UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

Resiliencia y fases del cáncer en adolescentes con tratamiento oncológico en

Lima

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

AUTOR

Alvarez Guillén, Jazzmín (0000-0001-9394-4155)

ASESOR

Kohler Herrera, Johanna Liliana (0000-0002-0482-2971)

Lima, 03 julio del 2019

DEDICATORIA

A mis padres Héctor y María Elena por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi hermana Amanda por ser parte de mi crecimiento profesional y personal, siempre alentando a culminar los proyectos académicos. Gracias por todo eso y más.

AGRADECIMIENTOS

Para mi asesora Johanna Kolher por su gran apoyo y motivación para la para elaboración y culminación de esta tesis.

Para mi esposo Cristhian por sus palabras de perseverancia y aliento durante la realización de la investigación.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio consistió en analizar la relación entre la resiliencia y las fases del cáncer en un grupo de 72 adolescentes con tratamiento oncológico de un instituto especializado del Ministerio de Salud. Los instrumentos utilizados incluyeron la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young y una ficha sociodemográfica.

Los hallazgos indicaron que la mayoría presentó niveles normales de resiliencia. Se analizaron las edades agrupadas divididas en tres etapas: adolescencia temprana ($M = 110.11$; $DE = 1.78$); intermedia ($M = 106.06$; $DE = 1.87$); y tardía ($M = 111.40$, $DE = 1.95$), la cual presentó un mayor promedio. Asimismo, al considerar el sexo, se halló que las mujeres presentan un promedio mayor que los hombres; asimismo, según el lugar de procedencia, aquellos adolescentes que provienen de las distintas provincias del Perú presentaron un promedio mayor que aquellos que residen en Lima. Respecto a la confiabilidad, se encontró que los adolescentes que viven con otros familiares presentan un promedio mayor que aquellos que viven con ambos padres y que quienes viven con al menos alguno de los padres. Por otro lado, se encontró una relación no significativa entre la resiliencia y las fases del cáncer ($r = .11$; $p = .34$), rechazando la hipótesis de investigación.

Dado que se encontró una relación significativa entre resiliencia y confiabilidad, se analizó la relación entre resiliencia y las fases de la enfermedad, controlada por la variable con quienes vive, pero esta no fue significativa. ($r = .08$; $p = .49$).

Palabras clave: Adolescentes; Fases cáncer; Resiliencia; Adaptación.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the relationship between resilience and cancer phases in a group of 72 adolescents with oncological treatment from a specialized institute of the Ministry of Health. The instruments used included the Wagnild & Young Resilience Scale and a socio-demographic record.

It was obtained in the descriptive analyzes that most adolescents, in the different phases of the disease, scored normal levels of resilience. In addition, no significant differences were found in the averages sex, age, place of origin. Only a minimal difference in those who live with their parents compared to those who do not live with them. By other side, there was found a non-significant correlation between the resilience and the cancer phases ($r = .11$; $p = .34$), rejecting the research hypothesis.

Given that a significant relationship was found between resilience and cohabitation, there was analyzed the relation between resilience and the phases of the disease controlled by the variable with whom it lives, but it was no significant ($r = .08$; $p = .49$).

Keywords: Adolescents; Cancer phases; Resilience; Adaptation.

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Adolescencia.....	2
1.1.1 Desarrollo físico-biológico.....	3
1.1.2 Desarrollo cognitivo.....	3
1.1.3 Desarrollo social.....	4
1.2 Cáncer	5
1.2.1 Fases del cáncer.....	7
1.2.2 Tratamiento al cáncer	7
Secuelas orgánicas del tratamiento oncológico.	8
Secuelas psicológicas del tratamiento oncológico.....	8
1.3 Resiliencia.....	9
1.3.1 Resiliencia como característica de adaptación	9
1.3.2 Resiliencia como característica de la personalidad	9
1.3.3 Variables que intervienen en la adaptación del adolescente con cáncer	10
1.4 Investigaciones en resiliencia	12
1.5 Objetivos de la investigación	14
1.5.1 Objetivos generales	14
1.5.2 Objetivo específico.....	15
2. MÉTODO	15
2.1 Diseño de investigación	15
2.2 Participantes.....	15
2.3 Instrumentos.....	16
2.3.1 Ficha sociodemográfica.....	16
2.3.2 Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	17
2.4 Análisis de validez y confiabilidad	17
2.5 Procedimiento	18
3. RESULTADOS	20
3.1 Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia (ER)	20
3.2 Confiabilidad	22
3.3 Análisis descriptivos	22
3.4 Prueba de normalidad	24
3.5 Correlaciones entre resiliencia y datos demográficos.....	24
3.6 Correlación entre resiliencia y fases de la enfermedad de cáncer	25

4. DISCUSIÓN	25
REFERENCIAS	30
ANEXO A	36
ANEXO B	37
ANEXO C	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Teoría social y teoría del desarrollo	5
Tabla 2 Análisis de confiabilidad para la escala total de la Escala de Resiliencia.....	22
Tabla 3 Medida de tendencia central de los puntajes obtenidos en la Escala de Resiliencia en adolescentes con cáncer del total	23
Tabla 4 Medida de tendencia central de los puntajes obtenidos en la Escala de Resiliencia en adolescentes con cáncer por fases.....	23
Tabla 5 Correlación entre la Escala de Resiliencia y edad, sexo, con quienes, escolaridad, posición entre hermanos y fases del cáncer	25
Tabla 6 Análisis con 5 factores (Escala Original)	38
Tabla 7 Análisis de 2 factores (Escala adaptada en el Perú)	39

Índice de figura

Figura 1. Sedimentación del análisis exploratorio de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.	22
--	----

1. INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 12 de setiembre de 2018) el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial: Solo en el 2015 originó 8.8 millones de muertes en todo el mundo, siendo esta cifra el 17%, aproximadamente, del total de habitantes. Para el 2030 se prevé que las muertes por cáncer se incrementen llegando a alcanzar una cifra de 55 millones (OMS, 2013). Además, el 70% de todas las muertes registradas en el 2012 se presentaron en África, Asia, América Central, y Sudamérica.

El Perú no es ajeno a esta situación, ya que, en los últimos seis años, se registraron 64,243 casos nuevos de cáncer (60,710 invasivos y 3,533 in situ). La conformación de los nuevos casos fue: 27,845 en hombres y 32,865 en mujeres, es decir, 45.9% y 54.1%, respectivamente. La tasa de incidencia para todas las localizaciones, considerando ambos sexos, ha sido de 216.9 por 100,000 habitantes. En hombres la tasa de incidencia fue de 221.2 por 100,000 hombres, mientras que en mujeres fue de 217.2 por 100,000 mujeres. La incidencia y mortalidad globales por cáncer es de 150.7 y 78.3 por 100.00 habitantes (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2012). Asimismo, el cáncer aqueja a personas de todas las edades, conteniendo al grupo significativo de adolescentes.

De acuerdo con los datos estadísticos del INEN (2009), se atendieron a 670 casos de neoplasias entre varones, mujeres, niños y adolescentes. Dicho datos estadísticos son organizados en dos grupos: el primer grupo oscila entre 0 y 14 años de edad ($n = 508$), de los cuales el 45.28% ($n = 230$) padecen de leucemia, el 11.41% ($n = 58$) de linfoma, el 8.47% ($n = 43$) de cerebro y médula espinal, el 8.47% ($n = 43$) retinoblastoma, el 5.31% ($n = 27$) riñones, el 5.51% ($n = 28$) sarcoma, y otros tipos 15.55% ($n = 79$); y el segundo grupo oscila entre 15 y 23 años de edad ($n = 162$), de los cuales 16.05% ($n = 26$) son de leucemia linfoide, el 15.43% ($n = 25$) huesos y cartílagos, el 8.88% ($n = 16$) testículos, el 7.41% ($n = 12$) leucemia mieloide, el 6.79% ($n = 11$) tejidos blandos y peritoneo.

Para Feldman (2007) la adolescencia se representa culturalmente en sociedades occidentales, desde épocas muy remotas como una etapa de confusión, tormento y estrés, donde se producen cambios rápidos de temperamento. Esa idea preestablecida durante mucho tiempo se ha ido modificando con el pasar de los años, ya que en la actualidad se centran más en el ámbito del desarrollo, donde el ser humano se ve enfrentado a una cantidad de demandas, apremios y oportunidades (Feldman, 2007). El adolescente, en esta etapa de exploración,

aprende a negociar con sus padres, con el objetivo de ejercer control sobre sus actos. Por ello, la adolescencia se entiende como un periodo o etapa de transición de la niñez hacia la edad adulta, donde ocurren o suceden cambios biológicos, psicológicos y sociales (Alonso, 2015).

Conociendo que durante la adolescencia existen cambios de diferentes aspectos (Clavijo, 2010), se suma ahora el desarrollo de una enfermedad como lo es el cáncer, por lo que con este estudio se desea conocer como la resiliencia se une en la adaptación del cáncer en sus diferentes fases. Además, se conoce de la resiliencia que es un factor que revierte la vulnerabilidad ante los problemas (Wagnild & Young, 1993). En la medida que el cáncer es una enfermedad, vulnera y desgasta varios aspectos de la vida, como son el psicológico, social y físico. Por ello se desea plantear esta investigación en adolescentes, ya que además de encontrarse en una etapa de búsqueda de identidad y desarrollo personal, ahora se suma la tarea enfrentar la enfermedad. Es así como se quiere conocer sobre la resiliencia en las diferentes fases de la enfermedad, para poder plantear de qué manera se podría, en un futuro, fortalecer la resiliencia en dicha población con cáncer.

Asimismo, el presente estudio busca incentivar el desarrollo de próximas investigaciones sobre resiliencia en adolescentes con cáncer, ya que se desea conocer como la resiliencia impacta en el desarrollo del cáncer. No obstante, hasta la fecha no se han encontrado investigaciones que permitan un acercamiento a esa realidad en el país. Por otro lado, la población a estudiar es de adolescentes entre 11 y 18 años, que siguen tratamiento oncológico en el INEN.

1.1 Adolescencia

Para la OMS (12 de setiembre de 2018) la adolescencia es definida como la etapa de crecimiento y desarrollo humano que se da entre la niñez y la adultez que oscila entre los 10 y 20 años, mientras que, en el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, la American Cancer Society (ACS, 23 de setiembre de 2014) explica que el rango oscila entre los 10 y 19 años. Para efectos del presente estudio se considerará entre los 11 y 18 años. La adolescencia es un periodo que se determina en tiempo donde incluyen el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social (Larson & Wilson, 2004).; todo ello se asume desde distintas maneras desde lo social, cultural y económico (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

1.1.1 Desarrollo físico-biológico

En referencia a esta área del desarrollo, se hace evidente que el cuerpo va cambiando de manera evidente, los órganos sexuales van madurando, y a través de la hipófisis se generan en los varones hormonas llamadas andrógenos y en las mujeres hormonas llamadas estrógenos. En el caso de las mujeres se da inicio de la menarquia o primera menstruación y se presentan otros cambios físicos más evidentes, tales como el crecimiento de senos, vello púbico y axilar. En el caso de los varones se desarrollan los órganos como la próstata, vesículas seminales, y se inicia con la espermarquia; al igual que las mujeres los varones también presentan cambios físicos tales como el crecimiento de estatura, vello facial, púbico y axilar, y la voz se hace más grave en algunos casos debido al crecimiento de la laringe y de las cuerdas vocales (Feldman, 2007).

Asimismo, Feldman (2007) aclara que la imagen corporal durante la adolescencia es importante, ya que es la visión personal de sí mismo sobre su apariencia. Los adolescentes tratan de generar impresiones a través de sus características físicas como la estatura, rasgos del rostro, color de piel, color de cabello. En esta etapa son ellos los interesados en exponer lo mejor de sí mismos, mostrando interés y preocupación por su imagen física. Debido a la preocupación están propensos en algunos casos a padecer de trastornos de anorexia o bulimia causada por la búsqueda de la imagen corporal adecuada.

1.1.2 Desarrollo cognitivo

En este periodo los adolescentes empiezan a tener un razonamiento abstracto y sofisticado, empiezan a planear juicios morales, llegando a tener, en algunos casos, una visión más realista el futuro (Papalia et al., 2009). Para Piaget (1950, como se citó en Papalia et al., 2009) los adolescentes se encuentran en el nivel de desarrollo cognitivo llamado por él como operaciones formales, generándose el pensamiento abstracto, dejando de lado el aquí y ahora logrando la capacidad para crear hipótesis.

La personalidad para Erikson (1982, como se citó en Feist & Feist, 2007), la constitución de la identidad en las personas involucra tres factores: (a) confianza, (b) autonomía, e (c) iniciativa, los cuales se van adquiriendo con el pasar de los años. En el caso específico de los adolescentes, Erikson plantea que es una fase de adaptaciones donde ocurren varios ensayos y errores sobre la vida misma. Los adolescentes buscan nuevos roles que les ayuden

a descubrir su identidad sexual e ideológica, y en esta búsqueda de identificación los adolescentes ignoran las reglas establecidas por la sociedad, los cuales, dependiendo de la comunidad donde el adolescente vaya desarrollándose, podrían ser distintos.

La autoestima en esta etapa se define como el valor de uno mismo con sentimientos y emociones que pueden ser positivos o negativos con respecto de sí mismo. La autoestima es el juicio que cada uno da sobre sí mismo, que se acompaña del conocimiento, aceptación o rechazo, y el valorarse.

1.1.3 Desarrollo social

En este periodo se va conociendo la independencia como forma de vida, llevando consigo la elección de amistades, adoptando conductas de identificación que llevan al inicio de la edad adulta.

En la adolescencia las redes sociales se incrementan creando en las personas estima y aceptación, por lo que el grupo de pares se convierte en fuente importante de apoyo social, influyendo en la toma de decisiones. Pero esta nueva condición de aceptación entre pares podría originar miedo al rechazo, a ser diferente o ser castigado por el grupo al no encajar y no formar parte de este. En algunos casos la imagen corporal y el nivel socio económico marcan tendencia para medir y ser medido en el grupo de adolescentes (Feldman, 2007).

Tabla 1

Teoría social y teoría del desarrollo.

Teoría social Feldman	Adolescencia temprana (10-14 años)	Adolescencia media (15-16 años)	Adolescencia tardía (17 a 19 aproximadamente)
Desarrollo biológico	Madurez órganos sexuales, espermaquia y menstruación	Cambios físicos, aumento de estatura, peso, desarrollo de músculos y huesos	Los cambios físicos ya se establecen para lo largo de toda la vida.
Desarrollo cognitivo- emocional	Desafían reglas límites, muestran tendencias hacia las conductas disruptivas, con poco control de sus emociones.	Inicio del razonamiento lógico. Reconocen sus emociones y las de los demás. Son capaces de ser tolerantes.	Razonamiento abstracto y sofisticado, empiezan a planear juicios morales, muestran optimismo y planifican el futuro.
Desarrollo social	Interesado en sí mismo antepone sus decisiones sin pensar en el otro.	Interés por la aceptación del grupo social. Altas expectativas de encajar en la sociedad.	Un sentido de humor más desarrollado; intereses y emociones más estables; habilidad de tomar decisiones independientemente; habilidad de tomar decisiones; autosuficiencia; mayor preocupación por los demás, autoestima estable.

Nota. Adaptación de la teoría social de Erikson con la propuesta del desarrollo de la adolescencia de Feldman.

1.2 Cáncer

La OMS (12 de setiembre de 2018) y la ACS (23 de setiembre de 2014) agrupan y coinciden en los signos y síntomas que el cáncer presenta. Estos dependerán siempre de la localización, tomando en cuenta cuán grande es, qué tanto llega afectar a los órganos y tejidos que se encuentran a los alrededores. Si el cáncer se propaga por diferentes partes del cuerpo (metástasis) los signos y síntomas aparecerán también en otras partes del cuerpo.

Dependiendo la ubicación muchas veces ocasionará presión de otros órganos adyacentes. También podría ocurrir que la enfermedad surja en lugares donde no impresione ningún signo o síntoma, reconociéndose después de haber crecido a un gran tamaño.

Dichas entidades señalan a los siguientes aspectos como los principales signos y síntomas, refiriendo que no existe ningún orden especial sin distinción de edad y género:

- Pérdida de peso: Se da cuando las personas pierden cantidades mayores a 10 kg sin razón alguna.
- Fiebre: Es común en las personas que padecen de cáncer y ocurre con más frecuencia después que el cáncer se ha propagado en el lugar que se originó.
- Cansancio: Síntoma significativo a medida que el cáncer progresa. Sin embargo, este síntoma podría aparecer al inicio de la enfermedad como la leucemia.
- Dolor: Anticipa de la iniciación del algún tipo de cáncer como el cáncer a los huesos o cáncer testicular. Un dolor de cabeza, que bajo tratamiento no se alivia, podría ser síntoma de un tumor cerebral. El dolor en la zona lumbar podría deberse al cáncer de colon, recto u ovarios.
- Cambios en la coloración de la piel: Junto con los cánceres de piel, algunos otros cánceres pueden causar cambios en la coloración de la piel, que son observables a simple vista.
- Un cambio repentino en la evacuación o en la función de la vejiga.
- Heridas que no cicatrizan: Los cánceres a la piel podrían sangrar y asemejarse a heridas que no cicatrizan.
- Manchas blancas en la lengua o en el interior de la boca.
- Sangrado o secreción inusual: Un sangrado desacostumbrado puede acontecer en caso de cáncer en sus etapas iniciales o avanzadas.
- Aparición de una masa en el seno o cualquier parte del cuerpo: Se da en algunos de los cánceres se pueden palpar a través de la piel; estos podrían ser senos, testículos, ganglios linfáticos y en los tejidos blandos del cuerpo. Una masa o endurecimiento puede ser signo temprano o tardío de cáncer y se debe informar al médico tratante.
- Indigestión o dificultad para la alimentación.
- Cambio reciente en una verruga o lunar en la piel: Cualquier cambio repentino e inusual de alguna mancha, lunar o peca debería consultarse con el especialista ya que podría deberse a la glándula tiroides.

1.2.1 Fases del cáncer

El desarrollo del cáncer depende de una serie de sucesiones y cambios en el entorno de la célula. Cada una de las etapas permite a la célula precancerosa adquirir alguno de los rasgos que provocan el crecimiento maligno de estas células. Así, la aparición de una lesión cancerosa depende de una larga y compleja sucesión de cambios tanto en el entorno como en la propia célula (Sociedad Española de Oncología Médica, 2008).

De acuerdo con la Union for International Cancer Control (UICC, 2018) y por el American Joint Committee on Cancer (AJCC, 2018) la mayoría de los tumores se pueden describir en cuatro estadios:

- a. Fase I o metaplasia: Masa tumoral limitada a un órgano, se trata de una lesión operable, sin metástasis. El índice de supervivencia relativa a 5 años es del 98%.
- b. Fase II o hiperplasia: Invasión local a tejidos vecinos, la lesión es operable, evidencia de invasión dentro de la capsula linfática. El índice de supervivencia a 5 años es del 76% al 88%.
- c. Fase III o displasia: se trata de un tumor primario extenso con fijación en estructuras profundas, invasión ósea o linfática. La posibilidad de sobrevida relativa a 5 años es del 56%.
- d. Fase IV o invasiva: se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo, hay evidencia de metástasis, la lesión es inoperable y existe muy poca capacidad de sobrevida.

1.2.2 Tratamiento al cáncer

Gupta (2011) menciona que después de conocer el diagnóstico del cáncer, basados en la información de la fase y tipo de cáncer el cuerpo médico debe elegir el plan y organización del tratamiento. Cada persona bajo el padecimiento de cáncer tendrá un plan ajustado para cada uno. Personas que comparten incluso el mismo tipo de cáncer podrían recibir en muchos casos tratamientos distintos. Es decir que no existe un único tratamiento sino más bien diferentes combinaciones.

Los tipos de tratamiento más utilizados son:

- Cirugía: Se procede a la ejecución cuando existen evidencias de tumores sólidos.
- Quimioterapia: Consiste en la administración de distintas fórmulas de medicamentos que tienen como fin la destrucción de las células cancerosas. Este tratamiento es

invasivo por lo que puede llegar a diferentes partes del cuerpo, llegando a eliminar tanto células malignas como benignas. Este tratamiento es recibido por diferentes vías: oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea, intratecal.

- Radioterapia: Es un tratamiento local donde se utilizan radiaciones ionizantes. Es utilizado muchas veces en combinación de la cirugía y la quimioterapia.
- Trasplante de médula: Se utiliza para cambiar las células enfermas o dañadas de la médula ósea por otras sanas.

Todas las personas que reciben o hayan recibido tratamiento oncológico en cualquiera de sus formas siempre pasarán por una sucesión de cambios o secuelas que el tratamiento deja, pudiendo ser estas secuelas físicas, orgánicas o psicológicas.

Secuelas orgánicas del tratamiento oncológico.

El grado de toxicidad que deja la quimioterapia puede dividirse en cuatro tipos: (a) inmediata, (b) precoz, (c) retardada y (d) tardía. Pudiendo en algunos casos presentarse todos los síntomas o no presentarse ninguno. A continuación, se mencionan algunas de las secuelas:

- Gastrointestinal: dolor a nivel bucal, diarrea, estreñimiento y vómitos.
- Cambios en la pigmentación de la piel, reacciones alérgicas y alopecia.
- Disminución de glóbulos rojos, blancos y plaquetas en la sangre.
- Neurotoxicidad: originada por los fármacos, ocasionando una neuropatía periférica sensitivo motora, que hace disminuir los reflejos.
- Toxicidad pulmonar: oxigenación deficiente, dificultad para respirar, tos, fiebre.
- Cardiotoxicidad: arritmias cardíacas e insuficiencia cardíaca.
- Toxicidad vascular: pueden producir trombosis venosas.
- Toxicidad gonadal: pérdida temporal o definitiva de la producción de espermatozoides y óvulos.
- Pérdida de apetito, cambios en el sentido del gusto, boca seca
- Trastornos del sueño

Secuelas psicológicas del tratamiento oncológico.

- Emocionales: miedo, angustia, ansiedad, frustración, depresión, estrés postraumático, impaciencia, irritabilidad, baja autoestima.
- Conductuales: dependencia familiar, conductas regresivas, mutismo.

- Sociales: aislamiento social, pérdida de autonomía, bajas habilidades sociales, dificultad de integración.
- Neurológicas: pérdida de habilidades cognitivas.

1.3 Resiliencia

1.3.1 Resiliencia como característica de adaptación

Wagnild y Young (1993) construyeron escala de resiliencia con el fin de medir la capacidad de resiliencia personal, llegando a considerarla como una característica de la personalidad positiva, que facilita el desarrollo de la adaptación a la adversidad personal. Es así que ambos autores reafirman que la resiliencia incrementa la capacidad de tolerar la presión, salir adelante tras haber vivenciado alguna dificultad u obstáculo, tratando de buscar salidas eficaces para encontrar el equilibrio. La escala original de resiliencia de (Wagnild & Young, 1993) consta de los siguientes componentes:

- Confianza en sí mismo: Es aquella habilidad para creer en sí mismo y en sus capacidades.
- Ecuanimidad: Expresa una perspectiva balanceada de la vida individual y las experiencias; se toman las cosas lo más tranquilamente posible, moderando las actitudes ante la adversidad.
- Perseverancia: Es la persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
- Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y como se contribuye a esta.
- Sentirse bien solo: Dar el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Los autores consideran que las personas que obtengan características de personalidad positiva desarrollarán resiliencia, lo que conlleva al desarrollo de la adaptación a la adversidad.

1.3.2 Resiliencia como característica de la personalidad

Estudios iniciales sobre resiliencia describen las cualidades personales como la de *niño resiliente*, esa condición incluye elevada autoestima y autonomía. Esto llevó a pensar que existen tres factores implicados en el desarrollo de este tipo de característica personal: atributos personales, aspectos familiares y características de la sociedad donde vive.

Polk (1997) elaboró patrones de la resiliencia: (a) relacional, patrón que abarca aspectos intrínsecos (como la confianza y a una red social en donde se pueda apoyar) y extrínsecos (como la habilidad de reconocer las cosas positivas y tener predisposición para buscar ayuda); y (b) situacional, referido a eventos circunstanciales con altos niveles de dificultad donde se manifiestan capacidades para hacer frente a la situación, tales como la valoración cognitiva y habilidad de resolución de problemas, ayudando a mejorar el desempeño frente a la desventaja.

1.3.3 Variables que intervienen en la adaptación del adolescente con cáncer

La Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (2009), comenta que el impacto psicológico del cáncer puede ser más difícil en adolescentes que en cualquier otra etapa del desarrollo humano, la enfermedad en sí misma y el tratamiento dificultan, el desarrollo de una imagen y una autoestima adecuada. De ese modo la imagen corporal sufre grandes cambios debido al tratamiento, así como la imagen psíquica que durante la adolescencia está en constante cambio, los largos periodos de hospitalización y la constante incertidumbre sobre la certeza del tratamiento deterioran la autoestima poco a poco.

Durante la adolescencia se forma la identidad mediante la socialización, por lo que es importante mantener lazos de amistad durante el proceso de la enfermedad, y esto ayudará en la construcción de su identidad en relación con otros. En esta etapa los padres pueden estar más pendientes que nunca de sus hijos, pudiendo causar malestar en los adolescentes.

En cuanto a la formación de la identidad sexual, durante el proceso de la enfermedad es fácil que se sientan expulsados por miembros del sexo opuesto y sentir falta de deseo (Muñoz, s.f.). Estudios sobre adolescentes con cáncer, aseguran que éstos enfrentan su enfermedad muy satisfactoriamente (Kübler-Ross, 1991). Los adolescentes como parte de su autoconocimiento aprenden a batallar muy rápido con la diferencia, obligándolos muchas veces a madurar más rápido y asumir las consecuencias (Kübler-Ross, 1991).

El proceso de la enfermedad del cáncer requiere cambios en la vida diaria del paciente. Durante la enfermedad existe una serie de cambios, físicos, psicológicos y sociales que son asumidos por los pacientes como características de la enfermedad que deben afrontar. La Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (2009),

realizó un estudio donde se encontraron las siguientes variables que sirven para explicar de mejor manera el proceso de adaptación del adolescente con cáncer.

La primera variable que favorece en la adaptación del cáncer es la edad, donde, de acuerdo con la madurez cognitiva los adolescentes, deben participar de actividades concernientes al cuidado de su propia salud. Las intervenciones médicas y psicosociales deben servir de apoyo educativo y psicológico a los pacientes, trabajando en base al estado de su enfermedad.

La segunda variable es la familia, la cual cumple un rol importante en relación con la enfermedad de los adolescentes. Los miembros de la familia alientan al ser querido a salir adelante y juntos afrontar las situaciones difíciles.

La tercera variable es el tipo de diagnóstico, debido a que la enfermedad del cáncer requiere de muchas demandas hacia el adolescente, y esta varía dependiendo de la severidad del proceso de la enfermedad, del grado, tipo de incapacidad, el pronóstico de vida, curso de la enfermedad (recaídas o progresión), entre otras.

La cuarta variable es el período de hospitalización, donde se ve implicada la inmovilización, el alejamiento del grupo social y de las actividades cotidianas (colegio, deportes, etc.). En consecuencia, podrían crear sentimientos de rebeldía y rechazo hacia el tratamiento, y para eso se sugiere comunicación y actividades alternativas.

La quinta variable es el tipo de tratamientos, los cuales, dependiendo del diagnóstico, pueden ser largos, agresivos y desfigurativos. Están comprendidos por la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Todos estos procedimientos son vividos como agresiones, sintiendo pérdida de control y dependencia de otros, acompañado de falta de privacidad, sumisión a normas y tratamientos, y limitaciones de sus actividades.

La sexta variable es el malestar físico, ya que cualquier forma de tratamiento de cáncer implica necesariamente dolor físico, provocando náuseas y vómitos además de ansiedad asociada como producto del tratamiento. Durante la adaptación pueden surgir malestares que se manifiestan con pesadillas, insomnio, anorexia, retraimiento y depresión.

La séptima variable es la de cambios corporales, haciendo referencia a que los pacientes bajo tratamiento de cáncer están predispuestos a cambios corporales que después de un tiempo se vuelven reversibles. Los cambios pueden ser pérdida de cabello, daño cerebral orgánico y

anormalidades esqueléticas, en algunos casos. Los adolescentes que sufren estos cambios podrían experimentar bajos niveles de autoestima, falta de confianza en sí mismos, retraimiento queriendo alejarse de sus pares y sus actividades frecuentes (Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2009).

Asimismo, la Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (2009) señala que la experiencia del cáncer es diferente en cada paciente no pudiendo asumirse como únicos cambios psicológicos. El cáncer en los niños y adolescentes se da un alejamiento de la actividad escolar, sentimientos de vergüenza al verse físicamente diferentes a sus pares. Además, existen reacciones frente a la enfermedad, siendo las más frecuentes la depresión, ansiedad, hostilidad, sentimientos de culpa e impotencia, falta de motivación, entre otras. Pero, así como existen variables que pueden no favorecer a un adecuado proceso del cáncer existe la resiliencia que puede contribuir a que la enfermedad sea más llevadera.

1.4 Investigaciones en resiliencia

Las investigaciones realizadas hasta el momento a nivel mundial manifiestan una serie de hallazgos que analizan de distintos enfoques al tema de resiliencia. Alrededor del mundo se han realizado numerosas investigaciones sobre el tipo o tipos de afrontamiento que utilizan los adolescentes durante el tratamiento oncológico. Por ello se realiza un breve recuento de los más significativos.

Entre los hallazgos se encontró que González-Arratia, Nieto y Valdez (2011) investigaron sobre resiliencia en madres con hijos que padecen cáncer. Para dicho estudio se utilizó en los hijos el Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes; para las madres se utilizó la Escala de Resiliencia (Fuerza y Seguridad personal) para adultos. Los resultados indicaron que el nivel de resiliencia de los niños y adolescentes era alto en factores protectores internos, externos y empatía, lo cual indicó que padecer una enfermedad como el cáncer posiblemente ayuda a dotar de sentido a esta experiencia de la enfermedad. Asimismo, los resultados indicaron un nivel de resiliencia moderada-alta en el caso de las madres, lo cual indica que las madres al tener seguridad, autoestima, filiación y altruismo funcionan como soporte de sus hijos. Al relacionar las características de resiliencia entre madre e hijo, se encontró que, a mayor empatía por parte de los hijos, mayor altruismo en las madres, confirmando el papel importante de la educación emocional desde los padres hacia los hijos, lo que genera que los

niños y adolescentes adquieran habilidades para resolver dificultades de la vida diaria. En la actualidad se conoce la existencia de fuentes de apoyo en atención a la enfermedad, siendo la madre la que asume la responsabilidad principal cuando tiene a un hijo enfermo.

Martínez y Tercero (2017) realizaron una investigación donde describían las estrategias de afrontamiento que los adolescentes utilizaban con frecuencia durante el tratamiento oncológico. Los resultados señalaron que los adolescentes le hacen frente a la enfermedad utilizando dos estilos básicos de afrontamiento en resolución de problemas (centrado en la visión positiva y optimista de los resultados posteriores al tratamiento). Esta investigación concluyó en que, para un mejor afronte hacia la enfermedad, los adolescentes utilizaban sus propias características de la personalidad.

Por su parte, García y Lucio (2016) investigaron sobre los estilos de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer, dando a conocer que los adolescentes bajo tratamiento oncológico no muestran estrategias del tipo evitativas. Por el contrario reconocen a la espiritualidad como uno de los recursos en los cuales se puede apoyar en el proceso de la enfermedad. Otra característica que sobresalió fue que todos evidenciaban redes psicoafectivas, donde los adolescentes encontraban un punto de apoyo para comprender estas nuevas situaciones, encontrar soluciones y sentirse mejor emocionalmente. La mayoría de los adolescentes de ese estudio reportaron que la experiencia de atravesar esta enfermedad es una experiencia de aprendizaje y lucha con buenos y malos momentos, pero que implica el proceso de madurez, buscando dar un significado y sentido a su proceso oncológico.

Llantá et al. (2016) realizaron durante tres años estudios sobre la calidad de vida en niños y adolescentes con cáncer. La muestra expresó tener niveles medios y altos de calidad de vida relacionados con la salud percibida, impactando positivamente en el afronte al diagnóstico y posterior tratamiento oncológico.

Como se puede observar, entre las investigaciones llegan al consenso que para un mejor afrontamiento de la enfermedad del cáncer los adolescentes tratan de ver de manera positiva la enfermedad y el tratamiento. En muchos casos, son importante las características de la personalidad, ya que son facilitadores para un mejor ajuste situacional. De otro lado, también se valen del lado espiritual al cual se aferran para poder seguir saliendo adelante, pero el más importante en todos los casos es la compañía de la familia quienes en todo momento se encuentran velando por la salud del paciente, consiguiendo que los adolescentes encuentren

la estabilidad emocional que en esos momentos están buscando. Es posible notar que para desarrollar un mejor afrontamiento de la enfermedad es necesaria una combinación de varios factores que pueden darse o no al mismo momento y en diferente orden.

Por otro lado, en relación con los instrumentos que miden resiliencia, Salgado (2005) agrupó diferentes instrumentos psicológicos que miden la resiliencia. Por su parte, Jew (1999, como se citó en Sinclair & Wallston, 2004) construyó la Escala de Resiliencia para adolescentes para determinar el nivel de resiliencia de las personas en tres facetas: optimismo, adquisición de la habilidad y riesgo tomado.

A su vez, Grotberg (1996) desarrolló dos medidas de resiliencia en niños que constaba de cuatro factores: (a) resiliencia social- interpersonal, (b) ambiente facilitativo, (c) resiliencia interna, y (d) habilidades sociales. Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya (2003) diseñaron la Escala de Resiliencia en Adolescentes donde se analizaron factores como búsqueda de novedad, regulación emocional y orientación futura positiva. Ewart, Jorgensen, Suchday, Chen y Matthews (2002) evaluaron el estrés resiliente a través de una Entrevista Social de Competencia (SCI) que mide habilidades interpersonales, metas orientadas al enfrentamiento e impacto social.

En el Perú, Salgado (2005) construyó un instrumento llamado Inventario de Factores Personales de Resiliencia, el cual mide los siguientes factores: autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad en niños. Para la presente investigación se utilizó la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993), adaptada por Novella (2002) en la población de adolescentes limeños.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivos generales

Describir la resiliencia y las fases del cáncer en un grupo adolescentes con tratamiento oncológico de un instituto especializado del Ministerio de Salud.

Estudiar la relación entre resiliencia y las fases del cáncer en un grupo adolescentes con tratamiento oncológico de un instituto especializado del Ministerio de Salud.

1.5.2 Objetivo específico

Identificar la validez y consistencia interna de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young para el grupo total de adolescentes y para los grupos en sus fases con cáncer que reciben tratamiento oncológico en una institución especializada en Lima.

2. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional de enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). La etapa descriptiva tiene como objetivo recolectar datos para el análisis y medición de los mismos. Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier evento que se analice. En el caso de este estudio (la resiliencia y las fases del desarrollo del cáncer), se buscó describir ambas variables. La etapa correlacional tiene como objetivo evaluar el grado de asociación (correlación) que existe entre dos variables en un contexto particular, en el caso de la presente investigación la utilidad de este diseño es saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

2.2 Participantes

La muestra estuvo conformada por 72 adolescentes, siendo 42 varones y 30 mujeres que representan un 52.5% y 37.5%, respectivamente. Las edades oscilaron entre los 11 y 18 años (el INEN, los agrupa en el pabellón de adolescentes) ($M = 15.03$; $DE = 1.884$). En cuanto a la educación regular que recibieron los adolescentes, se conoce que fueron a la primaria 11.3% ($n = 9$), y a la secundaria 78.8% ($n = 63$). Asimismo, se conoció con quienes vivían los adolescentes: vive con ambos padres 56.3% ($n = 45$), con papá 5% ($n = 4$), con mamá 16.3% ($n = 13$), hermanos 2.5% ($n = 2$), abuelos 3.8% ($n = 3$), tíos 3.8% ($n = 3$), otros familiares 2.5% ($n = 2$).

En cuanto a las fases se encontró que se distribuían de la siguiente forma: fase 1 ($n = 18$), fase 2 ($n = 16$), fase 3 ($n = 19$), fase 4 ($n = 19$).

Todos los participantes contaban con diagnóstico de algún tipo de cáncer es sus diferentes fases siguiendo tratamiento oncológico. Se conoció que los pacientes procedían de diferentes ciudades del país, quienes se encontraban atendándose en el área de Hospital y no de Clínica, donde los asegurados suelen pagar por lo servicios recibidos. De ese modo, todas

las personas que se atienden en el INEN cuentan con el Seguro Integral de Salud Gratuito (SIS) (INEN, 2016). El SIS es un seguro de salud que ofrece cobertura integral sin costo alguno a personas y familias identificadas por el ministerio como personas que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad, calificando como pobre o pobre extremo y no cuenten con ningún otro seguro de salud. Tienen acceso al SIS niños menores de 5 años, gestantes, bomberos, personas en situación de abandono y otros de acuerdo a ley.

Para seleccionar la muestra se empleó el muestro intencional, que consiste en seleccionar unidades de análisis que cumplen los requisitos de la población objeto de estudio, pero no son seleccionadas al azar. Es decir, se obtiene información de los participantes con determinadas condiciones: encontrarse en el rango de edad, padecer algún tipo de cáncer, encontrarse en una fase y recibir tratamiento en el INEN. Estas características ayudaron a la realización de la investigación (Hernández et al., 2010). En este sentido, se buscó que la muestra sea representativa teniendo todas las fases de la enfermedad.

2.3 Instrumentos

Para realizar la investigación se utilizó la técnica de la entrevista estructurada cara a cara. En primer lugar, era necesario contar con datos generales sobre los entrevistados, para lo cual se diseñó una ficha sociodemográfica. En segundo lugar, era necesario aplicar la Escala de Resiliencia, que mide las características principales de la resiliencia.

2.3.1 Ficha sociodemográfica

El diseño de la ficha sociodemográfica se realizó de acuerdo a los fines de la investigación, la cual se caracterizó por ser estandarizada, donde se plantearon preguntas idénticas y en el mismo orden a cada uno de los participantes. Dicha información permitió aplicar los criterios de inclusión para la conformación de la muestra, así como conocer las características de los participantes del estudio. Se consideraron datos personales como sexo, edad, nivel de educación, ciudad de procedencia y lugar de residencia. Asimismo, se consideraron datos familiares como con quién vive el adolescente y posición entre sus hermanos; también datos sobre la enfermedad: tipo de cáncer, fecha de diagnóstico, fase de la enfermedad al momento del diagnóstico, fase de la enfermedad al momento de la entrevista y fecha de inicio de tratamiento (ver Anexo A).

2.3.2 Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

La Escala de Resiliencia fue construida por los autores Wagnild y Young en 1988, y revisada en 1993 en Estados Unidos. Para fines de este estudio se utilizó la adaptación peruana, realizada por Novella (2002).

El objetivo de la escala es establecer niveles de resiliencia en los adolescentes (Wagnild & Young, 1993). La forma de aplicación puede ser a nivel individual o grupal, dependiendo del evaluador. La escala consta de dos factores, el primero denominado competencia personal, conformado por 17 ítems, que miden autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia. El segundo factor denominado aceptación de uno mismo y de la vida, cuenta con 8 ítems y reflejan la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable a pesar de la adversidad que puedan estar pasando en esos momentos las personas.

Ambos factores representan las siguientes características de la resiliencia: (a) Ecuanimidad, (b) Sentirse bien solo, (c) Confianza en sí mismo, (d) Perseverancia y (e) Satisfacción. Se considera una escala total. Está compuesta por 25 ítems, que puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es “En desacuerdo” y 7 “Un máximo de acuerdo”, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, moderada; y valores menores a 121, escaso (Wagnild & Young, 1993).

2.4 Análisis de validez y confiabilidad

Novella (2002) estudió la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, encontrando seis factores. No obstante, al analizar el scree plot de Cattell identificó dos factores, el primero conformado por 20 ítems, y el segundo con 5 ítems, aunque los ítems eran diferentes a los de la versión original (Flores, 2008).

En el 2004, un equipo de investigadores de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos adaptó la escala de resiliencia a adolescentes entre 13 y 18 años de edad, estudiantes de tercer año de secundaria (Flores, 2008). En dicho estudio se examinó la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, encontrando ocho factores que explican el 55.03% de la varianza de las respuestas de los sujetos a los ítems de la escala. Sin embargo, empleando el criterio del

scree plot de Cattell identificaron cinco factores que explicaban el 42.36% de la varianza, pero los ítems que componen estos factores se agrupan de modo diferente a los de la versión original (Flores, 2008).

Novella (2002) analizó la confiabilidad a través del método de consistencia interna. A través de este método obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .88 y correlaciones ítem–test que fluctuaron entre .18 y .63; sin embargo, el ítem 11 presentó una correlación inferior al .20, es decir, menor al criterio propuesto por Ary, Jacobs y Razavieh (1990, como se citó en Flores, 2008). Pese a ello, la autora no eliminó el ítem porque su impacto sobre el coeficiente de alfa era pobre. Sobre los coeficientes alfa de Cronbach de las cinco áreas de la escala, se encontró lo siguiente: Ecuanimidad = .75, Sentirse bien solo = .71, Confianza en sí mismo = .80, Perseverancia = .76, y Satisfacción personal = .78.

En el estudio realizado por Flores (2008), se examinó también la consistencia interna del instrumento a través del alfa de Cronbach, encontrando que la escala total tenía un valor de .81, sin embargo, los coeficientes de las cinco escalas del instrumento fueron bajas (Ecuanimidad = .54, Sentirse bien solo = .46, Confianza en sí mismo = .68, Perseverancia = .54 y Satisfacción personal = .26). Con respecto a la relación entre los ítems con la escala general, los coeficientes de correlación oscilaron entre .13 (ítem 20 y 25) y .54 (ítem 19); en este sentido, los ítems 20 y 25 no alcanzaron el coeficiente de correlación mínimo, pero la autora no los eliminó de la escala dado que hacerlo no incrementaría sustancialmente el coeficiente de alfa de la escala general.

Según Flores (2008), con un enfoque intrapruebas los resultados de los coeficientes de correlación ítem – test corregidos, el coeficiente Alfa global y la proporción apreciable de varianza explicada por los factores, indican que la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) cuenta con características esenciales para considerarla válida y confiable. Sin embargo, en cuanto a su estructura factorial, por los resultados dispares obtenidos entre el estudio de Wagnild y Young (1993), el estudio de Novella (2002) y el estudio de Flores (2008), esta última considera conveniente tomar en cuenta la escala global.

2.5 Procedimiento

El primer paso fue acudir al INEN para solicitar los permisos correspondientes para la investigación. Para ello, el proyecto de Tesis pasó por el comité de investigación del INEN, para la revisión y aceptación correspondiente, duró un lapso de un mes para la respuesta.

Luego, se explicó el consentimiento informado oralmente a los adolescentes, comunicando que la información recogida sería confidencial, siendo la participación voluntaria y que podían retirarse cuando lo desearan, el tiempo total estimado para la aplicación de la ficha y escala era de 30 minutos aproximadamente.

Todos los padres o apoderados de los adolescentes firmaron el consentimiento informado después de la explicación, del mismo modo y al igual que a los adolescentes se les explicó que la información recogida sería confidencial, siendo la participación voluntaria y que se podían retirar cuando lo desearan (ver Anexo B). Posteriormente, se aplicó la ficha sociodemográfica y la Escala de Resiliencia de manera individual a cada adolescente. La aplicación se realizó en el área de hospitalización y en el área de consulta externa del INEN. La aplicación total de la ficha y escala se realizó los meses de mayo, junio y julio del año 2013, de lunes a jueves en horarios de 9:00 am – 12:00 am. Los participantes fueron seleccionados de acuerdo con el cumplimiento de criterios de la muestra, es decir, se encontraban en alguna fase de cáncer, las edades eran comprendidas entre los 11 y 18 años.

Una vez obtenida la información de las fichas sociodemográficas y de las escalas se pasó a organizar la base de datos de todos los participantes en el sistema estadístico SPSS 19. Los análisis de los datos se realizaron en tres etapas: (a) análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia, (b) análisis preliminares, y (c) análisis principales.

En la primera etapa, enfocada en el análisis psicométrico, se examinó la validez de constructo y la consistencia interna de la Escala de Resiliencia. La validez de constructo se realizó por medio del análisis factorial exploratorio de componentes principales y la consistencia interna se obtuvo por medio del alfa de Cronbach.

En la segunda etapa, referida a los análisis preliminares, se realizó el análisis descriptivo de los puntajes obtenidos en las subescalas y escala general de resiliencia por los adolescentes que padecían cáncer y recibían tratamiento oncológico; dicho análisis se realizó en toda la muestra y en grupos divididos según la fase de la enfermedad en la que se encontraban los participantes. Los análisis descriptivos incluyeron media, desviación típica, mínimo y máximo; asimismo, se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov a fin de evaluar la normalidad de los datos y seleccionar la prueba más conveniente (pruebas paramétricas o no paramétricas) para comprobar la hipótesis de investigación.

En la última fase, correspondiente a los análisis principales, se buscó dar respuesta a los objetivos de la investigación, para lo cual se realizó un análisis de correlación por medio de los estadísticos, Pearson o Spearman, según la normalidad de los datos.

En cuanto a los aspectos éticos, a pedido del departamento psicológico del Hospital se solicitó no realizar ningún tipo de pregunta que movilice emocionalmente a los adolescentes ni a los familiares, ya que no sería posible que se le brindara contención en ese momento de la realización de la investigación. Se explicó a las autoridades del Hospital que no es parte de la investigación ni de los objetivos ahondar emociones ni sentimientos de los adolescentes y sus familiares.

3. RESULTADOS

En este capítulo se recopilan todos los análisis estadísticos que se realizaron en la investigación. Se comienza con las propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia (ER), luego con la confiabilidad y la validez; de la misma manera se reporta la prueba de normalidad. Finalmente, el análisis de datos descriptivos.

3.1 Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia (ER)

Como parte del análisis psicométrico del instrumento se examinó la validez de constructo y la consistencia interna.

Primero, se examinó la validez de constructo mediante el Análisis Factorial Exploratorio de componentes principales de la Escala de Resiliencia (ER), para ello, se indagó la Medida de Adecuación Muestral con el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). En el que se obtuvo un coeficiente igual a .723; asimismo, se analizó la prueba de esfericidad de Bartlett que indicó un valor de significancia menor a .001 ($p < .001$). Kaiser (1970) menciona que los valores de KMO entre .70 y .80 son adecuados para realizar el análisis factorial, por lo tanto, de acuerdo con los valores obtenidos se pudo continuar con los análisis.

Se realizó el análisis de método de componentes principales con rotación oblimin, obteniendo ocho componentes con autovalores mayores a 1, que en conjunto explican el 65.96% de la varianza. Debido a que los ítems no se agruparon de acuerdo a lo esperado, siendo la solución factorial no interpretable, se examinó un modelo factorial de cinco componentes.

En el siguiente Análisis Factorial se puso a prueba la estructura original del instrumento, la cual está conformada por cinco factores. Para ello se empleó el método de componentes principales, con rotación oblimin y extracción de cinco factores, los cuales en conjunto explicaron el 52.12% de la varianza, pero aun así la distribución de los ítems no replica la prueba original y tampoco es interpretable.

Se decidió realizar otro análisis de componentes principales con rotación oblimin, para poner a prueba la estructura factorial propuesta en la escala adaptada en el Perú (Flores, 2008). En dicho estudio se propone que la prueba está conformada por dos factores. En los resultados se obtuvo que los dos componentes extraídos explican en conjunto el 32.37% de la varianza, pero aun así la distribución de los ítems tampoco replicó la estructura de la prueba adaptada en el Perú, y la organización de los ítems no era interpretable.

Finalmente, se decidió realizar el análisis de componentes principales con extracción de un factor, ya que en el gráfico de sedimentación presenta un factor, tal como se observa en la figura 1. En este análisis de componentes principales de un factor se encontró que explica el 27.59% de la varianza; y sus cargas factoriales oscilan entre .11 (ítem 11) y .79 (ítem 18). Las cargas factoriales de cuatro (4, 11, 20 y 24) de los 25 ítems no cumplieron el criterio propuesto por Stevens (1946), quien señala que las cargas factoriales deben ser mayores a .30; se decidió quitarlos ya que los coeficientes de correlación elemento-total corregida sin estos ítems fueron aceptables, y al eliminarlos mejoraba el coeficiente de consistencia interna.

Se observó el gráfico de sedimentación de Cattell, en el cual se puede apreciar la presencia de los tres componentes encontrados, siendo el factor 1 en el cual se agrupan la mayor cantidad de ítems (Figura 1).

Figura 1. Sedimentación del análisis exploratorio de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

3.2 Confiabilidad

Se analizó la confiabilidad del instrumento a través del método de consistencia interna. De acuerdo con Nunnally (1978), si el objetivo es el análisis de grupo, el coeficiente de alfa de Cronbach es muy aceptable cuando es mayor o igual .70, mientras que es aceptable cuando es de .50. El alfa de Cronbach para escala total de Resiliencia es de .858 lo cual indica que es aceptable para el estudio.

Tabla 2.

Análisis de confiabilidad para la escala total de la Escala de Resiliencia.

ítems	r (itc)	ítems	r (itc)	ítems	r (itc)
a16	.794	c17	.537	c1	.461
a21	.721	c13	.504	c5	.450
c18	.686	a12	.504	a25	.380
c23	.668	c19	.480	c9	.377
c6	.577	c15	.474	a7	.364
c14	.563	c24	.471	c10	.363
c3	.557	a8	.466	c2	.338

3.3 Análisis descriptivos

Se puede observar en la tabla 3, los resultados del análisis descriptivo (mínimo, máximo, media y desviación estándar) de los puntajes obtenidos de la Escala de Resiliencia para 72

adolescentes que reciben tratamiento oncológico en el INEN. La escala de respuesta es tipo Likert se siete puntos (1-7). El puntaje mínimo para la escala es de 25 puntos y el máximo de 175 puntos.

Tabla 3

Medida de tendencia central de los puntajes obtenidos en la Escala de Resiliencia en adolescentes con cáncer del total.

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DE</i>
Resiliencia	56	144	107.38	18.422

Tabla 4

Medida de tendencia central de los puntajes obtenidos en la Escala de Resiliencia en adolescentes con cáncer por fases.

Fase de enfermedad	N	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DE</i>
1	18	74	128	104.50	17.283
2	16	76	135	107.25	14.087
3	19	68	142	108.89	18.654
4	19	56	144	108.73	23.033

Se analizaron las edades agrupadas divididas en tres etapas; adolescencia temprana ($M = 110.11$, $DE = 1.78$) adolescencia intermedia ($M = 106.06$, $DE = 1.87$) y adolescencia tardía presentan mayor promedio en comparación a las otras etapas del desarrollo ($M = 111.40$, $DE = 1.95$).

Respecto al análisis en las variables sociodemográficas, al procesar el puntaje global para resiliencia según el sexo, las mujeres presentan un promedio mayor ($M = 108.16$, $DE = 2.10$) que los hombres ($M = 106.83$, $DE = 1.65$).

Según el lugar de procedencia, aquellos que provienen de las distintas provincias del Perú presentan un promedio mayor ($M = 107.9$, $DE = 1.79$) que aquellos adolescentes que residen en Lima ($M = 106.4$, $DE = 1.95$).

Respecto a la cohabitabilidad se encontró que quienes viven con otros familiares presentan mayor promedio ($M = 113.6$, $DE = 1.47$) que quienes viven con al menos alguno de los padres ($M = 103.7$, $DE = 1.03$), y que quienes viven con ambos padres ($M = 107.3$, $DE = 1.98$).

3.4 Prueba de normalidad

Para analizar la normalidad de los puntajes de la escala total de resiliencia obtenidos por los participantes y la normalidad de las fases de la enfermedad de cáncer se realizó el análisis de Kolmogorov-Sminov; se empleó dicho estadístico porque el tamaño de la muestra era mayor a 30 participantes. Se encuentra que el puntaje de resiliencia se aproxima a una distribución normal ($K-S = .113$; $p = .24$). Para contrastar la normalidad del conjunto de datos se empleó la prueba de Shapiro-Wilk ($S-W = .975$; $p = .57$), mientras que las fases de la enfermedad ($K-S = 1.771$; $p = .004$) no se aproximan a una distribución normal.

Asimismo, se examinó la distribución de las variables sociodemográficas, encontrando que la edad ($K-S = 1.494$; $p = .023$), el sexo ($K-S = 3.397$; $p = .001$), con quien vive ($K-S = 3.495$; $p = .001$), la escolaridad ($K-S = 4.798$; $p = .001$) y la posición entre hermanos ($K-S = 2.474$; $p = .001$) no se aproximan a una distribución normal.

En consecuencia, para los análisis inferenciales de las variables con distribución normal se emplea pruebas paramétricas, mientras que aquellas variables que se aproximan a una distribución normal se emplea pruebas no paramétricas.

3.5 Correlaciones entre resiliencia y datos demográficos

Para identificar las variables control se realiza un análisis de correlación de Spearman entre los datos sociodemográficos (edad, sexo, con quien vive, escolaridad y posición entre hermanos) y la Escala total de Resiliencia. Para la edad ($r = .11$; $p = .32$), sexo ($r = .02$; $p = .88$), escolaridad ($r = -.06$; $p = .57$) y posición entre hermanos ($r = .06$; $p = .56$) no correlacionan significativamente con la variable resiliencia.

Mientras que resiliencia correlaciona de forma positiva y significativa con la variable con quienes vive ($r = .26^*$; $p = .02$). En consecuencia, se utilizó como variable control con quienes vive.

3.6 Correlación entre resiliencia y fases de la enfermedad de cáncer

Uno de los objetivos es identificar la relación que existe entre las fases de la enfermedad del cáncer y los niveles de resiliencia en adolescentes que padecen de cáncer. Para responder a dicho objetivo se realizó un análisis de correlación de Spearman entre los puntajes totales y las fases del cáncer ($r = .11$; $p = .34$) encontrando que la correlación es no significativa, entonces se rechaza la hipótesis de investigación ya que la variable resiliencia y fases de enfermedad no se relacionan.

Dado que se encontró relación positiva y significativa entre resiliencia y con quienes vive, se realizó una correlación parcial entre resiliencia y las fases de la enfermedad controlado por la variable con quienes vive. Se encontró que no existe correlación significativa ($r = .08$; $p = .49$).

A continuación se detalla la tabla de correlaciones:

Tabla 5

Correlación entre la Escala de Resiliencia y edad, sexo, con quienes, escolaridad, posición entre hermanos y fases del cáncer.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Resiliencia	1.000	.110	-.017	.256*	.064	-.064	.106
2. Edad		1.000	.184	.285**	.112	.222*	-.114
2. Sexo			1.000	.007	-.153	.104	-.060
4. Vive con				1.000	.073	.018	-.020
5. Posición de hermanos					1.000	.137	.023
6. Escolaridad						1.000	-.094
7. Fase enfermedad							1.000

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$.

4. DISCUSIÓN

La presente investigación tiene como objetivo general, describir la resiliencia y las fases del cáncer, y, al mismo tiempo, analizar las correlaciones de ambas variables con el fin de conocer el comportamiento de estas en un grupo de adolescentes con tratamiento oncológico de un instituto especializado del Ministerio de Salud. De ese modo se plantearon los objetivos específicos: (a) el primero identificar la validez y consistencia interna de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) para el grupo total de adolescentes y para los grupos en sus fases con cáncer, e (b) identificar el nivel de resiliencia en el grupo de adolescentes con cáncer. Para realizar la investigación se utilizó la técnica de la entrevista

estructurada cara a cara para la recolección de los datos sociodemográficos y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

A partir del análisis factorial exploratorio se encontró que la escala de resiliencia presentó una estructura unidimensional explicando el 27.59% total de la varianza y con cargas factoriales que oscilan entre .11 y .79 y una consistencia interna de .858 alfa de Cronbach.

La resiliencia se genera ante algún impacto en la vida de las personas, lo que lleva a pensar que aquellas personas que desarrollan la resiliencia cuentan con características particulares que ayudan al proceso de revertir las dificultades (Suárez & Melillo, 2001). Pesce, Assis, Santos y Oliveira (2004) indican que llegar a ser una persona con rasgos resilientes incluye tener características personales que ayudan al desarrollo de la resiliencia, el ser optimista es una de ellas. En la actualidad, la concepción de resiliencia es menos rígida y más bien se basa en el equilibrio entre los elementos implicados y su relación con la etapa del desarrollo. Se entiende que la resiliencia no es permanente ni absoluta, sino que depende de las situaciones, del desarrollo y características de la personalidad. En este sentido, Rutter y Rutter (1992) consideraron la resiliencia como un conjunto de procesos sociales y de la personalidad que posibilitan tener una vida sana, en un medio insano.

Para Luthar y Zelazo (2003) la resiliencia también podría darse como una construcción personal, frente a hechos o sucesos impactantes, riesgos inminentes de la propia integridad o circunstancias donde uno se vea vulnerado.

Todos los adolescentes de la muestra estudiada provienen de sectores económicamente vulnerables, ya que cuentan con SIS gratuito y para ser seleccionados la institución debe calificar su situación económica como pobre o pobre extremo. Todos los participantes cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS), el cual tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación crítica. González-Arriata, Valdez, Pasaflores y González (2009) encontraron que niños y niñas en situación de pobreza y pobreza extrema eran resilientes. Este resultado se relaciona con lo encontrado en el presente estudio, en la medida que se trata de una población que se encuentra también en situación de pobreza y pobreza extrema del Perú. Podría existir la posibilidad que las condiciones económicas difíciles (situación) sumada a las adecuadas características personales, como el optimismo, ayuden a alcanzar el desarrollo de la resiliencia.

Muñoz (s.f.) explica que en familias pobres y con desventajas sociales se asocian a un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales en sus hijos. No obstante, en opinión del autor, más que la condición socioeconómica, es el pobre cuidado que se tiene hacia los hijos ya que se dejan de lado por conseguir mejores condiciones de vida, este poco cuidado fomenta un inadecuado ajuste psicológico en los niños. Dicho autor en sus investigaciones encontró que los niños en condiciones difíciles muestran tendencia a desarrollar resiliencia por su propia cuenta como resultado de protegerse de la vulnerabilidad y salir adelante.

Para las familias que viven en condiciones de alto riesgo por diversas circunstancias, desde las relacionadas con la pobreza a las más vinculadas a problemas graves de salud, salud mental o consumo de drogas, el desarrollo de un cuidado adecuado de los niños y adolescentes se torna una tarea más compleja, aunque no por ello, imposible. Estas familias recurren a factores, como la compensación que uno de sus miembros puede hacer de las dificultades o el apoyo tanto formal como informal con el que cuente la familia, que se convierten en piezas clave capaces de inclinar la balanza hacia un lado u otro en relación con el cuidado y protección de los hijos (Luthar, 1991).

Se conoce que todos los participantes viven con al menos un familiar con grado de consanguineidad, por lo que tener a un familiar cerca ante cualquier vulnerabilidad hace que los adolescentes se sientan más seguros y opten por un panorama más estable. Los porcentajes que se encontraron fueron los siguientes: vive con ambos padres 59.6% (n = 53), con papá 4.5% (n = 4), con mamá 15.7% (n = 14), hermanos 3.4% (n = 3), abuelos 4.5% (n = 4), tíos 4.5% (n = 4).

De ese modo, las redes de apoyo con las que cuente el adolescente, tales como la cohesión o los recursos disponibles para las familias, pueden resultar de suma importancia para mejorar el desarrollo de estas y de los adolescentes que crecen en ellas.

El puntaje máximo de la escala fue de 144, lo cual indica que en promedio los participantes presentan niveles adecuados de resiliencia. Es probable que la misma situación llena de dificultades para los adolescentes determine un mayor desarrollo de capacidades para enfrentar las adversidades desde edades tempranas. De ese modo, el sobresalir no solo dependerá de la situación de enfermedad a la que se ven enfrentados, sino también de las situaciones previas que les enseñe a levantarse y sobreponerse de esos escenarios. Existen factores protectores que logran que los individuos reviertan la situación en la que se ven

enfrentados y que cambien su propia percepción sobre ella y puedan superarla (Munist et al., 1998). Córdova-Alcaraz, Andrade y Rodríguez-Kuri (2005) hallaron que el afrontamiento desde la adversidad puede superarse gracias al desarrollo de la resiliencia en el sistema familiar, en ellos está en elegir si se quedan estancados con la noticia del diagnóstico oncológico (que provoca inestabilidad a todos los integrantes de la familia) o dejarlo de lado para responder ante la nueva demanda del tratamiento. En relación con los resultados de la muestra estudiada, los adolescentes optan por recuperarse ante la noticia del diagnóstico de cáncer.

Peña (2009) encontró que existen fuentes de resiliencia en adolescentes. La mayoría de sus evaluados presentaban un nivel medio y alto de resiliencia que, ante dificultades como la carencia económica, falta de servicios de salud y educación, los adolescentes lograban superar la adversidad y continuar con su vida. Tal y como lo sostienen Rutter y Rutter (1992), la exposición previa a la adversidad (pobreza) de forma gradual y con desenlace exitoso promueve la resiliencia. En contraste con la investigación, se podría inferir que los adolescentes en estudio presentan características previas de adversidad (pobreza y pobreza extrema) siendo la enfermedad la que aparece en el interín de la vida, es entonces que la resiliencia aparece como un rasgo que ayuda a atravesar la nueva situación (Grotberg, 1996) siendo por lo tanto una característica común en la mayoría de los adolescentes de la investigación.

Salgado (2009) realizó una investigación para establecer la relación existente entre la felicidad, resiliencia y optimismo en adolescentes estudiantes. Los resultados señalaron que existe una relación altamente significativa, en donde se puede apreciar que a mayor resiliencia, mayor optimismo y mayor felicidad. En relación a los resultados se podría inferir que este grupo podría tener habilidades como el optimismo y felicidad que hayan podido permitir el surgimiento de la resiliencia.

Dados los resultados de estudios anteriormente mencionados, cabe señalar que en todos los casos la resiliencia se presenta. Además, brindan indicios de que la resiliencia surge ante cualquier suceso sea cual sea la magnitud.

De igual manera, estudios en distintos escenarios han hecho relevante el papel de la resiliencia como factor protector ante circunstancias difíciles de la vida.

De ese modo Grotberg (1996) sostiene que las primeras fuentes son el soporte externo (familiares, condiciones económicas, ciudad, etc.) y que conforme el ser humano va creciendo y desarrollándose estos van disminuyendo y son cambiados de manera inconsciente por fortalezas personales, que son habilidades para enfrentar el hábitat. Los adolescentes de la muestra se encuentran en plena búsqueda de sus fortalezas, logran utilizar sus recursos y protegerse de la vulnerabilidad que les produce sufrir de cáncer.

Flores (2008) encontró relación entre resiliencia y el proyecto de vida en adolescentes, proponiendo que a medida que exista resiliencia, el proyecto de vida tiende a incrementarse también. Respecto a eso, Morales (2001) sostiene que la motivación es uno de los componentes de la inteligencia resiliente, que impulsa al adolescente a plantear metas que van llenando sus expectativas de proyecto de vida. Es posible que la muestra estudiada se encuentre en la etapa de transición donde están comenzando en la búsqueda de sí mismo, planteándose objetivos, metas y dentro de ese trance suceda el impacto del cáncer, y ellos con sus propios recursos estén logrando salir adelante, por sí solos y con el apoyo importante de la familia.

En conclusión, la presente investigación dio como resultado que no existe relación entre los niveles de resiliencia y fases de cáncer en adolescentes que reciben tratamiento en un Instituto Nacional de Salud. Con respecto al objetivo de identificar los niveles de resiliencia en adolescentes, se halló que el 9.5% alcanzan un nivel medio alto, el 59.5% se ubican en un nivel moderado y nivel bajo 15% de los participantes. Es decir, más del 69% de los adolescentes mostraron características resilientes que los ayuda a llevar de una manera más comprensible su enfermedad.

Otra conclusión que deja el presente estudio es que la resiliencia es una construcción personal frente a las adversidades que genera desenvolvimiento y capacidad para superar las dificultades. Se puede decir entonces que la resiliencia es una característica que podría aparecer como resultado de una interacción entre la parte personal y la situación ambiental en la que se desarrolla.

En cuanto a la limitación que se encontró durante la realización de la investigación, se alcanzó a un tamaño de muestra no muy grande (72 adolescentes) debido a que los permisos correspondientes solo brindaron un plazo de dos meses, por lo que no se alcanzó a registrar más adolescentes.

Otra limitación es que existe poca población con cáncer en ese grupo etario, siendo los más vulnerables niños y adultos. A pesar de estar dentro de la ficha sociodemográfica datos sobre la familia, se hubiera podido recabar más información sobre las relaciones dentro de las familias, para ver qué tipo de apoyo reciben los adolescentes.

Sería interesante realizar otras investigaciones donde se puedan establecer comparaciones entre niños, adolescentes y adultos con el fin de no quedarse solo con un grupo etario y tener mayor evidencia respecto a la comprensión de la resiliencia en situación de pobreza. Por otro lado, se sugiere también estudiar a la familia como eje importante en el desarrollo de la resiliencia en niños y adolescentes, incluyendo a la comunidad en donde vive. La familia como medio controla muchas variables que interactúan en forma directa con la vida de los adolescentes, pudiendo ser que el ambiente familiar sea favorable para el buen desarrollo ante la adversidad (Baldwin, Baldwin & Cole, 1992; Munist et al., 1998; Walsh, 2004).

REFERENCIAS

- Alonso, S. (2015). Formas de afrontamiento ineficaces en la adolescencia: A propósito de un caso de ansiedad ante los exámenes. *Clínica Contemporánea*, 6(2), 117-123. doi: 10.5093/cc2015a9
- American Cancer Society. (23 de setiembre de 2014). Signos y síntomas del cáncer. *American Cancer Society*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/senales-y-sintomas-del-cancer.html>
- American Joint Committee on Cancer. (2018). What is Cancer Staging. *AJCC*. Recuperado <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>
- Baldwin, A. L., Baldwin, C. & Cole, R. E. (1992). Stress-resistant families and stress-resistant children. En J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 257-280). Reino Unido: Cambridge University Press.
- Clavijo, F. (17 de mayo de 2010). La autoestima en los adolescentes. *Dr. Frank Clavijo*. Recuperado de <http://www.frankclavijo.com/la-autoestima-en-los-adolescentes/>

- Córdova-Alcaraz, A. J., Andrade, P. & Rodríguez-Kuri, S. E. (2005). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101-122. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80270207.pdf>
- Ewart, C. K., Jorgensen, R. S., Suchday, S., Chen, E. & Matthews, K. A. (2002). Measuring stress resilience and coping in vulnerable youth: The Social Competence Interview. *Psychological Assessment*, 14(3), 339-352. doi: 10.1037/1040-3590.14.3.339
- Federación Española de Padres de Niños con Cáncer. (2009). *Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer*. España: Autor. Recuperado [de http://www.aspanoa.org/files/File/LIBRO%20ADOLESCENTES%20CNCER.pdf](http://www.aspanoa.org/files/File/LIBRO%20ADOLESCENTES%20CNCER.pdf)
- Feist, J. & Feist, G. (2007). *Teorías de la personalidad* (6ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida* (4ª ed.). México: Pearson Educación.
- Flores, M. (2008). *Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03*. (Tesis para optar el grado académico de Maestro en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/621/Flores_cm.pdf?sequence=1
- García, A. A. & Lucio, M. E. (2016). Estilo de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(1), 3-9. doi: 10.1016/j.gamo.2016.02.004
- González-Arratia, N. I., Nieto, D. & Valdez, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113-123. doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n1.9
- González-Arratia, N. I., Valdez, J. L., Pasaflores, A. E. & González, S. (2009). Resiliencia en niños en situación de pobreza de una comunidad rural. *Revista Académica de la Universidad Católica del Maule*, (37), 33-46.
- Grotberg, E. (1996). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the spirit human*. La Haya: Bernard Van Leer Foundation.

- Gupta, R. C. (junio de 2014). Cáncer infantil. *KidsHealth*. Recuperado de <https://kidshealth.org/es/parents/cancer-esp.html?WT.ac=pairedLink#catcancer>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México D. F.: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2012). *Indicadores para evaluar la gestión hospitalaria*. Lima: Autor. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/estadisticas/01022013_DI CIEMBRE_2012.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2016). *Principales resultados del INEN para la prevención y el control del cáncer en el marco del Plan Esperanza*. Lima: Autor. Recuperado de http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/institucional/Memoria/PLAN_ESPERANZA%20FINAL_072011_28072016.pdf
- Kaiser, H. J. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401-415. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02291817>
- Kübler-Ross, E. (1991). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga Océano.
- Larson, R. & Wilson, S. (2004). Adolescents across place and time: Globalization and the changing pathways to adulthood. En R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed.) (pp. 299-331). Nueva Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Llantá, M. d. C., Grau, J., Bayarre, H. D., Renó, J., Machín, S. & Verdecia, C. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cáncer atendidos en servicios de Oncohematología de La Habana, 2011-2013. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(2), 285-296. Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1165/997>
- Luthar, S. S. & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-549). Nueva York: Cambridge University Press.

- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01555.x
- Martínez, E. & Tercero, G. (2007). Estrategias de afrontamiento de adolescentes con cáncer. *Psicomotricidad, Movimiento y Emoción*, 3(1), 1-10. Recuperado de <http://cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/66>
- Morales, P. (2001). *Las claves eternas del éxito*. León: Difusión Rosacruz.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M. A., Suárez, E. N., Infante, F. & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>
- Muñoz, A. (s.f.). Desarrollo psicológico durante la adolescencia. *Cepvi.com*. Recuperado. <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/desarrollo-psicologico-durante-la-adolescencia>
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. (Tesis para optar el grado académico de Maestro en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (12 de setiembre de 2018). Cáncer. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Suiza: Autor. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S. & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilient Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222. doi: 10.2466/pr0.2003.93.3f.1217
- Papalia, D., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia* (11ª ed.). México D. F.: McGraw-Hill.

- Peña, N. E. (2009). Fuentes de resiliencia en estudiantes de Lima y Arequipa. *Liberabit*, 15(1), 59-64. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n1/a07v15n1.pdf>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. d. V. C. d. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. doi: 10.1590/S0102-37722004000200006.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 1-13. doi: 10.1097/00012272-199703000-00002
- Rutter, M. & Rutter, M. (1992). *Developing minds: Challenge and continuity across the life span*. Londres: Penguin Books.
- Salgado, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. *Liberabit*, 11, 41-48. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/liberabit/v11n11/v11n11a06.pdf>
- Salgado, A. C. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit*, 15(2), 133-141. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a07v15n2.pdf>
- Sinclair, V. G. & Wallston, K. A. (2004) The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. doi: 10.1177/1073191103258144
- Sociedad Española de Oncología Médica (2008). Niños y Adolescentes oncológicos. *SEOM*. Recuperado <http://www.seom.org/es/>
- Stevens, S. S. (1946). On the theory of scales of measurement. *Science*, 103(2684), 677-680. doi: 10.1126/science.103.2684.677
- Suárez, E. N. & Melillo, A. (2001). *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Union for International Cancer Control. (2018). Cancer stages. *UICC*. Recuperado <https://www.uicc.org/>

- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7850498>
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrurto.

ANEXO A

Ficha sociodemográfica

Indicaciones: a ser llenada por el entrevistador, marcar las opciones con (x) y llenar los espacios en blanco.

Fecha: / /

1.- DATOS PERSONALES

Sexo: Masculino Femenino

Edad: años y meses

Nivel de educación: Primaria Secundaria

Lugar de residencia habitual (cuidad y región)

Lugar de residencia en Lima, en el periodo del tratamiento (en caso proceda del interior del país)

2.-DATOS FAMILIARES

Vive con: Padre Madre otros.....

Número de hermanos y posición:

3.-DATOS DE SALUD:

Tipo de cáncer:

Fecha de diagnóstico:

Fase de la enfermedad al momento del diagnóstico:

Fase de la enfermedad al momento de la entrevista:

Fecha de inicio tratamiento:

ANEXO B

Consentimiento informado

Lima, _____

Soy Jazzmín Álvarez Guillén, me encuentro realizando mi tesis para la obtención de la licenciatura de Psicología Clínica en la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. La investigación tiene como objetivo el estudio de los niveles de resiliencia en adolescentes atendidos en el INEN.

El tiempo requerido para la evaluación será de treinta minutos, aproximadamente, en donde se realizarán algunas preguntas y seguido de eso se pasará a llenar una escala de resiliencia. El estudio no conlleva ningún riesgo al evaluado. La información recogida será estrictamente confidencial. Asimismo, la participación es voluntaria y el participante tendrá derecho a retirarse en cualquier momento.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado a mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para que mi menor hijo participe dicha investigación. He recibido copia de este procedimiento.

Yo _____ con (DNI) _____, autorizo a mi menor hijo(a) _____ con (DNI) _____, a participar de dicha investigación.

Firma del Participante

ANEXO C

Propiedades psicométricas de la Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993)

Tabla 6
Análisis con 5 factores (Escala Original).

Ítem	Componente				
	1	2	3	4	5
1	.729				
18	.578				
16	.566				.361
21	.522				.395
3	.520				
7	.483			.461	
25	.341		.314		
10		.745			
8		.695			
5		.593			
9		.525		.352	
17		.461	-.343	.344	
2	.383	.386			
20			.725		
4			.634		
12			.518		
19			.511		
11				.671	
13				.512	
24					.748
22					.741
15			.396	-.308	.614
23				.302	.473
6	.426				.456
14					.318

Tabla 7
Análisis de 2 factores (Escala adaptada en el Perú).

Ítem	Componente	
	1	2
24	.794	
22	.677	-.486
6	.675	
21	.651	
23	.645	
16	.587	.359
15	.581	
18	.485	.334
14	.402	
12	.366	
17	.352	
11	.341	
19	.335	.318
13	.323	.302
9		.634
2		.564
5		.562
8		.542
4		.493
10		.481
3		.459
20		.323
1		.321
25		
7		