



UNIVERSIDAD  
DE PIURA

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**Resiliencia y bienestar psicológico en pacientes  
oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de  
Lima Metropolitana**

Tesis para optar el Título de  
Psicólogo

**Ana Sofía Morán Casanova**

**Asesor:**  
**Dra. Mariela Cristina Dejo Vásquez**

**Lima, octubre de 2023**

### Declaración Jurada de Originalidad del Trabajo Final

Yo, Ana Sofía Morán Casanova, egresado del Programa Académico de Psicología de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Piura, identificado(a) con DNI N° 70302014.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor del trabajo final titulado:  
"Resiliencia y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana"  
El mismo que presento bajo la modalidad de Tesis<sup>1</sup> para optar el Título profesional<sup>2</sup> de Psicólogo.
2. La asesoría del trabajo estuvo a cargo de:
  - Mariela Cristina Dejo Vásquez, identificado con DNI N° 07972901
3. El texto de mi trabajo final respeta y no vulnera los derechos de terceros o de ser el caso derechos de los coautores, incluidos los derechos de propiedad intelectual, datos personales, entre otros. En tal sentido, el texto de mi trabajo final no ha sido plagiado total ni parcialmente, para la cual he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.
4. El texto del trabajo final que presento no ha sido publicado ni presentado antes en cualquier medio electrónico o físico.
5. La investigación, los resultados, datos, conclusiones y demás información presentada que atribuyo a mi autoría son veraces.
6. Declaro que mi trabajo final cumple con todas las normas de la Universidad de Piura.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad de Piura y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Fecha: 20/10/2023.



.....  
Firma del autor optante<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Indicar si es tesis, trabajo de investigación, trabajo académico o trabajo de suficiencia profesional.

<sup>2</sup> Grado de Bachiller, Título profesional, Grado de Maestro o Grado de Doctor.

<sup>3</sup> Idéntica al DNI; no se admite digital, salvo certificado.

## Dedicatoria

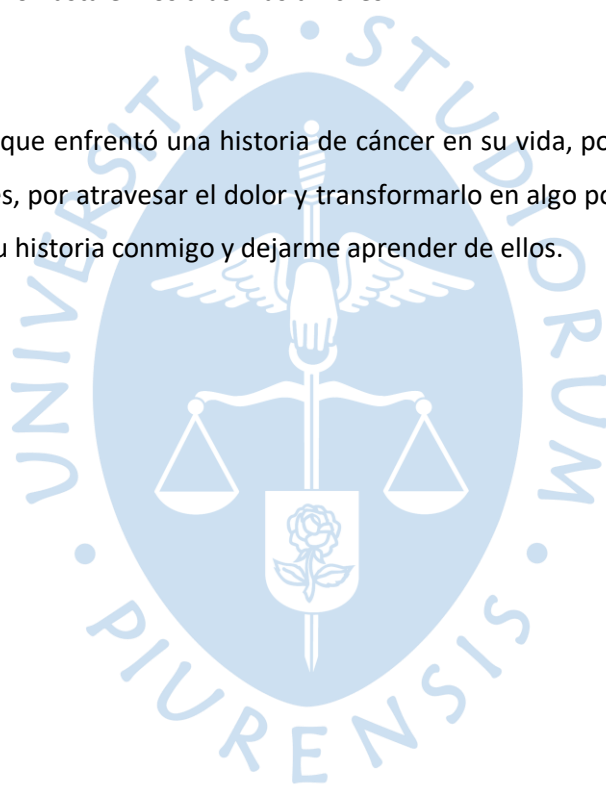
A las fuentes de amor en mi vida, quienes me sostuvieron y fortalecieron, dándole sentido a cada paso de este proceso:

A mi mamá, Ana, por creer en mí cada día y en cada sueño, por despejar mis miedos con amor y apoyo incondicional, y por ser mi mejor amiga desde hace 24 años.

A mi papá, David, por regalarme de su fortaleza cuando lo necesitaba, por cuidarme y guiarme siempre.

A mi novio, Manuel, por pintar de significado mi futuro y llenar de felicidad mi presente, y por brindarme un lugar seguro hasta en los días más difíciles.

A cada persona que enfrentó una historia de cáncer en su vida, por su admirable fortaleza y maravillosas capacidades, por atravesar el dolor y transformarlo en algo poderoso, y a cada paciente que decidió compartir su historia conmigo y dejarme aprender de ellos.



## **Agradecimientos**

A mi asesora, Dra. Mariela Dejo, por su gran apoyo, tiempo y orientación a lo largo de todo el proceso de investigación.

A los profesores del programa de psicología, quienes mediante sus conocimientos, aprendizajes y reflexiones me ayudaron a construir el camino que deseaba seguir y a descubrir mis motivaciones trascendentales en esta profesión.

A los doctores, enfermeras y personal del centro oncológico que me abrió las puertas para realizar este estudio, y a los 60 pacientes quienes, aún en un momento tan difícil, decidieron otorgándome unos minutos para ser parte fundamental de esta investigación.



## Resumen

Un diagnóstico y tratamiento oncológico implica, para los pacientes, una experiencia psicológicamente compleja, estresante y desestructurante, y el cuestionamiento del significado de su existencia; dicha vivencia de cambios, dolor e incertidumbre puede desencadenar problemas de salud mental, un deterioro de la calidad de vida y disminución del bienestar psicológico (Grassi et al., 2017). Resulta importante prestar atención al malestar psicológico en los pacientes con cáncer, ya que impacta globalmente en todas sus áreas de desarrollo personal, pudiendo interferir en la aceptación, adherencia y éxito del tratamiento oncológico (Kadan-Lottick et al., 2005; Krebber et al., 2014). Por ello, es necesario buscar factores de protección para que los pacientes logren atravesar el proceso oncológico y adaptarse a él logrando mantener su bienestar psicológico. La presente investigación tiene como objetivo analizar el grado de relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana, y plantea la hipótesis de que existe relación entre las variables de estudio. La investigación se realizó dentro de un enfoque cuantitativo de alcance correlacional, en una muestra de 60 pacientes oncológicos adultos que recibieron quimioterapia en un centro oncológico privado de Lima Metropolitana. Los instrumentos administrados para la medición de variables fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptada por Castilla Cabello et al. (2016), y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) adaptada por Alvarez Solórzano (2019). Dentro de los principales resultados del estudio, se encontró que la mayoría de los pacientes oncológicos presenta un nivel de resiliencia alto (50%), y un nivel de bienestar psicológico muy alto (48.3%) y alto (40%). Asimismo, se encontró una correlación positiva y moderada entre la resiliencia y el bienestar psicológico ( $Rho=0.627$ ,  $p=0.000$ ), al igual que se hallaron correlaciones positivas y significativas entre la resiliencia y todas las dimensiones que componen al bienestar psicológico: autoaceptación ( $Rho=0.700$ ), relación positiva con otros ( $Rho=0.522$ ), dominio del entorno ( $Rho=0.492$ ), propósito de vida ( $Rho=0.647$ ), desarrollo personal ( $Rho=0.436$ ) y autonomía ( $Rho=0.422$ ). Así también, se encontraron diferencias en el nivel de resiliencia según el tiempo de diagnóstico y el tener o no hijos. En conclusión, los niveles altos de resiliencia en los pacientes oncológicos atravesando quimioterapia se relacionan al aumento de su bienestar psicológico.

## Tabla de contenido

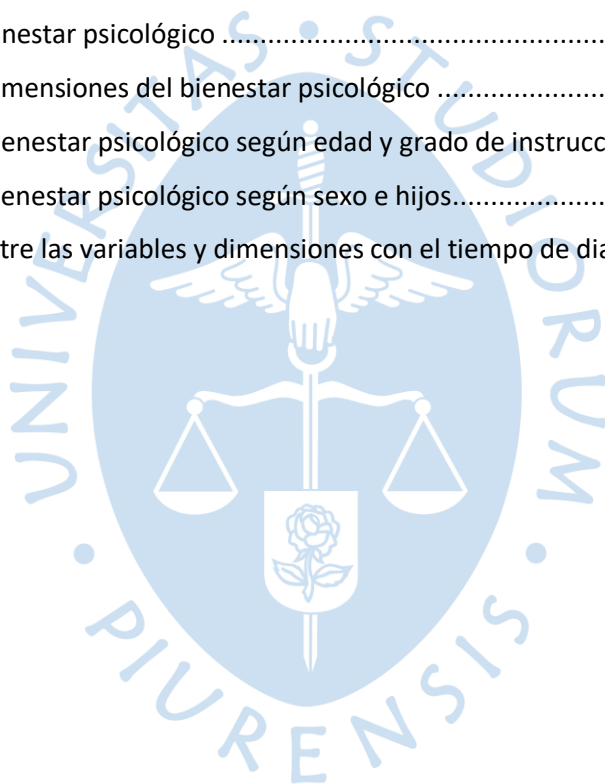
Introducción .....	9
Capítulo I: Problema .....	11
1. Formulación del problema .....	11
2. Pregunta del problema.....	13
3. Objetivos.....	13
3.1. <i>Objetivo general</i> .....	13
3.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	13
4. Justificación .....	14
5. Limitaciones .....	15
Capítulo II: Marco teórico .....	16
1. Revisión de literatura .....	16
1.1. <i>Antecedentes Internacionales</i> .....	16
1.2. <i>Antecedentes Nacionales</i> .....	20
2. Definición de variables.....	22
2.1. <i>El cáncer</i> .....	22
2.2. <i>Resiliencia</i> .....	26
2.3. <i>Bienestar psicológico</i> .....	29
3. Formulación de hipótesis .....	31
3.1. <i>Hipótesis general</i> .....	31
3.2. <i>Hipótesis específicas</i> .....	32
Capítulo III: Método .....	33
1. Tipo de investigación.....	33
2. Alcance de investigación .....	33
3. Diseño de la investigación .....	33
4. Población .....	33
5. Muestra .....	33
6. Muestreo .....	35
7. Unidad de análisis .....	35
8. Criterios de Inclusión.....	35
9. Criterios de exclusión .....	35
10. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	35
11. Procedimiento.....	38
12. Aspectos éticos .....	39
Capítulo IV: Resultados .....	40

1. Resultados descriptivos .....	40
2. Resultados inferenciales .....	42
Capítulo V: Discusión .....	46
Conclusiones.....	52
Lista de referencias.....	54
Anexos.....	65
Anexo 1: Consentimiento informado para participantes de la investigación .....	65
Anexo 2: Ficha de datos sociodemográficos para participantes de la investigación.....	66
Anexo 3: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young - adaptación peruana de Castilla Cabello et al. (2016) .....	67
Anexo 4: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff - adaptación peruana de Alvarez Solórzano (2019) .....	68
Anexo 5: Constancia de recolección de datos del centro oncológico privado .....	70



## Lista de Tablas

Tabla 1: Definición y delimitación de la resiliencia.....	29
Tabla 2: Definición y delimitación del bienestar psicológico .....	31
Tabla 3: Características de los participantes de la investigación.....	34
Tabla 4: Ficha técnica de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.....	36
Tabla 5: Ficha técnica de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff .....	37
Tabla 6: Resiliencia en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia.....	40
Tabla 7: Bienestar psicológico y sus dimensiones en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia .....	41
Tabla 8: Evaluación de normalidad de las variables y dimensiones de estudio .....	43
Tabla 9: Resiliencia y Bienestar psicológico .....	43
Tabla 10: Resiliencia y dimensiones del bienestar psicológico .....	44
Tabla 11: Resiliencia y bienestar psicológico según edad y grado de instrucción.....	44
Tabla 12: Resiliencia y bienestar psicológico según sexo e hijos.....	45
Tabla 13: Correlación entre las variables y dimensiones con el tiempo de diagnóstico .....	45



## Introducción

El cáncer es un grave asunto de salud pública alrededor del mundo, debido a su altísima tasa de diagnóstico y mortalidad global que afecta a todas las poblaciones, independientemente de las diferencias económicas y sociales. Al 2018, se registraron más de 18 millones de personas diagnosticadas con cáncer por año, y esta alta incidencia de diagnóstico de cáncer permanece en ascenso, estimándose que, para el 2040, dicha cifra de diagnósticos oncológicos se duplicará (Siegel et al., 2023; World Health Organization [WHO], 2020).

Experimentar una enfermedad oncológica impacta globalmente en todas las áreas de desarrollo de la persona, generando consecuencias tanto físicas como psicológicas, financieras, sociales, espirituales y existenciales, ejerciendo una alta carga en el mismo paciente oncológico, su familia, las comunidades y los sistemas de salud. Hoy en día, el estudio y abordaje del cáncer ha evolucionado, pasando de la visión inicial del modelo biomédico exclusivo, que priorizaba el tratamiento de los signos y síntomas físicos, a un abordaje integral y biopsicosocial. Es así como la psicooncología se fue abriendo camino en los equipos oncológicos, al despertar el interés en explorar e investigar las variables psicológicas que afectan al paciente con cáncer, brindando resultados que ayudan a comprender y explicar el difícil proceso psíquico, estragos psicológicos y crisis existenciales que pueden atravesar los pacientes (Holland y Weiss, 2010).

En términos generales, un diagnóstico de cáncer es vivenciado como un evento traumático para la persona que lo recibe, y le supone atravesar un difícil proceso de aceptación y adaptación, además de un cambio de perspectiva de su vida hasta ese momento, asimismo, el paciente oncológico atraviesa una serie de eventos difíciles, como lo es el tratamiento de cáncer, que generalmente incluye procedimientos invasivos, como la quimioterapia y cirugía radical, los cuales generan cambios, dificultades y limitaciones físicas y psicológicas, y un impacto significativo en el bienestar y la calidad de vida de las personas (Arden-Close et al., 2008). En investigación oncológica ha sido evidenciada la elevada incidencia de problemas de salud mental, malestar emocional y síntomas de trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer, incluyendo los trastornos de depresión y ansiedad (Hernández et al., 2013). Dicha incidencia es de alta relevancia en el abordaje del cáncer ya que el padecer de problemas psicológicos supone para los pacientes oncológicos una interferencia con su capacidad de afrontamiento a la carga de la enfermedad, y puede disminuir la aceptación del tratamiento, la calidad de vida y aumentar el riesgo de suicidio (Krebber et al., 2014).

Cara a esta gran problemática actual del riesgo que presentan los pacientes oncológicos a presentar malestar psicológico y menor calidad de vida, surge el interés en conocer cuál es el factor diferencial individual de aquellos pacientes que atraviesan la enfermedad manteniendo un mayor

bienestar psicológico y aquellos que desarrollan malestar psicológico, menor calidad de vida y trastornos psicológicos. Es así como en la literatura científica resalta el constructo de resiliencia, que es definida como “el proceso y el resultado de adaptarse con éxito a experiencias vitales difíciles o desafiantes, especialmente mediante la flexibilidad mental, emocional y conductual y el ajuste a las demandas externas e internas” (American Psychological Association, 2022). Al integrar la resiliencia y bienestar psicológico, se observa en diversas investigaciones científicas que la resiliencia se encuentra relacionada significativamente al incremento de bienestar psicológico y puede ejercer el rol de factor protector ante el malestar psicológico al que se encuentran expuestos los pacientes diagnosticados con cáncer (Baeda y Nurwahyuni, 2022; Guil et al., 2016; Rainson y Rema, 2021).

La presente investigación tiene el objetivo de analizar la relación existente entre el grado de resiliencia y el bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana. Con los resultados del estudio se busca conocer la situación actual de los pacientes diagnosticados con cáncer en términos de variables psicológicas de salud mental y contribuir a la limitada investigación psicooncológica y evidencia científica en la población de pacientes peruanos; asimismo se busca concientizar y enfatizar en la gran importancia y necesidad del estudio y tratamiento de variables psicológicas en el cáncer mediante un abordaje multidisciplinar e integral, ya que en el Perú, la presencia de la psicología y psicooncolología continúa teniendo múltiples barreras en su inserción en el ámbito de la salud oncológica, y el rol de un psicólogo en los equipos oncológicos es insuficiente en la sanidad pública y privada.

## Capítulo I: Problema

### 1. Formulación del problema

El cáncer tiene una epidemiología global y nacional de alta importancia y carga para los servicios de sanidad de las naciones. Globalmente, al año 2020, una de cada cinco personas se enfrentará a un diagnóstico de cáncer a lo largo de su vida, además, una de cada seis muertes es debida al cáncer y, en el año 2018, se reportaron aproximadamente 18.1 millones de nuevos casos de cáncer al año, y 9.6 millones de muertes por cáncer en personas de todo el mundo (WHO, 2020). En el territorio peruano, el cáncer es la segunda causa de muerte y, según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), en el año 2020 fueron registrados 69849 nuevos diagnósticos de cáncer y 34976 defunciones debidas a la enfermedad oncológica (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2023; The Global Cancer Observatory, 2021).

El recibir un diagnóstico oncológico es vivenciado como una experiencia desestructurante, difícil y psicológicamente compleja para la persona. Implica afrontar un cambio psicosocial estresante y abrupto en la continuidad de su vida, que impacta en la dimensión física, emocional, familiar, interpersonal, económica, laboral y espiritual; además, genera una alteración en la concepción que la persona tiene de su propia existencia en tiempo y espacio, al enfrentarla a un futuro incierto y al miedo por la proximidad de muerte, lo cual puede causar una profunda crisis existencial que lleve a la persona a cuestionarse el sentido y significado de su vida, de sus creencias y de sus objetivos vitales (Grassi et al., 2017; Vehling et al., 2011).

Durante el transcurso de la enfermedad, los pacientes oncológicos atraviesan una serie de eventos adversos que resultan en estresores y factores de riesgo para el desencadenamiento de problemas de salud mental, malestar psíquico y reacciones sintomáticas de depresión y ansiedad. Entre los factores precipitantes de dichos pacientes para desarrollar problemas psicológicos se incluyen el estado de la enfermedad, la falta de control de los síntomas físicos, dolor, limitaciones funcionales o discapacidad, el depender de otros, el miedo a la muerte, la falta de soporte social y antecedentes de haber presentado previamente un trastorno psicológico (Breitbart, 1995).

Una etapa específicamente desafiante del proceso oncológico es el tratamiento, el cual frecuentemente incluye diversos procedimientos invasivos, que suponen una serie de cambios y consecuencias para la persona. Entre los tratamientos existentes, la quimioterapia es uno de los principales, utilizándose con frecuencia por su efectividad al tratar múltiples tipos de cáncer en distintas etapas. Pese a ser de gran ayuda para mejorar el estado de la enfermedad, es frecuente que los fármacos utilizados en la quimioterapia también afecten a las células sanas de la persona, generando una serie de efectos secundarios y cambios -físicos y psicológicos- significativamente

difíciles para la persona. Entre ellos resaltan los cambios corporales, como la pérdida de cabello y alteraciones del peso corporal, además de síntomas que causan malestar y limitaciones en la cotidianidad de la persona, como náuseas, vómitos y escalofríos, así también el dolor, debilidad y fatiga generalizada, también es posible que la persona experimente alteraciones en la sexualidad, esterilidad y periodos de incapacidad. Estas dificultades físicas conllevan un desgaste psicológico y posibles problemas de autoestima, sufrimiento psicosocial, elevado malestar emocional, distrés psicológico, ansiedad frente al no tener control de los síntomas, y un significativo deterioro del estado funcional mental (Grassi et al., 2017; Nerenz et al., 1982).

Debido a la gran carga psíquica que supone el afrontar un proceso oncológico, la tasa de problemas de salud mental en la población oncológica es de alta relevancia. El meta-análisis realizado por Singer et al. (2009) mostró que un tercio de los pacientes con cáncer en cuidados agudos sufren de trastornos mentales y necesitan recibir tratamiento apropiado. Asimismo, Nakash et al. (2014) reportaron que la tasa de prevalencia de trastornos mentales comunes es más alta en las personas diagnosticadas con cáncer que atraviesan un tratamiento oncológico, que en el resto de la población sin cáncer. Entre los trastornos con mayor prevalencia en las personas con cáncer se encuentran la depresión y ansiedad, además del trastorno estrés agudo, trastorno de estrés postraumático y trastorno adaptativo (Dinkel y Herschbach, 2018; Melgar-Martínez et al., 2014). Además, se registró que la tasa de suicidio en esta población es entre 1,3 y 2,6 veces mayor que en la población sin cáncer, esto debido a la sintomatología ansioso-depresiva, la disminución de bienestar psicológico y peor calidad de vida (Méndez Bustos y Días Frutos, 2016). Es importante reconocer que gran parte de los síntomas psicológicos y psiquiátricos en los pacientes oncológicos no son diagnosticados ni atendidos apropiadamente.

El malestar psicológico en el paciente con cáncer interfiere significativamente en todo el proceso oncológico, ya que afecta no solo a la salud mental y calidad de vida de la persona, sino también fisiológicamente, pudiendo ocasionar mayor dolor físico y mayor probabilidad de discapacidad, además, los problemas psicológicos podrían causar una menor aceptación, adherencia y respuesta exitosa del paciente al tratamiento, así como mayor deseo de morir e ideación suicida (Kadan-Lottick et al., 2005; Krebber et al., 2014).

Frente al grave panorama de salud mental en la población oncológica expuesto, es necesario reconocer que las variables psicológicas tienen un papel importante en el proceso oncológico, y que existen características personales que pueden ayudar a las personas a afrontar las circunstancias adversas del cáncer, las cuales diferencian el cómo vivirá y responderá cada paciente a la enfermedad. Entre estas variables psicológicas y condiciones personales mencionadas resalta la resiliencia. La

resiliencia se encuentra directamente relacionada con el bienestar, teniendo una relación positiva tanto con el bienestar físico como con el psicológico (Klohn, 1966). Esta relación entre la resiliencia y el bienestar se ve mediada por la perspectiva positiva que tiene la persona de sí misma, del mundo y del futuro; las personas resilientes presentan una mayor autoestima, auto-confianza, esperanza y optimismo, además de niveles más altos de satisfacción hacia la vida y niveles bajos de depresión (Mak et al., 2011). Respecto al bienestar psicológico, este constructo se entiende como un concepto multidimensional del funcionamiento psicológico positivo, el cual no se reduce al sentirse satisfecho con la vida, sino que combina la evaluación positiva del sí mismo, la aspiración al crecimiento personal, la creencia del significado en la vida y el sentido de autonomía con autodeterminación (Ryff, 1989a, 1989b, 1995).

Debido a lo anteriormente expuesto y frente a que en el Perú la inserción de la psicología en la oncología, tanto en su atención como en la investigación científica continúa presentando barreras y siendo limitada, surge el interés por estudiar la relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana, y conocer si el fenómeno de la resiliencia influye en la preservación del bienestar psicológico de una población que se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo y estresores en su vida.

## **2. Pregunta del problema**

¿Existe relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana?

## **3. Objetivos**

### **3.1. Objetivo general**

Analizar el grado de relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.

### **3.2. Objetivos específicos**

- Analizar la relación entre la resiliencia y la autoaceptación en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Analizar la relación entre la resiliencia y la relación positiva con otros en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Analizar la relación entre la resiliencia y el dominio del entorno en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Analizar la relación entre la resiliencia y el propósito de vida en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.

- Analizar la relación entre la resiliencia y el desarrollo personal en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Analizar la relación entre la resiliencia y la autonomía en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.

#### **4. Justificación**

Los pacientes oncológicos se enfrentan a una serie de eventos, como lo son el diagnóstico inicial de cáncer, el dolor, los procedimientos como cirugías y quimioterapias; y los efectos secundarios de estos tratamientos como la incertidumbre de la vida y la inminencia de la muerte, que resultan en estresores significativos que afecta sistémicamente a la salud física y mental (Oblitas, 2010). Estos factores de riesgo generan que la población oncológica presente un mayor índice de trastornos de depresión y ansiedad, malestar psicológico, menor calidad de vida y mayor probabilidad de suicidio.

La presente investigación se justifica en su relevancia social. En el Perú, el cáncer es un problema mayor de salud pública, siendo la segunda causa de muerte actualmente, y presentando un número de prevalencia de casos de cinco años de 175 090 personas (IARC, 2021). Debido a que esta enfermedad afecta un gran porcentaje de la población peruana, hay un alto porcentaje de estos pacientes que se encuentra en riesgo de desarrollar malestar psicológico y problemas de salud mental, los cuales generan una interferencia en su capacidad para afrontar, aceptar y adherirse el tratamiento necesario para su recuperación, disminuyendo su efectividad (Krebber et al., 2014; Kadan-Lottick et al., 2005). Frente a esto, resulta de vital importancia conocer la situación de bienestar psicológico y niveles de resiliencia de los pacientes oncológicos peruanos.

Se propone también una justificación práctica, ya que, a partir de los resultados se conocerá si la resiliencia tiene relación con el bienestar psicológico, y a partir de dicha evidencia, se pueden diseñar programas de prevención e intervención en términos de salud mental con el objetivo de potenciar la resiliencia en pacientes oncológicos y así procurar su bienestar psicológico. Además, los resultados contribuyen a la concientización de la importancia de la psicooncología y la atención psicológica en el sistema de salud peruano, la cual continúa teniendo un papel secundario y prescindible en los equipos oncológicos públicos y privados del país.

Finalmente, se propone una justificación de valor teórico, ya que la presente investigación aporta a la limitada investigación psicooncológica peruana, debido a ser una población de difícil acceso. Además, la investigación aporta un antecedente respecto a la resiliencia y bienestar psicológico en pacientes con cáncer en el Perú del que puedan partir investigaciones futuras.

## 5. Limitaciones

Se considera una limitación principal de la investigación la dificultad en el acceso a la población para la recolección de datos. Al tener como población a pacientes oncológicos llevando tratamiento de quimioterapia, se encontraron una serie de restricciones por parte de las instituciones oncológicas para conseguir apoyo con el acceso para evaluar a los pacientes que recibían atención en ellas, ocasionando múltiples demoras y complicaciones en la viabilidad de la investigación, ya que, la gran mayoría de centros de salud oncológicos y asociaciones de pacientes no permite el ingreso de investigadores externos a sus instituciones debido a reglamento interno, protección de la privacidad de los pacientes y carencias de políticas de apoyo en investigación.

Por otro lado, el número de pacientes elegibles para ser parte de la investigación era limitado, lo cual generó que la muestra no sea representativa, ya que, por su tamaño, no permite que los resultados se puedan generalizar. Esto fue debido a que la población objetivo se encontraba en un contexto de salud vulnerable, de riesgo y de alto estrés físico y psicológico que compromete su energía, tiempo y espacio; es por ello que gran cantidad de pacientes presentes al momento de recojo de datos no se encontraban disponibles para ser evaluados; además, debido a sus características, la aplicación de instrumentos no podía ser grupal, sino individual y personalizada.

Por último, se considera como una limitación la falta de antecedentes en las investigaciones nacionales que correlacionen las variables de resiliencia y bienestar psicológico. Si bien se revisaron y tomaron como referentes las investigaciones en el campo de la psicología y el cáncer estudiando otras variables, y las investigaciones de las variables de estudio en diferentes poblaciones expuestas a riesgos, no se pudo comparar con resultados previos que hayan documentado el grado de asociación en la específica relación entre la resiliencia y bienestar psicológico en los pacientes oncológicos del Perú.

## Capítulo II: Marco teórico

### 1. Revisión de literatura

#### 1.1. Antecedentes Internacionales

La resiliencia y el bienestar psicológico son dos constructos con gran presencia en la investigación científica actual, con el interés en estudiar su relación en diversas poblaciones expuestas a riesgo y adversidad, incluyendo en ellas a la población oncológica.

Baeda y Nurwahyuni (2022), al observar al impacto que genera afrontar el tratamiento oncológico en la salud mental de las personas, realizaron una investigación con el fin de estudiar la relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico, en la cual evaluaron a 62 pacientes adultas con cáncer de mama quienes se encontraban en tratamiento de quimioterapia en un hospital de Indonesia. Tras la aplicación de cuestionarios, los investigadores hallaron que la resiliencia (medida por la escala Connor-Davidson Resilience Scale) y el bienestar psicológico (medido por la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff) presentaban una correlación positiva y significativa en las pacientes oncológicas en tratamiento de quimioterapia ( $r=0.26$ ,  $P=0.039<0.05$ ). Además, en el análisis de resultados encontraron que la resiliencia evidenció ser un proceso dinámico y fluctuante en los pacientes que atraviesan quimioterapia, esto debido a que, en las primeras sesiones de quimioterapia gran parte de los pacientes mostraba un nivel bajo de resiliencia y, a medida en que lograban adaptarse a las dificultades y cambios, incrementaban su capacidad resiliente, mostrando niveles mayores.

De igual manera, Rainson y Rema (2021) realizaron un estudio correlacional no experimental con el fin de conocer la relación entre la resiliencia y bienestar psicológico en 16 pacientes oncológicos adultos de Kerala, India. Para ello, hicieron uso de la escala Heather's resilience questionnaire y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. En el análisis de resultados comprobaron su hipótesis, hallando que existe una correlación positiva y significativa entre la resiliencia y el bienestar psicológico en los pacientes con cáncer ( $Rho=0.615$ ,  $P=0.011$ ); asimismo, al analizar la relación entre la resiliencia y las dimensiones del bienestar psicológico, encontraron que la resiliencia también presenta una correlación positiva y significativa con la dimensión de *relación positiva con otros* que forma parte del bienestar psicológico ( $Rho= 0.707$ ,  $P=0.002$ ).

Otra investigación realizada por Kordan et al. (2019) se propuso estudiar la relación entre el bienestar psicológico, capital social y resiliencia en pacientes oncológicos, ya que observaron un vacío en la investigación del tema en su contexto demográfico y una gran necesidad de conocer factores positivos de protección para los pacientes con cáncer. Para ello, evaluaron a 163 pacientes adultos diagnosticados con cáncer en una clínica de Sarí, Irán, a través de la Escala de Bienestar psicológico de Ryff, el Onyx-Bullen's social capital questionnaire y la escala Connor-Davidson Resilience Scale. Los

resultados posteriores evidenciaron correlación positiva y significativa entre el bienestar psicológico y la resiliencia ( $Rho=0.78$ ,  $P=0.001$ ). Además, encontraron diferencias estadísticas en las puntuaciones de resiliencia de los pacientes evaluados según dos variables demográficas: por un lado, hallaron que los niveles de resiliencia y la edad de los pacientes se correlacionaban negativamente, es decir, a menor edad de los evaluados, niveles más altos de resiliencia; asimismo, hallaron una relación significativa entre el nivel de resiliencia y el nivel de educación de los pacientes, encontrando que los niveles de educación más avanzados se correlacionaban con puntuaciones altas de resiliencia.

Continuando con esta línea, Guil et al. (2016), con el objetivo de evaluar la relación entre el bienestar psicológico, el optimismo y la resiliencia, realizaron una investigación en 30 mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de mama que se encontraban recibiendo tratamiento adyuvante, es decir, posterior al tratamiento primario, en Cádiz, España. Se las evaluó mediante la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, el Life Orientation Test Revised (LOT-R) y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, encontrando que la resiliencia presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con las dimensiones de bienestar psicológico de *autoaceptación* ( $r=0.705$ ), *propósito en la vida* ( $r=0.749$ ) y *autonomía* ( $r=0.473$ ), y, mediante el análisis de regresión, los investigadores encontraron que a resiliencia explicaría en un 22.4% a la dimensión de autonomía del bienestar psicológico, lo cual sería un indicativo de que el potenciar la resiliencia en las pacientes con cáncer de mama pudiera causar un incremento en su percepción de autonomía e impactar en su bienestar psicológico. Por último, hallaron que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentan niveles de bienestar psicológico, optimismo y resiliencia superiores a los valores promedio de la población general, lo cual fue analizado por los autores como un indicador de crecimiento postraumático y el logro un nuevo significado y percepción hacia su enfermedad, surgido después de haber afrontado las fases de diagnóstico y tratamiento primario.

Hernández (2015) analizó la relación entre la resiliencia, el bienestar psicológico, la autoestima y el apoyo social en una muestra de 27 adolescentes en riesgo de exclusión social de España. Su estudio evidenció una correlación positiva y muy significativa entre la resiliencia y el bienestar psicológico de los adolescentes en riesgo ( $r=0.899$ ,  $P=0.000<0.01$ ), asimismo halló, a través del análisis de regresión, que la resiliencia también es un predictor del bienestar psicológico en esta población, explicando un 80.8% de la varianza del bienestar psicológico, entonces, al desarrollar la capacidad de resiliencia en adolescentes en riesgo, se podría influir positivamente en la preservación de su bienestar psicológico. Reforzando estos resultados, Nuñez Cruz y Vásquez de la Bandera Cabezas (2022) comprobaron la existencia de la correlación directa y significativa entre la resiliencia (medida por la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young) y el bienestar psicológico (medido por la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff) de 122 estudiantes universitarios de Ecuador ( $Rho=0.554$ ,  $p<0.001$ ).

Diversos investigadores han mostrado interés en conocer cómo influye la resiliencia en la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Entre ellos, Franjic et al. (2021), estudiaron a una muestra de 200 pacientes adultos diagnosticados con cáncer de colon de Bosnia-Herzegovina, con el objetivo de conocer la relación entre su resiliencia y calidad de vida. El estudio evaluó la resiliencia mediante la escala Connor-Davidson Resilience Scale, y la calidad de vida mediante el WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire, tomando en cuenta las 4 dimensiones que lo componen: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Sus resultados demostraron la correlación positiva y estadísticamente muy significativa entre la resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de colon ( $r=0.321$ ,  $P<0.001$ ), al igual que entre la resiliencia y las cuatro dimensiones que componen a la calidad de vida. Además, mediante su análisis observaron que los pacientes evaluados que no se encontraban casados mostraban niveles de resiliencia significativamente más altos que los niveles de resiliencia de los pacientes divorciados y viudos.

La resiliencia y la calidad de vida fue estudiada también por Ristevska-Dimitrovska et al. (2015) al investigar la relación entre las variables en 218 pacientes adultas con cáncer de mama de Macedonia del Norte. Realizaron el recojo de datos mediante la Connor Davidson Resilience Scale, y el cuestionario EORTC QLQ-C30. Los investigadores hallaron datos de relevancia que demostraron que la resiliencia es un factor de gran influencia en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, encontrando una correlación positiva y significativa entre las variables de estudio ( $r=0.39$ ,  $P<0.001$ ), además, observaron que las pacientes que mostraban niveles más bajos de resiliencia también mostraban niveles más bajos de imagen corporal positiva ( $r=0.35$ ,  $P<0.001$ ) y perspectiva del futuro positiva ( $r=0.369$ ,  $P<0.001$ ).

Zhang et al. (2017) condujeron una investigación con el objetivo de conocer el rol del soporte social, es decir, los sistemas de apoyo físico y emocional, en la relación entre la resiliencia y la calidad de vida de 98 mujeres adultas con cáncer de mama en China. Los análisis de correlaciones indicaron que la resiliencia presenta una correlación positiva y muy significativa con la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama ( $r=0.745$ ,  $P<0.01$ ). De igual manera, una investigación realizada por Flores (2020) en Quito, Ecuador, tuvo el objetivo de determinar la relación entre resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos mediante un estudio cuantitativo en una muestra conformada por 48 pacientes adultos, a través del cual encontró que existe una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre las variables de calidad de vida y resiliencia ( $Rho=0.512$ ,  $P=0.00$ ) concluyendo que la resiliencia ayuda al paciente oncológico afrontar de forma más adaptativa la enfermedad preservando su salud y bienestar.

Min et al. (2013), con el propósito de conocer la relación entre la resiliencia y el estrés emocional en la población oncológica, estudiaron a una muestra de 152 pacientes diagnosticados con cáncer de Seúl, Corea del Sur, quienes se encontraban hospitalizados y recibiendo tratamiento. Se los evaluó aplicando una escala de resiliencia (Connor-Davidson Resilience Scale), una escala para medir los síntomas ansiosos y depresivos (Hospital Anxiety and Depression Scale) y una para medir el apoyo social (Duke-University of North Carolina Functional Social Support Questionnaire). Los resultados indicaron que el 54.6% de los evaluados presentaban estrés emocional, y, el análisis de regresión demostró que la resiliencia y el estrés emocional se asocian negativamente ( $z=-4.94$ ,  $P<0.001$ ), demostrando que la resiliencia sería un factor protector significativo para el estrés emocional. De forma similar, Tamura (2021), en Japón, evaluó a 121 pacientes adultos con cáncer colorrectal, quienes se encontraban en tratamiento de quimioterapia, con el objetivo de observar la relación entre la resiliencia, ansiedad, depresión y calidad de vida en dicha población. Los resultados mostraron que la resiliencia se correlaciona negativa y significativamente con la ansiedad ( $r=-0.224$ ,  $P<0.05$ ) y depresión ( $r=-0.340$ ,  $P<0.01$ ), así, el autor concluye que la resiliencia pudiera ser un factor predictor de la salud mental y calidad de vida en pacientes oncológicos.

Por otro lado, Shi et al. (2022) quisieron conocer los niveles y la relación entre la resiliencia y el crecimiento postraumático, es decir, aquellos cambios positivos y desarrollo personal a partir de afrontar sucesos adversos, el papel mediador de la recuperación en dicha relación. Para ello, realizaron una investigación en una muestra de 789 mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de mama en China, quienes fueron evaluadas mediante el Post-Traumatic Growth Inventory, la EGO Resilience Scale y el Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). El estudio encontró que las mujeres evaluadas presentaban un nivel moderado de crecimiento postraumático, además, los resultados indicaron que la resiliencia y el crecimiento postraumático de las pacientes oncológicas evaluadas se correlacionaba positiva y significativamente ( $r=0.307$ ,  $P<0.01$ ), así, las pacientes resilientes habían logrado un crecimiento postraumático, demostrando que la resiliencia, al fomentar la adaptación de las personas a los eventos traumáticos, puede tener un rol importante en el desarrollo de cambios positivos y crecimiento personal posterior.

Finalmente, Hauché y Pedrón (2021) estudiaron la resiliencia en pacientes oncológicos, con el fin de comparar los niveles de resiliencia en los pacientes durante la fase de diagnóstico inicial y la fase de supervivencia. Las autoras se interesaron en conocer las diferencias de la capacidad resiliente de los pacientes en distintas etapas del proceso oncológico ya que la respuesta resiliente que los pacientes logren desarrollar será de gran importancia para el afronte y aceptación de la enfermedad y el tratamiento. Para ello, estudiaron a 60 pacientes oncológicos adultos de Buenos Aires, Argentina, de los cuales el 50% se encontraba en fase de diagnóstico y 50% en fase de supervivencia, a través de

un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Los resultados obtenidos en el estudio mostraron que los pacientes en etapa de supervivencia presentaban niveles más altos de resiliencia que los pacientes en la etapa inicial de diagnóstico, así, el 60% de los pacientes en fase de diagnóstico presentaban resiliencia baja, el 40%, resiliencia media, y ninguno presentaba resiliencia alta, mientras que el 66.7% de los pacientes en fase de supervivencia mostraron un nivel medio de resiliencia, el 20%, un nivel bajo y el 13.3%, un nivel alto de resiliencia. A través del análisis de resultados y asociaciones, también hallaron que las mujeres mostraban niveles más altos de resiliencia a comparación de los hombres, asimismo, aquellos pacientes que indicaron tener apoyo familiar obtuvieron niveles más altos de resiliencia, al igual que aquellos que reportaron recibir asistencia psicológica, este último punto demostrando la importancia de las intervenciones psicológicas para promover la respuesta resiliente en los pacientes.

### **1.2. Antecedentes Nacionales**

Dentro de las investigaciones nacionales que se han interesado en conocer la relación entre resiliencia y bienestar psicológico, aunque se encuentran limitados estudios realizados en la población oncológica, sí se observa la presencia del estudio de dichas variables en diversas poblaciones que se encuentran expuestas a factores de riesgo psicológico y son relevantes para conocer la relación.

Espinoza y Jimenez (2022) estudiaron la resiliencia y bienestar psicológico en la población de enfermeras de una clínica privada trabajando durante la pandemia COVID-19. Las autoras se interesaron en estudiar el fenómeno de la relación de las variables mencionadas en esta población debido a que, durante la pandemia COVID-19, el personal de salud se vio expuesto a mayores exigencias, circunstancias de salud extremas, incremento de mortalidad en los pacientes, lo cual generó un desgaste en la salud mental y el bienestar psicológico de los trabajadores de salud, presentando altos niveles de malestar, estrés, ansiedad, depresión e insomnio. Con el fin de conocer la relación de la resiliencia y bienestar psicológico en dicha población de riesgo, realizaron un estudio experimental, transversal y correlacional en una muestra de 348 enfermeras, evaluándolas a través de la Escala de resiliencia de Wagnild y Young y la Escala de bienestar psicológico de Ryff. Los resultados de la investigación demostraron la existencia de una relación positiva y significativa entre la resiliencia y el bienestar psicológico en el personal de salud ( $Rho=0.740$ ,  $P=0.000$ ), indicando que, a mayor nivel de capacidad resiliente en las evaluadas, mayor prevalencia de su bienestar psicológico.

Cárdenas (2021), al analizar las implicancias emocionales y desgaste psicosocial que conlleva la tuberculosis, además de la alta tasa de incidencia y mortalidad de dicha enfermedad en el país, realizó una investigación con el fin de conocer la relación entre la resiliencia y bienestar psicológico en 60 pacientes con tuberculosis de Tacna. Para ello, midió las variables de estudio con de la Escala de

resiliencia de Wagnild y Young y la Escala de Bienestar Psicológico BIEPS-A de María Martina Casullo. La investigación demostró la existencia de una correlación estadísticamente significativa entre la resiliencia y el bienestar psicológico en los pacientes con tuberculosis ( $Rho=0.582$ ,  $P=0.000<0.05$ ), demostrando que aquellos pacientes que desarrollan su capacidad resiliente logran mantener un nivel sano de bienestar psicológico; asimismo, halló que la mayor parte de los pacientes con tuberculosis evaluados presentan un nivel de resiliencia muy bajo (41.7%) o bajo (31.7%). Estos hallazgos guardan similitud con la investigación de Fernández (2018), quien buscó evaluar la relación entre el bienestar psicológico y la resiliencia en 276 estudiantes de secundaria de una institución educativa pública de Huaral, Lima, Perú, quienes eran víctimas de violencia, en la que encontró una correlación directa, positiva y estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y la resiliencia ( $Rho=0.275$ ,  $P=0,000<0.05$ ).

Gonzales (2017) realizó una investigación cuantitativa correlacional con el objetivo de conocer la relación entre resiliencia y bienestar psicológico en 130 madres de hijos con trastorno del espectro autista en Lima, Perú, quienes se encontraban expuestas al riesgo de presentar desgaste emocional y estrés al afrontar dificultades de adaptación en su ambiente familiar, social y personal derivadas del rol materno y cuidador en la crianza de un niño con TEA. Realizó la recolección de datos haciendo uso de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la escala de Bienestar Psicológico BIEPS-A de Casullo. Mediante los resultados, evidenció la correlación directa, moderada y altamente significativa entre la resiliencia y el bienestar psicológico de las madres evaluadas ( $Rho=0.485$ ,  $P=0.000<0.01$ ). En concordancia con estos resultados, Bustamante (2019) encontró una correlación positiva y significativa entre los niveles de resiliencia y bienestar psicológico ( $Rho=0.350$ ,  $P=0.003$ ) de 69 mujeres internas por tráfico ilícito de drogas en un establecimiento penitenciario de Lima, lo cual resulta de gran importancia al indicar que la resiliencia puede ser un factor protector que potencie la fortaleza personal y capacidad de afrontar y superar la adversidad y el desgaste emocional que genera la privación de libertad en las mujeres estudiadas. Asimismo, Oliviera Pari (2022) se interesó en estudiar la resiliencia y bienestar psicológico en 46 jóvenes adultos recién egresados de la carrera de psicología en situación de desempleo durante la pandemia COVID-19 en Lima, esto debido a que observó que dicha población se enfrentaba a estrés y adversidad al intentar lograr su inserción laboral. Los resultados demostraron una correlación directa, fuerte y significativa entre los niveles de resiliencia y bienestar de los jóvenes evaluados ( $Rho=.79$ ,  $P=0.000$ ).

Con respecto a la investigación nacional en población oncológica, Cárdenas y Mendoza (2019) se interesaron en estudiar los niveles de depresión y resiliencia en pacientes diagnosticados con cáncer y conocer su relación. Para ello, realizaron una investigación no experimental, cuantitativa y correlacional en 24 pacientes oncológicos de Huancayo, haciendo uso de la Escala de Resiliencia de

Wagnild y Young y el Inventario de Depresión de Beck. Los autores hallaron que existía una correlación inversa entre la resiliencia y depresión, es decir, los pacientes con niveles más altos de resiliencia mostraban niveles más bajos de depresión ( $r = -0.776$ ,  $P = 0.000 < 0.05$ ), además, hallaron que la mayoría de pacientes evaluados (95.8%) presentaron un nivel alto de resiliencia. En esta misma línea, Burga Delgado et al. (2016), al prestar atención al fenómeno emocional de alto estrés y efectos negativos que atraviesan los pacientes oncológicos, realizaron una investigación no experimental de corte transversal y correlacional para conocer la relación de la inteligencia emocional y la resiliencia en a 57 pacientes adultas diagnosticadas con cáncer de mama de un hospital de Lima, quienes fueron evaluadas mediante la Escala TMMS-24C de Salovey y Mayer para medir la inteligencia emocional, y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. El análisis de datos de su estudio comprobó su hipótesis inicial, demostrando que existía una correlación positiva y altamente significativa entre la inteligencia emocional y la resiliencia en los pacientes evaluados ( $r = 0.663$ ,  $P = 0.000$ ).

Además, con el objetivo de conocer el nivel de resiliencia en pacientes oncológicos, Molero (2018) evaluó a 74 pacientes oncológicos adultos que recibían tratamiento en una clínica privada en Lima. Los resultados mostraron que el 47.3% pacientes estudiados presentaba un nivel de resiliencia bajo, mientras que el 27%, un nivel de resiliencia medio bajo, el 18%, resiliencia media, y solo el 4.1% presentó resiliencia alta, mientras que el 2.7%, resiliencia media alta. Por otro lado, Del Águila (2017) investigó el nivel de resiliencia en 100 pacientes oncológicos en tratamiento en un hospital de Lima, hallando que el 62% de ellos presentaban un nivel de resiliencia bajo, mientras que el 35% muestra un nivel medio y tan solo el 3% de los pacientes presenta un nivel de resiliencia alto. Finalmente, Torres (2018) también aportó mediante su investigación en 135 pacientes adultas con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia de la ciudad de Lima, en la que encontró que la mayoría de las pacientes presentaba un nivel alto de resiliencia (61.48%), mientras que el 24.4% presentó un nivel medio y el 14.07% un nivel bajo.

## **2. Definición de variables**

### **2.1. El cáncer**

El cuerpo humano adulto está compuesto por trillones de células y, para funcionar de manera óptima, necesita del proceso de división celular mediante el cual las células se duplican y son remplazadas cuando presentan una alteración, daño o envejecimiento. Si por alguna razón el proceso se ve alterado y dicho ciclo no se realiza con normalidad, las células dañadas no logran sustituirse por otras sanas y se da lugar a la generación de una neoplasia o tumor, y a la generación y multiplicación de células cancerosas. El cáncer es, entonces, el conjunto de más de 100 enfermedades caracterizadas por la proliferación descontrolada de células anormales, con capacidad de infiltrarse en los órganos y dañar su tejido impidiendo su funcionamiento, logrando diseminarse mediante el sistema circulatorio

y linfático, invadiendo y dañando múltiples partes del organismo (American Cancer Society [ACS], 2021; Amigo, 2015; National Cancer Institute [NCI], 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud, actualmente el cáncer es la primera causa de muerte en el mundo, habiendo registrado en el año 2020 aproximadamente 10 millones de muertes (WHO, 2020). Asimismo, el observatorio global del cáncer (GLOBOCAN) de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), estudió en 2020 las estadísticas de cáncer en 185 países, y demostró que el tipo de cáncer con mayor incidencia a ser diagnosticado es el cáncer de mama, con 2.26 millones de nuevos casos, seguido por el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal, el cáncer de próstata y el cáncer de estómago, y, el tipo de cáncer con una tasa más alta de mortalidad fue el cáncer de pulmón, con 1.80 millones de muertes registradas, seguido por el cáncer colorrectal, cáncer de hígado, cáncer de estómago y cáncer de mama (Sung et al., 2021). En el Perú, los registros hospitalarios nacionales en el 2022 indicaron que las neoplasias con mayor incidencia son el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama, seguidos por el cáncer colorrectal y el cáncer de próstata (CDC, 2023).

La prevención y los exámenes médicos de chequeo oncológico para obtener un diagnóstico en etapa inicial son necesarios para que un paciente tenga un mejor pronóstico y un tratamiento menos agresivo y con mayor probabilidad de ser exitoso, sin embargo, los sistemas de salud y prevención no son de igual acceso para todas las poblaciones, por ello, las comunidades con un estado socioeconómico más bajo presentan barreras para acceder a un seguro médico que permita los exámenes de chequeo y detección temprana, y mejores tratamientos; debido a esto, la probabilidad de supervivencia es menor y la mortalidad es mayor en las comunidades socioeconómicamente desfavorecidas y minorías (ACS, 2021; Wild et al., 2020). En el Perú, se ha registrado que el 67% de los casos diagnosticados de cáncer se hallan en una etapa avanzada, y solo el 7% es diagnosticado en una etapa inicial mediante exámenes de prevención (CDC, 2023). La dificultad para acceder a la atención médica, los costos de los tratamientos, el impacto que estos tienen en la economía personal y familiar del paciente, y las prestaciones de apoyo laborales y sociales son causas estructurales que generan un alto nivel de estrés en la persona atravesando el cáncer (Niedziedz et al., 2019; Ostovar et al., 2022).

El diagnóstico oncológico implica para la persona un cambio psicosocial, y la desestructuración y pérdida del control en todos los ámbitos de su vida, como son el familiar, interpersonal, económico, laboral y espiritual, además de la alteración de su concepción del futuro y su propia existencia, ya que su realidad se ve atravesada por un cambio abrupto debido a una enfermedad que supone tratamientos invasivos, alteraciones en el propio cuerpo y en el ritmo de vida (Grassi et al., 2017; Meijer et al., 2013; Middleton y Rojas Jara, 2017). De igual manera, aun cuando actualmente la probabilidad de curación del cáncer es más alta debido a las opciones de tratamiento, histórica y culturalmente el cáncer evoca preconceptos relacionados al sufrimiento y a la muerte, siendo visto, socialmente, como una noticia trágica del fin de la vida (Rojas Jara y Gutiérrez Valdés, 2016; Singh et

al., 2015). Por ello, con el diagnóstico oncológico la persona se enfrenta al miedo de la proximidad de la muerte, lo cual genera no solo una crisis psicosocial, sino existencial, en la que reevalúa sus creencias, objetivos vitales y búsqueda de sentido (Vehling et al., 2011).

Por otro lado, el proceso del tratamiento oncológico supone una serie de dificultades físicas y psicológicas para el paciente. Uno de los tratamientos más utilizados y que más destacan en el abordaje oncológico es la quimioterapia, la cual consiste en administrar una serie de fármacos que ejercen acción en los tejidos del cuerpo y buscan impedir la producción de células cancerígenas y controlar que el cáncer se extienda, y puede ser usada con tres fines generales: curación, control o paliación, los objetivos del tratamiento dependerán del momento en el que se realice, el tipo de tumor, el estadio del cáncer y el estado del paciente (ACS, 2020; Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2009). Pero, así como los fármacos usados en la quimioterapia son de gran efectividad para atacar y destruir a las células cancerígenas, también tienen la capacidad de dañar otras células sanas de rápido crecimiento en el organismo, como las células del tubo digestivo, los folículos pilosos y médula ósea, debido a que ejercen acción en todo el organismo sin distinción, por ello son altamente frecuentes los efectos secundarios durante este periodo, los cuales a pesar de ser transitorios y de menor o mayor medida según cada caso, afectan significativamente a la persona; entre los efectos secundarios más comunes se encuentran la pérdida de cabello, problemas en la piel, cansancio, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, úlceras, anemia, riesgo a desarrollar infecciones, alteraciones del peso corporal, alteraciones del deseo sexual y fertilidad, cambios del estado de ánimo, entre otros (ACS, 2020, AECC, 2009). El experimentar estos grandes cambios físicos puede causar problemas de autoestima, problemas en la independencia, dificultades en la sociabilidad y en la continuidad de las relaciones interpersonales, y disminución de su capacidad de actividad y rendimiento en la vida cotidiana, lo cual genera malestar emocional, angustia y disminución de la calidad de vida (Grassi et al., 2017; Nerenz et al., 1982; Rodríguez-Gonzalez et al., 2022).

La National Comprehensive Cancer Network (NCCN) describe el distrés en el proceso oncológico como “una experiencia multifactorial desagradable de naturaleza psicológica (es decir, cognitiva, conductual, emocional), social, espiritual y/o física que puede interferir con la capacidad de afrontar eficazmente el cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento” (Riba et al., 2019, p. 1230). Un diagnóstico de cáncer es considerado “un evento vital estresante de alto impacto” (Franco et al, 2019, p. 226), que afecta globalmente la vida de la persona diagnosticada y sus familiares, y conlleva altos niveles de angustia y un amplio rango de reacciones emocionales como desesperanza, ansiedad, enojo e incertidumbre, poniendo en riesgo la salud mental y bienestar psicológico de la persona.

Debido a lo que supone en términos psicológicos el enfrentarse a un proceso oncológico, la población de pacientes con cáncer se encuentra en alto riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos. La depresión y ansiedad son los trastornos que presentan una mayor prevalencia de

diagnóstico en dichos pacientes, igualmente el trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático y trastorno adaptativo destacan en su prevalencia (Dinkel y Herschbach, 2018; Melgar-Martínez et al., 2014). Asimismo, la sintomatología ansioso-depresiva y la disminución de bienestar psicológico y calidad de vida conlleva a que la tasa de suicidio en las personas con cáncer sea entre 1.3 y 2.6 veces mayor que en la población general (Méndez Bustos y Días Frutos, 2016).

El despistaje de trastornos psicopatológicos y malestar emocional en pacientes oncológicos es un proceso complejo de gran importancia. En gran cantidad de casos, los trastornos del ánimo, como la depresión, son subdiagnosticados debido a que los síntomas de tristeza, desesperanza, y preocupación son considerados erróneamente como la reacción esperable en una persona afrontando el cáncer, y por ello en muchos casos los pacientes no reciben el acompañamiento y tratamiento que necesitan (Grassi et al., 2017; Passik y Allison, 2010). Además, es importante que la evaluación psicooncológica vaya más allá de la búsqueda de trastornos psiquiátricos y tenga una visión completa que incluya el despistaje malestar emocional, sufrimiento psicosocial y distrés psicológico, los cuales, aunque pueden representar un mayor reto para ser identificados que los trastornos psiquiátricos, de igual manera afectan significativamente en la calidad de vida y el bienestar físico y psicológico del paciente (Meijer et al., 2013). Además, la falta de atención de las necesidades psicológicas impacta negativamente en el proceso oncológico, llegando a afectar cómo la persona recibe el tratamiento y lo afronta, e interfiriendo con la adherencia terapéutica, cumplimiento del tratamiento y seguimiento de recomendaciones médicas, afectando en la evolución de la enfermedad, generando periodos más largos de hospitalización, menor calidad de vida y supervivencia (Grassi et al., 2017; Singer, 2018).

Por otro lado, así como el enfrentarse al cáncer implica las dificultades, estresores y circunstancias adversas previamente expuestas, este también puede convertirse un desencadenante inesperado para el desarrollo personal y cambios vitales positivos, este fenómeno ha sido reconocido como crecimiento postraumático y hace referencia a “un cambio psicológico positivo experimentado como resultado de la lucha contra circunstancias vitales muy difíciles” (Singer, 2018, p. 4).

Vivir una situación potencialmente traumática, como lo es el cáncer, le brinda a la persona la posibilidad de descubrir recursos personales aún no conocidos en un esfuerzo personal para afrontar la adversidad, además, ya que el cáncer genera una desestabilización del sistema de creencias personales, surge la necesidad de buscar un nuevo sentido y significado de su vida, para así reconstruir sus esquemas y creencias de su vida de forma positiva, lo cual desenlaza en crecimiento personal y cambios emocionales, intelectuales y existenciales que están profundamente relacionados con el incremento de su bienestar psicológico (Campos-Ríos, 2013; Costa y Gil, 2008; Vázquez y Castilla, 2007). Este cambio psicológico positivo impacta en todas las áreas de desarrollo de la persona, desde generar una mayor autovaloración en su relación intrapersonal, hasta generar vínculos más profundos y apertura al apoyo social en sus relaciones interpersonales, además de propiciar cambios espirituales

y existenciales beneficiosos. Este crecimiento personal favorece el éxito del tratamiento oncológico, ya que genera que la persona se adapte a la enfermedad, adopte conductas saludables, mejore su disposición a los tratamientos y se adhiera a ellos, presentando mayor bienestar físico y psicológico (Ochoa et al., 2017). Ha sido observado que, después de haber atravesado un proceso oncológico, más de la mitad de los pacientes presentan un nivel de crecimiento postraumático relevante, denotando una mayor fortaleza personal, seguridad y estabilidad (Linares Fumero, 2015).

## **2.2. Resiliencia**

El concepto de resiliencia fue inicialmente utilizado en el campo de la física e ingeniería civil, comprendiéndose como la capacidad de un cuerpo para recomponerse posteriormente a atravesar un golpe o fractura, siendo capaz de recuperar su estado inicial (Becoña, 2006). El estudio de la resiliencia fue adaptado e incorporado a las ciencias sociales a finales de los años 70, brindando un abordaje innovador en la investigación de la psicopatología frente a la predominancia del enfoque del modelo médico centrado en factores negativos y eliminación del síntoma.

El inicio del estudio de la resiliencia en la psicología y psiquiatría surge a partir del interés de un grupo pionero de investigadores, entre ellos Norman Garmezy, Michael Rutter, Emmy Werner, Ann Masten, Lois Murphy y James Anthony, quienes se interesaron en el fenómeno de resiliencia en niños que se encontraban expuestos a circunstancias de alto riesgo y que suponían un peligro para su desarrollo -como la pobreza, enfermedad mental y alcoholismo en los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, estresores traumáticos-, y aun así lograban tener un desarrollo personal óptimo; estos investigadores buscaron comprender este fenómeno e identificar las cualidades de un niño resiliente (Masten, 1999; Masten y Powell, 2003).

Uno de los estudios de mayor influencia en el campo de la resiliencia es la investigación longitudinal realizada por Werner y Smith, que inició en 1955 con 698 recién nacidos en Kauai, isla de Hawái, a quienes se les mantuvo en observación por 30 años, hasta su adultez, con el objetivo de conocer cuáles eran las consecuencias a largo plazo en el desarrollo psicológico, cognitivo y psicosocial derivadas de las dificultades perinatales y crianzas en circunstancias adversas, debido a estos factores, se predijo en estos niños un desarrollo psicosocial desadaptativo en la adultez. Sin embargo, las autoras hallaron que un tercio de los niños designados como de alto riesgo lograron realizar una vida dentro de parámetros normales, logrando adaptarse óptimamente en su niñez, adolescencia y adultez, presentando un comportamiento adecuado y competente, y los denominaron resilientes, (Werner 1989; Werner y Smith, 1982). A partir de los hallazgos, Werner (1989) propuso tres tipos de factores protectores que presentan los niños resilientes: (1) los atributos disposicionales de la persona, como lo son su grado de sociabilidad, inteligencia, habilidades comunicativas y locus de control interno, (2) vínculos afectivos familiares que les brinden un soporte emocional en circunstancias estresantes y (3)

sistemas de soporte externo que brinde un sistema de creencias y refuercen las habilidades de la persona, como lo son los centros educativos, el trabajo, iglesia, comunidad. Inicialmente, se postuló que aquellos niños que lograban adaptarse y desarrollarse adecuadamente en ambientes de riesgo presentaban características extraordinarias que los hacían invencibles, sin embargo, con los estudios se descubrió que la resiliencia es un fenómeno ordinario, común y posible en todas las personas, desde la propia capacidad de adaptación humana, esto supone una visión positiva en la que todo ser humano es capaz de potenciar y desarrollar su respuesta resiliente (Masten, 2001).

Al investigar las definiciones de resiliencia en la literatura científica, se halla que ha sido definida por una diversidad de autores a partir de sus investigaciones. Masten considera a la resiliencia como un rasgo relativamente global de la personalidad y la define como “una clase de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o desarrollo” (Masten, 2001, p. 228). Por otro lado, Bartelt (1994) define a la resiliencia como “un rasgo psicológico, que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y puede resultar desgastado o reforzado por la adversidad” (pp. 98-99). Grotberg (1995) presenta a la resiliencia como una capacidad universal de las personas para hacer frente, superar y transformar a los distintos eventos adversos de la vida, la cual resulta en un fenómeno transformador y fortalecedor de la vida del individuo. Además, Olsson et al. (2003) aportan definiendo a la resiliencia como “un proceso dinámico de adaptación a una situación de riesgo que implica la interacción entre un rango de factores de riesgo y de protección desde el individuo hasta lo social” (p. 2).

Las autoras Gail Wagnild y Heather Young definen a la resiliencia como una característica positiva de la personalidad humana, la cual logra que, ante una situación adversa, la persona pueda regular los efectos negativos que puedan surgir y afrontarla con valentía y adaptabilidad (Wagnild y Young, 1993). Dichas autoras estudiaron la resiliencia en el campo de la enfermería con el fin de hallar habilidades y estrategias que ayuden a potenciar las capacidades personales para hacer frente a las enfermedades y malestar que puedan atravesar las personas (Wagnild, 2009).

Las autoras se interesaron en el cómo algunas mujeres de edad avanzada lograban adaptarse y sobrellevar las dificultades y pérdidas a diferencia de otras, con ese interés, realizaron una investigación con el fin de hallar aquellas cualidades que diferenciaban al grupo de mujeres que lograban adaptarse exitosamente, en ella estudiaron a una muestra de mujeres que habían atravesado una reciente pérdida de gran relevancia en su vida, y que lograron superar la situación adversa y readaptarse exitosamente; a partir de los resultados establecieron cinco temas que constituían la respuesta resiliente de dichas mujeres: ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal, sentirse bien solo, confianza en sí mismo; estos resultarían en las características que diferencian a aquellas

mujeres que, cara a una situación adversa, logran de adaptarse y afrontarla, además, a partir de sus hallazgos teóricos, desarrollaron una escala para medir la resiliencia (Wagnild y Young, 1990, 1993).

La resiliencia ha resaltado en el campo de estudio de la psicología y el cáncer, estudiándose su relación con el afronte a las enfermedades oncológicas y su capacidad de ser un factor de protección ante el riesgo de malestar psicológico y desgaste emocional al que se enfrentan los pacientes.

Deshields et al. (2016) proponen un modelo conceptual de resiliencia en el afronte del cáncer, que incluye componentes que explican la respuesta resiliente ante el cáncer y cómo se ve influida: (1) *atributos de línea base*, los cuales hace referencia a los rasgos y herramientas personales, los cuales actúan como factores personales protectores o de riesgo para afrontar los eventos adversos del cáncer, estos incluyen tanto características personales internas (personalidad, capacidad cognitiva, experiencias previas) como características del ambiente externo (red de apoyo, estresores adicionales); (2) *eventos referentes al cáncer*, que contemplan a todos los momentos a lo largo del proceso de la enfermedad oncológica, desde el diagnóstico inicial hasta chequeos de control posteriores, ya que cada evento, en mayor o menor medida, puede significar un estresor al paciente; (3) *reacción personal y respuesta de afronte*, es decir, la manera particular en la que cada persona responderá emocional, cognitiva y comportamentalmente al evento adverso del cáncer, y las estrategias de afrontamiento, las cuales estarán influenciadas por el significado y percepción que cada paciente tiene de su enfermedad y por las características del proceso oncológico, es decir, el tipo de tratamiento, los efectos colaterales y nivel de deterioro físico, entre otros aspectos que comprometan el bienestar físico y mental del paciente; (4) *intervención*, referida a los acontecimientos vitales de transformación que buscan generar un cambio en la respuesta adaptativa de la persona, los cuales pueden ser internos (cambio de perspectiva, objetivos personales) o externos (intervención psicosocial que fomente la resiliencia); y (5) *recalibración*, lo cual indica que las respuestas de afrontamiento de las personas son dinámicas y se encuentran en un constante flujo y ajuste durante el proceso oncológico, según la forma en la que la persona se vea afectada por los diversos eventos, por ello la resiliencia no es una característica estática, sino un proceso en constante flujo, y el comprenderla así demuestra que es posible trabajarla y construirla a través de intervenciones, logrando que los pacientes oncológicos desarrollen una capacidad resiliente que los ayude a afrontar las dificultades de la enfermedad oncológica y preservar su bienestar (Deshields et al., 2016).

**Tabla 1***Definición y delimitación de la resiliencia*

<b>Definición conceptual</b>	Wagnild y Young (1993) definen a la resiliencia como aquella característica positiva de la personalidad humana que logra que, ante una situación adversa, la persona pueda regular los efectos negativos que puedan surgir y afrontarla con valentía y capacidad de adaptabilidad.			
<b>Definición operacional</b>	Nivel de resiliencia medido a partir de una escala de 20 ítems.			
<b>Dimensiones e ítems</b>	Estructura	Unidimensional	de	Resiliencia: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20
<b>Indicadores</b>	Nivel Muy Bajo de Resiliencia Nivel Bajo de Resiliencia Nivel Medio de Resiliencia Nivel Alto de Resiliencia			
<b>Instrumento de medición</b>	Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, adaptación peruana de Castilla Cabello et al. (2016)			

**2.3. Bienestar psicológico**

El bienestar psicológico surge a partir del desarrollo teórico del enfoque eudaimónico del bienestar, proveniente de la tradición filosófica. El enfoque eudaimónico considera que la verdadera felicidad que se encuentra en la expresión de la virtud, es decir, hacer lo que vale la pena hacer, realizando la plenitud en la vida humana, la realización del potencial humano, la búsqueda del significado de la vida, el propósito y crecimiento personal, y, a diferencia del enfoque hedonista, no iguala el bienestar a la felicidad subjetiva que surge al alcanzar un deseo que causa placer, ya que concibe el bienestar como aquello que signifique bueno para la persona (Disabato et al., 2016; Ryan y Deci, 2001). El bienestar, desde la concepción eudaimónica, se refiere a vivir de acuerdo con el *daimon* o el verdadero self, es decir, el vivir la vida siendo congruente con los valores personales, existiendo de manera auténtica y realizando las potencialidades que posee cada persona, perfeccionándose y tomando una dirección de la vida de cada individuo (Waterman, 1993).

Carol Ryff planteó la teoría del bienestar psicológico, en la cual se concibe al bienestar como algo más allá de la mera obtención de placer y la ausencia de malestar. Ryff (1989a, 1989b, 1995) considera el bienestar psicológico como un concepto dinámico y multidimensional del funcionamiento psicológico positivo que proviene de la integración de perspectivas teóricas del desarrollo del ciclo vital y teorías de salud mental, que se encuentra relacionado íntimamente con rasgos de la personalidad.

El desarrollo de esta teoría surgió a partir de que Ryff, al analizar los modelos de bienestar subjetivo y el bienestar psicológico enfocados en indicadores empíricos existentes hasta ese momento, consideró que dichos modelos carecían de sustentos teóricos y de un marco teórico en su formulación que expliquen a profundidad lo que comprendía que una persona tenga bienestar psicológico (Ryff, 1989b). Frente al panorama teórico en el que se encontraba, Ryff planteó un modelo multidimensional de bienestar a partir de la convergencia de una serie de modelos teóricos relacionados a la rama de la psicología del desarrollo a lo largo de la vida y de un extenso análisis en la literatura del funcionamiento positivo psicológico.

Los referentes de perspectivas teóricas que tomó para definir el funcionamiento psicológico positivo son la autorrealización de Abraham Maslow, la visión de persona en pleno funcionamiento de Carl Rogers, la individuación de Carl Jung y el concepto de madurez de Gordon Allport; y, respecto a las teorías del desarrollo del ciclo de vida, Ryff incluye el modelo de estadios psicosociales de Erik Erikson, las tendencias básicas de la vida de Bühler, el cambio de personalidad en la adultez y vejez de Berenice Neugarten, los criterios positivos de salud mental de Marie Jahoda y la concepción del funcionamiento positivo de Birren. Ryff consideraba que las mencionadas teorías no tenían, hasta el momento, un papel importante y representativo en la literatura e investigación empírica respecto al bienestar psicológico, probablemente debido a que cada una de las teorías analizadas presentaban conceptualizaciones distintas del bienestar, que no habían sido estratégicamente analizadas para poder establecer puntos de convergencia en las diversas formulaciones teóricas (Ryff, 1995; Ryff y Keyes, 1995; Ryff, 1989a)

A partir de la revisión teórica profunda, Ryff realizó e identificó e integró los puntos de convergencia y propuso seis características del bienestar psicológico en la adultez: autoaceptación, relación positiva con otros, autonomía, dominio del medio ambiente, propósito en la vida y desarrollo personal. La primera dimensión de *autoaceptación* refiere a la actitud positiva que una persona presenta respecto a sí misma, a través de la evaluación positiva de su pasado y el reconocimiento y aceptación tanto de los rasgos considerados positivos como los negativos. La segunda dimensión de *relación positiva con otros* hace énfasis en la importancia de mantener relaciones interpersonales de calidad, empatía, intimidad, compromiso y afecto con otros, e implica que un individuo que no desarrolle esta dimensión presentará tendencia al aislamiento, frustración social y dificultad para generar vínculos que potencien el desarrollo personal. La tercera dimensión es *autonomía*, es decir, el sentido de autodeterminación que posee un individuo y la capacidad de ser independiente, rigiendo su comportamiento y pensamiento a partir de sus propias creencias y estándares personales y no por las presiones sociales. La cuarta dimensión es el *dominio del entorno*, comprendido como la capacidad del individuo de manejar de forma efectiva su vida, el ambiente que lo rodea y las oportunidades que

se le presentan, teniendo una sensación de control sobre su realidad según sus necesidades y valores. La quinta dimensión es la de *propósito en la vida*, que hace referencia a la creencia personal de que la vida tiene un propósito y significado, así, la persona logra establecer metas y objetivos, y dirigir su vida con el propósito intencionado de cumplirlos, otorgando sentido a sus acciones. Por último, la sexta dimensión es el *desarrollo personal*, que enfatiza el desarrollo y progreso personal, la capacidad de tomar consciencia de su potencial y, a partir de ello, desarrollar su conducta y rasgos personales a lo largo del tiempo (Ryff y Keyes, 1995; Ryff, 1989a). Asimismo, con el fin de tener una herramienta de medición de las escalas de su modelo multidimensional, Ryff desarrolló la Escala de Bienestar Psicológico (SPWB).

**Tabla 2**

*Definición y delimitación del bienestar psicológico*

<b>Definición conceptual</b>	Ryff (1989a, 1989b, 1995) lo define como un concepto dinámico y multidimensional del funcionamiento psicológico positivo que proviene de la integración de perspectivas teóricas del desarrollo del ciclo vital y teorías de salud mental, que se encuentra relacionado íntimamente con rasgos de la personalidad.
<b>Definición operacional</b>	Grado de bienestar psicológico medido a partir de una escala de 30 ítems.
<b>Dimensiones e ítems</b>	Autoaceptación: 1, 7, 8, 17, 22, 23 Relación positiva con otros: 12, 21, 24, 26 Autonomía: 2, 3, 9, 18 Dominio del entorno: 4, 10, 13, 19, 30 Propósito en la vida: 5, 6, 11, 14, 15, 16 Desarrollo personal: 20, 25, 27, 28, 29
<b>Indicadores</b>	Nivel Muy Bajo de Bienestar Psicológico Nivel Bajo de Bienestar Psicológico Nivel Regular de Bienestar Psicológico Nivel Alto de Bienestar Psicológico Nivel Muy Alto de Bienestar Psicológico
<b>Instrumento de medición</b>	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, adaptación peruana de Alvarez Solórzano (2019)

### 3. Formulación de hipótesis

#### 3.1. Hipótesis general

Existe relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico en los pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.

### **3.2. Hipótesis específicas**

- Existe relación entre la resiliencia y la autoaceptación en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Existe relación entre la resiliencia y la relación positiva con otros en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Existe relación entre la resiliencia y el dominio del entorno en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Existe relación entre la resiliencia y el propósito de vida en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Existe relación entre la resiliencia y el desarrollo personal en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.
- Existe relación entre la resiliencia y la autonomía en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.



## Capítulo III: Método

### 1. Tipo de investigación

El estudio a realizar se enmarca dentro del enfoque cuantitativo de investigación, ya que sigue el proceso de formulación de una hipótesis de investigación en base a la rigurosa revisión teórica y comprobación de dicha hipótesis a través de la medición psicométrica, recolección de datos en la muestra establecida y análisis estadístico (Hernández et al., 2014).

### 2. Alcance de investigación

Asimismo, la presente investigación tiene un alcance correlacional, ya que buscó estudiar la relación y conocer el grado de asociación de las dos variables propuestas, resiliencia y bienestar psicológico, en el contexto particular de pacientes oncológicos de Lima Metropolitana, a través de la medición, cuantificación y análisis del vínculo entre dichas variables (Hernández et al., 2014).

### 3. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental y transversal por cuanto se estudiaron y analizaron las variables en su contexto natural, sin la manipulación intencional de estas, y la recolección de datos se realizará en un momento único (Hernández et al., 2014).

### 4. Población

La población objetivo de la investigación estuvo conformada por todos pacientes oncológicos adultos de ambos sexos que se encontraban recibiendo quimioterapia en un centro oncológico privado de Lima Metropolitana.

### 5. Muestra

La muestra estuvo conformada por 60 pacientes adultos recibiendo tratamiento de quimioterapia en un centro oncológico privado de Lima Metropolitana, de los cuales 48 son mujeres y 12 son hombres. Las edades de los participantes oscilan entre los 32 y 79 años, teniendo un promedio de 53 años. La tabla 3 expone en su totalidad las características investigadas de la muestra estudiada.

Respecto a los datos del estado de la enfermedad, se reportaron 16 distintos tipos de diagnósticos de cáncer en la muestra, siendo los pacientes con un diagnóstico de cáncer de mama los más predominantes (36.7%), seguidos por el cáncer de ovario (11.7%), cáncer de pulmón (10%) y cáncer por mieloma múltiple (8.3%). Además, el tiempo de diagnóstico del 26.7% de la muestra fue menor a seis meses, mientras que el 28.3% recibieron el diagnóstico de cáncer desde hace uno a dos años, el 26.6% lo recibió desde hace dos a cuatro años, y el 8.3% de la muestra estudiada obtuvo el diagnóstico hace más de cuatro años.

**Tabla 3***Características de los participantes de la investigación*

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Mujer	48	80%
Hombre	12	20%
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Casado	27	45%
Conviviente	2	3.3%
Divorciado	8	13.3%
Soltero	12	20%
Viudo	11	18.3%
<b>Hijos</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	47	78,3%
No	13	21,7%
<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Educación de posgrado	10	16,7%
Educación secundaria	5	8,3%
Educación superior completa	45	75,0%
<b>Tiempo de diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
0-6 meses	16	26.7%
1-2 años	17	28.3%
2-4 años	16	26.6%
4 años a más	5	8.3%
<b>Diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Cáncer de mama	22	36,7%
Cáncer de ovario	7	11,7%
Cáncer de pulmón	6	10,0%
Mieloma múltiple	5	8,3%
Cáncer de cuello uterino	3	5,0%
Linfoma no Hodgkin	2	3.4%
Sarcoma de tejido blando	2	3,3%
Cáncer de colon	2	3,3%
Cáncer de hígado	2	3,3%
Cáncer de timo (timoma)	2	3,3%
Cáncer de vejiga	2	3,3%
Cáncer de endometrio	1	1,7%
Cáncer de próstata	1	1,7%
Cáncer oral	1	1,7%
Cáncer de riñón	1	1,7%
Cáncer de seno paranasal	1	1,7%

## 6. Muestreo

El muestreo del estudio fue no probabilístico por conveniencia, ya que, por los objetivos y planteamiento de la investigación, esta se beneficia de un muestreo centrado en las características de los participantes y los criterios de inclusión, más no en la probabilidad, ya que esto brinda mayor control en la selección de los casos a evaluar (Hernández et al., 2014). Además, debido a estar en un contexto de salud vulnerable, el muestreo no probabilístico por conveniencia ayudó por su flexibilidad al acceder a la muestra que se encuentre disponible en el momento del recojo de datos.

## 7. Unidad de análisis

Un paciente diagnosticado con cáncer que recibe tratamiento de quimioterapia en el centro oncológico privado en Lima Metropolitana

## 8. Criterios de Inclusión

- Pacientes que se encuentren recibiendo quimioterapia en el centro oncológico privado al momento del recojo de datos.
- Pacientes adultos, mayores a los 20 años.
- Pacientes hispanohablantes.
- Pacientes que se encuentren físicamente estables, lúcidos y con capacidad de atender.
- Pacientes que decidan participar voluntariamente de la investigación.

## 9. Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren en la sala de quimioterapia para recibir tratamientos distintos a la quimioterapia (inmunoterapia, refuerzos).
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes no hispanohablantes.
- Pacientes que presenten malestar (náuseas, mareos, dolor), dificultades de atención (somnolencia) o riesgos de salud.
- Pacientes que indiquen no querer ser parte de la investigación debido a no sentirse en condiciones físicas cómodas.

## 10. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con el fin de medir la variable de *resiliencia*, se hizo uso de la escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) en la adaptación para adultos de Lima Metropolitana de Castilla Cabello et al. (2016). Respecto a la medición de la variable de *bienestar psicológico*, se obtuvo la información mediante la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, adaptada en adultos de Lima Metropolitana por Álvarez Solórzano (2019).

Tabla 4

*Ficha técnica de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young*

<b>Nombre:</b>	Escala de Resiliencia de Wagnild y Young
<b>Nombre original:</b>	The Resilience Scale
<b>Autor:</b>	Gail M. Wagnild y Heather M. Young
<b>Año de publicación original:</b>	1993
<b>Adaptación:</b>	Humberto Castilla Cabello Jusara Coronel Sucacahua Arelis Bonilla Lazo Medallith Mendoza Najarro Miguel Barboza Palomino
<b>Año de publicación de adaptación:</b>	2016
<b>Modo de aplicación:</b>	Individual o grupal
<b>Duración:</b>	15 a 20 minutos
<b>Objetivo de instrumento:</b>	Identificar el grado de resiliencia individual
<b>Ámbito de aplicación:</b>	Adolescentes y adultos
<b>Áreas que mide:</b>	Perseverancia, Satisfacción Personal, Ecuanimidad, Confianza en sí mismo, Sentirse bien solo
<b>Clasificación:</b>	Resiliencia alta, resiliencia media, resiliencia baja
<b>Baremos:</b>	Baremos percentiles y normas interpretativas.
<b>Descripción e interpretación:</b>	El cuestionario está conformado por 20 ítems en la escala Likert, en donde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 es totalmente de acuerdo. La puntuación total se calcula mediante la suma de las puntuaciones de las respuestas a cada ítem.
<b>Características psicométricas:</b>	Propiedades psicométricas originales determinadas por Wagnild y Young (1993): Confiabilidad mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.94 para la escala global. Propiedades psicométricas de adaptación determinadas por Castilla Cabello et al. (2016): Confiabilidad mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.898 para la escala global.

Tabla 5

*Ficha técnica de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff*

<b>Nombre:</b>	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff
<b>Nombre original:</b>	Scales of Psychological Well-Being, SPWB
<b>Autor:</b>	Carol Ryff
<b>Año de publicación original:</b>	1989
<b>Adaptación:</b>	Naomi Del Pilar Alvarez Solórzano
<b>Año de publicación de adaptación:</b>	2019
<b>Modo de aplicación:</b>	Individual o grupal
<b>Duración:</b>	20 minutos
<b>Objetivo de instrumento:</b>	Identificar el grado de bienestar psicológico individual
<b>Ámbito de aplicación:</b>	Adultos
<b>Áreas que mide:</b>	Autoaceptación, Relación positiva con otros, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida, Desarrollo personal
<b>Clasificación:</b>	Bienestar psicológico alto, bienestar psicológico medio, bienestar psicológico bajo
<b>Baremos:</b>	Baremos percentiles y normas interpretativas.
<b>Descripción e interpretación:</b>	<p>El cuestionario está conformado por 30 ítems en la escala Likert, en donde 1 es totalmente en desacuerdo y 6 es totalmente de acuerdo. La puntuación total se calcula total se calcula mediante la suma de las puntuaciones de las respuestas a cada ítem. Se debe tomar en cuenta los ítems inversos, los cuales son: 3, 4 9, 19 y 27.</p> <p>Ítems por dimensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoaceptación: 1, 7, 8, 17, 22, 23</li> <li>• Relación positiva con otros: 12, 21, 24, 26</li> <li>• Autonomía: 2, 3, 9, 18</li> <li>• Dominio del entorno: 4, 10, 13, 19, 30</li> <li>• Propósito en la vida: 5, 6, 11, 14, 15, 16</li> <li>• Desarrollo personal: 20, 25, 27, 28, 29</li> </ul>

**Características psicométricas:** Propiedades psicométricas originales determinadas por Ryff (1989): Confiabilidad mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.86 para la escala de Autonomía, 0.91 para la dimensión de Relación positiva con otros, 0.90 para la dimensión de Dominio del entorno, 0.87 para la dimensión de Desarrollo personal, 0.90 para la dimensión de Propósito de vida y 0.93 para la dimensión de Autoaceptación.

Propiedades psicométricas de adaptación determinadas por Alvarez Solórzano (2019): Confiabilidad mediante el coeficiente de omega de 0.96 para la escala global, un valor por encima del rango aceptado.

---

## 11. Procedimiento

El estudio partió de la extensa revisión teórica de las variables de estudio, los antecedentes científicos y la elaboración de la hipótesis. Posteriormente, se eligieron los instrumentos de medición respectivos de las variables de estudio, seleccionándose las adaptaciones recientes realizadas para la población adulta de Lima Metropolitana mediante una búsqueda y análisis de las investigaciones.

El procedimiento para la recolección de datos inició con el envío de cartas de solicitud de apoyo a diversos centros oncológicos (entre ellos clínicas privadas, hospitales, centros de apoyo y asociaciones de pacientes), buscando el acceso a la población objetivo. El proceso continuó al obtener la respuesta del centro oncológico privado, mediante su asistente de gerencia, quien coordinó una reunión con el subdirector de gestión médica, a quien se le presentó el proyecto de investigación y se le solicitó el permiso de ingresar al centro oncológico y poder aplicar tests psicológicos a los pacientes que recibían quimioterapia. Posteriormente se realizó la autorización formal del permiso, asimismo la clínica estableció a dos médicos de sala de quimioterapia, quienes serían los responsables de la supervisión y acompañamiento constante de la evaluadora en el proceso de aplicación, como requisito previo a evaluar a los pacientes.

La fase de aplicación y recojo de datos se realizó presencialmente dentro de la sala de quimioterapia del centro oncológico, mediante la evaluación individual de los pacientes que se encontraban recibiendo el tratamiento. El proceso inició con la selección, por parte del médico responsable, de aquellos pacientes que se encontraban lúcidos y estables física y mentalmente para ser evaluados, a quienes el médico les pedía un primer permiso para conocer su disponibilidad. A continuación, la tesista procedía a intervenir con la explicación del consentimiento informado de la investigación, con el fin de exponer los aspectos de voluntariedad de su participación, confidencialidad

de la información recolectada y la naturaleza y objetivos del estudio. Si el paciente decidía participar y firma el consentimiento informado, se proseguía con la aplicación de la ficha sociodemográfica en la que se buscaba obtener datos personales y de su proceso oncológico. Finalmente, se aplicaban los instrumentos de las variables de estudio correspondientes: la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, a su vez que se atendían las dudas de los pacientes o se contenían posibles respuestas emocionales espontáneas que surgían frecuentemente durante evaluación psicológica.

Al término de las fases anteriormente expuestas, se realizó el procesamiento de datos estadísticos descriptivos e inferenciales en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

## **12. Aspectos éticos**

- Se cumplió con los lineamientos, buenas prácticas de investigación y requisitos establecidos por el centro oncológico privado para ingresar a la sala de quimioterapia y tener contacto con los pacientes: realizar todas las intervenciones bajo la supervisión de un médico del centro oncológico, utilizar uniforme médico, respetar la confidencialidad de los pacientes, y respetar la evaluación previa de los médicos correspondientes.
- Se protegió la identidad y datos médicos de los pacientes mediante el anonimato y confidencialidad.
- Previo a la aplicación de tests, se les explicó a todos los pacientes el objetivo de la investigación, los fines académicos, los aspectos de confidencialidad y voluntariedad, y el tiempo que tomaría, con el fin de que su decisión de aceptar participar fuera informada.
- Con el fin de no afectar el bienestar de los pacientes, fueron priorizadas sus necesidades médicas y de salud, evaluando, previamente a la intervención, su nivel de energía y lucidez, dificultades de atención, cansancio y malestar físico esperable en la administración de los medicamentos correspondientes a la quimioterapia.

## Capítulo IV: Resultados

### 1. Resultados descriptivos

Con el fin de identificar los grados de resiliencia, bienestar psicológico y sus dimensiones en los 60 pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia que conformaron la muestra de estudio, se realizó el análisis descriptivo de las variables.

En la tabla 6, que muestra la distribución de frecuencias de la variable resiliencia, y se observa que, del total de los participantes, 30 pacientes presentan un nivel alto de resiliencia (50%), 15 posee un nivel medio (25%), 6 pacientes presentan un nivel bajo (10%) y 9 de los pacientes presenta un nivel de resiliencia muy bajo (15%).

**Tabla 6**

*Resiliencia en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia*

Nivel	N	%
Muy bajo	9	15.0
Bajo	6	10.0
Promedio/Medio	15	25.0
Alto	30	50.0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

En la tabla 7 se muestra la distribución de frecuencias de la variable bienestar psicológico, y se observa que el nivel predominante es de bienestar psicológico en la muestra estudiada es muy alto (48.3 %), seguido de alto (40 %), regular (10 %) y bajo (1.7 %).

Al analizar las seis dimensiones que componen al bienestar psicológico, se encontró que, respecto a la distribución de frecuencias de la dimensión *autonomía*, el 40% presenta un nivel de autonomía alta, mientras que el 38.3%, un nivel muy alto y el 18.3%, un nivel regular.

En cuanto a los niveles de la dimensión de *relación positiva con otros*, se observó que el 58.3 % cuenta con un nivel muy alto, mientras que el 36.7% reporta un nivel alto y el 5% un nivel regular. Por otro lado, la distribución de frecuencias de la dimensión de *dominio del entorno* indica que el 48.3% de los evaluados presenta un nivel alto de dominio del entorno, el 26.7%, un nivel muy alto, el 23.3%, un nivel regular, y solo el 1.7% un nivel bajo. Con relación a los niveles de la dimensión de *desarrollo personal*, el 50% de la muestra se encuentra en un nivel muy alto, mientras que el 41.7% se encuentra en el nivel alto y el 8.3% en el nivel regular.

Respecto a la distribución de la muestra en sus puntajes de la dimensión de *propósito de vida*, se observa que un predominante 53% de los evaluados se encuentran en un nivel muy alto, el 21.7%

se ubica en el nivel regular, el 20% en el nivel alto y el 5% en el nivel bajo. Finalmente, en la dimensión *autoaceptación*, se observa que el 60 % cuenta con una autoaceptación en nivel muy alto (60 %), el 26.7%, alto, el 11.7%, regular y el 1.7%, bajo.

**Tabla 7**

*Bienestar psicológico y sus dimensiones en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia*

Nivel	N	%
<b>Bienestar psicológico</b>		
Muy bajo	0	0.0%
Bajo	1	1.7%
Regular	6	10.0%
Alto	24	40.0%
Muy alto	29	48.3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>
<b>Autoaceptación</b>		
Muy bajo	0	0.0%
Bajo	1	1.7%
Regular	7	11.7%
Alto	16	26.7%
Muy alto	36	60.0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>
<b>Relación positiva con otros</b>		
Muy bajo	0	0.0%
Bajo	0	0.0%
Regular	3	5.0%
Alto	22	36.7%
Muy alto	35	58.3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>
<b>Dominio del entorno</b>		
Muy bajo	0	0.0%
Bajo	1	1.7%
Regular	14	23.3%
Alto	29	48.3%

<b>Nivel</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy alto	16	26.7%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>
<b>Propósito de vida</b>		
Muy bajo	0	0.0%
Bajo	3	5.0%
Regular	13	21.7%
Alto	12	20.0%
Muy alto	32	53.3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>
<b>Desarrollo personal</b>		
Muy bajo	0	0.0%
Bajo	0	0.0%
Regular	5	8.3%
Alto	25	41.7%
Muy alto	30	50.0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>
<b>Autonomía</b>		
Muy bajo	1	1.7%
Bajo	1	1.7%
Regular	11	18.3%
Alto	24	40.0%
Muy alto	23	38.3%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

## 2. Resultados inferenciales

Previo al análisis inferencial, se procedió a realizar las pruebas de normalidad para, partir de ello, decidir emplear una prueba paramétrica o no paramétrica.

Debido a que la muestra de estudio estuvo compuesta por 60 pacientes, la prueba de normalidad empleada fue la de Kolmogorov – Smirnov, recomendada cuando la muestra está constituida por más de 50 casos.

Los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov señalan que tanto las variables como las dimensiones no se ajustan a una distribución normal; por lo tanto, el análisis inferencial se realizó empleando pruebas no paramétricas, en este caso, *Rho* de Spearman-Brown.

**Tabla 8**

*Evaluación de normalidad de las variables y dimensiones de estudio*

<b>Variables y dimensiones</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Gl</b>	<b>p</b>
Resiliencia	.758	60	.000
Bienestar psicológico	.770	60	.000
Autonomía	.817	60	.000
Relación positiva con otros	.699	60	.000
Autoaceptación	.715	60	.000
Dominio del entorno	.837	60	.000
desarrollo personal	.745	60	.000
Propósito de vida	.763	60	.000

Como se muestra en la tabla 9, el coeficiente de correlación *Rho* de Spearman-Brown señala que existe una correlación positiva y moderada entre la resiliencia y el bienestar psicológico ( $Rho=0.627$ ). Asimismo, se obtuvo una significancia de 0.01, lo cual indica que esta relación es significativa.

**Tabla 9**

*Resiliencia y Bienestar psicológico*

	<b>Resiliencia</b>	<b>Bienestar psicológico</b>
<b>Resiliencia</b>	1.000	.627**
<b>Bienestar psicológico</b>	.627**	1.000

*Nota.* \*\* Significancia de 0.01

Con respecto a las dimensiones que se analizaron, como se muestra en la tabla 10, los coeficientes de correlación indican que todas las dimensiones del bienestar psicológico presentan una correlación positiva significativa con la variable resiliencia ( $p<0.05$ ).

La resiliencia presenta una correlación positiva alta y significativa con la autoaceptación (.700\*\*), y presenta una correlación positiva moderada y significativa con la relación positiva con otros (.522\*\*), dominio del entorno (.492\*\*), propósito de vida (.647\*\*), desarrollo personal (.436\*\*) y autonomía (.422\*\*).

**Tabla 10**

*Resiliencia y dimensiones del bienestar psicológico*

	<b>Resiliencia</b>
<b>Autoaceptación</b>	.700**
<b>Relación positiva con otros</b>	.522**
<b>Dominio del entorno</b>	.492**
<b>Propósito de vida</b>	.647**
<b>Desarrollo personal</b>	.436**
<b>Autonomía</b>	.422**

*Nota.* \*\* Significancia de 0.01

En la tabla 11 se observa que, al comparar los valores de las variables estudiadas según la edad y el grado de instrucción de la muestra a partir del estadístico Kruskal-Wallis, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

**Tabla 11**

*Resiliencia y bienestar psicológico según edad y grado de instrucción*

<b>Variabes</b>	<b>Kruskal-Wallis</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
<b>Edad</b>			
Resiliencia	5.852	4	.210
Bienestar psicológico	3.323	4	.505
<b>Grado de instrucción</b>			
Resiliencia	1.476	2	.478
Bienestar psicológico	.579	2	.749

Con el interés adicional de comparar los valores de las variables estudiadas según el sexo de la muestra estudiada bajo el estadístico de U de Mann – Whitney, en la tabla 12 se observa que no existen diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

Por otra parte, al comparar los valores de las variables según si estos tienen hijos o no, se observó que existen diferencias significativas en la resiliencia ( $p < 0.05$ ); es decir hay diferencia

estadísticamente significativa entre la resiliencia de pacientes con hijos y pacientes sin hijos, siendo los que poseen mayor resiliencia aquellos que tienen hijos.

**Tabla 12**

*Resiliencia y bienestar psicológico según sexo e hijos*

<b>Variables</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>		
Resiliencia	228.000	.231
Bienestar psicológico	220.500	.169
<b>Hijos</b>		
Resiliencia	200.500	.042
Bienestar psicológico	220.000	.091

Finalmente, en la tabla 13, se observa que se identificó correlación positiva y significativa entre el tiempo de diagnóstico y la variable resiliencia, y entre el tiempo de diagnóstico y la dimensión autoaceptación.

**Tabla 13**

*Correlación entre las variables y dimensiones con el tiempo de diagnóstico*

	<b>Tiempo de diagnóstico</b>
<b>Resiliencia</b>	.396**
<b>Autonomía</b>	.005
<b>Relación positiva con otros</b>	.053
<b>Autoaceptación</b>	.289**
<b>Dominio del entorno</b>	.175
<b>Desarrollo personal</b>	.219
<b>Propósito de vida</b>	.104

*Nota.* \*significación de .05 \*\* significación de .01

## Capítulo V: Discusión

Ante los múltiples estresores y situaciones adversas que atraviesan las personas diagnosticadas con cáncer a lo largo del proceso oncológico, estas se encuentran expuestas a un importante factor de riesgo a desarrollar malestar psicológico y peor calidad de vida. Los efectos secundarios, dificultades y limitaciones que experimentan los pacientes durante el tratamiento para superar el cáncer generan cambios físicos, psicológicos, económicos y sociales significativos; y el enfrentar, aceptar y adaptarse a una nueva realidad supone una situación retadora y psicológicamente compleja para los pacientes (Grassi et al., 2017; Nerenz et al., 1982). Frente a este panorama, resulta necesario conocer cuáles podrían ser aquellos factores de protección para los pacientes, que puedan lograr prevalecer y fomentar el bienestar psicológico en ellos. Dentro de ellos, la resiliencia, a lo largo de la literatura científica y estudios de la psicooncología, ha sido un concepto que ha resaltado por ser una capacidad positiva que favorece la respuesta sana y adaptativa de las personas ante la adversidad, regulando su afrontamiento emocional hacia los estresores, adaptándose funcionalmente y logrando así, mantener un equilibrio psicológico (Deshields et al., 2016; Wagnild y Young, 1990).

Los resultados obtenidos en el presente estudio señalan que, en su mayoría, los pacientes oncológicos estudiados presentan un alto nivel de resiliencia (50%), mientras que solo el 10% presentó un nivel de resiliencia bajo. Estos hallazgos indican que gran parte de los pacientes oncológicos adultos evaluados llevando tratamiento de quimioterapia presentan una alta capacidad de adaptabilidad y resistencia emocional frente a la adversidad, y que han logrado aceptar, integrar y adecuarse a las situaciones difíciles que se les presentaron durante el diagnóstico y tratamiento oncológico, pudiendo desarrollar una característica positiva protectora con el fin de recuperarse de los efectos negativos del estrés y recobrar el equilibrio de sus vidas con un nuevo significado (Wagnild y Young, 1990, 1993). Además, estos resultados concuerdan con la investigación de Torres (2018), quien encontró que el 61.48% de los pacientes oncológicos que recibieron tratamiento de quimioterapia en Lima presentan un nivel de resiliencia alto. Asimismo, Cárdenas y Mendoza (2019), al estudiar a pacientes oncológicos en Huancayo, observaron que tienen un alto grado de resiliencia en su gran mayoría (95.8%). Del mismo modo, Flores (2020), en un estudio llevado a cabo en pacientes oncológicos en Ecuador, señala que estos poseen una alta resiliencia (72.9%). Por otro lado, los hallazgos obtenidos discrepan con los de Molero (2018), pues encontró que los pacientes oncológicos de Lima presentaban una resiliencia predominantemente baja (47.3%); dado que el presente estudio identificó una asociación entre el tiempo de diagnóstico y el grado de resiliencia, esta discrepancia podría obedecer a que la población estudiada había sido, en su mayoría, recién diagnosticada (0 a 6 meses), por lo que aún su resiliencia podría no haber sido desarrollada.

La presente investigación encontró altos niveles de resiliencia en pacientes oncológicos recibiendo servicios de salud en una clínica privada de la ciudad capital, pero al comparar con los antecedentes expuestos (Cárdenas y Mendoza, 2019; Flores, 2020; Torres, 2018), se puede observar que tanto los pacientes atendidos en hospitales públicos como aquellos que fueron atendidos en clínicas privadas presentan un alto nivel de respuesta resiliente. Y, aunque los factores estructurales, sociales y económicos pueden ejercer como de protección o riesgo para el desarrollo de la capacidad resiliente, es importante reconocer que la resiliencia es, particularmente, un fenómeno común y posible en toda persona, que puede surgir desde la capacidad universal de adaptación humana (Masten, 2001).

Respecto al bienestar psicológico de la muestra estudiada, se encontró que la gran mayoría de pacientes oncológicos presentaban niveles altos (40%) y muy altos (48%) de bienestar psicológico; es decir, gran parte de los pacientes oncológicos atravesando quimioterapia han logrado mantener un nivel sano y funcional de bienestar psicológico, el cual no depende del malestar físico que experimentan, sino es un bienestar que trasciende y es fundamentado por su capacidad de otorgar significado y propósito a su vida, y dotar de sentido a su enfermedad, su capacidad de sentir satisfacción de sí mismos, de lo que han construido a lo largo de su vida y de lo que desean continuar potenciando en el futuro, de su capacidad de confiar en sí mismos, sentirse responsables de sus vidas y de sus decisiones, y su capacidad de mantener relaciones sociales íntimas, estables y de apoyo (Ryff y Keyes, 1995).

Es probable que la población estudiada, a pesar de encontrarse expuesta a riesgos y estresores, presente un bienestar psicológico significativamente elevado, ya que el cáncer, a pesar de ser una experiencia potencialmente traumática, también puede llegar a ser vista como una oportunidad de crecimiento y desarrollo personal positivo. Esto es debido que en el intento de afrontar las circunstancias difíciles y el miedo que genera el cáncer, y buscar darle un sentido para poder integrar y abordar los eventos traumáticos; el proceso puede desembocar en una transformación y reconstrucción personal, resultando en mayor fortaleza, descubrimiento del sentido de sus vidas, desarrollo de nuevos recursos personales cognitivos y emocionales de afrontamiento, y el incremento de la apreciación por sus vidas (Campos-Ríos, 2013; Singer, 2018). Este fenómeno ha sido llamado crecimiento postraumático, y se encuentra profundamente relacionado al incremento de bienestar psicológico en los pacientes oncológicos, ya que refiere a un cambio positivo en la percepción de sí mismo, en las relaciones sociales y en el propósito de vida (Costa y Gil, 2008; Vázquez y Castilla, 2007). Previamente se ha demostrado que más de la mitad de los pacientes que se enfrentan a un proceso oncológico logran salir psicológicamente reforzados y demostrar un crecimiento postraumático (Linares Fumero, 2015).

Habiendo expuesto el nivel que presentan las variables de investigación, se continuó con el objetivo principal de la investigación de conocer la relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico en la muestra estudiada. Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian que existe una correlación positiva moderada y significativa entre la resiliencia y el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia ( $Rho=0.627$ ,  $p=0.000$ ), indicando que a mayor desarrollo de capacidad resiliente, mayor prevalencia de bienestar psicológico. El hallazgo de la relación entre las dos variables de estudio se respalda en diversas investigaciones que encontraron resultados similares: Baeda y Nurwahyuni (2022) encontraron una correlación positiva y significativa en los niveles de resiliencia y bienestar psicológico de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama que atravesaban quimioterapia en Indonesia ( $r=0.26$ ,  $P=0.039$ ). De igual manera, Rainson y Rema (2021) confirmó la existencia de la misma relación positiva y significativa en pacientes oncológicos de India ( $Rho=0.615$   $P=0.011$ ), al igual que Kordan (2019), quien evaluó la resiliencia y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de Irán y demostró que se correlacionan directa y significativamente ( $Rho=0.78$ ,  $P=0.001$ ). La relación expuesta es de gran importancia ya que una persona, al enfrentarse a un diagnóstico oncológico, responde haciendo uso de atributos personales los cuales, según cuales sean, supondrán un factor de riesgo o de protección para su salud mental y bienestar psicológico, y esto ayudará o dificultará su aceptación y adaptación a la enfermedad y el tratamiento; entonces, si la persona diagnosticada con cáncer logra desarrollar una respuesta resiliente y hacer frente a las circunstancias adversas de la enfermedad mediante conductas resilientes, tendrá más probabilidades de lidiar con el proceso oncológico de manera saludable, ajustándose exitosamente a la nueva realidad mediante estrategias de afrontamiento eficaces que aporten en mantener su bienestar psicológico y sean un factor protector al desarrollo de sintomatología psicopatológica y malestar emocional (Deshields et al., 2016).

En el Perú, hasta el momento, no ha sido investigada la relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico en la población de pacientes oncológicos, sin embargo, esta relación sí ha sido estudiada en otras poblaciones expuestas a riesgos, como lo son la población mujeres internas en un establecimiento penitenciario, pacientes con tuberculosis, y personal de salud durante la pandemia COVID-19, víctimas de violencia, y madres de niños con trastorno del espectro autista; se observó que todas estas investigaciones encontraron que la resiliencia y el bienestar psicológico se correlacionan positiva y significativamente, es decir, mientras las personas expuestas a diferentes riesgos y estresores desarrollaban más su resiliencia, lograban mantener un nivel sano y funcional de bienestar psicológico (Bustamante, 2019; Cárdenas, 2021; Espinoza y Jimenez, 2022; Fernández, 2018; Gonzales, 2017; Olivera Pari, 2022), coincidiendo con la relación hallada en la presente investigación.

Por otro lado, Cárdenas y Mendoza (2019) expusieron la existencia de una correlación inversa y significativa entre la resiliencia y depresión en pacientes oncológicos de Huancayo ( $r = -0.776$ ,  $P = 0.000$ ), demostrando que el potenciar un afronte resiliente del cáncer, los pacientes presentan menos síntomas depresivos; asimismo, Burga Delgado et al. (2016) encontraron que los niveles de resiliencia e inteligencia emocional de las pacientes con cáncer de mama de Lima se correlacionan positivamente ( $r = 0.663$ ,  $P = 0.000$ ). Estos dos hallazgos refuerzan la propuesta de que la resiliencia fomenta estados emocionales sanos, pudiendo generar un mayor bienestar psicológico en los pacientes oncológicos peruanos. De igual manera, diversos estudios internacionales reafirman a la resiliencia como predictor y potenciador de la salud mental, así, Min et al. (2013) demostraron la asociación negativa entre la resiliencia y el estrés emocional presente en pacientes oncológicos de Corea del Sur, proponiendo a la resiliencia como un factor protector para disminuir el malestar emocional generado al enfrentar un proceso oncológico; también, Tamura (2021) halló que la resiliencia se correlacionaba negativamente con los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes con cáncer de Japón, y Shi et al. (2022) encontraron que la resiliencia y el crecimiento postraumático se correlacionaban directamente en pacientes con cáncer de mama en China, mostrando que la capacidad resiliente ayudaría al desarrollo del crecimiento postraumático. Así, los pacientes oncológicos altamente resilientes podrían tener un factor protector interno ante el malestar emocional y problemas de salud mental.

Por último, también resulta interesante conocer que la capacidad resiliente en los pacientes oncológicos también se relaciona positivamente con el incremento su calidad de vida. Franjic et al. (2021) en Bosnia-Herzegovina, Ristevska-Dimitrovska et al. (2015) en Macedonia del Norte, Zhang et al. (2017) en China y Flores (2020) en Ecuador demuestran la existencia de una correlación directa y significativa entre la resiliencia y calidad de vida en los pacientes con cáncer; esto es resaltante, ya que dichos pacientes se encuentran frente a un gran riesgo de empeorar su calidad de vida debido al desgaste físico y emocional derivado del tratamiento oncológico, y, conocer que el fomentar la resiliencia, podría ayudar a mantener un nivel sano de calidad de vida es de gran importancia.

Respecto a los objetivos específicos de la investigación, se propuso conocer la relación entre la resiliencia y las dimensiones que componen al bienestar psicológico, así, se hallaron correlaciones positivas y significativas entre la resiliencia y todas las dimensiones.

Por un lado, se encontró una correlación positiva alta y significativa entre la resiliencia y la dimensión de autoaceptación ( $Rho = 0.700$ ,  $P = 0.000$ ), indicando que los pacientes con una alta resiliencia también mostrarán una actitud más positiva hacia sí mismos. De acuerdo con los resultados obtenidos en los antecedentes del estudio, Guil et al. (2016) también encontraron que los niveles de

resiliencia y autoaceptación de pacientes con cáncer de mama en España se correlacionaban positivamente ( $r=0.705$ ). Estos resultados se comprenden ya que dentro de los componentes que constituyen la respuesta resiliente se encuentra el desarrollar la confianza en sí mismo, reconociendo los propios recursos personales y confiando en ellos para hacer frente a las situaciones adversas, reconociendo la fortaleza personal y las capacidades, y desarrollando así una mayor autoaceptación (Wagnild y Young, 1990).

También, los resultados expusieron una correlación positiva moderada y significativa entre la resiliencia y la dimensión relación positiva con otros ( $Rho=0.522$ ,  $P=0.000$ ). En esta misma línea, los resultados hallados por Rainson y Rema (2021) y Guil et al. (2016) confirman la existencia de una asociación directa entre el grado de resiliencia y las relaciones interpersonales positivas. El desarrollo de la resiliencia está profundamente relacionado con el apoyo social ya que este favorece la adaptación de la persona frente a la adversidad, y el incremento de la resiliencia indicará también el desarrollo de la capacidad de mantener vínculos de afecto, intimidad y confianza que ayuden a mantener el bienestar psicológico y fomentar el crecimiento personal (Linares Fumero, 2015; Singer, 2018).

Por otro lado, se encontró una correlación positiva moderada y significativa entre la resiliencia y la dimensión dominio del entorno ( $Rho=0.492$ ,  $P=0.000$ ), indicando que a mayor capacidad resiliente en los pacientes oncológicos, mayor sensación de control de su propia vida y capacidad de dirigir su vida según sus necesidades y valores (Ryff y Keyes, 1995; Ryff, 1989a). De igual manera, los resultados mostraron que la resiliencia y la dimensión propósito de vida presentan una correlación positiva, alta y significativa ( $Rho=0.647$ ,  $P=0.000$ ). El hallazgo de esta relación concuerda con el de Guil et al. (2016), quienes también encontraron que los niveles de resiliencia y el propósito de vida se relacionan directamente en los pacientes oncológicos. El ser una persona resiliente supone el desarrollo de la satisfacción personal, la valoración de la vida y del propósito que se le da para así lograr transformar los eventos traumáticos en oportunidades, lo cual está directamente relacionado con el desarrollo de la capacidad de brindar sentido y significado a la vida, metas y objetivos, vital para el establecimiento de un bienestar psicológico integral (Wagnild y Young, 1990).

Asimismo, la resiliencia y la dimensión desarrollo personal se correlacionan positiva moderada y significativamente ( $Rho=0.436$ ,  $P=0.000$ ), indicando que niveles más altos de resiliencia en los pacientes con cáncer denotarán también niveles más altos de capacidad de desarrollar su potencial personal y el deseo de trabajar en sus objetivos más allá de la adversidad. La respuesta resiliente implica desarrollo de la perseverancia y el prevalecer la voluntad de seguir adelante, superando los eventos difíciles con el fin de alcanzar con el fin de alcanzar lo propuesto (Wagnild y Young, 1990). Por último, se halló la correlación positiva, alta y significativa entre la resiliencia y la dimensión autonomía

( $Rho=0.422$ ,  $P=0.001$ ); así, una mayor resiliencia ayudará a que el paciente oncológico, a pesar de necesitar más de otros por su estado de salud, mantenga su independencia y autodeterminación, rigiéndose según sus creencias personales, esto ya que la capacidad resiliente implica desarrollar la comprensión de la soledad existencial, afrontando la adversidad valiéndose de sí mismos (Wagnild y Young, 1990).

Adicionalmente, en el análisis de resultados de la investigación se encontraron diferencias en los niveles de resiliencia de los pacientes oncológicos según el tiempo de diagnóstico, mostrando que, a mayor tiempo de diagnóstico, mayor nivel de resiliencia. Huaché y Pedrón (2021) obtuvieron unos resultados en la misma línea, ya que al comparar los niveles de resiliencia de pacientes oncológicos argentinos durante la fase de diagnóstico y supervivencia, encontraron que los pacientes que se encontraban en la fase de supervivencia, posteriormente a atravesar el diagnóstico y tratamiento oncológico, presentaban niveles significativamente más altos de resiliencia que aquellos que recién se enfrentaban con el cáncer, ya que estoy últimos aún no habían logrado desarrollar su conducta resiliente. Esto debido a que la capacidad resiliente en las personas se va desarrollando progresivamente a medida que se van enfrentando a las circunstancias estresantes e intentan responder ante ellas, aceptarlas, adaptarse y afrontarlas, de este modo, el paciente oncológico, mientras va superando las diversas situaciones difíciles que componen el proceso oncológico, va teniendo más oportunidades de potenciar sus atributos personales y recursos de afrontamiento para así desarrollar su respuesta resiliente (Deshields et al., 2016). Finalmente, se hallaron diferencias en el nivel de resiliencia entre aquellos pacientes oncológicos que reportaron tener hijos y aquellos que no, presentando un promedio más alto de resiliencia aquellos que sí tienen hijos. Huaché y Pedrón (2021), de forma similar, hallaron mayores puntajes de resiliencia en los pacientes oncológicos que reportaban recibir apoyo familiar. Además, la teoría de la resiliencia sostiene que el apoyo familiar supone un factor protector importante para la persona, y potencia el desarrollo de la capacidad resiliente (Olsson et al., 2003).

## Conclusiones

Se comprobó la existencia de una correlación positiva moderada y significativa entre la resiliencia y el bienestar psicológico en los pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana, por lo que se rechaza la hipótesis general nula y se acepta la alterna, concluyendo que a mayor resiliencia en los pacientes oncológicos atravesando quimioterapia, mayor bienestar psicológico.

En relación a la primera hipótesis específica, se comprobó la existencia de una correlación positiva alta significativa entre la resiliencia y la autoaceptación en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

En cuanto a la segunda hipótesis específica, se halló la existencia de una correlación positiva moderada significativa entre la resiliencia y la relación positiva con otros de los pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana, rechazando la hipótesis nula y aceptando la alterna.

La resiliencia y el dominio del entorno en pacientes oncológicos se correlacionan positiva moderada y significativamente en los adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana, lo que permitió rechazar la hipótesis nula y aceptar la tercera hipótesis específica alterna.

De la misma manera, la resiliencia y el propósito de vida de los pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana presentan una correlación positiva moderada significativa, por ello, se rechaza la cuarta hipótesis específica nula y se acepta la alterna.

Con respecto a la quinta hipótesis específica, se comprobó la existencia de una correlación positiva moderada significativa entre la variable resiliencia y el desarrollo personal en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana, debido a ello se rechaza la hipótesis nula y acepta la alterna.

Por último, la resiliencia y la autonomía de los pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana presentan una correlación positiva moderada significativa, por lo que se rechaza la sexta hipótesis nula y se acepta la alterna. Con ello, se concluye finalmente que todas las dimensiones que componen el bienestar psicológico se relacionan directa y significativamente con la resiliencia, así, al fomentar niveles más altos de resiliencia, también se fomentarán niveles más altos de autoaceptación, relación positiva con otros, dominio del entorno, propósito de vida, desarrollo personal y autonomía en los pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana.

## Recomendaciones

Con respecto a la muestra de investigación, se recomienda el estudio de la relación de las variables en una muestra más extensa y representativa, que presente mayor diversidad de características sociodemográficas, estratos socioeconómicos, nivel educativo, otros sistemas de salud y localidades, para un menor sesgo de resultados. Asimismo, se considera recomendable procurar que el sexo de la muestra sea equitativo entre hombres y mujeres, ya que la mayoría de pacientes evaluados en la presente investigación fueron mujeres.

En cuanto a la viabilidad de futuras investigaciones psicooncológicas, se recomienda que las clínicas, hospitales y centros de salud oncológicos implementen políticas de apoyo a la investigación académica y mayor apertura a investigadores, ya que ello posibilitaría la realización de más estudios en poblaciones con grandes necesidades psicológicas, además, se podría tener mayor información del estado de salud mental de los pacientes oncológicos en el Perú, pues estos son limitados.

A partir de los resultados hallados en la investigación, se recomienda continuar el estudio de la relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos en el nivel explicativo, con investigaciones de diseño cuasi-experimental, en las cuales se tenga por objetivo comprobar la relación hallada mediante una intervención.

Adicionalmente, tomando en cuenta la relación existente encontrada, se recomienda desarrollar programas de intervención psicológica en los pacientes oncológicos con el fin de incentivar y fomentar su capacidad resiliente, brindándoles mayores estrategias de afrontamiento saludables ante las situaciones adversas del cáncer, para así mantener y promover su bienestar psicológico, generando pacientes integralmente saludables y capaces de aceptar el tratamiento oncológico con mayor fortaleza y probabilidad de éxito. Además, se recomienda que dichas intervenciones se implementen en etapas tempranas del diagnóstico, ya que es cuando el paciente aún no ha logrado desarrollar su resiliencia y podría encontrarse más desprotegido psicológicamente.

Finalmente, frente a la necesidad e importancia expuesta de la psicología en el cáncer, se recomienda integrar la presencia de profesionales de salud mental en los equipos oncológicos de los centros de salud, que constantemente monitoreen el estado emocional de los pacientes y puedan atender sus necesidades emocionales, brindando un espacio de soporte psicológico que es requerido por los pacientes atravesando momentos difíciles.

## Lista de referencias

- Alvarez Solórzano, N. D. P. (2019). *Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional Universidad de Lima. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10604>
- American Cancer Society [ACS]. (2020). *Chemotherapy: What It Is, How It Helps*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/en/booklets-flyers/chemotherapy-what-it-is-how-it-helps.pdf>
- American Cancer Society [ACS]. (2021, 25 de setiembre). *Cancer Facts & Figures for Hispanic/Latino People 2021-2023*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/hispanic-latino-2021-2023-cancer-facts-and-figures.pdf>
- American Psychological Association. (2022, mayo). *Resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience>
- Amigo, I. (2015). *Manual de psicología de la salud* (2a ed.). Pirámide.
- Arden-Close, E., Gidron, Y., & Moss-Morris, R. (2008). Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 17(11), 1061–1072. <https://doi.org/10.1002/pon.1363>
- Asociación Española Contra el Cáncer [AECC]. (2009). *¿Qué es la quimioterapia?* <https://www.contraelcancer.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/guia-quimioterapia.pdf>
- Baeda, A. G., & Nurwahyuni, E. (2022). Impact of Resilience on Psychological Well-Being In Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 10(1), Art. 1. <https://doi.org/10.24198/jkp.v10i1.1867>
- Bartelt, D.W. (1994). On resilience: Questions of validity. En M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America*. (pp. 97-108). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97364-000>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>

- Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Supportive Care in Cancer*, 3(1), 45–60. <https://doi.org/10.1007/BF00343921>
- Burga Delgado, I., Sánchez Vásquez, T. y Jaimes Soncco, J. E. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en un hospital de EsSalud de Lima. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 1(2), 9-16. [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri\\_apsiologia/article/view/864](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsiologia/article/view/864)
- Bustamante, D. (2019). *Resiliencia y bienestar psicológico en mujeres internas por tráfico ilícito de drogas en un establecimiento penitenciario de Lima* [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6166>
- Campos-Ríos, M. (2013). Creciendo en la adversidad: Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología*, 6(1), 6–13. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2012.2109>
- Cárdenas, L. K. y Mendoza, C. M. (2019). *Depresión y resiliencia en pacientes oncológicos de un hospital de Huancayo-2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional Universidad Peruana Los Andes. <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1343>
- Cárdenas, M. F. (2021). *Resiliencia y bienestar psicológico en pacientes con tuberculosis de los establecimientos de salud de la Microred de Salud Cono Norte de la provincia de Tacna—2020* [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio Universidad Privada de Tacna <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/2215>
- Castilla Cabello, H., Coronel Sucacahua, J., Bonilla Lazo, A., Mendoza Najarro, M. y Barboza Palomino, M. (2017). Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia en una muestra de estudiantes y adultos de la ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 4(2), 121–136. <https://hdl.handle.net/11537/26829>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC]. (2023). *Boletín Epidemiológico Del Perú Volumen 32-SE08*. [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_20238\\_23\\_092046.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20238_23_092046.pdf)

Costa, G. y Gil, F. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología*, 5(1), 27–37.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2648963>

Del Águila, G. (2017). *Nivel de resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en el hospital central de policía "Luis N. Sáenz" en Lima* [Trabajo de Licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1828>

Deshields, T. L., Heiland, M. F., Kracen, A. C., & Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: Development of a conceptual model. *Psycho-Oncology*, 25(1), 11–18.

<https://doi.org/10.1002/pon.3800>

Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). Different types of well-being? A cross-cultural examination of hedonic and eudaimonic well-being. *Psychological Assessment*, 28(5), 471–482. <https://doi.org/10.1037/pas0000209>

Dinkel, A., & Herschbach, P. (2018) Fear of progression in cancer patients and survivors. En U. Goerling & A. Mehnert (Eds.), *Psycho-Oncology* (2ª ed., Vol. 210, pp. 13-33). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2)

Espinoza, M. J. y Jimenez, M. L. (2022). *Resiliencia y bienestar psicológico en el personal de salud de una clínica privada durante la pandemia Covid 19, Lima 2021* [Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6048>

Fernández, M. (2018). *Bienestar psicológico y resiliencia en estudiantes de cuarto y quinto de secundaria víctimas de violencia de una institución educativa pública emblemática del distrito de Huaral, 2018* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25494>

Flores Rodríguez, V. M. (2020). *Calidad de vida y resiliencia en pacientes oncológicos de la Fundación FUDIS de la ciudad de Quito* [Trabajo de titulación, Universidad Central del Ecuador].

Repositorio Digital Universidad Central del Ecuador.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21353>

- Franco, S., Zuluaga, M. A., Vinaccia, S., Raleigh, R. y Martínez, G. (2019). Variables salutogénicas y patogénicas, imagen corporal y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama. *Psicología y Salud*, 29(2), Art. 2. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2589>
- Franjić, D., Babić, D., Marijanović, I., & Martinac, M. (2021). Association between Resilience and Quality of Life in Patients with Colon Cancer. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 13), 297–303. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35150498/>
- Gonzales, J. (2017). *Resiliencia y bienestar psicológico en madres de hijos con trastorno del espectro autista de un centro de educación básica especial de Lima Sur* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/431>
- Grassi, L., Spiegel, D., & Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000Research*, 6, 1–9. <https://doi.org/10.12688/f1000research.11902.1>
- Grotberg, E. H. (1995). *The International Resilience Project: Promoting Resilience in Children*. University of Alabama at Birmingham Civitan International Research Center. <https://eric.ed.gov/?id=ED383424>
- Guil, R., Zayas, A, Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J.M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2016.v13.n1.52492](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52492)
- Hauché, R. A. y Pedrón, V. T. (2021). Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad. *Revista de Psicología*, 21(1), 48-64. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe104>
- Hernández, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. A. y Martín, J. C. (2013). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9(2-3), 233-257. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v9.n2-3.40895](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895)
- Hernández, R. (2015). *Resiliencia y bienestar psicológico de un grupo de adolescentes en riesgo de exclusión social* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Salamanca]. Repositorio documental GREDOS. <https://gredos.usal.es/handle/10366/126752>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill Interamericana. <https://www.esup.edu.pe/wp->

content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-  
Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf

Holland, J. C., & Weiss, T. R. (2010). History of psycho-oncology. En J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Lederberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology*, (pp. 3–12). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195367430.003.0001>

International Agency For Research on Cancer [IARC]. (2021). *Peru: Source Globocan 2020*. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>

Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: A report from the coping with cancer study. *Cancer*, *104*(12), 2872–2881. <https://doi.org/10.1002/cncr.21532>

Klohnen, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(5), 1067–1079. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.5.1067>

Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., De Bree, R., Leemans, C. R., Becker, A., Brug, J., van Straten, A., Cuijpers, P., & Verdonck-De Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: A meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, *23*(2), 121–130. <https://doi.org/10.1002/pon.3409>

Linares Fumero, A. (2015). *Crecimiento postraumático en supervivientes de cáncer* [Trabajo de titulación, Universidad de La Laguna]. RIULL. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/1046>

Mak, W. W. S., Ng, I. S. W., & Wong, C. C. Y. (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(4), 610–617. <https://doi.org/10.1037/a0025195>

Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. En M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 281–296). Kluwer Academic Publishers. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04168-014>

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, *56*(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1–26). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.003>
- Meijer, A., Roseman, M., Delisle, V. C., Millette, K., Levis, B., Syamchandra, A., Stefanek, M. E., Stewart, D. E., de Jonge, P., Coyne, J. C., & Thombs, B. D. (2013). Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.01.012>
- Melgar-Martínez, J., Cervera-Pérez, I. y Ruano-Hernández, T. (2014). Psicopatología en pacientes con cáncer: el papel de la quimioterapia. En L. E. Casado Ferrer (Comp.), *Libro de capítulos del x simposio nacional de casos clínicos de trastornos psicopatológicos* (pp. 153-163). Instituto Superior de Psicología Clínica y de la Salud. [https://www.academia.edu/download/42584955/ejemplos\\_de\\_CASOS-CLINICOS\\_completos.pdf#page=153](https://www.academia.edu/download/42584955/ejemplos_de_CASOS-CLINICOS_completos.pdf#page=153)
- Méndez Bustos, P. y Días Frutos, D. (2016). La enfermedad oncológica: conductas suicidas y factores de riesgo asociados a su evolución. En C. Rojas Jara y Y. Gutiérrez Valdés (Eds.), *Psicooncología: Aportes a la Comprensión y la Terapéutica* (1a ed., pp. 115-134). Nueva Mirada Ediciones. [https://www.academia.edu/28805554/Psicooncolog%C3%ADa\\_Aportes\\_a\\_la\\_Comprensi%C3%B3n\\_y\\_la\\_Terap%C3%A9utica](https://www.academia.edu/28805554/Psicooncolog%C3%ADa_Aportes_a_la_Comprensi%C3%B3n_y_la_Terap%C3%A9utica)
- Middleton, J. y Rojas Jara, C. (2017). Personas, cáncer y psicología: algunas consideraciones esenciales para la comprensión y la actuación psicooncológica. En C. Rojas Jara y Gutiérrez Valdés (Eds.), *Psicooncología: Enfoques, avances e investigación* (1ª ed., Vol. 1, pp. 47-59). Nueva Mirada Ediciones.
- Min, J. A., Yoon, S., Lee, C. U., Chae, J. H., Lee, C., Song, K. Y., & Kim, T. S. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2469–2476. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1807-6>
- Molero, M. (2018). *Resiliencia en pacientes que reciben tratamiento oncológico en la clínica oncosalud del distrito de San Borja, 2017* [Trabajo de Titulación, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio institucional Universidad Inca Garcilaso de la Vega <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2309>

- Nakash, O., Levav, I., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., Girolamo, G. de, Gureje, O., He, Y., Hu, C., Jonge, P. de, Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Murphy, S.,... Scott, K. M. (2014). Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: Findings from the World Mental Health Surveys. *Psycho-Oncology*, 23(1), 40–51. <https://doi.org/10.1002/pon.3372>
- National Cancer Institute [NCI]. (2021, 5 de mayo). *What Is Cancer?* <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- Nerenz, D. R., Leventhal, H., & Love, R. R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50(5), 1020–1027. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19820901\)50:5<1020::AID-CNCR2820500534>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19820901)50:5<1020::AID-CNCR2820500534>3.0.CO;2-J)
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19(1), 943. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>
- Núñez Cruz, A. y Vásquez de la Bandera Cabezas, F. (2022). Resiliencia y su relación con el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 8502–8515. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4016](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4016)
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (3ª ed.). Cengage Learning. <https://1library.co/document/q59kok7z-psicologia-salud-calidad-vida-edicion-luis-oblitas-guadalupe.html>
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J.-M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.002>
- Olivera Pari, L. O. (2022). *Resiliencia y bienestar psicológico en egresados en pandemia en situación de desempleo de la carrera de psicología de una universidad pública* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/18950>

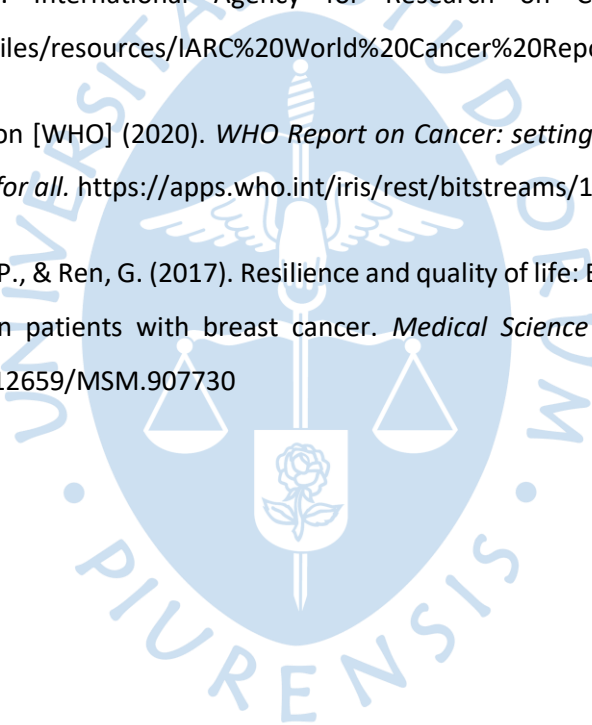
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1–11.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)
- Ostovar, S., Modarresi Chahardehi, A., Mohd Hashim, I. H., Othman, A., Kruk, J., & Griffiths, M. D. (2022). Prevalence of psychological distress among cancer patients in Southeast Asian countries: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13669.  
<https://doi.org/10.1111/ecc.13669>
- Passik, S. D., & Allison, A. E. (2010). Recognition of Depression and Methods of Depression Screening in People with Cancer. En D. W. Kissane, M. Maj y N. Sartorius (Eds.), *Depression and Cancer* (pp. 81–100). John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470972533.ch4>
- Rainson, D., & Rema, M. K. (2021). Resilience and psychological wellbeing among cancer patients. *International Journal of Science Academic Research*, 2(5), 1401–1408.  
<https://doi.org/10.24198/jkp.v10i1.1867>
- Riba, M. B., Donovan, K. A., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Buchmann, L. O., Clark, M. M., Collins, M., Corbett, C., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, R. G. F., Hoofring, L., Huang, C.-H., Lally, R., Martin, S., McGuffey, L., ... Darlow, S. D. (2019). Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 17(10), 1229–1249.  
<https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0048>
- Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(4), 727–731. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.128>
- Rodríguez-Gonzalez, A., Velasco-Durantez, V., Martín-Abreu, C., Cruz-Castellanos, P., Hernández, R., Gil-Raga, M., García-Torralba, E., García-García, T., Jiménez-Fonseca, P., & Calderón, C. (2022). Fatigue, emotional distress, and illness uncertainty in patients with metastatic cancer: Results from the prospective NEOETIC\_SEOM study. *Current Oncology*, 29(12), 9722–9732.  
<https://doi.org/10.3390/curroncol29120763>
- Rojas Jara, C. y Gutiérrez Valdés, Y. (2016). Aproximaciones en psicooncología: una breve revisión. En C. Rojas Jara y Y. Gutiérrez Valdés (Eds.), *Psicooncología: Aportes a la Comprensión y la Terapéutica* (1a ed., pp. 29-47). Nueva Mirada Ediciones.

[https://www.academia.edu/28805554/Psicooncolog%C3%ADa\\_Aportes\\_a\\_la\\_Comprensi%C3%B3n\\_y\\_la\\_Terap%C3%A9utica](https://www.academia.edu/28805554/Psicooncolog%C3%ADa_Aportes_a_la_Comprensi%C3%B3n_y_la_Terap%C3%A9utica)

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (1989b). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 195–210. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.4.2.195>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., Lee, Y. H., Essex, M. J., & Schmutte, P. S. (1994). My children and me: Midlife evaluations of grown children and of self. *Psychology and Aging*, 9(2), 195–205.
- Shi, J., Sznajder, K. K., Liu, S., Xie, X., Yang, X., & Zheng, Z. (2022). Resilience and Posttraumatic Growth of Patients With Breast Cancer During the COVID-19 Pandemic in China: The Mediating Effect of Recovery. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.811078>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2020). Cancer statistics, 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(1), 7–30. <https://doi.org/10.3322/caac.21590>
- Singer, S. (2018). Psychosocial impact of cancer. En U. Goerling & A. Mehnert (Eds.), *Psycho-Oncology* (2<sup>a</sup> ed., Vol. 210, pp. 1-11). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6>
- Singer, S., Das-Munshi, J., & Brähler, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 21(5), 925–930. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp515>

- Singh, R. P. B., Singh, H., Singh, C. J., & Kaur, K. T. (2015). Screening of Psychological Distress in Cancer Patients During Chemotherapy: A Cross-sectional Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(3), 305. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.164887>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tamura, S. (2021). Factors Related to Resilience, Anxiety/Depression, and Quality of Life in Patients with Colorectal Cancer Undergoing Chemotherapy in Japan. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(4), 393–402. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-2099>
- Torres, G. (2018). *Resiliencia y ajuste mental en mujeres con cáncer de mama y quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas* [Tesis de Titulación, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Académico Universidad de San Martín de Porres. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3722>
- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2–3), 385–404. <https://psycnet.apa.org/record/2008-04372-009>
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2011). Global meaning and meaning-related life attitudes: Exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(4), 513–520. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0845-6>
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105–113. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.105>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 252–255. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00224.x>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178. <https://psycnet.apa.org/record/1996-05738-006>

- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Werner, E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72–81. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x>
- Werner, E. E, & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable, but invincible. A longitudinal study of resilient children and youth*. McGraw-Hill.
- Wild, C. P., Weiderpass, E., & Stewart, B. W. (Eds.). (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. International Agency for Research on Cancer. <https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/IARC%20World%20Cancer%20Report%202020.pdf>
- World Health Organization [WHO] (2020). *WHO Report on Cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1267643/retrieve>
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical Science Monitor*, 23, 5969–5979. <https://doi.org/10.12659/MSM.907730>



## Anexos

### Anexo 1: Consentimiento informado para participantes de la investigación

#### Consentimiento Informado

Estimado participante,

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveerle una clara explicación de la investigación y su rol en ella.

La presente investigación es titulada “Resiliencia y el Bienestar Psicológico en Pacientes Oncológicos Adultos de Lima Metropolitana” y es desarrollada por Ana Sofía Morán Casanova, identificada con DNI 70302014, bachiller de Psicología de la Universidad de Piura Campus Lima, para optar por el título profesional de Licenciado en Psicología.

Este estudio sin fines de lucro surgió frente al panorama en el que los pacientes oncológicos se enfrentan a una serie de eventos difíciles y estresantes, los cuales pueden llegar a afectarlos emocionalmente y causar malestar psicológico en ellos. En nuestro país, el papel de la psicooncología y las intervenciones psicológicas preventivas no siempre se encuentran disponibles en los sistemas de salud para todos los pacientes que atraviesan un proceso oncológico. Es por esto que esta investigación busca conocer la situación de bienestar psicológico de los pacientes oncológicos y saber si la resiliencia tiene un efecto en esta, y así, se conocerá más respecto a la situación de la salud mental de los pacientes peruanos, y se podrá contribuir en la concientización de la importancia de las intervenciones psicológicas y el cuidado de la salud mental en los pacientes diagnosticados con cáncer.

Si usted decide participar en la investigación, se le pedirá responder a una ficha de datos sociodemográficos sobre sus datos personales, y a dos cuestionarios psicológicos, de resiliencia y bienestar psicológico, que responderá según su experiencia personal, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos en desarrollar. La información que se recoja será confidencial y no utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán identificadas con un código y no por su nombre personal, por lo que serán anónimas, preservando su identidad.

Si durante el desarrollo de los cuestionarios tuviera alguna duda o si quisiera obtener mayor explicación, puede realizar preguntas libremente cuando lo necesite y se le brindará la ayuda respectiva. De igual manera, usted puede hacer preguntas acerca de cualquier aspecto del estudio que no esté claro a los responsables de la investigación.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, igualmente, usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

De antemano se le agradece por su participación y apoyo en que esta investigación pueda llevarse a cabo.

---

He leído la información y acepto participar voluntariamente en esta investigación. Doy mi consentimiento voluntario para participar.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

**Anexo 2: Ficha de datos sociodemográficos para participantes de la investigación****Ficha de datos sociodemográficos**

Por favor, lea cuidadosamente y responda según corresponda a sus datos personales. Esta información es de ayuda para la presente investigación y se manejará de manera confidencial.

Se agradece de antemano su participación en la realización de esta investigación.

**Código de identificación**

**del participante:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Ciudad y distrito de residencia:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

Mujer  Hombre

**Estado Civil:**

Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  
 Conviviente  Otro: \_\_\_\_\_

**Hijos:**

Sí  No

En caso de marcar sí, indicar número de hijos: \_\_\_\_\_

**Grado de instrucción:**

Educación primaria  Educación secundaria  
 Educación superior completa  Educación de posgrado

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ **Estadio:** \_\_\_\_\_ **Fecha de diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Por favor marque las intervenciones que ha incluido su tratamiento:**

Cirugía  Radioterapia  Quimioterapia  Tratamiento hormonal  
 Tratamiento/intervenciones psicooncológicas  Otro: \_\_\_\_\_

**Número de su última sesión de quimioterapia:** \_\_\_\_\_

**Anexo 3: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young - adaptación peruana de Castilla Cabello et al.  
(2016)**

**Escala de Resiliencia de Wagnild y Young**

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente en desacuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7	
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Soy decidido.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
13. Por lo general, encuentro algo de qué reírme.	1	2	3	4	5	6	7	
14. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7	
15. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7	
16. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7	
17. Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7	
18. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7	
19. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7	
20. Acepto que hay personas a las que no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7	

**Anexo 4: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff - adaptación peruana de Alvarez Solórzano (2019)**

**Escala de Bienestar Psicológico**

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo			Totalmente en desacuerdo		
	1	2	3	4	5	6
1. Cuando repaso la historia de mi vida, estoy contento/contenta con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de las personas.	1	2	3	4	5	6
3. Me preocupa la opinión que los demás tienen sobre las decisiones que he tomado en mi vida.	1	2	3	4	5	6
4. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia las metas que tengo.	1	2	3	4	5	6
5. Disfruto haciendo planes para el futuro.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto trabajar para alcanzar lo que me he propuesto para el futuro.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro/segura conmigo mismo/misma.	1	2	3	4	5	6
8. En general, me siento positivo/positiva conmigo mismo/misma.	1	2	3	4	5	6
9. Suelo preocuparme sobre lo que los demás piensan de mí.	1	2	3	4	5	6
10. He sido capaz de construir un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
11. Soy una persona proactiva a la hora de realizar los proyectos que me he propuesto.	1	2	3	4	5	6
12. Siento que mis amigos me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
13. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
14. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado.	1	2	3	4	5	6
15. Me siento bien cuando pienso en lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
17. Me gustan la mayoría de características de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
18. Tengo confianza en mis opiniones aun cuando son opuestas a lo que la mayoría opina.	1	2	3	4	5	6
19. Las exigencias del día a día muchas veces me deprimen.	1	2	3	4	5	6
20. Tengo claro los objetivos de mi vida.	1	2	3	4	5	6
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6

22. La mayoría de las veces, me siento orgulloso/orgullosa de quien soy.	1	2	3	4	5	6
23. La mayoría de las veces, me siento orgulloso/orgullosa de la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
24. Sé que puedo confiar en mis amigos.	1	2	3	4	5	6
25. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
26. Mis amigos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
27. Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
28. Tengo la sensación de que con el tiempo he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
29. La vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje.	1	2	3	4	5	6
30. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6



**Anexo 5: Constancia de recolección de datos del centro oncológico privado****CONSTANCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Por medio de la presente, [REDACTED] SAC deja **CONSTANCIA** que a la Srta. Ana Sofía Morán Casanova, identificada con **DNI N° 70302014**, de la Universidad de Piura - Campus Lima, se le otorgó el permiso para acceder a la población de estudio, dirigido a pacientes oncológicos adultos que llevan el tratamiento de quimioterapia, para realizar la recolección de datos y aplicación de tests psicológicos correspondientes a la tesis, para la Licenciatura de Psicología, titulada "La relación entre la resiliencia y el bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos en tratamiento de quimioterapia de Lima Metropolitana"

Se expide la presente constancia para los fines que estime conveniente.

San Isidro, 20 de junio del 2023

Atentamente,

[REDACTED]