this, this research aims to identify whether Emotional Intelligence predicts the increase in resilience in adult women with cervical cancer at a public hospital in Arequipa. The research design that was taken is of a simple predictive type with a cross section to analyze the influence of one variable (emotional intelligence) on the other (resilience), one hundred female participants with an age range between 23 and 87 were evaluated. years. Using the Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20) Baron EQ-i-M20 and the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) as instruments. The psychometric properties are valid and reliable for this investigation. The data were processed by the JASP statistic. . The results show that there is a positive and highly significant relationship ($r=0.495$, $p<0.001$) between the evaluated variables, it was also found that emotional intelligence predicts a change in resilience since a $p=2.39e-6$ was found, which indicates that a better understanding of the emotions of the different situations will increase the adaptation of women with respect to cancer.

Keywords: *resilience, emotional intelligence, cervical cancer, adult women.*

CAPÍTULO I

Planteamiento del Problema

Justificación

El cáncer es una enfermedad con una capacidad altamente perjudicial para la vida y frecuentemente encauza a la angustia psicológica o trauma. Dentro de los diferentes tipos de cáncer en las mujeres, el cáncer de cuello uterino es de los que más afectan a las mujeres. Según los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) si no se toman las medidas necesarias entre el 2018 y 2030, habrá un incremento de 570 000 a 700 000 mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix uterino y un incremento de muertes que varían entre 311 000 a las 400 000 mujeres en el mundo.

El oncólogo y epidemiólogo Luis Capote comenta que este cáncer, cervical, es una de las primeras causas de muerte en las mujeres latinoamericanas, alrededor de 92.136 casos y 37.640 defunciones. Por más de cincuenta años esta ha sido una patología que afecta más a las poblaciones con bajos recursos. En el Perú la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer, en el año 2000 encontró una cifra de 4,101 mujeres diagnosticadas con carcinoma de cérvix, y en 2020 se vio un incremento con una cifra de 7,469 (IARC, 2020). Es así que en Arequipa la cantidad de cáncer al útero en el 2015 llegó a un 36.62% y la de mortalidad por este cáncer es de 9.1% (Gerencia Regional de Salud Arequipa, 2017). Este se da comúnmente en mujeres mayores de 40, con picos alrededor de los 50 años.

En una investigación actual, Chang et al. (2022) encontraron que está asociado el uso de productos para alisar el cabello con el ca. de cérvix de 33 479 participantes con edades que varían entre los 35 y 74 años. Debido a que hay productos químicos peligrosos que tienen propiedades cancerígenas, está asociado a un mayor riesgo de cáncer ovario, mama y cuello uterino. Encontraron que las mujeres que usaban frecuentemente productos para

alisar el cabello más de cuatro veces al año, tenían mayores posibilidades de evolucionar a cáncer de cérvix en comparación con las mujeres que no usaron estos productos.

El cáncer cervical es un grave inconveniente de vitalidad pública, existe una cantidad de personas afectadas con cáncer que experimentan síntomas como la depresión, emocional, baja autoestima, ansiedad, sentimientos de minusvalía, sentimientos de pérdida del atractivo físico (Melet, 2010). Esta angustia emocional disminuye esencialmente su calidad de vida, también obstaculizan la realización adecuada del tratamiento. Por ende, es importante tener una evaluación continua y administrar apropiadamente las emociones de auxilio de estas personas (Monteagudo, 2016).

La inteligencia emocional para Baron (1997) era la lucha emocional, personal, social y capacidades que impactan al afrontar los requerimientos y obstrucciones del medio. También estará influenciada por diferentes factores, como el contexto familiar, las experiencias emocionales y los acontecimientos de vida pasados (Mayer y Salovey, 2007).

Esta población (Brennan, 2001) requerirá mayor afrontamiento ante todos los factores que debilitan su salud emocional, esta capacidad de afrontamiento será conocida como resiliencia. Rutter (1985) define esta como la capacidad de predominar, progresar, resistir pese a los infortunios. Haciendo un ejemplo, serían esas personas que, pese de haber crecido en circunstancias riesgosas, maduran psicológicamente, llegando a tener éxito (Rutter, 1993).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2018) en Perú, manifestó que se dieron 1632 sucesos recientes de personas con cáncer cervical, convirtiéndose así en el cáncer con más incidencia posterior al cáncer de mama, además en su mayoría se presenta en pacientes mujeres.

Según la prevalencia de esta enfermedad por regiones del país, se observa que es frecuente con un 29.4% en la ciudad de Loreto, un 28,6% en Ucayali, 28,4 % en la ciudad de Moquegua y 28,5% en Madre de Dios. En las ciudades donde hay más casos de letalidad son con un 18,0% la ciudad de Loreto, le sigue Huánuco con un 12.8% y por último la ciudad de Ucayali con un 10.3%, estas cifras son tomadas por 100,000 habitantes; en estas regiones hasta cuadruplican las cifras presentadas en la región de Lima que tiene un (4.2) posterior a los cuarenta años, siendo lo puntos elevados alrededor de los cincuenta años (Ministerio de Salud [MINSAL], 2017).

Según la Gerencia Regional de Salud Arequipa (2017) indica que la región del sur, posee una tasa de resultado por cáncer cervical de 36.62% y la de mortalidad por este cáncer es de 9.1%, con un porcentaje de 10.1% de mujeres que fueron tamizadas, con edades entre 25 a 64 años, en el año 2015.

Ciertas investigaciones han estudiado la asociación entre inteligencia emocional y resiliencia en personas que tienen cáncer. Garcia (2014) en Argentina, concluyó que las señoras mayores con carcinoma en el útero son más resilientes, teniendo mayores cualidades para comprender los diversos estados emocionales. Burga et al. (2016) en Perú, investigaron a una agrupación de personas con carcinoma de mama, hallaron una correlación favorable en las dos variables, pues se obtuvo importantes niveles tanto de resiliencia e inteligencia emocional. Sin embargo, existe una ausencia de investigaciones donde se relacionan ambas variables con el cáncer de cuello uterino, específicamente en la ciudad de Arequipa.

Por otro lado, la intervención psicológica es fundamental para todas las mujeres con cáncer de cuello uterino, Rosenberg et al. (2015) hacen hincapié en lo necesario de considerar la resiliencia e inteligencia emocional en programas de educación para que estas personas tengan una mejor disposición en el entorno de riesgo y adversidad. La intervención

del psicólogo donde se impulsa la resiliencia e inteligencia emocional, se ha evidenciado que mejora los niveles de estas variables, así mismo mejorando la calidad de vida, con una reducción del nivel de estrés y ansiedad (Sood et al., 2012).

Por lo tanto, este estudio se enfoca en proporcionar información sobre la inteligencia emocional y la resiliencia con respecto a las mujeres con cáncer de cuello uterino. También pretendemos que las mujeres afectadas con este tipo de cáncer reciban ayuda psicológica, tomen conciencia de lo necesario que es el apoyo del personal psicológico en todo el tratamiento y cómo estos pueden ayudar a incrementar los niveles de inteligencia emocional y resiliencia. De este modo, estas variables formarán parte de sus factores protectores.

Pregunta de Investigación

¿La inteligencia emocional predice el incremento de la resiliencia en mujeres adultas con cáncer al cuello uterino de un hospital público de Arequipa?

Objetivos de Investigación

Objetivo General

Identificar sí la Inteligencia Emocional predice el incremento de la resiliencia en mujeres adultas con cáncer al cuello uterino de un hospital público de Arequipa.

Objetivos Específicos

Conocer los niveles de resiliencia en mujeres adultas con cáncer al cuello uterino de un hospital público de Arequipa.

Describir los niveles de inteligencia emocional en su escala general y en sus cinco dimensiones en mujeres adultas con cáncer al cuello uterino de un hospital público de Arequipa.

Identificar la relación entre las dimensiones de la Inteligencia Emocional y la Resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer al cuello uterino de un hospital público de Arequipa.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

Inteligencia emocional

El término inteligencia emocional ha atravesado cambios con el paso del tiempo, partiremos por saber qué es inteligencia y que son las emociones. Gardner (1993) indica que la base que se debe tomar en cuenta al estudiar el pensamiento humano es la de una persona buscando entender el sentido del mundo, oponiéndose así a estudios de naturaleza psicométrica, y procesamiento de información, como única vía de conocimiento e inteligencia. Kielme (1996), afirma que las emociones son cambiantes, dado que presentan alteraciones que responden a una circunstancia donde uno mismo considera relevante, esta conlleva sentimientos, formas de expresión, un determinado comportamiento y procesos cognitivos. Además, Chóliz (2005) defiende que las emociones son patrones de reacción frente a situaciones que son relevantes y que tiene un gran significado para la persona.

Goleman (1996) manifiesta que las emociones impulsan a las personas de un modo diferente a la acción, cada una de estas genera una experiencia en el pasado, que permite resolver de forma adecuada los desafíos que se vayan presentando a lo largo de la existencia humana, es así que se logra que nuestro bagaje emocional aporte un valor de supervivencia, ya que las emociones se han integrado al sistema nervioso de manera innata y automática. Este autor también menciona que el sujeto es consciente que tiene una alteración, la idea recurrente es el temor. En el momento que uno se encuentra enfermo, es sensible, porque la persona desde una mirada social se siente invulnerable y en una situación adversa, como es percibida la enfermedad, hace sentir que se es vulnerable. Asimismo, el autor indica que los pensamientos positivos ayudan a mejorar el proceso de la enfermedad.

Mayer y Salovey (1997) hablan de cuatro capacidades de la persona para mejorar la inteligencia emocional, estas son: percepción emocional; ser consciente e identificar emociones en sí mismo y otras. Usar emociones para favorecer el entendimiento, la habilidad en usarlas para centrarse en la concentración y pensamientos razonables, creativos y lógicos. Conocimiento de las emociones; análisis emocional, comprensión emocional y cómo combinan, progresan y se desarrollan de personas a otras. Regulaciones emocionales; capacidad para ajustar su propio estado de ánimo y emociones.

La inteligencia emocional actúa como defensa de la salud mental e influye en la degradación de los estados emocionales perjudiciales y depresivos (Rude y McCarthy, 2003).

En la literatura se identifican dos modelos referidos a la inteligencia emocional, los cuales son los modelos mixtos y el modelo de habilidades. El modelo de Goleman, donde el autor propone la existencia de cociente emocional, que es un complemento del cociente intelectual y viceversa, ya que ambos están interrelacionados, ambos podrían llegar a lograr objetivos ya que ambas capacidades se complementan. La inteligencia emocional para Goleman (1995) está compuesta por: conciencia de uno mismo, es tener autoconciencia de los estados internos, recursos e intuiciones que se tiene. Autorregulación, es el control de nuestros impulsos, recursos y estados internos. Motivación, se refiere a la tendencia emocional que guían y facilitan el logro de un fin. Empatía, es la conciencia de sentimientos, preocupaciones ajenas y necesidades del otro. Habilidades sociales, se refiere a la destreza para promover e influir en las respuestas de los demás, pero eso no quiere decir que se tiene control sobre ellas.

Modelo de Bar-On (2006), en la base teórica para la inteligencia emocional en un primer momento se desarrolló para evaluar aspectos de este constructo. Desde entonces,

dependiendo de este modelo, la sabiduría emocional no es más que una muestra de habilidades de transformación, apoyo emocional y social que determinan el efecto que entendemos a otros, como ellos, nos expresamos, cómo implementar la cooperación, la construcción y las relaciones satisfactorias. En contraste y tratar con diferentes situaciones presentadas diariamente. Esto se basa principalmente en las capacidades fascinantes que todos deben entender nuestras firmezas, flaquezas, manifestar emociones, pensar de una forma completa, debe buscar exactamente los cambios de peces NHAN, la sociedad y el medio ambiente para hacer la frente de una manera realista y flexible en diversas situaciones.

Se menciona información sobre la relación entre el modelo Bar-On y la salud psicológica, según una investigación que realizó 2514 en el momento que se incorporan a las fuerzas de defensa de Israel, donde se dividió en tres grupos, siendo el primero personas que estaban tan gravemente perturbadas que no cumplieron con la totalidad del servicio, el segundo grupo obtuvieron perfiles psiquiátricos menos severos que les permitieron continuar con el servicio militar completo, el tercer grupo cumplieron con el servicio militar y no obtuvieron el informe psicológico. Concluyendo de esta investigación que la IE impacta en la salud psicológica sobre la habilidad de guiar los sentimientos y combatir con el estrés, que es la motivación necesaria para alcanzar metas personales y el conocimiento del potencial interior del individuo, la capacidad de examinar sentimientos y pensamientos.

Bar-On (2006) refiere que la inteligencia emocional (IE) es un conglomerado del ámbito personal, emotivo y colectivo de talentos, repercutiendo en las personas al momento de ajustarse y afrontar las exigencias del hábitat. Consta de varios elementos donde la persona tiene una comprensión emocional de sí mismo, estas son las siguientes: Elemento intrapersonal que engloba la comprensión emocional de sí mismo que es la habilidad de percibir, diferenciar el por qué tenemos ciertas emociones y sentimientos; la asertividad que es el tacto con que se expresan los afectos, convicciones y juicios, pero favoreciendo a otras

personas; autoconcepto es la competencia para distinguir, recibir y respetarse, con esta se acepta nuestros aspectos positivos, negativos, lo que nos limita y que es posible; autorrealización, facilidad para ejecutar lo que podemos, queremos y disfrutamos hacer, además de que esto cause en nosotros un gozo; independencia que es la habilidad que es resultado de hallarse firme con uno, tanto en el razonamiento, como en los actos y también en la autonomía emocional.

Elemento interpersonal engloba la comprensión, capacidad de percibir, poder entender los afectos de los otros; responsable socialmente manifiesta la destreza para mantener relaciones que sean satisfactorias de forma mutua, estas se caracterizan por la cercanía que existe entre la emocional e intimidad; relación interpersonal es aquella cualidad que ayuda a verse a uno mismo cómo alguien que colabora, apoya siendo un componente positivo.

Elemento de adaptabilidad abarca la prueba de la realidad que es la competencia presente al valorar la experiencia con la realidad; flexibilidad: Capacidad de hacer una valoración adecuada de la sensación, raciocinio, comportamiento en circunstancias que siempre están cambiando; solución de problemas es la destreza al distinguir los obstáculos, para ocasionar y llevar a cabo respuestas que sean efectivas.

Elemento de manejo de estrés abarca la tolerancia al estrés es la aptitud por la cual se soporta circunstancias hostiles, eventos que sean agobiantes y donde haya impresiones fuertes, pero sin rendirse, afrontando esta situación tanto dinámicamente como favorablemente; control de los impulsos es la capacidad de posponer los impulsos, con la finalidad de obrar y gobernar las emociones.

Elemento del estado de ánimo en general abarca la felicidad refiriéndose a la aptitud para percibir conforme a su propia vida, ser capaz de gozar tanto de sí mismo como de los

otros, para entretenerse y manifestar afectos favorables; optimismo que es la destreza para ver el lado bueno de la vida y tener una postura buena, a pesar de las cosas adversas y de las afecciones nocivas.

Varios estudios afirman que el ajuste emocional en las personas con cáncer influye en el pronóstico de la enfermedad. Por ejemplo, Rey et al. (2013), el afecto intelectual ha mostrado una variante única e importante para predecir la mejora de vida. Los estudios facilitan evidencia preliminar de las habilidades emocionales como accesorios útiles en el campo de la psicología. Greer et al. (1990) en una encuesta longitudinal encontró que las mujeres con carcinoma mamario enfrentaban francamente su afección después de ser diagnosticadas, quince años después, tenían una tasa de recurrencia mucho menor que aquellas con una actitud menos agresiva, depresiva o fallecida en los primeros minutos de enfermedad. Rausch (2008) para las mujeres que tienen participantes de cáncer en un grupo taichi y desarrollo espiritual. Ha utilizado factores predichos para el optimismo sobre la calidad de vida de los pacientes, la atención y la inteligencia emocional, tenga en cuenta que la sabiduría emocional es un factor de predicción importante para el cambio de la calidad de vida.

El curso del cáncer supone una aflicción sentimental, en cuyo caso coexisten las emociones de pánico y decepción con los sentimientos de seguridad, pequeños momentos de felicidad, donde las personas valoran estos momentos más que en otro instante de su vida (Peinado, 2016).

Para que la inteligencia emocional tenga un efecto positivo es necesario otro factor cómo la resiliencia (Nuñez y Luzarraga, 2017).

Resiliencia

A principios de los años setenta, querían encontrar los factores protectores que se reconocían como uno de los fundamentos de lo que llamaban adaptación positiva en poblaciones infantiles que les tocaba vivir situaciones adversas, estos factores los ayudarían a amortiguar las consecuencias y efectos de estas (Kaplan, 1999 en García y Domínguez, 2013).

Un factor psicológico que entra en juego para afrontar las diferentes emociones es la resiliencia, considerada como un atributo protector de la salud (Ungar, 2008). Michael Rutter (1978) que fue un pionero en el estudio de este tema, la definió como un fenómeno manifiesto de las personas que evolucionan de forma favorable, a pesar de haber sido víctimas de estrés, que para la gran mayoría de personas es un riesgo que ocasiona unas secuelas graves. La resiliencia sugiere fortaleza emocional y ha sido utilizada para explicar a aquellas personas que manifiestan una buena adaptabilidad e ímpetu frente a los infortunios (Wagnild y Young, 1993). Bourer (*sf*) indica que la resiliencia se relaciona con la destrucción, pero se le tendría que añadir la capacidad que tienen las personas de construir una vida significativa hacia algo nuevo, sobreponiéndose a lo adverso. Walding (2009) la considera como la característica de personalidad positiva que otorga a la persona la habilidad de acoplarse a condiciones negativas. Cerezo (2014) la llamó cómo el crecimiento postraumático, ya que la cognición y emociones positivas podrían resultar de vivencias de situaciones traumáticas, este suceso traumático origina una crisis existencial donde la persona procrastina buscando el significado, sintiéndose vulnerable y con incertidumbre, esto en un momento del proceso hará que la persona llegue a una reestructuración cognitiva, sirviendo para encontrar el significado a lo ocurrido.

La capacidad de la persona según Ungar (2008) va a depender de los recursos psicológicos, sociales, físicos y culturales para lograr la felicidad. Para entender a una persona como resistente y que salga de un infortunio, Saavedra (2005) considera que deben de estar presente ciertos rasgos, cómo inteligencia matemática y verbal, humor positivo y tendencia al acercamiento. Características de la persona que contribuyan al ámbito emocional, como autoestima, motivación, empatía, autosuficiencia, esperanza, autonomía y resolución de problemas. Contar con un ambiente familiar donde la persona se sienta ayudado y donde los padres, hijos o pareja apoyen en el proceso, tengan una comunicación abierta, cuenten con una estructura familiar estable. Un sistema de valores, creencias, relaciones políticas, educativas y sociales para que tengan otro apoyo donde vean la importancia de salir adelante y de superar los problemas.

La resiliencia para Wagnild y Young (1993) es una particularidad que posee la personalidad para moderar el efecto desfavorable de la angustia y fomentar el acomodamiento. Es importante que las personas desarrollen un repertorio de recursos que les brinden la capacidad de resolver dificultades en su vida. En base a lo que dicen ellos, las personas resilientes manifiestan una adaptación conductual.

Construyen un instrumento para medirla, con una estructura que se centra en cinco componentes: cómo son la perseverancia, la persistencia ante la adversidad. Alegría personal, entender el motivo de la vida. Ecuanimidad, aceptar los acontecimientos con calma y regular las actitudes. Confianza en sí mismo, confiar en nuestras competencias. Y, por último, sentirse bien solo, saber que somos únicos, importantes y libres. Surgen dos causas revelando la descripción teórica de resiliencia apoyando la validez de este, el factor I lo denominaron "Competencia personal" este factor indica; autoconfianza, disposición, dominio, independencia, constancia, invencibilidad y destreza. El factor II es designado

como “Aceptación de uno mismo y de la vida” este factor refleja la flexibilidad, adaptabilidad, una perspectiva de vida estable, balance y un sentimiento de paz pese a los obstáculos.

Estos factores plasman la habilidad de requerir de sí mismo relacionado con distinguir la firmeza y restricciones que se posee, el considerar las experiencias anteriores, pensar y aceptar las cosas con calma para regular las respuestas y las actitudes que se tengan frente a la adversidad, mostrar un acto constante frente a lo adverso, involucrando a la voluntad, el afán de logro, seguir con la vida y poseer autodisciplina. Discernir que la vida posee un plan, un fin para vivir. También es darse cuenta que una persona es única e importante, que hay ciertas oportunidades en que uno se tiene que enfrentar a las experiencias solo y esto proporcionará sentido de libertad y singularidad.

Asimismo, Druss y Douglas (1988) sugieren que las personas que desarrollan optimismo y coraje frente a los acontecimientos, como la muerte, los defectos de nacimiento y otras situaciones, son una señal de peligro en sus vidas. Como es el caso de una persona que ha sido diagnosticada con cáncer, esta experimenta altos niveles de estrés y ansiedad (Smith et al., 2008), preocupación, tristeza, pánico al procedimiento o al deceso, ocasionando que no manifieste sus emociones hasta que haya procesado su diagnóstico (Instituto Nacional del Cáncer, 2015), suelen experimentar inquietud e incluso recelo hacia la nueva realidad que se enfrentan; sin embargo, pueden contar con emociones verdaderas, por ejemplo esperanza y optimismo (Ness et al., 2013). Estas emociones varían mientras la persona está en el curso de asimilación del padecimiento, del tratamiento, de la recuperación y los años subsecuentes (Thorne et al., 2014). Numerosos estudios sugieren que los manifestantes a menudo muestran cambios de comportamiento, particularmente en los ámbitos de salud, ética y somática. Wagnild y Young (1993) encuestaron a personas adultas,

donde más de la mitad eran mujeres. Describieron a las mujeres adultas cómo resistentes, activas y con una puntuación media a alta en una medida de satisfacción con la vida.

Las encuestas anteriores han declarado la capacidad de recuperarse como un causante en la preparación de diversas patologías, especialmente en la afección del cáncer, la resiliencia proporciona elementos y herramientas para el manejo de enfermedades a fin de lograr óptimos efectos psicosociales a lo largo del proceso del cáncer (Molina et al., 2014). La resiliencia es de uso potencial cómo medida de los recursos internos y de la contribución positiva que un individuo aporta a un evento difícil de su vida. Identificando y midiendo la calidad, contribuirá a la comprensión del estrés, resistencia y adaptación exitosa (Young y Walding, 1993).

Walding y Young (1913), la resiliencia del ego por un extremo es el ingenio, la flexibilidad y una gama preparada de estrategias para resolver problemas, mientras que en el extremo opuesto del continuo está la fragilidad del ego que tiene poco que ver con la flexibilidad; insuficiencia al objetar a las demandas dinámicas del escenario; tiende a descomponerse en situaciones estresantes y dificultad para recuperarse después de una experiencia traumática.

Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer cuenta con un impacto negativo en las personas, se vio que según el sexo las características del cáncer difieren en mujeres y hombres, si bien las diferencias entre ambos sexos no se estudiaron a mayor profundidad, se encontró literatura indicándonos que los hombres poseen mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad, ya que pierden la función de 6 genes que son clave en el cromosoma Y (Cáceres et al., 2020), además las mujeres con cáncer presentan problemas físicos como consecuencia de haber sido expuestas

a radiación y quimioterapia, ocasionándoles infertilidad, entre otros efectos secundarios, esto repercute también a tener una mala calidad de vida a largo plazo (Instituto Nacional del Cáncer, 2020). Según el impacto de los síntomas y el tipo de cáncer que experimenten será la repercusión en su vida, en el ámbito psicosocial presentan problemas de autoestima, depresión, inseguridad, problemas en pareja y problemas en el ámbito sexual se dan de manera frecuente en personas diagnosticadas con cáncer ginecológico (Silva, 2020). Por otro lado, las mujeres se caracterizan en el ámbito emocional por ser muy comunicativas en relación con los varones, siendo ellos los que no prefieren hablar sobre su enfermedad. Las mujeres afrontan el cáncer de una forma más adecuada en relación a los varones, esto se podría deber a que las mujeres tienen mejores sistemas de apoyo (Cherrez, 2014). Estas características de mayor comunicación dan como resultado que sean ellas las que tienen mayor asistencia en las agrupaciones de ayuda dirigidos a pacientes con cáncer y supervivientes con cáncer (Klemm, 2012).

El cáncer es un desorden celular, se genera en el epitelio del cuello uterino, este se muestra por medio de lesiones iniciales de forma pausada y sucesiva (precancerosos) y estas avanzan a cáncer quedando en el plano epitelial, o también al tumor irruptor, en el cual estás secciones cancerosas cruzan la membrana basal (American Cancer Society, 2020).

La Foundation for Medical Education (2019), menciona que su origen se da en las células del cuello uterino, en la zona inferior del útero donde se empalma a la vagina. El periodo de infección se da poco después de iniciada la vida sexual. Por tal razón, el virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino, específicamente los tipos 16 y 18, estos producen lesiones precancerosas y al no ser tratadas de forma inmediata desencadenan cáncer.

La Organización Panamericana de la Salud (2011), comunicó que el carcinoma es inconveniente de salud gubernamental, por lo tanto, es uno de los problemas más frecuentes, ya que su diagnóstico se da de manera tardía en estos casos, como consecuencia de poseer un sistema inmunológico débil, de la deficiencia del sistema de salud y también del miedo que posee la población.

Esta misma organización en el año 2018 nos dio cifras, más de 72.000 mujeres han sido identificadas con cáncer cervical y alrededor de 30,000 murieron debido a esta enfermedad. Las estadísticas de muerte son cada vez mayores en todo América Latina (OPS, 2018).

En el Perú el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2016), manifestó que se dieron 1632 sucesos recientes de personas con cáncer cervical, convirtiéndose así en el cáncer con más incidencia posterior al cáncer de mama, además en su mayoría se presenta en pacientes mujeres.

Según la Asociación Americana Contra el Cáncer (2020) es importante conocer las causas, ya que, teniendo conocimiento, estos podrían ayudar a prevenir esta enfermedad. Uno de estos factores y el más importantes es el contagio del VPH, otro factor es la genética, este se da mayormente en mujeres que posean un pariente en primer grado que haya sido perjudicado por este virus, tendrá el doble de amenaza. Estar expuesto a la nicotina, la carencia de vitaminas, son otros factores. Los antecedentes sexuales también son factores importantes, estos dependen sí se da un comienzo prematuro en la vida sexual, las enfermedades de contagio a la hora del sexo, también serán causantes, ya que afectarán al crecimiento de esta enfermedad.

Existen factores de riesgo predisponentes para el carcinoma cervical. Entre los factores de riesgo físicos encontramos: VPH, consumo de tabaco, haber tenido un parto en

la adolescencia, anticonceptivos orales, hipertensión arterial y diabetes (Rossell, 2007). El tratamiento del cáncer, trae efectos secundarios físicos como cambios en la anatomía genital femenina, efectos de la quimioterapia, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, alteraciones hormonales. Y también puede traer modificaciones en la sexualidad, ocasionado por la radioterapia, que es otro tratamiento muy utilizado en este carcinoma, efectos como la estenosis vaginal, decrecimiento de lubricación y fibrosis; repercutiendo muchas veces en el sentido de la feminidad, capacidad reproductora y en las relaciones sexuales (Amsterdam y Krychman, 2006).

Bendezu et al. (2020) dieron a conocer que esta enfermedad avanza de forma constante en Perú, con niveles desde leve, moderada y severa. Estas lesiones permiten desencadenar cáncer cervical, incluso dentro de diez años. Las mujeres con menos de 34 años tienen lesiones de bajo grado o en algunas ocasiones no progresan a desarrollar cáncer. Por el contrario, las mujeres que superan los 35 años poseen mayores probabilidades de desarrollar el tumor en un periodo menor.

En los casos de cáncer, los médicos son los que realizan una evaluación de la tumoración y si el carcinoma se esparció en diferentes lugares del organismo para poder determinar en qué estadio se encuentra la paciente. El cáncer se puede clasificar en cuatro estadios, siendo el estadio I caracterizado porque el cáncer no se ha trasladado a otras áreas del cuerpo y pueden medir desde los 3mm hasta alrededor de 4cm. El estadio II se caracteriza porque el cáncer se disemina fuera del útero y otras áreas cercanas, pero aún se encuentra dentro del área pélvica. En el estadio III el carcinoma ya ha afectado la tercera parte baja de la vagina, se esparció hacia la pared pélvica y provocando que el riñón esté inflamado ocasionando que este no funcione, en este estadio también se ven afectados los ganglios linfáticos. El estadio IV se determina porque el cáncer se ha trasladado en dirección

de la vejiga o al recto e incluso también se trasladan a distintas partes del cuerpo (Bhatla et al., 2019)

Al ser diagnosticadas con cáncer las mujeres presentan factores de riesgo emocionales que tienen una influencia negativa en su vida, se encuentran la dinámica familiar inadecuada y la calidad de vida insatisfactoria (Cassemiro y Kimura, 2010). Los efectos psicológicos de estos riesgos son las falsas creencias del inicio del carcinoma, variación en la imagen, baja autoestima, problemas de pareja, preocupación y temores (Casemiro y Kimura, 2010). Podemos ver que experimentan ansiedad, severa fatiga por las quimioterapias o radioterapias, también vemos que algunas pacientes presentan trastornos depresivos por ver su imagen corporal alterada, sentimientos de minusvalía y baja autoestima, por otro lado se observó que también afecta su desenvolvimiento en el entorno familiar, cómo la pérdida de atractivo físico y sexual hacia su pareja, además este se ve afectado por el temor de dejar a sus hijos sin madre en caso de muerte y también experimentan angustia por lo costoso que son los tratamientos (Melet, 2010). Miranda (2002) concluyendo así que estas mujeres padecen niveles más altos de distrés emocional que aquellas que tienen cáncer de mama. Por otro lado, según el estudio realizado por Delgado (2013), los factores protectores que se hallaron son poseer sentido del humor, apoyo familiar, apoyo amical, inteligencia emocional y resiliencia. Esto hará más llevadero el proceso e incluso ayudarán después de que se superó el cáncer.

La resiliencia y la inteligencia emocional son constructos, se enlazan entre sí y son indistintamente esenciales, para guía de emociones y dominio de estrés, también para lograr bienestar y la felicidad, más allá de las adversidades que cada persona tenga que enfrentar. Ambos factores protectores ayudan a desarrollar las competencias socioemocionales. Tanto los factores cómo las competencias podrían entrenarse y potenciarse para que la persona pueda salir adelante (Nuñez y Luzarraga, 2017).

Inteligencia Emocional y Resiliencia en mujeres con cáncer

A nivel internacional, Rueda y Cerezo (2020) realizaron una revisión teórica de la relación entre la resiliencia y el cáncer, centrándose en la investigación de la enfermedad y la recuperación, y enfatizando la trascendencia de impulsar la resiliencia en la psicoterapia. La demostración empírica exhibe que las personas más resilientes presentan una mejor adaptación después de un diagnóstico de cáncer, lo que tiene importantes repercusiones para el acoplamiento al tratamiento, la calidad de vida y la supervivencia durante la enfermedad. La flexibilidad emerge como una habilidad clave para que la transición a la vida sea lo más rápida y fácil posible. La resiliencia del paciente debe ser un objetivo importante para la intervención del psiquiatra.

García (2014) en Argentina, investigó la relación entre la inteligencia emocional y la resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de útero, centrándose en mujeres que estaban a inicio del tratamiento de dicha enfermedad oncológica. Se tomó como muestra no probabilística accidental a 60 mujeres con una edad promedio de 42 años, siendo la edad mínima de 25 años y máxima de 67 años. Utilizaron como instrumentos la Escala TMMS-24 y Escala de Resiliencia de Wagnild & Young. Los resultados obtenidos muestran que si existe una relación positiva significativa entre las variables estudiadas. También encontraron que las mujeres que poseen mayor edad son más resilientes y son capaces de comprender los distintos estados emocionales.

Hauche y Pedron (2021) en Argentina, buscaron comparar la capacidad de resiliencia en sujetos adultos en fase diagnóstico y en fase de supervivencia de la enfermedad oncológica. El diseño de este estudio fue no probabilístico, intencional y por bola de nieve. Se encuestaron a 60 pacientes, con edades entre los veinticuatro y sesenta y seis años. Se utilizó el cuestionario sociodemográfico y la escala de resiliencia. Los resultados arrojaron

que los pacientes que se encontraban dentro de la etapa de supervivencia tenían mayor resiliencia que los pacientes que estaban dentro de la fase de diagnóstico. Por otro lado, las mujeres que contaban con apoyo social y psicológico tienen mayor resiliencia que las que no contaban con este.

Monzon y Navarro (2017) en un estudio en Cuba, precisaron los factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. El diseño de esta investigación fue descriptiva, prospectiva y serie de casos. Se encuestó a treinta y siete mujeres casadas, amas de casa, nivel medio superior, con edad promedio de 49 años, supervivientes del cáncer con uno, tres y cinco años de supervivencia. Se utilizaron los cuestionarios de datos generales, optimismo, apoyo social y el examen de inteligencia emocional. Obtuvieron como resultado que al inicio de la enfermedad el optimismo no estuvo tan presente, pero con el paso de los años se hizo más fuerte, así como el apoyo emocional y social.

Tamar et al. (2019) en Indonesia, realizaron un estudio donde exploraron los patrones de apoyo en sobrevivientes de cáncer de cuello uterino que habían experimentado un nivel alto de resiliencia. Fue una investigación del tipo descriptiva, con un muestreo intencional que tuvo 6 participantes con un promedio de 40 años y que se encuentran en el estadio 3 y 4 de cáncer cervical. Se utilizó como instrumentos una escala de resiliencia para medir la misma y entrevista profunda con la técnica de triangulación teórica. Los resultados indicaron que la alta resiliencia encontrada en los participantes está relacionada a los patrones de apoyo familiar (apoyo físico, apoyo emocional, apoyo informativo y apoyo de reconocimiento) que recibieron durante la enfermedad, ya que esto ayudó a que los participantes decidan sobrevivir, levantarse y adaptarse al sufrimiento.

Garcia-Maroto y Lopez-Delgado (2017) en Chile, evaluaron los resultados de un proyecto de inteligencia emocional en la ansiedad y autoconcepto de las mujeres diagnosticadas con cáncer sometidas a cirugía. El diseño del estudio fue cuasi experimental de medidas repetidas de pretest-postest con grupo de control. Tuvieron 81 mujeres, 42 pertenecían al grupo control y 39 al grupo de intervención. Utilizaron los instrumentos de TMMS-24, la escala de autoconcepto AF5 Y STAI estado de Spielberger. Se obtuvo cómo resultado, en los postest indican que hubo mejoría en el conjunto de intervención en reparación emocional, precisión emocional y autoconcepto. No obstante, observaron que hay relación entre el tiempo de diagnóstico y las variables dependientes.

Gomez-Garcia et al. (2017) en México, investigaron la relación de las emociones con la aparición del cáncer de mama, enfocándose principalmente en la tristeza, soledad, estrés y cómo actúa la resiliencia en mujeres diagnosticadas con dicha enfermedad oncológica. Tuvieron cómo muestra a 3 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. La investigación se basó en un estudio de caso. Utilizaron la entrevista semiestructurada y el ATLAS TI. Obtuvieron cómo resultado que es importante que las mujeres conozcan las emociones para que estas no intervengan en la enfermedad. Por otro lado, concluyen que la resiliencia es un elemento importante ya que apoya a las mujeres desde el inicio de su enfermedad a identificarla y afrontarla.

Cazana (2021) en Perú, investigó la relación entre el nivel de resiliencia y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. El diseño utilizado en este estudio es transversal con alcance correlacional. Tienen una muestra de 100 mujeres seleccionadas por muestreo no probabilístico. Hicieron uso de la prueba de resiliencia de Wagnild y Young y la encuesta de calidad de vida EORTC QLQ C30. Los resultados obtenidos muestran que la resiliencia y calidad de vida están relacionadas.

Llamoca y Llerena (2019) en Arequipa, buscaron determinar la conexión existente entre inteligencia emocional y resiliencia. Cuenta con un diseño correlacional, no experimental y transversal. Participaron 64 personas, entre los 29 y 89 años. Utilizaron las pruebas de la escala de resiliencia Walding y Young y Escala TMMS-24C. Los resultados del estudio concluyen que la resiliencia está íntimamente conectada con la IE en mujeres que tienen enfermedad cancerígena mamaria.

Hipótesis

Hipótesis del estudio

La Inteligencia Emocional sí predice el incremento de la Resiliencia en mujeres con cáncer al cuello uterino de un hospital público de Arequipa.

Hipótesis nula

La inteligencia emocional no predice un cambio en la Resiliencia en mujeres con cáncer de cuello uterino de un hospital público de Arequipa.

CAPÍTULO III

Método

Diseño de Investigación

La presente investigación se desarrolló de manera empírica ya que se utilizó una data original que se procesó cuantitativamente; se eligió estrategia asociativa porque el objetivo fue descubrir la conexión funcional de dos variables; de diseño predictivo simple dado que se analiza la influencia de una variable (inteligencia emocional) sobre la otra (resiliencia). En cuanto a la temporalidad el estudio fue transversal puesto que la recopilación de datos se hizo en un único momento en el tiempo con información que responde al presente (Ato et al., 2013).

Participantes

La muestra con la que se trabajó fue de tipo no probabilística, la cual es una técnica de muestreo donde los individuos no tienen las mismas probabilidades de ser seleccionados, puesto que los miembros de la muestra fueron seleccionados en relación a su accesibilidad y al criterio intencional del investigador (Cuesta, 2009). El muestreo fue de tipo intencionado, dado que se seleccionó a las personas con características específicas, necesarias y convenientes para la investigación (Otzen y Manterola, 2017).

Se contó con 100 participantes mujeres que cumplieron los subsecuentes criterios de inclusión, entre ellos contar entre 23 y 87 años, haber sido diagnosticadas con cáncer cervical. Respecto a los criterios de exclusión se consideró a mujeres que hayan sido diagnosticadas con algún diagnóstico psiquiátrico; que posean otro diagnóstico de enfermedad crónica o se encuentren en una etapa de metástasis y por último que rechacen el consentimiento informado.

Características sociodemográficas de la muestra

La edad de las mujeres evaluadas oscila entre los 23 y 87 años ($M=53.64$, $D. E=12.36$). En cuanto al estado civil, el 45% está casada o convive, el 36% solteras, el 4% divorciadas o separadas; por otra parte, el 15% de las mujeres son viudas. Al analizar la cantidad de hijos por mujer el 11% reportó tener 1 hijo, el 18% reportó 2, el 24% reportó 3 hijos, el 22% reportó 4 hijos, el 11% reportó 5 hijos, el 5% reportó 6 hijos, el 3% reportó tener 7 hijos, el 1% reportó tener 8, el 1% reportó 9 hijos, el 2% reportó tener 10 y el 2% reportó 12 hijos. Por otra parte, el 12% vive sola, el 17% vive con su pareja, el 42% viven con sus hijos, el 1% vive con sus padres, el 26% vive con sus padres e hijos, el 1% vive con su pareja e hijos y el 1% vive con sus padres e hijos.

Respecto al grado de instrucción se halló que el 33% de las mujeres acabó con sus estudios primarios, el 41% culminó sus estudios secundarios, el 13% acabó con sus estudios técnicos, el 5% culminó sus estudios universitarios y el 8% no tuvo acceso a la educación. El 24% de las mujeres mencionó que posee un trabajo remunerado y el 76% no cuenta con ingresos propios.

Tabla 1.

Estadio de la enfermedad		
	f	%
Estadio I	16	16.00
Estadio II	52	52.00
Estadio III	25	25.00
Estadio IV	7	7.00
Total	100	100.00

Los datos reportados con respecto al estadio de la enfermedad, nos muestran que el 16% de las mujeres evaluadas se encuentran en el estadio I, el 52% en el estadio II, el 25% en el estadio III y el 7% en el IV.

Tabla 2.

Tipo de tratamiento	f	%
Radioterapia	26	26.00
Histerectomía	8	8.00
Sin tratamiento	10	10.00
Radioterapia y quimioterapia	39	39.00
Radioterapia, quimioterapia y braquiterapia	16	16.00
Terminó el tratamiento	1	1.00
Total	100	100.00

Respecto al tipo de tratamiento, el 26% reciben radioterapia, el 8% se sometió a la histerectomía, el 10% no recibieron tratamiento al momento de la evaluación, el 39% recibe radioterapia y quimioterapia, el 16% recibe radioterapia, quimioterapia y braquiterapia, solo el 1% terminó con el tratamiento. Los datos reportados pertenecen al periodo comprendido entre julio del 2022 y septiembre del 2021.

Instrumentos

Ficha sociodemográfica

Se construyó una ficha para recolectar ciertos datos sociodemográficos como: estado civil, edad, cantidad de hijos, situación laboral, estadio de enfermedad, tipo de tratamiento. Todos estos datos serán registrados en una escala nominal u ordinal.

Brief Resilient Coping Scale (BRCS)

Fue desarrollada por Wagnild y Young en 1993, en Estados Unidos y está dirigida a identificar un determinado grado de resiliencia como un rasgo positivo de la personalidad en el ámbito de la adaptación. La prueba ha sido validada en Perú por Castilla et al. (2016), en el departamento de Lima, con 332 adultos mayores, donde el 65.7% eran participantes mujeres y el 34.3% hombres, de 17 y 64 años.

Esta prueba es de medida unidimensional constituida por veinte ítems, que se puntúan en escala Likert que tienen 7 opciones que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo), donde las puntuaciones van de 25 a 175, con un tiempo para su aplicación de 15 a 20 minutos aproximadamente.

La validación fue examinada por medio de análisis factorial exploratorio, antes del análisis se exploró si los datos poseían la bondad de ajuste obteniéndose una matriz de correlación significativa ($p < .001$); KMO de .916; un test de esfericidad de Bartlett ($p < .001$). El análisis factorial por mínimos cuadrados no ponderados sin rotación, donde se considerarán saturaciones por encima de .40; el factor obtenido explicó 41.97% de la varianza total, en dicho factor las cargas oscilan entre .499 y .754. Con relación a la solidez interna del instrumento, se hizo análisis del coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .898$), con intervalos de confianza que oscilan entre .876 y .914, proporcionando evidencia de la adecuada fiabilidad del instrumento.

Brief Emotional Intelligence Inventory for Senior Citizens (EQ-i-M20)

La presente prueba fue desarrollada por Pérez et al. (2014), este es un instrumento derivado de EQ-i: YV de BarOn y Parker (2000); tiene como fin medir las destrezas emocionales, sociales, en las cinco áreas que mide el instrumento original. Esta prueba

fue estandarizada en España siendo esta una versión en español. Para el siguiente estudio se utilizó la adaptación a 332 universitarios de Lima-Perú, de 18 y 56 años, esta prueba fue validada en Lima por Dominguez et al. (2018).

La prueba evalúa los factores intrapersonal, que es la habilidad de la comprensión emocional de sí mismo (ítems 3, 7, 10, 16); interpersonal asociada con la capacidad de poder entender los afectos de otros, manteniendo relaciones satisfactorias de manera mutua (ítems 1, 5, 13, 19); adaptabilidad, cualidad de responder de maneras efectivas y flexibles a solución de situaciones que se logran manifestar en nuestro modo de vida (ítems 6, 9, 11, 14); manejo de estrés, definido como la capacidad para soportar circunstancias hostiles, posponiendo impulsos para lograr gobernar las emociones (ítems 2, 8, 12, 18) y estado de ánimo en general, que implica ser capaz de tener una buena postura a pesar de las cosas adversas que puedan surgir (ítems 4, 15, 17, 20). La administración se realiza en forma individual o colectiva, este instrumento tiene 20 ítems, con respuestas en escala likert de 4 puntos, siendo las opciones nunca me pasa, a veces me pasa, casi siempre me pasa y siempre me pasa. La aplicación tarda aproximadamente de 10 a 15 minutos.

La validación de este instrumento se obtuvo por medio de invarianza de medición, obteniendo un 10% y 17.5% en el total de sus parámetros, considerándose así invariante para fines prácticos. Evaluaron también el modelo oblicuo de 5 factores, encontrando índices de ajuste aceptable $CFI = .965$, $RMSEA = .062$ (IC 90% = .059, .065), $WRMR = 2.270$, con cargas factoriales significativas ($p < .001$). Concluyendo así que existe una adecuada validez interna discriminante. En relación a la confiabilidad los coeficientes ω y H alcanzó un ($>.80$) y los coeficientes α obtuvieron ($>.70$) indicando así una buena confiabilidad de constructo.

Procedimiento

Aprobado el plan de tesis, se procedió a la aplicación de las pruebas. Las investigadoras visitaron el centro de salud y dieron el formulario de manera personal a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. El documento estaba compuesto por la bienvenida y el consentimiento (anexo 1), seguido de la ficha sociodemográfica (anexo 2), luego se les aplicó la BRCS (anexo 3) y el EQ-i-M20 (anexo 4).

Después de terminar el proceso de evaluación, se procedió a la creación de la base de datos, estos fueron procesados por medio del programa estadístico JASP. Por último, se procedió al análisis de los resultados alcanzados y se discutieron con estudios previos y la teoría.

Análisis de Datos

En el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico JASP versión 16.2. Inicialmente se ejecutó la exploración de la normalidad de los datos a través de la prueba de Shapiro Wilk que ha demostrado tener un mayor poder predictivo al analizar la distribución normal de los datos; seguidamente se ejecutó los análisis inferenciales de correlación de Spearman para data no paramétrica, además se realizó el análisis de regresión lineal para verificar la influencia de una variable sobre la otra. Por último, se ejecutaron los análisis descriptivos para responder a los objetivos específicos planteados.

CAPÍTULO IV

Resultados

Estadística Descriptiva

Tabla 3.

Análisis de normalidad

	Shapiro-Wilk	P-valor
Intrapersonal	0.97	0.03
Interpersonal	0.96	5.87e-3
Adaptabilidad	0.97	0.02
Manejo del estrés	0.97	0.04
Estado de ánimo	0.92	< .001
Resiliencia	0.94	< .001

Cómo primer análisis se verificó la normalidad de los datos, para ello se trabajó con los estadísticos de Shapiro Wilk. La presente tabla muestra que no hay una distribución normal ya que el p valor muestra valores inferiores ($< .05$). Estos hallazgos permiten utilizar estadística no paramétrica y la correlación de Spearman.

Tabla 4.

Correlación de Spearman

Variable	Inteligencia Emocional
Resiliencia	0.495***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En esta tabla se puede observar la existencia de una relación muy significativa y directa entre las variables de inteligencia emocional y resiliencia, a mayor resiliencia mayor IE y viceversa (Rho= 0.49; p<.001).

Tabla 5.

Correlación de Spearman entre dimensiones

Variable	Intrapersonal	Interpersonal	Adaptabilidad	Manejo del estrés	Estado de ánimo
Resiliencia	0.275**	0.296**	0.535***	0.009	0.469***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Existe relación entre las dimensiones de Inteligencia Emocional; intrapersonal (rho= 0.28 y p< .01), interpersonal (rho= 0.30 y p< .001), adaptabilidad (rho=0.54; p<.001) y estado de ánimo (rho= 0.47 p<.001) con Resiliencia a excepción de manejo del estrés (rho=874e-3 y p< .93) ya que su p-valor es mayor a .05.

Tabla 6.

Niveles de Resiliencia

Nivel	f	%
Bajo	28	28%
Medio	50	50%
Alto	22	22%
Total	100	100%

Cabe señalar que el instrumento que evalúa Resiliencia no posee baremos propios, por lo que se procedió a crearlos con la muestra evaluada, se realizaron los baremos dividiendo la muestra en 20 grupos homogéneos. Se trabajó con los percentiles de 25 y 75, lo cual permitió

encontrar los niveles bajo, medio y alto. Se reportó que en los niveles de Resiliencia el 28% de las mujeres poseen un nivel bajo, el 50% un nivel medio y el 22% nivel alto.

Tabla 7.

Niveles de Inteligencia Emocional		
Nivel	f	%
Bajo	26	26%
Medio	54	54%
Alto	20	20%
Total	100	100%

El instrumento que evalúa Inteligencia Emocional no posee baremos propios, es así que se procedió a crearlos con la muestra evaluada, se dividió la muestra en 20 grupos homogéneos. Se trabajó con los percentiles de 25 y 75, lo cual permitió encontrar los niveles bajo, medio y alto. En Inteligencia Emocional se evidenció que el 26% de las mujeres se encuentran en el nivel bajo, el 54% en el nivel medio y el 20% pertenece al nivel alto.

Tabla 8.

Resumen del Modelo - Resiliencia			
Modelo	R	R ²	R ² Ajustado
H ₀	0.00	0.00	0.00
H ₁	0.55	0.30	0.26

Tabla 9.

ANOVA					
Modelo		Suma de cuadrados	Cuadrado medio	p	
H ₁	Regresión	9314.23	1862.85	2.39e-6	
	Residuo	21772.41	231.62		
	Total	31086.64			

Tabla 10.

Coeficientes						
Modelo		No tipificado	Error Típico	Tipificado	t	p
H ₀	(Intercept)	112.44	1.77		63.45	5.34e-82
H ₁	(Intercept)	65.46	10.00		6.54	3.13e-9
	Inteligencia Emocional	0.27	0.50	0.13	0.53	0.60
	Intrapersonal	-0.40	0.81	-0.07	-0.50	0.62
	Interpersonal	-0.54	0.96	-0.07	-0.56	0.58
	Adaptabilidad	1.82	0.78	0.29	2.33	0.02
	Estado de ánimo	1.89	0.80	0.30	2.37	0.02

Verificando el modelo de regresión lineal para variables cuantitativas, se identificó a la inteligencia emocional como variable independiente y a la resiliencia como variable dependiente. En ese sentido la segunda tabla confirma a través del p valor ($p=2.39e-6$) que en efecto la Inteligencia emocional predice un cambio en la resiliencia. Posteriormente la tabla que muestra el resumen del modelo indica que la Inteligencia emocional logra explicar en un 26% la resiliencia. Finalmente, en la tercera tabla se puede verificar que son las dimensiones de adaptabilidad ($p=.02$) y estado de ánimo ($p=.02$) las que impactan en la resiliencia.

Finalmente se concluye que por cada punto adicional en adaptabilidad la resiliencia incrementa en 1.82 y por cada punto adicional en estado de ánimo la resiliencia incrementa en 1.89.

Tabla 11.

Resumen del Modelo - Resiliencia

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado
H ₀	0.00	0.00	0.00
H ₁	0.26	0.07	0.06

Tabla 12.

ANOVA

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Cuadrado p medio	p
H ₁	Regresión	2068.63	1	2068.63	9.56e-3
	Residuo	29018.01	98	296.10	
	Total	31086.64	99		

Tabla 13.

Coefficientes

Modelo		No tipificado	Error Típico	Tipificado t	p
H ₀	(Intercept)	112.44	1.77	63.45	5.34e-82
	Edad	-0.37	0.14	-0.26	9.56e-3
H ₁	(Intercept)	132.27	7.70	17.19	2.47e-31
	Edad	-0.37	0.14	-0.26	9.56e-3

Verificando el modelo de regresión lineal, se verificó a través de la tabla ANOVA que el p valor es menor a 0.05 (9.56e-3) por lo cual se determina que la edad influye o predice la resiliencia. La tabla que identifica el resumen del modelo muestra que la edad explica en un 6% la resiliencia, concluyendo que a menor edad la resiliencia incrementa en 0.37.

CAPÍTULO V

Discusión

En el presente estudio se planteó como objetivo conocer si la inteligencia emocional predice o impacta en la resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en Arequipa Metropolitana. Se vio por conveniente realizar este estudio ya que el cáncer es un problema de salud que compromete la vida del individuo y su prevalencia es relevante en nuestra sociedad, las estadísticas muestran que a la fecha se han diagnosticado 4270 nuevos casos de cáncer de cuello uterino en el Perú y de estos, 2288 mujeres han fallecido a consecuencia de este tipo de cáncer. Es así que Perú ocupa el puesto número 4 dentro de los países con tasas más elevadas de mortalidad en Latinoamérica en lo que va del año 2022 (Rivas, 2022). Todo ello apunta al papel protagónico que ocupa la psicología y diversas variables como las seleccionadas las cuales podrían intervenir como un factor protector en una población vulnerable como los diagnosticados con algún tipo de cáncer, es así que algunos estudios confirman que el aspecto psicológico puede repercutir de manera importante en un paciente oncológico (Castillo et al., 2017).

La psicooncología tiene un papel importante en la vida de los pacientes oncológicos, dado que no se centra en la enfermedad en sí, sino en los pacientes y su dimensión biopsicosocial. Las acciones del psicólogo se orientan a la prevención psicoemocional y al apoyo del paciente relacionado con su actitud frente a todo el proceso que conlleva el cáncer e indirectamente a la repercusión de la enfermedad con respecto a los familiares (Cabrera et al., 2017).

Sanz y Modolell (2004) concluyeron que es importante que dentro del hospital haya un psicólogo especializado en oncología, ya que es fundamental que no solo se trate a los pacientes

oncológicos con procedimientos médicos, sino que también se centren en los aspectos psicológicos que trae la enfermedad, debido a que no se le da la importancia necesaria a la parte emocional, espiritual, no se toma en cuenta su sufrimiento y tampoco el concepto que estos tienen de la muerte. Por este motivo se mejorará la calidad de vida del paciente.

Varios estudios concuerdan que la intervención psicológica es fundamental en pacientes que poseen una enfermedad oncológica dando resultados positivos en la mejora de la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad. Dentro de las terapias que destacan se encuentra la terapia grupal, cognitivo conductual y la intervención educativa, obteniendo resultados a mediano y largo plazo (Newell et al., 2002; Barsevick et al., 2002; Blake-Mortimer et al., 1999 citado en Villoria et al., 2015).

Si bien los pacientes con cáncer poseen varios problemas psicológicos, estos son similares a los que padecen los pacientes de patologías crónicas, pero específicamente los pacientes de oncología ginecológica (cáncer de mama, endometrio, cérvix, ovario, vulva) pueden atravesar un estrés añadido (Doherty, 1997) ya que estas mujeres reciben múltiples tipos de tratamientos y estos suelen tener efectos que provocan cambios sexuales, hormonales, reproductivos al igual que alteraciones sociales y psicológicas (Olivares Crespo, 2004). La presencia de cáncer de cuello uterino en Perú posee una tasa bastante alta siendo necesaria que se estudie con una mayor profundidad ya que según lo reportado por el Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades (2022), el cáncer de cuello uterino lideró la incidencia de cáncer en el Perú con un 27% en el periodo de enero-abril 2022.

La participación para la detección del cáncer de cuello uterino es menor que la participación en la detección de cáncer de mama, esto puede deberse a que el cáncer de mama tiene una mayor difusión en los medios visuales y escritos. En el estudio realizado por Dinshaw et al. (2008) determinaron que las mujeres con cáncer de cuello uterino se realizan estudios

cuando presentan síntomas como sangrado menstrual irregular, sangrado postcoital o menopáusico y abundante secreción vaginal. Se encontró también que los problemas más recurrentes en el cáncer de cuello uterino son de función sexual en las pacientes, ya que posterior al tratamiento, en su mayoría radioterapia, se genera una complicación física como fibrosis, decremento de lubricación y estenosis vaginal, además de una mayor sintomatología depresiva y de ansiedad (Auchincloss, 1989 citado en Olivares, 2004).

Tekkis et al. (2009) identificó que las mujeres con cáncer en el cuello uterino, ovarios, útero presentan mayor insatisfacción con respecto a su físico y la actividad sexual, debido a que estas mujeres no solo pasan por las consecuencias de las quimioterapias o radioterapias, sino que también son sometidas a cirugía, por lo cual la actividad sexual disminuye al igual que la posibilidad de tener un hijo, debido a la histerectomía, que es la extirpación parcial o total de aparato reproductor.

Respecto a los estadios, en esta investigación se encontró que el 16% de mujeres se encuentra en el estadio I, lo que puede dar a entender que muy pocas mujeres acuden a la detección temprana del cáncer. Esto concuerda con el estudio hecho por Rodríguez et al. (2015) donde sólo 5 de 57 mujeres fueron diagnosticadas en el estadio I, concluyeron que el 67% de las mujeres no se realizaba el control de Papanicolau, debido a la falta de preparación del sistema de salud, ya que varias mujeres refieren que no sabían que periódicamente debían de realizarse el examen así hayan salido normal en la prueba anterior. Por otro lado, se obtuvo que el 52% de las mujeres se encuentra en el estadio II y el 25% en el estadio III siendo estos resultados de mayor preocupación debido a que se encuentran en un estado más vulnerable. Esto coincide con la investigación hecha por Arenas et al. (2011) donde evidenciaron que más del 60% se encontraban en el estadio II y III, concluyendo que los programas relacionados al cáncer de cuello uterino no tienen el impacto debido en la población, ya que las mujeres no se realizan

los exámenes con anterioridad. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el estadio I tienen más posibilidades de sobrevivir, recibir un tratamiento menos invasivo y prevenir el desarrollo del cáncer.

En este estudio se halló que el 39% de las mujeres recibe quimioterapia y radioterapia, seguido del 26% que reciben solo radioterapia, esto se debe a que son los métodos más empleados para contener el carcinoma y los cuales conllevan diversos efectos psicológicos y físicos en las pacientes como la tristeza, incertidumbre, preocupación, baja autoestima, dolor, pérdida de peso, de cabello, etc. Dinshaw et al. (2008) hallaron que las mujeres con cáncer de cérvix tienen menos adherencia a la radioterapia que las mujeres con cáncer de mama, probablemente se debe a las largas sesiones de radioterapia. En la India sólo el 45% de las mujeres diagnosticadas con carcinoma de cérvix terminó radioterapia (Sankaranarayanan et al., citado en Dinshaw et al., 2008)

Respecto a los resultados encontrados, se halló una concordancia entre la inteligencia emocional y la resiliencia, lo cual se apoya en el estudio realizado en mujeres con cáncer de cérvix por García (2014) donde se encontró que la inteligencia emocional y la resiliencia sí tienen una correlación positiva y significativa, esto quiere decir que a mayor nivel de resiliencia mayor es la inteligencia emocional; estos resultados también coinciden con el estudio realizado en mujeres con cáncer de mama por Llamocca y Llerena (2019) dan como resultado que la resiliencia e inteligencia emocional sí se relacionan significativamente, a mayor resiliencia mayor inteligencia emocional y viceversa. Al igual que el estudio en mujeres con cáncer de mama por Gracias-Maroto (2015) concluye que la resiliencia y la inteligencia emocional sí se relacionan, esto se debe a que el cáncer actúa como un factor influyente debido a las consecuencias psicológicas y físicas de la misma enfermedad y la resiliencia actúa como

predictiva de la inteligencia emocional dado que actúa sobre las emociones, moderándolas y dándoles la capacidad de sobrellevar las desavenencias.

Es así que Manuel y Mikel (2017) mencionan que una de las razones para que exista la correlación entre resiliencia e inteligencia emocional es que eventos estresantes poseen un alto contenido emocional, por ello se menciona que la capacidad que poseen las personas para regular sus emociones es un factor sumamente importante en la influencia de la resiliencia y es que aquellas personas que poseen una capacidad más alta en su regulación emocional interna se encuentran más predispuestos a mostrar resiliencia después de estar expuestos a algún evento adverso (Troy y Mauss, 2011).

Cualquier situación amenazante o estresante genera en la persona sentimientos, emociones negativas y molestas. Tanto la resiliencia como la inteligencia emocional son capacidades, estas se complementan y dan la posibilidad de fortalecer a las personas para salir de las diversas circunstancias adversas y dando una mayor apertura para afrontar futuras situaciones. Por tanto, la inteligencia emocional al ser un conjunto de competencias y capacidades permiten percibir, identificar y aceptar las emociones va a favorecer el proceso de la resiliencia, permitiendo la adaptación a las nuevas emociones y situaciones posibilitando el aprendizaje emocional (Toribio, 2020). Al igual que la información que nos proporciona el trabajo de Magnano (2016) determina que los individuos son competentes para percibir, evaluar de manera más precisa sus emociones, tienen una mayor inteligencia emocional para enfrentar de manera más conveniente las demandas emocionales suscitadas por eventos estresantes, siendo capaces de saber cuándo y cómo expresar sus sentimientos, regulando así de forma eficaz y positiva su estado de ánimo.

En este trabajo se propuso no solo explorar la relación entre las variables mencionadas sino verificar el impacto de una variable sobre la otra, haciendo más preciso el análisis

estadístico, explorando qué dimensión de la inteligencia emocional predice la resiliencia en la muestra analizada, ya que al ser pacientes diagnosticadas con cáncer son más propensas a sufrir cambios físicos, psicológicos y sociales por lo cual es una población altamente vulnerable dado que actualmente el carcinoma es la afección más mortal en el mundo, en el Perú se percibe al cáncer como el segundo problema de salud después del covid-19 (IPSOS, 2021).

Dados los objetivos propuestos, se confirmó la hipótesis de investigación que indica que la inteligencia emocional puede predecir la resiliencia en mujeres diagnosticadas con tumor de cuello uterino. La revisión teórica que realizaron Cantú et al. (2021) se encontró como resultados que la práctica de la inteligencia emocional en situaciones adversas contribuye a que se desarrolle los comportamientos resilientes, y es que como lo mencionan en dicho artículo cuando hay un mayor nivel de inteligencia emocional las competencias sociales que la persona desarrolle serán mayores logrando sobreponerse a circunstancias adversas. Concluyendo que la afinidad entre estos dos conceptos se fundamenta en los agentes protectores y factores de peligro. Sí los vínculos afectivos son de calidad pueden llegar a ser un factor protector frente a la adversidad, esto sería considerado como resiliencia (González et al., 2017).

Actualmente no hay investigaciones que aborden el tema de la influencia de la inteligencia emocional sobre la resiliencia en pacientes con cáncer, pero sí en la literatura se halló el estudio realizado por Melendez et al. (2019) en adultos mayores, halló la relación entre el total de las dimensiones de la Inteligencia Emocional y la resiliencia, pero las que predijeron de una forma más positiva y significativa la resiliencia fueron la dimensión de claridad y de regulación, eso bastó en su estudio para que concluyeran que la inteligencia emocional si es un facilitador de la disposición de adaptación que tuvieron los evaluados en relación a los eventos estresantes y desadaptativos que podrían atravesar.

En este estudio se concluyó además que las dimensiones de la inteligencia emocional que predicen la resiliencia son la adaptabilidad y el estado de ánimo. Esto quiere decir que a mayor adaptabilidad y mayor o mejor estado de ánimo la resiliencia se incrementará, dando lugar a una mejor capacidad para afrontar el cáncer. Este estudio coincide con el estudio propuesto por Rueda y Cerezo (2021) donde muestran que las personas más resilientes se muestran con una mejor adaptación después de ser diagnosticadas con cáncer, también muestran mejor adhesión al procedimiento, sobrevivir y mejorar la calidad de vida en todo el proceso. Por otro lado, demostraron que la resiliencia es una habilidad de suma importancia que favorece la readaptación a su vida de una forma más fácil y rápida.

En relación al estado civil, el 45% de las mujeres que están casadas o conviven con su pareja, son mujeres que poseen apoyo económico y sentimental. Por lo tanto, muestran un factor protector coincidiendo con Delgado (2013) donde las mujeres con mayor apoyo familiar llevan mejor el proceso y tratamiento del cáncer. Reynolds y Kaplan (1990) concuerdan que las personas casadas o tienen una pareja estable se adecuan a la enfermedad y tienen una mejor calidad de vida que las personas solteras. Por otro lado, en este estudio, el 36% están solteras y el 4% están divorciadas. Son mujeres que no tienen apoyo de su pareja, poseen una mayor carga económica, familiar y emocional, por lo tanto, concuerda con el estudio hecho por Casseiro y Kimura (2010) donde dan a conocer que las mujeres diagnosticadas con cáncer presentan mayores factores de riesgo emocionales teniendo una influencia negativa en la dinámica familiar. Baider (2003) en su estudio concuerda en que las mujeres solteras o viudas presentan menos niveles de bienestar físico y mental debido a que no presentan apoyo marital y por consiguiente son más propensas a enfrentar la enfermedad con menos eficacia y poca motivación al decidir.

Analizando la edad y su impacto en la resiliencia, la muestra presenta edades que van desde los 23 a los 87 años, siendo la media 54 años. En este estudio se concluyó que a menor edad se incrementa resiliencia, por consiguiente, estas mujeres poseen mejor disposición para enfrentar el cáncer ya que tiene mayor predisposición a manifestar sus emociones, reconsiderar su experiencia positivamente, promover su tranquilidad y darles significancia a sus vidas. Este estudio difiere del estudio documentado por Garcia (2014) donde la edad va desde los 25 a los 67 años teniendo como edad media los 41 años, se evidencio que la edad se correlaciona directamente con la resiliencia, concluyendo que a mayor edad mayor resiliencia, por ende, tienen una mayor capacidad para afrontar la enfermedad. Este también concuerda con el estudio hecho por Parle et al. (2001, citado en Barroilhet et al., 2005) identificaron que las mujeres con cáncer de mama de menor edad presentaron mayor malestar psicológico. Al igual que el estudio de Bowman et al. (2003) y Parker et al. (2003, citado en Barroilhet et al., 2005) llegaron a la conclusión que los pacientes oncológicos de mayor edad presentaron una mejor calidad de vida y afrontamiento con respecto a su enfermedad. A estos estudios también se suma el de Arosemena (2021), que nos indica que los pacientes evaluados que se encuentra en el grupo de edad de 50 a 70 años son más resilientes que aquellos que son menores de 50 o mayores de 70, afirmando que esto se puede deber a que estas personas a esa edad suelen obtener mayor bienestar y satisfacción con la vida es así que a un nivel emocional ellos pueden gestionar de una mejor manera la enfermedad.

Por otro lado, Brown et al. (2002) afirman que la etapa del ciclo vital de la persona va a influir en la adaptación al cáncer y en el afrontamiento que encontrara para hacer frente a las consecuencias que acarrea la enfermedad, con respecto a las mujeres más jóvenes al ser diagnosticadas con cáncer afrontan muchos más problemas como la posible infertilidad asociada a los tratamientos, la preocupación por el cuidado de los hijos menores de edad. A comparación con las mujeres mayores en etapa de menopausia. Barroilhet et al. (2005) afirman

que la incertidumbre y el miedo siempre estarán presentes en el proceso de la enfermedad tanto en personas jóvenes como mayores, pero que la adaptación puede variar debido a las razones de los pacientes oncológicos para superar la enfermedad.

En relación a la inteligencia emocional se evidenció que la mayor parte de mujeres evaluadas con un 54% se encuentran en un nivel medio, estos resultados son semejantes a los encontrados por Cruz et.al. (2021), en dicho estudio el 73,33% de los participantes está dentro del nivel medio, es así que ellos concluyeron que cuanto mayor inteligencia emocional posee las personas evaluadas esta se reflejaba en una menor percepción de pesimismo en su calidad de vida, es por eso que junto con otras variables investigadas determinaron que estas le permiten adaptarse de una forma constructiva ya que interviene en el proceso de salud-enfermedad.

Respecto a la variable resiliencia, se halló que la mayor cantidad de evaluadas se encuentra en el nivel medio, indicando que tienen una aptitud moderada para hacer frente y vencer las desavenencias que se tienen por la enfermedad oncológica. Concuera con Córdova (2014), el encontró que el 83% de mujeres con tumor de cérvix evaluadas poseían un nivel moderado en resiliencia.

Sin embargo, de acuerdo a los resultados que obtuvo en la investigación realizado por Bracamonte y Diaz (2013), se encontró que el 66% las mujeres con cáncer de cuello uterino evaluadas poseen una resiliencia alta, connotando así que estas mujeres tienen la capacidad de adaptabilidad y mostrar valentía para enfrentar estas situaciones.

Es sabido que el cáncer es una enfermedad incapacitante y de un riesgo vital en relación al trabajo y en esta investigación encontramos que el 24% de las mujeres posee un trabajo remunerado y el 76% no cuenta con ingresos propios puesto que los tratamientos a los que están sometidas las imposibilita en seguir con sus actividades laborales con total normalidad. En la investigación realizada por Vicente y Lopez (2018) donde se tomaron en cuenta a la

población trabajadora de 85000 que fue diagnosticada con cáncer en edades comprendidas de 18 a 65 años, reportando que un 30% de los supervivientes perderá el trabajo o ya lo habrá perdido en el transcurso del tratamiento. Mencionan también la pérdida de la capacidad de ganancia personal y familiar, al igual que los pagos hospitalarios y de ayuda pueden generar casos de exclusión social.

Referente a la cantidad de hijos, en esta investigación se vio que la cantidad de hijos va desde 1 hijo hasta 12 hijos, siendo 3 el mayor número de hijos con un 24%, habiendo una mayor probabilidad de cáncer de cuello uterino en las mujeres con varios hijos, según Romero et al. (2002) (citado en Dunan, 2011) esto se debe a que a la hora del parto las mujeres son expuestas a manipulaciones ginecológicas, dando como resultado cambios en el epitelio produciendo desgarros o lesiones que dañan la membrana. Esto coincide con lo dicho por Páez et al. (2016) donde la media de hijos es de 3 y el máximo de 12 hijos, concluyeron que a más hijos es mayor la probabilidad de presentar cáncer de cérvix, también puede darse por múltiples parejas sexuales, lesiones en el cuello uterino y entre menor haya sido la edad en el primer embarazo aumenta las probabilidades del cáncer. Esto coincide con lo dicho por *American Cancer Society* (2020) dando a conocer que a mayor número de hijos mayor es la probabilidad de contraer cáncer de cérvix, esto debido a que al momento del embarazo las hormonas de las mujeres varían siendo más susceptibles a las infecciones por VPH o que el tumor crezca, con respecto a la edad del primer embarazo concluyen que las mujeres que tuvieron el primer embarazo antes de los 20 tienen mayores probabilidades de cáncer a comparación con las que tuvieron su primer hijo a los 25 o más.

En relación al grado de instrucción, se concluyó que el 33% cuenta con educación primaria y el 41% con educación secundaria, esto puede dar a entender la falta de detección temprana del cáncer y la falta de información acerca de cómo puede darse el cáncer de cuello

uterino en las mujeres. Esto coincide con la investigación hecha por Corral et al. (1996) que dan a conocer que el cáncer en las mujeres solo con educación primaria empieza a los 20 años, en las mujeres con sólo educación secundaria se dio a partir de los 25 a 30 años y las mujeres con una educación superior su detección fue a las 45 a 50 años, concluyendo que las mujeres entre más informadas estén acerca del cáncer, cómo se contrae y todos los factores de riesgo que conlleva tener esta enfermedad, hará que las mujeres se contagien de VPH o presenten el cáncer de cérvix a una edad más tardía. También concluyen que el analfabetismo y el poco grado de instrucción es característica de las personas de bajos recursos económicos, lo que conlleva a que este sea otro factor de riesgo importante, debido a que tienen mayores dificultades para acceder a los tratamientos. Por otro lado, Gonzales (2015) coincide que las mujeres de bajo grado de instrucción presentan mayor dificultad en tomar conciencia acerca de la prevención y riesgo de la enfermedad, lo cual indicaría el tardío despistaje.

Limitaciones

Entre las limitaciones encontradas para ejecutar el estudio se vio reflejado el difícil acceso a las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, ya que las instituciones a las que se solicitaron los permisos pertinentes dieron su negativa o dilataban el proceso, encontrando poca apertura y disposición. En el proceso de la evaluación se presentaron amenazas a la validez interna dada la presencia de familiares en el momento de la aplicación de los instrumentos lo que pudo generar distracción o sesgo en los resultados, la enfermedad y sus síntomas también fue un factor orgánico presente, asimismo se perdió unidades de estudio dado el idioma, puesto que había mujeres que provenían de provincia y no entendían el castellano lo cual imposibilitó la evaluación. En cuanto a la literatura, a pesar de que el presente estudio se cataloga como una primera contribución en la temática abordada; existe insuficiente evidencia empírica sobre esta enfermedad y las variables psicológicas, encontrando mayor producción científica asociada al cáncer de mama. Entre las amenazas a la

validez externa los resultados del presente estudio no se pueden generalizar ya que se trabajó con un muestreo no probabilístico, sumado a ello el espacio geográfico de aplicación no permitió reclutar a todas las participantes dado que los procesos de consulta externa implica varios procedimientos administrativos, filas y acceso a ventanillas, situación que hizo perder a varias unidades de estudio.

Conclusiones

Primera. - La inteligencia emocional impacta de manera positiva en la resiliencia de mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en Arequipa Metropolitana, asimismo a menor edad existe mayor probabilidad de desarrollar la resiliencia.

Segunda. - Se encontraron niveles medios de resiliencia en mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en Arequipa Metropolitana.

Tercera. - Se encontraron niveles medios de inteligencia emocional en mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en Arequipa Metropolitana.

Cuarta. - Si existe relación entre todas las dimensiones de la inteligencia emocional y resiliencia excepto el estrés en mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en Arequipa Metropolitana.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones se recomienda en primer lugar la replicabilidad y de esa forma verificar la confiabilidad de los resultados, pero con una muestra representativa, para ello es importante que se concientice a las instituciones sobre la importancia de la investigación en pacientes oncológicos tomando en cuenta variables psicológicas, lo cual podría contribuir a mejorar los procesos de tratamiento y calidad de vida de los mismos. Se podría mejorar la estructura interna de los instrumentos utilizados y adaptados al contexto abordado,

considerando escalas más breves y precisas. En cuanto a las sugerencias en base a los resultados encontrados es importante psico educar a las mujeres y a toda la población sobre la prevención del cáncer de cuello uterino desde edades tempranas, es importante que los familiares y pacientes posean contención psicológica ante el primer diagnóstico para que asimilen y acepten la enfermedad y se adhieran al tratamiento.

REFERENCIAS

- Acosta, I. & Sánchez, Y. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32.
- Alarcón, R., Cerezo, M., Hevilla, S., & Blanca, M. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 20(1), 81–89.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.001>
- American Cancer Society (2020). *Cancer risk factors*. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
- American Cancer Society (2022). *Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
- Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013*. (n.d.). Gob.Pe. Retrieved <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2741.pdf>
- Arenas, R., Henríquez, D. & González, M. (2011). Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 71(4), 252-264.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000400006
- Ato, M., Lopez, J., Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3). 1038-1059.
<https://www.redalyc.org/pdf/167/16728244043.pdf>

- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1). 505-52. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf
- BarOn model of social and emotional intelligence (ESI). (n.d.). Eiconsortium.Org. Retrieved from http://www.eiconsortium.org/reprints/bar-on_model_of_emotional-social_intelligence.htm
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18 https://www.eiconsortium.org/reprints/bar-on_model_of_emotional-social_intelligence.htm
- Barroilhet Díez, S., Forjaz, M. J., & Garrido Landivar, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(6). <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>
- Bermejo, R. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 27(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18113757004>
- Bhatla, N., Berek, J. S., Cuello Fredes, M., Denny, L. A., Grenman, S., Karunaratne, K., Kehoe, S. T., Konishi, I., Olawaiye, A. B., Prat, J., Sankaranarayanan, R., Brierley, J., Mutch, D., Querleu, D., Cibula, D., Quinn, M., Botha, H., Sigurd, L., Rice, L. & Natarajan, J. (2019). Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 145(1), 129–135. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12749>

- Bracamonte, A. & Díaz, D. (2015). Depresión y Resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013. Tesis de Licenciatura. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo 2015.
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USAT_514825555daa48e432d2fc88a2aef559
- Brown, J. B., Carroll, J., Boon, H. & Marmoreo, J. (2002). Women's decision-making about their health care: views over the life cycle. *Patient Educ Counsel* 48.225-31.
- Cabrera, Y., López González, E., López Cabrera, E., & Arredondo, B. (2017). La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200007
- Calero, N., Manrique, A. & Obrero, A. (2019). Papel de la resiliencia en la evolución de los pacientes con cáncer. *Enfermería Oncológica*, 21(2), 52-57.
<https://doi.org/10.37395/seeo.2019.0004>
- Cantu, M., Espinosa, A., Mere, & M. (2021). Perspectiva teórica entre la inteligencia emocional y la resiliencia. *Vincula Tegica EFAN*, 7 (2).
- Capote, L. G. (s.f). Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino en América Latina. *Ecancer.Org*. <https://ecancer.org/es/journal/article/577-epidemiology-of-cervical-cancer-in-latin-america/pdf/es>
- Casemiro, W. & Kimura, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. *Revista Latino-Am, Enfermagem*, 18 (3), 65-71.
https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_10.pdf

- Castilla, H., Coronel, J., Bonilla, A., Mendoza, M. & Barboza, M. (2016). Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia(Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y trabajo Social* 5(1).
- Castillo, C., Mañas, C., Moralejo, A. & Ahijado, G. (2017). Impacto psicosocial en el paciente oncológico. Asociación española de enfermería de salud mental. <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/4DB2D271-7738-4658-8041-3EEF4EB0E391/d9984f6d-be17-4428-a7ff-bacfce0130c1/d9984f6d-be17-4428-a7ff-bacfce0130c1.pdf>
- Cazana, V. Z. E. (2021). Relación entre el nivel de resiliencia y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama del servicio de medicina paliativa del instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el año 2021.
- Cejudo, J., García-Maroto, S. & López-Delgado, M. L. (2017). Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 35(3), 239-246. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000300239>
- Cerezo, V. & Rueda, P. (2022). Resiliencia y cáncer: Una relación necesaria. *Escritos de Psicología*, 13(2). <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v13i2.10032>
- Chang, C. J., O'Brien, K. M., Keil, A. P., Gaston, S. A., Jackson, C. L., Sandler, D. P., & White, A. J. (2022). Use of straighteners and other hair products and incident uterine cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 114(12), 1636–1645. <https://doi.org/10.1093/jnci/djac165>

Cherrez, A. (2014) Apoyo social percibido en pacientes adultos con cáncer y su influencia en la depresión en la unidad oncológica solca-tungurahua

Cordova, P. (2014). Calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del hospital goyeneche. <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/4904>

Corral, F., Cueva, P., Yopez, J. & Montes, E. (1996). La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 121 (6). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15413/v121n6p511.pdf?sequence=1>

Cruz, J. J., Cuervo, S. & Martínez, A. (2021). Relación entre inteligencia emocional, optimismo, resiliencia y calidad de vida en pacientes hospitalizados en el Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E. [Trabajo de Grado] Universidad Autónoma de Bucaramanga Extensión UNISANGIL, Yopal-Casanare.

Definición de Ingenio. (s.f.). Definición ABC. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/general/ingenio.php>

Definición de Psicología Social. (s.f.). Definición ABC. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/social/psicologia-social.php>

Dinshaw, Ketayun; Mishra, Gauravi; Shastri, Surendra; Badwe, Rajendra; Kerkar, Rajendra; Ramani, Subhash; Thakur, Meenakshi; Uplap, Pallavi; Kakade, Anagha; Gupta, Subhadra & Ganesh, Balasubramanian (2007). Determinants of Compliance in a Cluster Randomised Controlled Trial on Screening of Breast and Cervix Cancer in Mumbai, India. *Oncology*, 73(3-4), 154–161. Doi:10.1159/000126498

- Dominguez-Lara, S., Merino-Soto, C., & Gutiérrez-Torres, A. (2018). Estudio Estructural de una Medida Breve de Inteligencia Emocional en Adultos: El EQ-i-M20. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 49(4). Recuperado de <https://doi.org/10.21865/ridep49.4.01>
- Druss, R.G., & Douglas, C.J. (1988). Adaptive responses to illness and disability. *Healthy denial*. *General Hospital Psychiatry*, 10, 163-168.
- Dunán Cruz, L. K., Cala Calviño, L., Infante Tabío, N. I., & Hernández Lin, T. (2011). Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud. *Medisan*, 15(5), 573-579. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500002
- Efraín, W., Rojas, B., General, S., & Guerrero, L. R. (s.f.). *Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud*. Gob.Pe. Retrieved February 17, 2022. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4232.pdf>
- Fernandes, W. C., & Kimura, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 360-367. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_10.pdf
- France (2020). *La OMS impulsa una estrategia para eliminar el cáncer de cuello uterino*. France 24. <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20201117-la-oms-impulsa-una-estrategia-para-eliminar-el-c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino>
- García, C. (2014). *Inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de útero*. Tesis de grado. Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114794.pdf>

García, L., & Navarro, V. (2017). Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Revista Finlay*, 7(4), 250-259. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400004&lng=es&tlng=es.

García-Maroto, S. (2016). *Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en mujeres con cáncer de mama*. Tesis doctoral, Universidad de Castilla-La Mancha. Ruidera.uclm.es. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/10072/TESIS%20Garcia-Maroto%20Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1>

Gobierno Regional de Arequipa (2022). *Presupuesto por resultados de salud e indicadores prioritarios*. Recuperado de http://regionarequipa.gob.pe/Cms_Data/Contents/GobRegionalArequipaInv/Media/ParticipacionCiudadana.PresupuestoParticipativo/2018/PRESUPUESTOS-POR-RESULTADOS-SALUD-E-INDICADORES-PRIORITARIOS.pdf

Godoy-Izquierdo, D., Martínez, A., & Godoy, J. (2008). La «Escala de Balance Afectivo»: Propiedades psicométricas de un instrumento para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clínica y Salud*, 19(2), 157–189. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200002

Gómez-García, A., Hernández-Cruz, M., Romero-Rojas, R., & Zamora-Ámezquita, Y. (2017). El cáncer de mama: Somatización y resiliencia en mujeres diagnosticadas. *Revista de Ciencias de la Salud [Internet]*, 4(12), 27-41.

Gonzales, J. (2015). Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el hospital Belén de Trujillo.

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1261/1/GONZALES_JOSEPH_ABANDONO_TAMIZAJE_CUELLO%20UTERINO.pdf

Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. , & Haybittle, J. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *The Lancet*, 335(8680), 49–50.

Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 4(3), 163–173.

Hauché, R. & Pedrón, V. (2021). Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad. *Revista de Psicología*. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.24215/2422572Xe104>

Hernández, C., & Universidad Libre. (2017). *Metodología de la investigación jurídica*. Universidad Libre Sede Principal.

INEN (2000 - 2016). *Casos nuevos de cáncer registrados*. <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/06/INEN-CASOS-NUEVOS-2000-2016.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer (2015). *Estadísticas del cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>

IPSOS (2021). Global health service monitor. Recuperado de <https://www.ipsos.com/sites/default/files/2021-10/Ipsos-global-health-service-monitor-2021.pdf>

- Llamoca, E., & Llerena D. (2019). *Resiliencia e inteligencia emocional en pacientes con cáncer de mama del instituto regional de enfermedades neoplásicas del sur, 2019*. Tesis de titulación, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Lopez, Y. & Sarmiento, J. (2020). La influencia de la inteligencia emocional en la etapa terminal del cáncer en adultos mayores. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20406/1/2020_influencia_IE_cancer.pdf
- Maggio, L. (2012). *Espiral dialéctica: Concepto central como ontología relacional en la teoría de Pichon Rivièrre*. KAIROS. Revista de Temas Sociales.
- Mamani, T. (2017). Caracterización de la adaptabilidad mediante el análisis multivariado y su valor como predictor del rendimiento académico. *Educación Superior*, 3(1), 68–75. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2518-82832017000200008
- Manuel, J. & Mikel, J.(2017). Relación entre la resiliencia e inteligencia emocional implicaciones en el desarrollo de competencias socioemocionales. *Campus educación revista digital docente*. <https://www.campuseducacion.com/blog/revista-digital-docente/relacion-resiliencia-e-inteligencia-emocional/#:~:text=Los%20resultados%20de%20los%20estudios,familiares%20y%20fuentes%20de%20resiliencia>
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). *Emotional development and emotional intelligence: educational implications*. Basic Books.
- Mayer, J., & Soley, P. (2007). *¿Qué es la Inteligencia emocional?* Ediciones Pirámide.

- Melendez, J., Delhom, I. & Santorres, E. (2019). El poder de la inteligencia emocional sobre la resiliencia en adultos mayores. *Ansiedad y estrés* 25. www.elsevier.es/reas
- Melet, A., Dra, C., Argelia, M., Instituto, M., Psicológico, C. A., & Alegre, C. (n.d.). Cáncer de cuello uterino, sexualidad y problemas emocionales. *Redalyc.Org*. Retrieved February 17, 2022, from <https://www.redalyc.org/pdf/3756/375634865005.pdf>
- Ministerio de Salud (2021). Programa presupuestal 0024 Prevención y Control del Cáncer. https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_6.pdf
- Mitchell, C. (2019). OPS/OMS. Pan American Health Organization / World Health Organization. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14947:ce-rvical-cancer-is-the-third-most-common-cancer-among-women-in-latin-america-and-the-caribbean-but-it-can-be-prevented&Itemid=1926&lang=es
- Monteagudo, Y., Vicente, A., & Peralta, M. (2016). Estudio de la resiliencia en pacientes oncológicos de la aecc en Castellón. *Àgora de Salut*, 3, 257–265. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.27>
- Ness, S., Kokal, J., Fee-Schroeder, K., Novotny, P., Satele, D., & Barton, D. (2013). Concerns across the survivorship trajectory: Results from a survey of cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 35–42. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.35-42>
- Núñez, J., & Luzarraga, J. (2017). Relación entre resiliencia e inteligencia emocional. *Campus Educación Revista Digital Docente*, 5, 31-34. <https://www.campuseducacion.com/revista-digital-docente/numeros/3/files/assets/common/downloads/Campus%20Educaci.pdf#page=31>

- Olivares, M. (2004). Aspectos Psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en la Psicología Latinoamericana*, 22.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2741881.pdf>
- Otzen, T., Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1). 227-232.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Páez, M., Riveros, M., Kasamatsu, E., Castro, A., Orué, E., Lampert, N. & Leguizamón, M. A. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción,(Bañado Sur). 2012. *Salud UIS*, 48(1).
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5400/5649>
- Patterns of family support in cervical cancer survivors with high resilience. (2019). *International Journal of Innovative Technology and Exploring Engineering*, 9(1), 1604–1606. <https://doi.org/10.35940/ijitee.a4572.119119>
- Pérez, M., Gázquez, J., Mercader, I., & Molero Jurado, M. (2014). Brief emotional intelligence inventory for senior citizens (EQ-I-M20). *Psicothema*, 26(Número 4), 524–530.
 Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/10469>
- Psicología*. (s.f.). Wwww.Uv.Es. Retrieved February 17, 2022, from <https://www.uv.es/=cholz/>
- Rausch, S. (2008). *Evaluating the psychosocial effects of two interventions, tai chi and spiritual growth groups, in women with breast cancer.*
- Revista Diagnóstico*. (s.f.). Org.Pe. Retrieved February 17, 2022, from <http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2004/ene-feb04/29-33.html>

Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. (2013). Fundación Cinde.

Rey, L., Extremera, N., & Trillo, L. (2013). Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, *31*(1), 51–64.

Reynolds, P. & Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for cancer: Prospective evidence from the Alameda County study. *Behavioral Medicine*, *16*, 101-110.

Rivas, A. (2022). Perú reporta aumento de casos de cáncer de cuello uterino. *Colegio Médico del Perú*. <https://www.cmp.org.pe/peru-reporta-aumento-de-casos-de-cancer-de-cuello-uterino/>

Rodríguez, G., Caviglia, C., Alonso, R., Sica, A., Segredo, S., León, I., & Musé, I. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. *Revista Médica del Uruguay*, *31*(4), 231-240. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000400002

Rosell, E., Muñoz, A., Cepero, F., Cardoso, J., & Estenoz, A. (2007). Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. *Archivo Médico Camagüey*, *11*(1), 0–0. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000100001

Rosenberg, A., Yi-Frazier, J., Eaton, L., Wharton, C., Cochrane, K., Pihoker, C., Baker, K., & McCauley, E. (2015). Promoting Resilience in Stress Management: A pilot study of a novel resilience-promoting intervention for adolescents and young adults with serious illness. *Journal of Pediatric Psychology*, *40*(9), 992–999. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv004>

- Rude, S., & Mccarthy, C. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable collage students. *Cognition and Emotion*, *17*, 799–806.
- Rueda, P., & Cerezo, M. (2021). Resiliencia y Cáncer: Una relación necesaria. *Escritos de Psicología*, *13*(2), 90–97. Recuperado de <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v13i2.10032>
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *14*(8), 626–631, 690–696. [https://doi.org/10.1016/1054-139x\(93\)90196-v](https://doi.org/10.1016/1054-139x(93)90196-v)
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *147*(6), 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Salgado, L. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Pepsic*, *11*.
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, *1*(1), 3-12. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_voll/capitulo1.pdf
- Silva, M. (2020). Efectos de la enfermedad y tratamiento en la calidad de vida sexual de la mujer con cáncer cérvico uterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, *85*(1). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000100074&script=sci_arttext&tlng=p

- Smith, A., Reeve, B., Bellizzi, K., Harlan, L., Klabunde, C., Amsellem, M., Bierman, A., & Hays, R. (2008). Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. *Health Care Financing Review*, 29(4), 41–56.
- Sood, A., Loprinzi, C., Sharma, V., & Prasad, K. (2012). P02.155. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(S1), P211. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-s1-p211>
- Teques, A., Carrera, G., Ribeiro, J., Teques, P., & Ramón, G. (2016). The importance of emotional intelligence and meaning in life in psycho-oncology: Emotional intelligence and meaning in life. *Psycho-Oncology*, 25(3), 324–331. <https://doi.org/10.1002/pon.3921>
- Tekkis, P., Cornish, J., Remzi, F., Tilney, H., Strong, S., Church, J. (2009). Measuring sexual and urinary outcomes in women after rectal cancer excision. *Diseases of the Colon and Rectum*, 52,1, 46-54. DOI: 10.1007/DCR.0b013e318197551e00003453-200901000-00008 [pii].
- Thorne, S., Hislop, T., Kim-Sing, C., Oglov, V., Oliffe, J., & Stajduhar, K. (2014). Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: insights from the patient perspective. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(4), 1009–1015. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2056-4>
- Toribio, H. (2020). *Personas Resilientes ¿Emocionalmente Inteligentes?* Instituto Europeo de Innovación en Inteligencia Emocional. <https://ie-inteligenciaemocional.com/salud/personas-resilientes-emocionalmente-inteligentes/>

- Troy, A. & Mauss, I. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. *Researchgate*. DOI:[10.1017/CBO9780511994791.004](https://doi.org/10.1017/CBO9780511994791.004)
- Ungar, M. (2006). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218–235.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
- Vicente, J. & López-Guillen, A.(2018). Cáncer en la población trabajadora. Incapacidad y riesgo de exclusión laboral y social. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000400354
- Villoria, E., Fernandez, C., Padierna, C. & González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 12(2), 207-236.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/51005/47333>
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
https://sapihg.org/bg/download/1054-wagnild_1993_resilience_scale_2.pdf

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Stephany Nuñez Flores y Stefania Portilla Herrera bachilleres en psicología de la Universidad Católica San Pablo. El estudio fue aprobado por dicha institución. Por ello, tu participación es muy importante en este proceso y estaremos agradecidos si accedes. Si aceptas participar en el estudio, completarás de forma ANÓNIMA una ficha de datos sociodemográficos y unas encuestas psicológicas. La duración de toda la evaluación será aproximadamente de 20 minutos. **RIESGOS POTENCIALES:** No existen riesgos a la privacidad o confidencialidad dado que las respuestas serán anónimas. **BENEFICIOS POTENCIALES:** A partir de los resultados de la presente investigación es posible incorporar iniciativas para promover una adecuada salud mental de las mujeres adultas con cáncer de cuello uterino. **SOBRE LOS RESULTADOS:** Una vez terminada la evaluación se procesará la información bajo protocolo estrictamente ligados al objetivo del estudio. **SOBRE EL PROCESO:** Todo proceso es voluntario y, si accedes a participar, puede dejar de hacerlo cuando considere necesario sin que esto tenga consecuencias negativas. **CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES:** Para esclarecer cualquier duda o realizar alguna consulta puede comunicarse al correo electrónico de las investigadoras: stephany.nunez@ucsp.edu.pe o stefania.portilla@ucsp.edu.pe.

Acepto participar

FIRMA

Anexo 2

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad _____

Estado Civil: Soltera () Casada () Viuda () Unión Libre () Separada ()

Número de hijos _____

Formación: Sin grado de instrucción() Primaria() Secundaria() Nivel Técnico() Nivel universitario()

¿Con quién vive?: Sola() Con mi pareja() Con mis hijos() Con mis padres()

¿Actualmente está trabajando?: Sí () No ()

Estadio de la enfermedad actual: I() II () III () IV ()

Tipo de tratamiento: Radioterapia() Quimioterapia() Braquiterapia() Histerectomía() Sin tratamiento()

