

Estrategias de resiliencia empleadas por pacientes diagnosticados con cáncer

Gloria Eugenia Martínez Triana

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Comité de Práctica – Trabajos de Grado

Programa de Psicología

Envigado

2018

Estrategias de resiliencia empleadas por pacientes diagnosticados con cáncer

Presentado por:

Gloria Eugenia Martínez Triana

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de

Psicóloga

Asesor:

Gabriel Jaime Vélez Hoyos

Institución Universitaria de Envigado

Facultad de Ciencias Sociales

Comité de Práctica – Trabajos de Grado

Programa de Psicología

Envigado

2018

Dedicatoria

Dedico este trabajo a la virgen María y a Dios...

De igual forma, a mi esposo y a mi familia, por su paciencia y apoyo en este trayecto de mi formación profesional; ellos han sido fuente de inspiración y ánimo en todos los momentos.

Contenido

	Pág.
<i>Resumen</i>	9
<i>Abstract</i>	10
<i>Introducción</i>	11
1. Planteamiento del problema	13
1.1. Descripción del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
2. Justificación	16
3. Objetivos	19
3.1. Objetivo general	19
3.2. Objetivos específicos	19
4. Marco Referencial	20
4.1. Antecedentes	20
4.1.1. Internacionales	20
4.1.2. Nacionales.....	26
4.1.3. Regionales (Antioquia).....	28
4.1.4. Locales (Enviado).....	29
4.2. Marco teórico	31
4.2.1. El concepto de resiliencia	31

4.2.2.	Estrategias de afrontamiento.....	35
4.2.3.	Antecedentes históricos del concepto de resiliencia.....	38
4.2.4.	El hecho resiliente.....	40
5.	<i>Diseño metodológico</i>	41
5.1.	Enfoque	41
5.2.	Nivel	41
5.3.	Diseño	42
5.4.	Tipo	42
5.5.	Población	42
5.6.	Muestra	42
5.7.	Instrumentos de recolección de información	43
5.8.	Lineamientos éticos	46
6.	<i>Resultados y análisis</i>	48
6.1.	Resultados descriptivos según el sexo	50
6.1.1.	Satisfacción.....	50
6.1.2.	Ecuanimidad	51
6.1.3.	Sentirse bien solo	53
6.1.4.	Confianza en sí mismo.....	54
6.1.5.	Perseverancia	56
6.2.	Resultados descriptivos según el estado civil	58
6.2.1.	Satisfacción.....	58

6.2.2.	Ecuanimidad	61
6.2.3.	Sentirse bien solo	63
6.2.4.	Confianza en sí mismo.....	65
6.2.5.	Perseverancia	68
6.3.	Resultados descriptivos según el nivel educativo	70
6.3.1.	Satisfacción.....	70
6.3.2.	Ecuanimidad	72
6.3.3.	Sentirse bien solo.....	75
6.3.4.	Confianza en sí mismo.....	77
6.3.5.	Perseverancia	79
7.	<i>Discusión de resultados</i>	82
8.	<i>Conclusiones</i>	87
	<i>Bibliografía</i>.....	89
	<i>Anexos</i>	97

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Sexo	48
Tabla 2. Estado civil	49
Tabla 3. Nivel educativo	49
Tabla 4. Estadísticos descriptivos	49
Tabla 5. Descriptivos sexo – satisfacción	50
Tabla 6. Descriptivos sexo – ecuanimidad	51
Tabla 7. Descriptivos sexo – sentirse bien solo	53
Tabla 8. Descriptivos sexo – confianza en sí mismo	55
Tabla 9. Descriptivos sexo – perseverancia	57
Tabla 10. Descriptivos estado civil – satisfacción	59
Tabla 11. Descriptivos estado civil – ecuanimidad	61
Tabla 12. Descriptivos estado civil – sentirse bien solo	63
Tabla 13. Descriptivos estado civil – confianza en sí mismo	66
Tabla 14. Descriptivos estado civil – perseverancia	68
Tabla 15. Descriptivos nivel educativo – satisfacción	70
Tabla 16. Descriptivos nivel educativo – ecuanimidad	73
Tabla 17. Descriptivos nivel educativo – sentirse bien solo	75
Tabla 18. Descriptivos nivel educativo – confianza en sí mismo	77
Tabla 19. Descriptivos nivel educativo – perseverancia	80

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	97
Anexo B. Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993)	98

Resumen

En esta investigación se describen las estrategias de resiliencia utilizadas por un grupo de 16 pacientes diagnosticados con cáncer; para ello se visibilizan las competencias personales de estos pacientes de acuerdo al test de resiliencia de Wagnild y Young; igualmente se hace una descripción de la aceptación de uno mismo y de la vida que muestran estas personas; y también se identifica la relación existente entre las diferentes características sociodemográficas de estos pacientes y las estrategias de resiliencia utilizadas para hacerle frente a la enfermedad. Los resultados de este estudio evidencian que la satisfacción y el sentirse bien solo son los dos factores que muestran menor resiliencia en estos pacientes diagnosticados con cáncer, mientras que la confianza y la perseverancia indican mayor resiliencia en ellos.

Palabras clave: resiliencia, cáncer, satisfacción, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia.

Abstract

This research describes the resilience strategies used by a group of 16 patients diagnosed with cancer; for this, the personal competences of these patients are made visible according to Wagnild and Young's resilience test; A description is also made of the acceptance of oneself and of the life shown by these persons; and the relationship between the different sociodemographic characteristics of these patients and the resilience strategies used to cope with the disease is also identified. The results of this study show that satisfaction and feeling good alone are the two factors that show less resilience in these patients diagnosed with cancer, while confidence and perseverance indicate greater resilience in them.

Keywords: resilience, cancer, satisfaction, equanimity, feeling good alone, self-confidence, perseverance.

Introducción

La capacidad de recuperación personal es una construcción asociada con la capacidad de adaptación cuando es desafiada por factores estresantes o adversidades, o para esforzarse a pesar de la dificultad que se pueda presentar, sobre todo en circunstancia específica de desesperanza: a esto es a lo que precisamente se le llama resiliencia.

El concepto de resiliencia está lejos de ser un consenso entre los expertos en el tema; algunos señalan que la resiliencia se considera de manera variable como un proceso, un rasgo de personalidad, un proceso de desarrollo dinámico, un resultado post-adversidad o una combinación de los anteriores; otros, por su parte, la definen como el proceso de negociación, gestión y adaptación a fuentes significativas de estrés o trauma.

La resiliencia se estudió primero en individuos que habían sufrido una adversidad o abuso importante; sin embargo, en los últimos años los factores estresantes crónicos, como por ejemplo la mala salud y las cargas impuestas por las enfermedades crónicas que limitan la vida también han sido un foco para el estudio de la resiliencia.

De acuerdo con las teorías de la resiliencia y la investigación sobre el tema, se han identificado algunas características en las personas resilientes: resistencia, autoestima, optimismo realista, emotividad positiva, sentido de propósito en la vida, uso de estrategias activas de afrontamiento tales como la resolución de problemas y la planificación, capacidad de encontrar

significado incluso en experiencias traumáticas, capacidad de manejar eventos estresantes de maneras menos amenazantes y replantear las experiencias adversas bajo perspectivas positivas, entre otras. Teniendo en cuenta estas características, parece ser que las personas con cáncer suelen ser individuos resilientes y es probable que algunos de ellos tengan una experiencia de crecimiento interior mientras enfrentan la enfermedad y le hacen frente a los tratamientos junto con sus limitaciones.

En la presente investigación se reconoce la resiliencia como un proceso y, por tanto, susceptible de cambiar a lo largo de la vida. De este modo, y con el ánimo de comprender y explicar cómo las personas que padecen una enfermedad crónica hacen frente a este tipo de experiencia traumática, se describen las estrategias de resiliencia utilizadas por un grupo de 16 pacientes diagnosticados con cáncer, pues se presume que la resiliencia es un excelente predictor de esperanza para las personas que padecen una enfermedad que muchas veces lleva a la muerte, aunado a otras variables como el apoyo familiar y social, las cuales sirven de paliativo para sobrellevar el dolor, la gravedad de la enfermedad y las limitaciones físicas (funcionalidad) que puede conllevar la enfermedad.

1. Planteamiento del problema

1.1. Descripción del problema

La enfermedad oncológica y su vivencia por parte de los pacientes implica un desafío, no sólo para el enfermo, sino también para las familias de estos, ya que ellas, por lo general, tienen unas percepciones que facilitan o dificultan el tránsito por esta patología, es decir, un entendimiento muy particular de la realidad mediante el propio sistema de referencias y actitudes hacia este padecimiento, esto de acuerdo con Matos & Mercerón (2017), quienes además plantean, que estos referentes familiares están potenciados por las concepciones sociales existentes, las cuales están asociadas con el dolor, el sufrimiento y el riesgo inminente de la muerte.

No todas las personas reaccionan de la misma manera ante la enfermedad, pues se trata de una manifestación que varía gradualmente entre los seres humanos, según la edad y las circunstancias en las que se encuentra el individuo cuando se enfrenta a este tipo de circunstancias; esto explica, al menos en cierta medida, las diferencias que se pueden observar en las reacciones de los sujetos.

Para Montoya (2013) cada individuo tiene la capacidad de afrontar situaciones en las que sientan cierta cantidad de estrés, y la manera en que las afronte depende también de sus experiencias de la vida (temores, expectativas, habilidades, deseos). Por lo tanto, la experiencia y el éxito para manejar situaciones de estrés o similares, la confianza en sí mismo y permanecer

tranquilo, son aspectos que contribuyen a que una persona pueda valorar e interpretar las situaciones de manera realista.

Aquí es donde aparece la resiliencia, entendida por Grotberg (1997) como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas; o también, según Henderson & Milstein (2003), como una característica dentro de la persona o dentro del ambiente que ayuda a mitigar el impacto negativo de situaciones y condiciones estresantes; tal característica varía de persona a persona y puede crecer o disminuir con el tiempo; o igualmente, de acuerdo con Vanistendael & Lecomte (2000), como la capacidad de un individuo o un grupo para superar grandes dificultades y para prevalecer en la vida; podría ser lesión o pobreza completa, una enfermedad grave, luto u otros problemas.

Esta capacidad de superar las vicisitudes de la vida, de ser capaz afrontar los impactos negativos, ese atributo para hacerle frente a las adversidades, la habilidad para trascender las situaciones de estrés, llamada resiliencia, es precisamente la que se quiere identificar en este estudio, en los pacientes diagnosticados con cáncer, ello con el propósito de determinar las estrategias de afrontamiento empleadas por estas personas ante esta situación que les ha producido, sin duda alguna, un alto grado de estrés o ansiedad.

La importancia o utilidad de abordar el tema desde la resiliencia radica en que ésta ayudará a entender que el individuo, dicen Masten, Best & Garmezy (1990), tiene la capacidad de adaptarse satisfactoriamente a pesar de las circunstancias difíciles o amenazantes; que es capaz

de adecuarse exitosa y positivamente a pesar del riesgo, del estrés crónico o después de haber sufrido un trauma prolongado o grave.

Se destaca, a su vez, la utilidad de rescatar estas estrategias de resiliencia como un elemento que facilite al terapeuta la creación de protocolos de intervención en este tema, para lo cual se partirá de la experiencia investigativa de diferentes autores para poner en contexto, desde una perspectiva práctica, las apreciaciones de la población objeto de estudio, y a partir de la misma, desarrollar un análisis desde el cual se aporte al ámbito terapéutico.

1.2. Formulación del problema

Es así, y ante los anteriores argumentos, que la presente investigación apunta a dar respuesta a la siguiente pregunta problematizadora: ¿cuáles son las estrategias de resiliencia empleadas por un grupo de 16 pacientes diagnosticados con cáncer?

2. Justificación

La presente investigación resulta importante, ya que si bien son múltiples los estudios que desde la psicología se ocupan del tema de la resiliencia y el afrontamiento de las enfermedades, especialmente del cáncer, son pocos los desarrollados en Colombia al respecto, aun cuando la OPS dice que es un factor determinante en el bienestar de las personas y que se debe tratar este tema.

La meta máxima de la seguridad humana es ayudar a preparar a la gente en todo el mundo para hacer frente a una amplia gama de amenazas súbitas y generalizadas, tanto naturales como antrópicas, que pueden tener importantes consecuencias para la salud. Las personas, las comunidades y las instituciones resilientes pueden manejar las adversidades cotidianas y una gama amplia e impredecible de incidentes que podrían afectar en forma negativa su vida, sus medios de vida y su dignidad, como brotes de enfermedades infecciosas, cambio climático, degradación del medio ambiente, presiones migratorias, servicios de salud limitados, violencia, agitación política y muchos otros (Korc, Hubbard, Suzuki & Jimba, 2016, p. 17).

Además, el enfoque que se propuso en este proyecto es original, pues en los trabajos previos es escaso el reconocimiento del discurso psicológico que se le ha dado a las estrategias de resiliencia empleadas pacientes diagnosticados con cáncer, en relación con preguntas como: ¿Cómo han vivido esta experiencia? ¿Qué impactos tiene la enfermedad en las familias? ¿Cuáles son los principales retos, miedos y temores?

En esta línea, y teniendo en cuenta que se aplicó un cuestionario, la presente investigación pretendió darle la palabra a un grupo de 16 pacientes diagnosticados con cáncer que se

encuentran actualmente atravesando la experiencia de la enfermedad, de tal forma que se pudiera identificar su discurso a la luz de planteamientos teóricos propios del ámbito de la psicología.

De igual forma, el presente estudio adquiere un carácter particular en la medida en que se trabajó un concepto práctico de resiliencia, pues la población objeto de estudio, a pesar de estar pasando por una enfermedad como el cáncer, también manifiesta sentimientos de esperanza.

De allí, y mediante el análisis de relatos particulares, se buscó comprender qué significa la enfermedad para los propios pacientes y para sus familias, para con ello aportar a la generación de nuevos conocimientos, además de futuras preguntas de investigación, para la disciplina psicológica, especialmente para aquellas áreas que conciernen con el estudio de la salud mental de los pacientes de cáncer, la psicología clínica, la psicología social y la psicología del duelo.

El impacto de este estudio reside, entonces, en que aporta nuevos elementos a la comprensión de una situación en particular como es la vivencia del propio paciente y de sus familias de la enfermedad del cáncer, no en el nivel de los datos ni de las categorías psicopatológicas, sino en el ámbito de lo que la experiencia significa para quienes la viven.

Así las cosas, esta investigación ofrece a los estudiantes de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado, específicamente a aquellos orientados a perspectivas sociales y comunitarias, promover el desarrollo integral de profesionales con formación actualizada y pertinente para intervenir en todas las problemáticas sociales actuales que favorezcan el trabajo de forma creativa en cualquier campo e intervenir de forma adecuada a través de una formación

integral, además de vislumbrar el desarrollo de nuevas rutas para diversos procesos investigativos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Describir las estrategias de resiliencia utilizadas por un grupo de 16 pacientes diagnosticados con cáncer.

3.2. Objetivos específicos

Visibilizar las competencias personales de acuerdo al test de resiliencia de Wagnild y Young en un grupo de 16 pacientes diagnosticados con cáncer.

Describir la aceptación de uno mismo y de la vida de acuerdo al test de resiliencia de Wagnild y Young en un grupo de 16 pacientes diagnosticados con cáncer.

Identificar la relación existente entre las diferentes características sociodemográficas de un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer de acuerdo a las estrategias de resiliencia utilizadas conforme al test de resiliencia de Wagnild y Young.

4. Marco Referencial

4.1. Antecedentes

Son diversos los estudios que han abordado, desde diferentes disciplinas y contextos, el tema de la resiliencia; para el caso que aquí atañe sólo se tendrán en cuenta aquellos trabajos que hablen de la resiliencia como la capacidad que tiene el individuo de afrontar circunstancias estresantes, de sufrimiento, pero específicamente cuando tienen que sortear condiciones de una enfermedad como el cáncer en una persona del entorno familiar nuclear, ya que son estos trabajos los que precisamente nutrirán el campo teórico y conceptual de esta investigación.

Existen pocas investigaciones a nivel internacional, nacional y regional que traten los dos elementos centrales de la presente investigación: Resiliencia y Cáncer utilizando la escala de resiliencia Wagnild y Young, sin embargo se expondrán investigaciones relativamente cercanas a los propósitos de ésta.

4.1.1. Internacionales

A nivel internacional se encuentra la investigación de Álamo, Caldera, Cardozo & González (2012) realizada en el Estado Zulia en la ciudad de Cabimas en Venezuela, en la que se determinaron las conductas resilientes en personas con diagnóstico de cáncer de un hospital privado. La investigación se evidencia en el paradigma positivista y corresponde a una investigación descriptiva y de campo. La población estuvo constituida por 100 pacientes con

diagnostico reciente de cáncer. Para recabar los datos se aplicó un instrumento de 40 ítems. Al instrumento se le calculó la validez de contenido, a través del juicio de experto, la confiabilidad por medio del método Alfa de Cronbach arrojó como resultado 0.92. El procesamiento de los resultados se efectuó a través de una estadística descriptiva. Los resultados estimados, demuestran que la mayoría de la población objeto de estudio no han logrado enriquecer sus vidas de acuerdo a sus experiencias. A su vez no poseen fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnostico de su enfermedad lo que lleva a deducir que dichos pacientes no han logrado desarrollar, en el transcurso de sus vidas, conductas resilientes. Sobre la base de los resultados se establecieron las conclusiones y recomendaciones para el desarrollo de la resiliencia en pacientes con cáncer, como herramienta para el manejo de la enfermedad y como parte de su vida cotidiana.

Igualmente aparece la investigación de Guil, Zayas, Gil, Guerrero, González, & Mestre (2016) desarrollada en dos hospitales en Cádiz en España en la que se buscó evaluar, mediante la Escala de Bienestar Psicológico Percibido de Ryff, el Life Orientation Test Revised (LOT-R) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, la relación existente entre bienestar psicológico percibido, optimismo y resiliencia en 30 mujeres con cáncer de mama. Los análisis descriptivos arrojados por las diversas escalas y test mostraron que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentaron niveles de bienestar psicológico, optimismo disposicional y resiliencia superiores a los valores medios aportados por las escalas; igualmente evidenciaron que sólo algunas de las dimensiones de Resiliencia permitieron explicar y predecir algunas dimensiones de Bienestar psicológico, aunque ello no se dio en el Optimismo disposicional.

Del mismo modo se encuentra el estudio de Brody & Simmons (2007), quienes exploraron los recursos que ayudan a los padres a adaptarse a la vida después de un diagnóstico de una enfermedad crónica de un hijo utilizando el modelo de resiliencia del estrés familiar, el ajuste y la adaptación. Específicamente, los investigadores aplicaron una entrevista en profundidad a 8 padres cuyos hijos habían recibido tratamiento en una clínica universitaria de oncología pediátrica. Los resultados obtenidos indicaron que el apoyo de la familia extensa, de la iglesia y de los profesionales de la salud era necesario para que los padres siguieran siendo positivos durante la enfermedad de su niño; sin embargo, el fortalecimiento de las relaciones entre el cónyuge y el padre y el hijo y los cambios en la vida familiar variaron según la composición del hogar.

A su vez, se halla el trabajo desarrollado en Venezuela por Garassini (2010), en el que se realiza una recopilación de investigaciones que hacen referencia a la importancia del desarrollo de la resiliencia a nivel personal, familiar y cultural, iniciándose ésta con la presencia de relaciones de confianza, el cultivo de las emociones positivas, la aceptación de los diferentes ciclos de la vida y la creencia en un mundo justo. Básicamente lo que se pudo establecer con la compilación de las diversas investigaciones es que los factores de promoción de la resiliencia son los amortiguadores que permitirán la vivencia de la enfermedad oncológica e incluso la muerte y el duelo como oportunidades de generar procesos reflexivos y de aprendizajes personales y familiares.

También está el trabajo de González, Nieto & Valdez (2011), quienes realizan una investigación en la Ciudad de Toluca Estado de México en la que establecen que el cáncer

infantil plantea muchos retos compartidos durante el transcurso de la enfermedad tanto para los niños como sus familias y en especial para la madre, por lo que estos autores se plantean por objetivo identificar las características de resiliencia entre madres y sus respectivos hijos, estos últimos que tienen diagnóstico de cáncer, así como conocer el grado de relación entre ambos. Concluye el estudio que la familia es un factor de protección indispensable para favorecer el desarrollo de la resiliencia infantil, y el rol especialmente de la madre es necesario cuando se trata de niño con cáncer. Se sugiere que los pacientes, familiares y profesionales se integren a fin de incentivar el óptimo desarrollo de niño e ir más allá de sólo el tratamiento médico.

A su vez, se halla el trabajo de Broche & Medina (2011), quienes hacen un reporte del papel que juega actualmente la psicooncología en el estudio del paciente oncológico en Cuba. Básicamente los investigadores analizan la importancia de los estilos de afrontamiento y la resiliencia en la modulación de la salud de las personas diagnosticadas con este tipo de enfermedades y para ello toman como evidencia una serie de investigaciones realizadas a finales del siglo XX consideradas clásicas en este campo y cuyos resultados impactaron a la comunidad científica y apoyaron el surgimiento de la psicooncología como disciplina legítima y necesaria. También acuden a evidencias actuales que indican la incorporación del psicooncólogo en el tratamiento del paciente con cáncer. Las conclusiones del estudio ratifican el papel del profesional de la psicología en los servicios oncológicos y la necesidad de investigaciones en este campo que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas enfermas de cáncer.

Del mismo modo, se rescata la investigación cualitativa de Grau & Espada (2012), en la que se buscó conocer, por medio de sesiones grupales en la Asociación de padres de niños

oncológicos de la Comunidad Valenciana) en Valencia (España), cómo percibían 22 padres/madres los cambios producidos en las relaciones familiares cuyos hijos pequeños hacía más de dos años habían contraído cáncer. Específicamente los resultados constataron que la enfermedad oncológica efectivamente cambia las relaciones con la pareja (redistribución de roles, diferentes formas de reaccionar y de asumir responsabilidades por parte de los padres, dificultades en la comunicación, alteraciones en las relaciones sexuales), con los otros hijos, con el niño enfermo y con la familia extensa (apoyo, falta de comunicación, y desarrollo de sentimientos inapropiados). También se constataron problemas en el manejo de la enfermedad después de la hospitalización, y en las actividades lúdicas.

De la misma manera se encuentra la investigación cuasi-experimental desarrollada en México por García (2013), en la que se realiza un análisis con 30 pacientes oncológicos pediátricos con leucemia de un programa cognitivo-conductual denominado “AMISTAD para Siempre” con el que se buscó desarrollar resiliencia, con el fin de identificar un programa estructurado que ayudara al desarrollo en la correlación de las variables que se relacionan con la misma, es decir, con la autoestima, la capacidad de afrontamiento, las capacidades y dificultades percibidas y las redes sociales como elementos básicos para la correlación del programa y su eficiencia en la potencialización de la resiliencia, en niños con cáncer. La conclusión a la que se llega con la investigación radica en que las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el programa tuvieron un efecto de cambio positivo en los pacientes oncológicos, ayudando en algunos de los factores involucrados en la resiliencia de estos.

También está el trabajo de Acinas (2014) llevado a cabo en España, en el que se argumenta que el cáncer puede convertirse en una experiencia traumática; en otras ocasiones hay experiencias traumáticas anteriores al proceso neoplásico, en otras son coincidentes en el tiempo, y en otros casos incluso se producen experiencias traumáticas tras ser supervivientes de cáncer. También estos conservan rasgos de personalidad de tipo resiliente. Muchos pacientes tienen rasgos de personalidad típicos del patrón de conducta tipo C (tristeza, indefensión, poca expresión emocional, etc.), que son opuestos a las características de la personalidad resiliente, por lo que las personas capaces de fomentar su resiliencia podrían prevenir la aparición del cáncer o, si aparece, afrontarlo mejor. La relación entre cáncer y trauma también puede extenderse a los familiares (por ejemplo, padres de niños con enfermedad oncológica).

Así mismo, está la investigación de Garassini (2015) en el que se buscó comprender, mediante entrevistas semi-estructuradas, las narrativas construidas por los familiares cuidadores de pacientes diagnosticados con cáncer que se encuentran adscritos al Instituto Oncológico Luis Razetti, en la ciudad de Caracas (Venezuela). En general, los resultados del trabajo permitieron determinar tres categorías que reúnen los significados construidos por los cuidadores: secuencial, relacional y procesual, que indican la presencia de cinco constructos: emociones, comunicación, quiebre biográfico, atención al enfermo y transformación.

Finalmente, se encuentra el trabajo desarrollado por Matos & Mercerón (2017) en la ciudad de Santiago de Cuba (Cuba) en el que se diseñó una propuesta de intervención psicológica, a través de una metodología cualitativa y el método de investigación-acción, desde abril hasta octubre de 2016, con miras a desarrollar la capacidad de resiliencia en familias de niños con

cáncer, a través de 9 sesiones grupales, la cual, según las autoras, ayudará a la familia a enfrentar esta realidad y lograr finalmente un funcionamiento adecuado.

4.1.2. Nacionales

A nivel nacional, aparecen muy pocas investigaciones que relacionen el tema de la resiliencia y el cáncer, se carece especialmente de alguna que las relacione y utilice la escala de Wagnild y Young. Se acercan los estudios realizados por Torres (2012) quien aborda el tema del conflicto armado y cómo la resiliencia ayuda a estos hombres y sus familias a enfrentar las situaciones desesperanzadoras que la cotidianidad de una guerra deja como marca en el presente y el futuro de los héroes de la patria. Como respuesta psicológica, la resiliencia permite que el ser humano logre ver una situación caótica desde otro plano para ayudar a enfrentarla y evitar depresiones que llegan a recaer en cuadros de suicidio.

Quiceno & Vinaccia (2012) identifican, por medio de la escala de resiliencia RS y la escala de resiliencia breve CD-RISC2, las diferencias y relaciones de la resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas y analizan el peso de tales características en la resiliencia en 121 pacientes diagnosticados con artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal crónica de la ciudad de Medellín. Los resultados de la investigación mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas de la resiliencia en función a la características sociodemográficas. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que el tiempo de diagnóstico tuvo un peso negativo sobre la resiliencia. La conclusión general del estudio es que las características clínicas tienen mayor relevancia sobre la

resiliencia que las sociodemográficas cuando se es adulto mayor y con diagnóstico de enfermedad crónica.

Vinaccia, Quiceno, Medina, Castañeda & Castelblanco (2014) establecen como objetivo evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad y conducta de enfermedad, y el efecto de éstas sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 49 pacientes con diagnóstico de Dispepsia Funcional de la ciudad de Bogotá, Colombia. El diseño fue descriptivo correlacional de corte transversal. Los resultados mostraron niveles moderados de resiliencia y niveles desfavorables de calidad de vida, sobre todo en la dimensión síntomas habituales del cuestionario QOL-PEI. A nivel del análisis de regresión lineal múltiple, se encontró que la dimensión respuesta emocional del IPQ-B tuvo un peso negativo sobre la calidad de vida. Como conclusión se sugiere el desarrollo de programas de intervención psicológica para el tratamiento del distrés psicológico y la sintomatología física de los pacientes con dispepsia funcional.

Román, Krikorian & Palacio (2015) establecen como objetivo llevar a cabo una adaptación del Mini-MAC al español y examinar sus propiedades psicométricas en pacientes oncológicos colombianos. En este estudio se obtuvieron datos estadísticos descriptivos, correlacionales y coeficientes de consistencia interna. Se realizó un análisis de componentes principales (ACP) y un análisis de secuencias mediante un modelo de ecuaciones estructurales. Resultados: Se obtuvo una solución factorial de cuatro factores: indefensión/desesperanza (ID), preocupación ansiosa (PA), evitación/negación (EN) y espíritu de lucha (EL). Se logró concluir que la versión colombiana del Mini-MAC demostró su validez y fiabilidad, por lo que constituye una herramienta adecuada para la evaluación del afrontamiento en cáncer.

4.1.3. Regionales (Antioquia)

Entre los trabajos revisados a nivel regional se encuentra el de Quiceno & Vinaccia (2011) desarrollado en la ciudad de Medellín, quienes destacan que recientemente los crecimientos sobre los estudios de resiliencia en población adulta, con o sin patologías orgánicas, constata la importancia de este constructo como factor de protección para la salud mental y física. Por ello, el propósito de su trabajo es mostrar cómo la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud, especialmente, al área de la enfermedad crónica. Se describen, por tanto, las características de las personas adultas resilientes y los procesos psicobiológicos y genéticos asociados, los instrumentos psicométricos empleados en la población adulta para medir la resiliencia, las diferentes patologías físicas en la que ha sido estudiada y los respectivos programas de intervención desarrollados con pacientes enfermos crónicos.

De igual forma se halla la investigación de Quiceno & Vinaccia (2013) desarrollado en la ciudad de Medellín con 41 pacientes diagnosticados con artritis reumatoide con el fin de evaluar, a través de varios instrumentos (escalas, cuestionarios e inventarios), las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso y calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes. La principal conclusión a la que se llega con este estudio determina que la percepción de la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide es mediada por las representaciones de la enfermedad y por factores salutogénicos como un afrontamiento de tipo trascendental y la resiliencia.

4.1.4. Locales (Envigado)

Entre las investigaciones y estudios revisados a nivel local se encuentra el trabajo de Asprilla (2000) en el que se establece la calidad de vida física y psicológica en mujeres de estrato socioeconómico bajo del Área Metropolitana de Medellín que padecen cáncer de cérvix en etapa terminal. Frente a ello, se establece en este estudio, a partir de una muestra de 22 pacientes tratadas por cáncer de cuello uterino a quienes se les aplicaron las encuestas para cáncer en general (QOL-C30) y específica para cáncer de cuello (QOL-CX24) de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), que dicha enfermedad tiene unas secuelas importantes que dificultan calidad de vida de las pacientes.

A su vez, se halla el estudio de Tovar (2000) en el que se describe la influencia de las actividades hacia la muerte sobre los autoesquemas de los pacientes diagnosticados de cáncer en fase terminal. Mediante una investigación fenomenológica de enfoque cualitativo, se recolectó información a partir de las experiencias de 10 pacientes con cáncer en fase terminal a través de entrevistas semiestructuradas. Los testimonios obtenidos por el autor permitieron establecer que las vivencias sobre la muerte de un paciente lo llevan a enfrentar sus propios miedos y temores, con lo cual se logra un aprendizaje sobre cómo debe trabajarse con pacientes oncológicos mediante procesos dinámicos que no sólo tengan en cuenta la enfermedad, sino los propios esquemas del paciente.

Del mismo modo, está el Manual de estrategias psicológicas para pacientes entre 40 y 55 años de edad diagnosticadas con cáncer de mama de Arango (2006). En este manual, se establece, a

partir de un abordaje documental, que los objetivos de la intervención psicológica en pacientes con cáncer debe estar centrado en desarrollar estrategias de colaboración en el control de síntomas físicos como el dolor y las náuseas, pero a su vez se debe detectar y atender dificultades psicológicas y sociales que el paciente y su familia puedan presentar, brindando acompañamiento al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo.

Así mismo, se halla el trabajo de Calderón (2008) en donde se establecen las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes en mujeres mastectomizadas con posibilidad de realizarse una cirugía reconstructiva de mama por cáncer, en la institución Fundayama Medellín. La muestra del estudio estuvo constituida por todas las pacientes con cáncer de mama mastectomizadas no metastático que acudieron a dicha institución. Se estableció que la medida de negación se asociaba a mejores resultados psicológicos, lo cual es apoyado por diversos autores que coinciden en que la negación puede ser una de las estrategias más eficaces para afrontar el cáncer en tanto no interfiera con la adherencia al tratamiento.

Igualmente está la investigación de Tabares (2009), desarrollada con un grupo de personas de la Fundación Grupo de Vida de la ciudad de Medellín durante el periodo 2008-2009 en la que se identificaron las manifestaciones resilientes que permiten el afrontamiento de la enfermedad y la consecución de una mejor calidad. Para ello, se reclutó una muestra de 68 pacientes recién diagnosticadas que fueron evaluadas psicológicamente en tres ocasiones. En el trabajo se intentó comprobar el posible papel predictivo del modo en que las pacientes de cáncer evalúan y afrontan inicialmente su enfermedad sobre su calidad de vida futura. Además se atendió al posible papel predictivo de las variables médicas de la enfermedad.

4.2. Marco teórico

4.2.1. El concepto de resiliencia

De acuerdo con Quiñones (2007), al hablar de resiliencia se está haciendo referencia a la reacción defensiva y proactiva ante situaciones de impacto, circunstancias críticas y traumáticas que van acompañadas por una amplia gama de niveles de tensión, angustia, ansiedad y en muchos casos, impotencia inicial ante la adversidad.

Así las cosas, la resiliencia es la capacidad que tiene un ser humano (niño, adolescente, adulto), a pesar de sus dificultades personales (físicas, mentales y psíquicas), para intuir y crear, en circunstancias desfavorables o en un entorno destructor; respuestas que le hacen posible no dejarse atrapar por las circunstancias y dificultades personales ni por las condiciones del entorno sino por el contrario, proponer y realizar comportamientos que le permiten una vida con menos sufrimiento y encontrar un lugar en su medio ambiente, lo cual le permite desarrollar sus capacidades y anhelos.

Al respecto, Wagnild & Young (1993) plantean que la resiliencia es como “una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación” (p. 6). Ello indica vigor o empuje emocional y se ha usado para describir a personas que demuestran valentía y adaptabilidad ante las desdichas de la vida. Por tanto, la resiliencia hace referencia, según estos

autores, a la capacidad de resistir, tolerar la presión, los obstáculos, y a pesar de ello hacer las cosas bien, adecuadamente, cuando todo parece estar perdido.

Cyrulnik, Manciaux, Sánchez & Colmenares (2002), por su parte, señalan que:

(...) la resiliencia es más que resistir. Es también aprender a vivir (...), antes del golpe uno estima que la vida nos es debida y la felicidad también (...), el hecho de haber sufrido una situación extrema, de rondar la vida y haberla destruido hacen nacer en el alma del niño herido un extraño sentimiento de vivir la prolongación de un plazo (p. 416).

La resiliencia como concepto ofrece una nueva representación de lo humano en referencia al fundamento psicológico de la identidad, amplifica las posibilidades de reconocimiento y de identificación con los valores de ser hombre más allá de la referencia cultural o social inmediata y modifica, por lo menos en lo real representado, los criterios de comprensión de la organización de sentido de la experiencia. Esta nueva representación transforma los valores sobre los cuales la persona construye su realidad de ser, y en relación con esta nueva identidad la resiliencia representa un enriquecimiento cultural en términos de una ética humana.

Sin embargo, vale la pena resaltar que no es la resiliencia la que construye al sujeto, sino el sujeto quien construye la resiliencia. El punto de vista psicológico en el análisis de los procesos resilientes muestra que, aún en ausencia de marcos socioculturales favorables, algunos individuos logran (en relación con procesos de individuación) reconocerse frente a otro como sujeto de derechos en referencia al reconocimiento de su común identidad humana. Estas personas, inclusive en casos de extrema crueldad física o psicológica, logran conservar la

referencia de lo humano en sí mismos como una guía para organizar su supervivencia y situar la inaceptabilidad de la acción del otro y su legitimidad.

A lo largo de la historia, el concepto de resiliencia ha tenido varias definiciones, entre ellas, la que mejor representa a la segunda generación de investigadores es la adoptada por Luthar y colaboradores quienes definen resiliencia como “un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad” (Quiñones, 2007, p. 73). Esta definición, al igual que otras definiciones ya mencionadas, distingue tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto de resiliencia:

- La noción de adversidad, trauma, riesgo, o amenaza al desarrollo humano.
- La adaptación positiva o superación de la adversidad.
- El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

Al definir cada uno de estos componentes del concepto, es posible crear un modelo de resiliencia para investigaciones y diseño de programas de promoción de resiliencia. “El comienzo del nuevo siglo ha proporcionado la oportunidad para reflexionar sobre los eventos científicos que han influido en nuestro conocimiento y sobre los desafíos y oportunidades que permitirán un mejor entendimiento de los seres humanos” (Infante, 2002, p. 82).

En el área del desarrollo humano, el énfasis de estas reflexiones está en la importancia de promover el potencial humano en vez de destacar sólo el daño que ya se ha hecho. En este contexto, el concepto de resiliencia ha cobrado especial importancia. La resiliencia (que se ha

estudiado especialmente en niños) intenta entender cómo niños, adolescentes y adultos son capaces de sobrevivir y superar adversidades a pesar de vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, enfermedad mental de los padres, o a pesar de las consecuencias de una catástrofe natural, entre otras.

En el área de intervención psicosocial, la resiliencia intenta promover procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar la adversidad y el riesgo, adaptarse a la sociedad y tener una mejor calidad de vida.

Para la OMS, según Grosser (2007), “el 50% de las personas han vivido o vivirán un grave traumatismo en sus vidas y el 25% experimentarán dos traumatismos graves” (p. 18); según estas cifras, la realidad es que el traumatismo hace parte de la cotidianidad del hombre, pues aunque un 50% de la población no sufra ningún tipo de trauma, es evidente que este porcentaje tendrá a lo largo de su vida algún tipo de relación, sea ésta cercana o lejana, con una persona que haya padecido algún tipo de trauma.

Para que haya un traumatismo es necesario que se produzca una fractura, puede tratarse de una fractura física (mi cuerpo está roto, destrozado), o psíquica (aquello que me contiene, mi sistema protector contra las excitaciones, aquello que me permite permanecer siendo yo mismo cuando el medio varía, cuando los golpes y las adversidades se presentan se ha desgarrado: ya no sé quién soy, estoy anonadado, no sé cómo resolver este problema, aquel asunto ha destrozado mi personalidad y no sé qué hacer).

El paradigma de la resiliencia invita no sólo a tener una mirada diferente sobre el sujeto que está sufriendo debido a los actos violentos tanto por parte de su entorno inmediato (familia, vecindario) como por la situación que se vive, por ejemplo, en Colombia (guerra, desplazamiento, desempleo), sino a tener una nueva capacidad de escucha y así investigar una nueva forma de intervención.

4.2.2. Estrategias de afrontamiento

En cualquier actividad que el individuo se desempeñe, señalan Amarís, Madariaga, Valle & Zambrano (2013), éste utiliza recursos tanto de tipo cognitivo como conductual, emocional, espiritual y relacional, con el fin de afrontar de manera benéfica una determinada situación que le produzca cierto grado de estrés o ansiedad; por lo tanto, diferentes estrategias de afrontamiento del individuo son efectivas dependiendo de aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que éste puede desarrollar para tratar de lograr los resultados más apropiados posibles en una determinada situación.

Según Martín, Jiménez & Fernández (2010), las siguientes son las estrategias de afrontamiento más comunes:

- Reevaluación positiva: consiste en evaluar nuevamente el problema.
- Reacción depresiva: consiste en una notable baja del estado de ánimo.
- Negación: indica la no aceptación de la situación.
- Planificación: está basada en la organización de todas las estrategias que el individuo crea necesarias para resolver el problema.

- Conformismo: se basa en acomodarse para quedar a gusto con lo que se está viviendo.
- Desconexión cognitiva: consiste en desconectarse cognitivamente del problema o la solución.
- Desarrollo personal: se basa en buscar actividades que permitan un crecimiento personal.
- Control emocional: consiste en no mostrar lo que emocionalmente se está sintiendo ante determinada situación.
- Distanciamiento: es cuando el individuo se torna distraído a causa de la situación.
- Suspensión de actividades distractoras: es cuando el individuo suspende todas las actividades que interfieren con la resolución de su conflicto.
- Refrenar el afrontamiento: consiste en retroceder en el proceso de afrontamiento.
- Evitar el afrontamiento: consiste en evadir enfrentarse al problema y a la solución de éste.
- Resolver el problema: es un método por el cual el individuo se vale de todas sus estrategias para encaminarlas hacia la solución.
- Apoyo social al problema: se refiere a compartir si problema o preocupación con el otro.
- Desconexión comportamental: no encamina sus acciones para resolver el problema.
- Expresión emocional: está encaminada a expresar lo que se siente ante la situación.
- Apoyo social emocional: se refiere a la búsqueda de compartir sentimientos y emociones con otro (p. 16).

Martín et al. (2010) también destacan los siguientes estilos de afrontamiento:

Según el método:

- Activo: trata de centrarse en la resolución del problema.
- Pasivo: no hace nada para encontrar solución al problema.
- Evitativo: evade el problema y posterga su afrontamiento.

Según la focalización:

- Focalización respuesta: consiste en centrarse en lo que causa el problema.
- Focalización problema: se centra en el problema como tal.
- Focalización emoción: consiste en trabajar en lo que se siente a causa del problema.

Según la actividad:

- Conductual: acciones en pro de la resolución y afrontamiento del problema.
- Cognitiva: consiste en la utilización de todos los recursos cognitivos a favor del afrontamiento de la situación (p. 16).

Cada individuo tiene la capacidad de afrontar situaciones en las que sientan cierta cantidad de estrés, y la manera en que lo afronte depende también de sus experiencias de la vida (temores, expectativas, habilidades, deseos); por lo tanto, la experiencia y el éxito para manejar situaciones de estrés o similares, la confianza en sí mismo y permanecer tranquilo, son aspectos que contribuyen a que una persona pueda valorar e interpretar las situaciones de manera realista. “Estas características hacen parte del desarrollo de la personalidad, el cual está influenciado evidentemente por las relaciones sociales” (Sarason & Sarason, 1996, p. 121).

4.2.3. Antecedentes históricos del concepto de resiliencia

Uno de los primeros elementos que aparecen en la literatura de estos últimos años es el acuerdo explícito de que existen dos generaciones de investigadores. La primera, que comienza a principios de los setenta, se formula la pregunta: “Entre los niños que viven en riesgo social, ¿Qué distingue a aquellos niños que se adaptan positivamente de aquellos niños que no se adaptan a la sociedad?” (Frigerio, 2002, p. 69).

Este tipo de investigaciones busca identificar aquellos factores de riesgo y de resiliencia que influyen en el desarrollo de niños que se adaptan positivamente a pesar de vivir en condiciones de adversidad. En el desarrollo histórico de esta primera generación se comienza a ampliar el foco de investigación, que se desplaza desde un interés en cualidades personales que permitan superar la adversidad (como la autoestima y la autonomía) hacia un mayor interés en estudiar los factores externos al individuo (nivel socioeconómico, estructura familiar, presencia de un adulto cercano). “La gran mayoría de los investigadores de esta generación podrían vincularse al modelo triádico de resiliencia” (Frigerio, 2002, p. 69), que consiste en organizar los factores resilientes y de riesgo en tres grupos diferentes: los atributos individuales, los aspectos de la familia y las características de los ambientes sociales en que los individuos se hallan inmersos.

La segunda generación de investigadores, que comenzó a publicar a mediados de los noventa, se pregunta: “¿Cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva, dado que la persona ha vivido o vive en condiciones de adversidad?”. El foco de investigación de esta segunda

generación retorna el interés de la primera en inferir qué factores están presentes en aquellos individuos en alto riesgo social que se adaptan positivamente a la sociedad, a lo que agregan el estudio de la dinámica entre factores que están en la base de la adaptación resiliente. Michael Rutter (1993), citado por Machuca (2006), entiende la resiliencia como:

una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendiendo por éstos no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales (p. 59).

La gran mayoría de los investigadores pertenecientes a esta generación podrían inscribirse en el modelo ecológico-transaccional de resiliencia. La perspectiva que guía el modelo ecológico-transaccional de la resiliencia es que el individuo se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí, ejerciendo una influencia directa en su desarrollo humano. Los niveles que conforman el marco ecológico son: el individual, el familiar, el comunitario y vinculado a los servicios sociales, y el cultural y vinculado los valores sociales. Al descifrar estos procesos dinámicos de interacción entre los diferentes niveles del modelo ecológico se podrá entender mejor el proceso inmerso en la resiliencia. Consecuentemente, el desafío que se plantea esta generación de investigadores es que la identificación de los procesos que están en la base de la adaptación resiliente permitirá avanzar en la teoría e investigación en resiliencia, además de permitir el diseño de estrategias programáticas dirigidas a promover resiliencia y calidad de vida.

4.2.4. El hecho resiliente

La resiliencia no es sólo resistir, aguantar, soportar, tolerar, también implica aprender a vivir a esto se refiere Domínguez en 2002 cuando dice:

(...) antes del golpe uno estima que la vida no es debida y la felicidad también... el hecho de haber vivido una situación extrema, de rondar la muerte y haberla destruido, hace nacer en el alma del niño herido un extraño sentimiento de vivir la prolongación de un plazo... la prueba, cuando uno la sobrepasa, cambia el gusto del mundo. Toda situación extrema en tanto que proceso de destrucción de la vida, encierra en forma paradójica un potencial de la vida” (p. 260).

La anterior tesis tiene su origen en la observación de los comportamientos de niños y adultos que lograron organizar su existencia en medio de graves riesgos de destrucción, ocasionados por violentos traumatismos que en algunos casos conllevaron a la posibilidad física de morir y a pesar de ello, todos conservaron referencias éticas con respecto a sentimientos de obligatoriedad de la salvaguarda de sí mismos y la certeza de su legitimidad de ser en relación con la identidad humana.

Estos hechos son hechos psicológicos porque se refieren a la construcción de respuestas de sentido en relación con la identidad de sus actores en la representación de la significación que toma para ellos la circunstancia.

El estudio del hecho resiliente abre la posibilidad de situar al sujeto y su comportamiento en referencia al conocimiento sobre los procesos generales de la organización psíquica y sobre sus orígenes, y no como una creación ex nihilo (“que no vale nada”).

5. Diseño metodológico

5.1. Enfoque

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo. Según Hernández, Fernández & Sampieri (2010), los enfoques cuantitativos usan la recolección de datos para probar hipótesis por medio de una medición numérica y estadística para poder establecer patrones de comportamiento y, así mismo, comprobar teorías en cuanto a una población; según este criterio, el fenómeno analizado es objetivo, secuencial y estructurado.

5.2. Nivel

El nivel de esta investigación es descriptivo. Este alcance, según Hernández et al. (2010), busca especificar propiedades, características y perfiles de personas o comunidades que sean sometidas a un análisis; en este caso específico se buscó describir las estrategias de resiliencia utilizadas por un grupo de 16 pacientes diagnosticados con cáncer, siendo estas las variables específicas analizadas para obtener datos concretos por medio de la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993) para con sus resultados describir e indagar un fenómeno.

5.3. Diseño

El diseño para esta investigación es transversal. Para Hernández et al. (2010) el diseño transversal o también llamado transeccional, recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Es por esto que la investigación se ubica en este diseño, ya que sólo se investigó una vez en un momento único y no a través del tiempo o en diferentes épocas.

5.4. Tipo

El tipo de investigación es no experimental, pues es una investigación en la cual no se tienen variables o grupo control. Siguiendo con lo que establecen Hernández et al. (2010), el tipo no experimental son investigaciones que se usan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observa un fenómeno en su ambiente natural para después analizarlo, es decir, no se provoca ninguna conducta, emoción o comportamiento para así analizarlo; por tanto, en esta investigación la población a indagar estuvo en su estado natural.

5.5. Población

Personas de ambos sexos que han sido diagnosticadas con cáncer.

5.6. Muestra

La muestra del presente estudio corresponde a 16 pacientes diagnosticados con cáncer.

5.7. Instrumentos de recolección de información

En la presente investigación se empleó la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993) (ver Anexo B), la cual ha sido utilizada en Colombia en diversas investigaciones como las de Roa, Estrada & Tobon (2012), Crombie, López, Mesa & Samper (2015), Hewitt, Juárez, Parada, Guerrero, Romero, Salgado & Vargas (2016), entre otras, y ha sido adaptada y validada en varios idiomas, como por ejemplo al Español por Camacho (2016).

Específicamente la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993) es una prueba compuesta por 25 ítems que puede aplicarse de forma individual o grupal, tanto a adolescentes como a adultos. Estos 25 ítems se puntúan en una escala de formato Likert de 7 puntos, en donde 1 es el máximo desacuerdo y 7 el máximo acuerdo. Cada participante debe indicar el grado de conformidad con cada ítem y a todos los que se les califique entre 25 y 175 puntos son puntajes indicativos de mayor resiliencia.

Los objetivos del instrumento fueron los siguientes:

- a) Establecer el nivel de Resiliencia de los pacientes diagnosticados con cáncer.
- b) Realizar un análisis psicométrico del nivel de Resiliencia de los pacientes diagnosticados con cáncer.

Estructura: La Escala de Resiliencia tiene como componentes:

- Confianza en sí mismo.
- Ecuanimidad.

- Perseverancia.
- Satisfacción personal.
- Sentirse bien solo.

Factores:

Factor I: Denominado competencia personal; integrado por 17 ítems que indican autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor II: Denominado aceptación de uno mismo y de la vida representados por 8 ítems, y reflejan la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Estos factores representan las siguientes características de Resiliencia:

- a) Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
- b) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
- c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
- d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a ésta.
- e) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.

Relación de ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia (ER):

Factor	Ítem
Satisfacción personal	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	3, 5, 19
Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

Calificación e interpretación: Los 25 ítems fueron puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde 1 era el máximo desacuerdo y 7 el máximo de acuerdo. Los participantes indicaron el grado de conformidad con cada ítem; a todos los calificados entre 25 a 175 se consideraron puntajes indicadores de mayor resiliencia.

Confiabilidad: La prueba tiene una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

Validez concurrente: Ésta se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores. La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva. En todo caso, la validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: depresión, con $r = -0.36$, satisfacción de vida, $r = 0.59$; moral, $r = 0.54$; salud, $r = 0.50$; autoestima, $r = 0.57$ y percepción al estrés, $r = -0.67$. En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial

para valorar la estructura interna del cuestionario con la técnica de componentes principales y rotación oblín, la cual muestra cinco factores que no están correlacionados entre sí.

5.8. Lineamientos éticos

Teniendo en cuenta que la investigación se realizó sólo con fines educativos, y la población fue totalmente informada sobre todo el proceso a realizar, se tomó en consideración los siguientes lineamientos éticos:

- Derecho al anonimato: la población participante en la investigación fue informada acerca de la protección que se le brindaría a su identidad personal durante la investigación.

- Derecho a la no participación: a los participantes se les respetó su voluntariedad con la investigación, pues en ningún momento fue obligatorio permanecer en el proceso, es decir, también podían decidir retirarse en cualquier etapa de la investigación.

- Consentimiento informado: para aclarar el compromiso de la población con la investigación y el cumplimiento de los lineamientos éticos pertinentes para este proceso, se construyó un consentimiento informado, en el cual quedó establecido el propósito de la investigación, que los participantes eran autónomos y libres dentro del proceso investigativo, y posteriormente firmado por estos (ver Anexo A).

- Derecho a la devolución de los resultados: debido a que la investigación consistió en la aplicación de un cuestionario, los participantes tenían derecho a conocer los resultados de éste y a la vez el investigador estaba en la obligación de hacer la realimentación pertinente.

Cabe resaltar que la aplicación de Escala de Resiliencia (ER) se desarrolló con veracidad y libre albedrío y los resultados no fueron juzgados tildados como buenos o malos.

6. Análisis de Resultados

A partir de la aplicación de la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993) a 16 pacientes diagnosticados con cáncer, se lograron obtener una serie de resultados de carácter cuantitativo y descriptivo, desde los cuales se pudo describir las estrategias de resiliencia utilizadas por estas personas para afrontar la situación de enfermedad.

En general, dentro de los aspectos demográficos recopilados se pudo establecer que de los 16 pacientes diagnosticados con cáncer que participaron en esta investigación, 14 eran mujeres (87.5%) y 2 eran hombres (12.5%). La mitad de estas personas (50%) son casadas, 5 son solteras (31.3%) y 3 (18.8%) tienen otro tipo de estado civil (unión libre, viudo, separados, divorciado). Con respecto al nivel académico, 9 de estos pacientes terminaron su primaria o bachillerato (56.3%), 3 son técnicos o profesionales (18.8%) y 4 son especialistas (25%) (ver Tablas 1, 2, y 3).

Tabla 1. Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	14	87.5	87.5	87.5
	Hombre	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Tabla 2. Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	5	31.3	31.3	31.3
	Casado	8	50.0	50.0	81.3
	Otros	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Tabla 3. Nivel educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria y bachillerato	9	56.3	56.3	56.3
	Técnico o profesional	3	18.8	18.8	75.0
	Especialista	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

Tabla 4. Estadísticos descriptivos

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Rango de referencia
Satisfacción	13	21	17.56	2.683	
Ecuanimidad	13	26	21.12	3.500	
Sentirse bien solo	11	21	17.88	3.181	
Confianza en sí mismo	22	49	40.19	6.959	
Perseverancia	26	48	38.63	6.087	

6.1. Resultados descriptivos según el sexo

6.1.1. Satisfacción

El indicador de satisfacción personal que indica la capacidad del sujeto de comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a ésta muestra en las mujeres una media de 17.79 con una desviación estándar de 2.806 y para los hombres de 16.0 y una desviación estándar de 0.0; esta tendencia central más alta en las mujeres indica que ellas tienen un mayor grado de satisfacción personal a pesar de la mayor dispersión de los resultados (ver resultados de la Tabla 5).

Tabla 5. Descriptivos sexo – satisfacción

		Sexo	Estadístico	Error estándar
Satisfacción	F	Media	17.79	.750
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	16.17
			Límite superior	19.41
		Media recortada al 5%	17.87	
		Mediana	18.00	
		Varianza	7.874	
		Desviación estándar	2.806	
		Mínimo	13	
		Máximo	21	

	Rango	8	
	Rango intercuartil	5	
	Asimetría	-.670	.597
	Curtosis	-.656	1.154
M	Media	16	
	Desviación estándar	0.0	

a. Satisfacción es constante cuando Sexo = M. Se ha omitido.

6.1.2. Ecuanimidad

Los resultados obtenidos muestran en los hombres una mayor ecuanimidad, pues en la media obtuvieron un puntaje de 23.50 y una desviación estándar de .707 con un 95% de intervalo de confianza para la media, mientras que las mujeres arrojaron una media de 20.79. La ecuanimidad denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad y ante una enfermedad catastrófica como lo es el cáncer (ver resultados de la Tabla 6).

Tabla 6. Descriptivos sexo – ecuanimidad

		Sexo	Estadístico	Error estándar
Ecuanimidad	F	Media	20.79	.967
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	18.70
			Límite superior	22.88

	Media recortada al 5%	20.93	
	Mediana	21.00	
	Varianza	13.104	
	Desviación estándar	3.620	
	Mínimo	13	
	Máximo	26	
	Rango	13	
	Rango intercuartil	5	
	Asimetría	-.423	.597
	Curtosis	.156	1.154
M	Media	23.50	.500
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	17.15
		Límite superior	29.85
	Media recortada al 5%	.	
	Mediana	23.50	
	Varianza	.500	
	Desviación estándar	.707	
	Mínimo	23	
	Máximo	24	
	Rango	1	
	Rango intercuartil	.	
	Asimetría	.	.
	Curtosis	.	.

a. Satisfacción es constante cuando Sexo = M. Se ha omitido.

6.1.3. Sentirse bien solo

En este indicador los resultados arrojaron que los hombres se sienten mejor solos, pues su resultado fue de 19.50 y con una desviación estándar de 2.12, mientras que las mujeres arrojaron una media de 17.64 y desviación estándar de 3.296 desde la significación de sentirse bien sólo: aquí se entiende el significado de la libertad y como el sujeto se siente único y muy importante (ver resultados de la Tabla 7).

Tabla 7. Descriptivos sexo – sentirse bien solo

		Sexo	Estadístico	Error estándar
Sentirse bien solo	F	Media	17.64	.881
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	15.74
			Límite superior	19.55
		Media recortada al 5%	17.83	
		Mediana	18.50	
		Varianza	10.863	
		Desviación estándar	3.296	
		Mínimo	11	
		Máximo	21	
		Rango	10	
		Rango intercuartil	6	

	Asimetría		-.730	.597
	Curtosis		-.540	1.154
M	Media		19.50	1.500
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	.44	
		Límite superior	38.56	
	Media recortada al 5%		.	
	Mediana		19.50	
	Varianza		4.500	
	Desviación estándar		2.121	
	Mínimo		18	
	Máximo		21	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		.	
	Asimetría		.	.
	Curtosis		.	.

a. Satisfacción es constante cuando Sexo = M. Se ha omitido.

6.1.4. Confianza en sí mismo

En este ítem nuevamente los hombres arrojan un mejor resultado, pues su media es de 42.00 y su desviación estándar es de 1.414, mientras que en el sexo femenino arrojó una media de 39.93 y una desviación estándar de 7.426; este indicador muestra la habilidad para creer en sí mismo,

en las capacidades, en tener actitudes resiliente frente a la adversidad (ver resultados de la Tabla 8).

Tabla 8. Descriptivos sexo – confianza en sí mismo

		Sexo	Estadístico	Error estándar
Confianza en sí mismo	F	Media	39.93	1.985
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	35.64
			Límite superior	44.22
		Media recortada al 5%	40.42	
		Mediana	41.50	
		Varianza	55.148	
		Desviación estándar	7.426	
		Mínimo	22	
		Máximo	49	
		Rango	27	
		Rango intercuartil	11	
		Asimetría	-1.138	.597
		Curtosis	1.229	1.154
	M	Media	42.00	1.000
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	29.29	
		Límite superior	54.71	

Media recortada al 5%	.	.
Mediana	42.00	.
Varianza	2.000	.
Desviación estándar	1.414	.
Mínimo	41	.
Máximo	43	.
Rango	2	.
Rango intercuartil	.	.
Asimetría	.	.
Curtosis	.	.

a. Satisfacción es constante cuando Sexo = M. Se ha omitido.

6.1.5. Perseverancia

El indicador de perseverancia ante la adversidad arrojó resultados nuevamente más altos en los hombres, pues su media fue de 40.50 con una desviación estándar de .707, mientras que en las mujeres arrojó una media de 38.36 y una desviación estándar de 6.488, lo que indica que los hombres tienen una mayor persistencia ante la adversidad o el desaliento y tienen un fuerte deseo del logro y autodisciplina (ver resultados de la Tabla 9).

Tabla 9. Descriptivos sexo – perseverancia

		Sexo	Estadístico	Error estándar	
Perseverancia	F	Media	38.36	1.734	
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	34.61	
			Límite superior	42.10	
		Media recortada al 5%	38.51		
		Mediana	38.00		
		Varianza	42.093		
		Desviación estándar	6.488		
		Mínimo	26		
		Máximo	48		
		Rango	22		
		Rango intercuartil	10		
		Asimetría	-.164	.597	
		Curtosis	-.630	1.154	
		M	Media	40.50	.500
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	34.15		
Límite superior		46.85			
Media recortada al 5%	.				
Mediana	40.50				
Varianza	.500				

Desviación estándar	.707	
Mínimo	40	
Máximo	41	
Rango	1	
Rango intercuartil	.	
Asimetría	.	.
Curtosis	.	.

a. Satisfacción es constante cuando Sexo = M. Se ha omitido.

6.2. Resultados descriptivos según el estado civil

6.2.1. Satisfacción

Frente al nivel de satisfacción evidenciado para los sujetos encuestados arrojó que en los solteros la satisfacción tiene un puntaje de 18.20 con una desviación estándar de 3.271, para los casados una media de 17.88 y una desviación estándar de 2.357 y para otro tipo de estado civil (unión libre, viudo, separados, divorciado) la media es de 15.67 y una desviación estándar de 2.517 (ver resultados de la Tabla 10).

Tabla 10. Descriptivos estado civil – satisfacción

		Estado civil	Estadístico	Error estándar	
Satisfacción	Soltero	Media	18.20	1.463	
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	14.14	
			Límite superior	22.26	
		Media recortada al 5%	18.33		
		Mediana	18.00		
		Varianza	10.700		
		Desviación estándar	3.271		
		Mínimo	13		
		Máximo	21		
		Rango	8		
		Rango intercuartil	6		
		Asimetría	-1.151	.913	
		Curtosis	1.325	2.000	
		Casado	Media	17.88	.833
			95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	15.90
Límite superior	19.85				
Media recortada al 5%	17.92				
Mediana	18.50				
Varianza	5.554				

	Desviación estándar		2.357	
	Mínimo		14	
	Máximo		21	
	Rango		7	
	Rango intercuartil		4	
	Asimetría		-.413	.752
	Curtosis		-.796	1.481
Otros	Media		15.67	1.453
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	9.42	
		Límite superior	21.92	
	Media recortada al 5%		.	
	Mediana		16.00	
	Varianza		6.333	
	Desviación estándar		2.517	
	Mínimo		13	
	Máximo		18	
	Rango		5	
	Rango intercuartil		.	
	Asimetría		-.586	1.225
	Curtosis		.	.

6.2.2. Ecuanimidad

Frente al nivel de ecuanimidad evidenciado para los sujetos encuestados arrojó que en los solteros la ecuanimidad tiene un puntaje de 21.20 con una desviación estándar de 3.421, para los casados una media de 21.00 y una desviación estándar de 4.140 y para otro tipo de estado civil (unión libre, viudo, separados, divorciado) la media es de 21.3 y una desviación estándar de 2.887 (ver resultados de la Tabla 11).

Tabla 11. Descriptivos estado civil – ecuanimidad

		Estado civil	Estadístico	Error estándar
Ecuanimidad	Soltero	Media	21.20	1.530
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	16.95
			Límite superior	25.45
		Media recortada al 5%	21.17	
		Mediana	22.00	
		Varianza	11.700	
		Desviación estándar	3.421	
		Mínimo	17	
		Máximo	26	
		Rango	9	
		Rango intercuartil	6	
		Asimetría	.280	.913

	Curtosis		-0.090	2.000
Casado	Media		21.00	1.464
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	17.54	
		Límite superior	24.46	
	Media recortada al 5%		21.17	
	Mediana		21.50	
	Varianza		17.143	
	Desviación estándar		4.140	
	Mínimo		13	
	Máximo		26	
	Rango		13	
	Rango intercuartil		5	
	Asimetría		-0.918	.752
	Curtosis		.854	1.481
Otros	Media		21.33	1.667
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	14.16	
		Límite superior	28.50	
	Media recortada al 5%		.	
	Mediana		23.00	
	Varianza		8.333	
	Desviación estándar		2.887	
	Mínimo		18	

Máximo	23	
Rango	5	
Rango intercuartil	.	
Asimetría	-1.732	1.225
Curtosis	.	.

6.2.3. Sentirse bien solo

En los solteros el sentirse bien solo tiene un puntaje de 18.00 con una desviación estándar de 4.123, para los casados una media de 18.13 y una desviación estándar de 3.091 y para otro tipo de estado civil (unión libre, viudo, separados, divorciado) la media es de 17.000 y una desviación estándar de 2.646 (ver resultados de la Tabla 12).

Tabla 12. Descriptivos estado civil – sentirse bien solo

		Estado civil	Estadístico	Error estándar
Sentirse bien solo	Soltero	Media	18.00	1.844
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	12.88
			Límite superior	23.12
		Media recortada al 5%	18.22	
		Mediana	19.00	
		Varianza	17.000	
		Desviación estándar	4.123	

	Mínimo		11	
	Máximo		21	
	Rango		10	
	Rango intercuartil		7	
	Asimetría		-1.712	.913
	Curtosis		3.090	2.000
Casado	Media		18.13	1.093
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	15.54	
		Límite superior	20.71	
	Media recortada al 5%		18.25	
	Mediana		18.50	
	Varianza		9.554	
	Desviación estándar		3.091	
	Mínimo		13	
	Máximo		21	
	Rango		8	
	Rango intercuartil		6	
	Asimetría		-.581	.752
	Curtosis		-1.122	1.481
Otros	Media		17.00	1.528
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	10.43	
		Límite superior	23.57	

Media recortada al 5%	.	
Mediana	18.00	
Varianza	7.000	
Desviación estándar	2.646	
Mínimo	14	
Máximo	19	
Rango	5	
Rango intercuartil	.	
Asimetría	-1.458	1.225
Curtosis	.	.

6.2.4. Confianza en sí mismo

Frente al ítem confianza en sí mismo evidenciado para los 16 sujetos encuestados arrojó que en los solteros la confianza en sí mismo tiene un puntaje de 40.60 con una desviación estándar de 6.289, para los casados una media de 42.75 y una desviación estándar de 4.234 y para otro tipo de estado civil (unión libre, viudo, separados, divorciado) la media es de 32.67 y una desviación estándar de 10.504 (ver resultados de la Tabla 13).

Tabla 13. Descriptivos estado civil – confianza en sí mismo

		Estado civil	Estadístico	Error estándar	
Confianza en sí mismo	Soltero	Media	40.60	2.804	
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	32.82	
			Límite superior	48.38	
		Media recortada al 5%	40.72		
		Mediana	42.00		
		Varianza	39.300		
		Desviación estándar	6.269		
		Mínimo	31		
		Máximo	48		
		Rango	17		
		Rango intercuartil	11		
		Asimetría	-.790	.913	
		Curtosis	1.336	2.000	
		Casado	Media	42.75	1.497
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior		39.21		
	Límite superior		46.29		
Media recortada al 5%	42.83				
Mediana	42.50				
Varianza	17.929				

	Desviación estándar		4.234	
	Mínimo		35	
	Máximo		49	
	Rango		14	
	Rango intercuartil		5	
	Asimetría		-.476	.752
	Curtosis		.754	1.481
Otros	Media		32.67	6.064
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	6.57	
		Límite superior	58.76	
	Media recortada al 5%		.	
	Mediana		33.00	
	Varianza		110.333	
	Desviación estándar		10.504	
	Mínimo		22	
	Máximo		43	
	Rango		21	
	Rango intercuartil		.	
	Asimetría		-.143	1.225
	Curtosis		.	.

6.2.5. Perseverancia

Frente al ítem perseverancia evidenciado para los 16 sujetos encuestados arrojó que en los solteros la perseverancia tiene un puntaje de 36.40 con una desviación estándar de 8.385, para los casados una media de 40.38 y una desviación estándar de 4.984 y para otro tipo de estado civil (unión libre, viudo, separados, divorciado) la media es de 37.67 y una desviación estándar de 4.933 (ver resultados de la Tabla 14).

Tabla 14. Descriptivos estado civil – perseverancia

		Estado civil	Estadístico	Error estándar
Perseverancia	Soltero	Media	36.40	3.750
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	25.99
			Límite superior	46.81
		Media recortada al 5%	36.39	
		Mediana	36.00	
		Varianza	70.300	
		Desviación estándar	8.385	
		Mínimo	26	
		Máximo	47	
		Rango	21	
		Rango intercuartil	16	
		Asimetría	.060	.913

	Curtosis		-1.384	2.000
Casado	Media		40.38	1.762
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	36.21	
		Límite superior	44.54	
	Media recortada al 5%		40.25	
	Mediana		40.00	
	Varianza		24.839	
	Desviación estándar		4.984	
	Mínimo		35	
	Máximo		48	
	Rango		13	
	Rango intercuartil		10	
	Asimetría		.377	.752
	Curtosis		-1.308	1.481
Otros	Media		37.67	2.848
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	25.41	
		Límite superior	49.92	
	Media recortada al 5%		.	
	Mediana		40.00	
	Varianza		24.333	
	Desviación estándar		4.933	
	Mínimo		32	

Máximo	41	
Rango	9	
Rango intercuartil	.	
Asimetría	-1.652	1.225
Curtosis	.	.

6.3. Resultados descriptivos según el nivel educativo

6.3.1. Satisfacción

Frente al nivel de satisfacción evidenciado para los sujetos encuestados arrojó que en los de primaria y bachillerato la satisfacción tiene una media de 16.33 y una desviación estándar de 2.872, para los de nivel educativo técnico o profesional una media de 19.00 y una desviación estándar de 1.732 y para los de nivel especialista la satisfacción personal fue la media de 19.25 y una desviación estándar de 1.258 (ver resultados de la Tabla 15).

Tabla 15. Descriptivos nivel educativo – satisfacción

		Nivel educativo	Estadístico	Error estándar
Satisfacción	Primaria y bachillerato	Media	16.33	.957
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	14.13
			Límite superior	18.54
		Media recortada al 5%	16.26	

	Mediana		16.00	
	Varianza		8.250	
	Desviación estándar		2.872	
	Mínimo		13	
	Máximo		21	
	Rango		8	
	Rango intercuartil		6	
	Asimetría		.466	.717
	Curtosis		-.875	1.400
Técnico o profesional	Media		19.00	1.000
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	14.70	
		Límite superior	23.30	
	Media recortada al 5%		.	
	Mediana		18.00	
	Varianza		3.000	
	Desviación estándar		1.732	
	Mínimo		18	
	Máximo		21	
	Rango		3	
	Rango intercuartil		.	
	Asimetría		1.732	1.225
	Curtosis		.	.
Especialista	Media		19.25	.629

95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	17.25	
	Límite superior	21.25	
Media recortada al 5%		19.22	
Mediana		19.00	
Varianza		1.583	
Desviación estándar		1.258	
Mínimo		18	
Máximo		21	
Rango		3	
Rango intercuartil		2	
Asimetría		1.129	1.014
Curtosis		2.227	2.619

6.3.2. Ecuanimidad

Frente al nivel de ecuanimidad evidenciado para los sujetos encuestados arrojó que en los de primaria y bachillerato la ecuanimidad tiene una media de 21.11 y una desviación estándar de 3.180, para los de nivel educativo técnico o profesional una media de 18.33 y una desviación estándar de 5.033 y para los de nivel especialista la ecuanimidad fue la media de 23.25 y una desviación estándar de 1.893, siendo éste el más alto denotando que los especialistas son más ecuanímenes (ver resultados de la Tabla 16).

Tabla 16. Descriptivos nivel educativo – ecuanimidad

		Nivel educativo	Estadístico	Error estándar	
Ecuanimidad	Primaria y bachillerato	Media	21.11	1.060	
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	18.67	
			Límite superior	23.56	
		Media recortada al 5%	21.07		
		Mediana	20.00		
		Varianza	10.111		
		Desviación estándar	3.180		
		Mínimo	17		
		Máximo	26		
		Rango	9		
		Rango intercuartil	6		
		Asimetría	.260	.717	
		Curtosis	-1.574	1.400	
		Técnico o profesional		Media	18.33
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior			5.83	
	Límite superior			30.84	
Media recortada al 5%	.				
Mediana	19.00				
Varianza	25.333				

	Desviación estándar	5.033	
	Mínimo	13	
	Máximo	23	
	Rango	10	
	Rango intercuartil	.	
	Asimetría	-.586	1.225
	Curtosis	.	.
Especialista	Media	23.25	.946
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	20.24
		Límite superior	26.26
	Media recortada al 5%	23.17	
	Mediana	22.50	
	Varianza	3.583	
	Desviación estándar	1.893	
	Mínimo	22	
	Máximo	26	
	Rango	4	
	Rango intercuartil	3	
	Asimetría	1.659	1.014
	Curtosis	2.615	2.619

6.3.3. Sentirse bien solo

Frente al nivel de sentirse bien solo evidenciado para los sujetos encuestados arrojó que en los de primaria y bachillerato sentirse bien solo tiene una media de 17.00 y una desviación estándar de 3.841, para los de nivel educativo técnico o profesional una media de 17.67 y una desviación estándar de 1.155 y para los de nivel especialista la sentirse bien solo fue la media de 20.00 y una desviación estándar de 1.414, siendo éste el más alto denotando que los especialista se sienten bien solos (ver resultados de la Tabla 17).

Tabla 17. Descriptivos nivel educativo – sentirse bien solo

		Nivel educativo	Estadístico	Error estándar	
Sentirse bien solo	Primaria y bachillerato	Media	17.00	1.280	
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	14.05	
			Límite superior	19.95	
		Media recortada al 5%	17.11		
		Mediana	18.00		
		Varianza	14.750		
		Desviación estándar	3.841		
		Mínimo	11		
		Máximo	21		
		Rango	10		
Rango intercuartil	8				

	Asimetría		-0.323	.717
	Curtosis		-1.575	1.400
Técnico o profesional	Media		17.67	.667
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	14.80	
		Límite superior	20.54	
	Media recortada al 5%		.	
	Mediana		17.00	
	Varianza		1.333	
	Desviación estándar		1.155	
	Mínimo		17	
	Máximo		19	
	Rango		2	
Rango intercuartil		.		
	Asimetría		1.732	1.225
	Curtosis		.	.
Especialista	Media		20.00	.707
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	17.75	
		Límite superior	22.25	
	Media recortada al 5%		20.06	
	Mediana		20.50	
	Varianza		2.000	
	Desviación estándar		1.414	

Mínimo	18	
Máximo	21	
Rango	3	
Rango intercuartil	3	
Asimetría	-1.414	1.014
Curtosis	1.500	2.619

6.3.4. Confianza en sí mismo

Frente al nivel de confianza en sí mismo evidenciado para los sujetos encuestados arrojó que en los de primaria y bachillerato la confianza en sí mismo tiene una media de 39.11 y una desviación estándar de 5.302, para los de nivel educativo técnico o profesional una media de 38.67 y una desviación estándar de 14.572 y para los de nivel especialista la confianza en sí mismo fue la media de 43.75 y una desviación estándar de 1.708, siendo éste el más alto denotando que los especialistas tienen un alto nivel de confianza en sí mismos (ver resultados de la Tabla 18).

Tabla 18. Descriptivos nivel educativo – confianza en sí mismo

		Nivel educativo	Estadístico	Error estándar
Confianza en sí mismo	Primaria y bachillerato	Media	39.11	1.767
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	35.04
			Límite superior	43.19

	Media recortada al 5%	39.07	
	Mediana	41.00	
	Varianza	28.111	
	Desviación estándar	5.302	
	Mínimo	31	
	Máximo	48	
	Rango	17	
	Rango intercuartil	8	
	Asimetría	-.054	.717
	Curtosis	-.328	1.400
Técnico o profesional	Media	38.67	8.413
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2.47
		Límite superior	74.86
	Media recortada al 5%	.	
	Mediana	45.00	
	Varianza	212.333	
	Desviación estándar	14.572	
	Mínimo	22	
	Máximo	49	
	Rango	27	
Rango intercuartil	.		
Asimetría	-1.586	1.225	
Curtosis	.	.	

Especialista	Media		43.75	.854
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	41.03	
		Límite superior	46.47	
	Media recortada al 5%		43.72	
	Mediana		43.50	
	Varianza		2.917	
	Desviación estándar		1.708	
	Mínimo		42	
	Máximo		46	
	Rango		4	
	Rango intercuartil		3	
	Asimetría		.753	1.014
	Curtosis		.343	2.619

6.3.5. Perseverancia

Frente al nivel de perseverancia evidenciado para los sujetos encuestados arrojó que en los de primaria y bachillerato la perseverancia tiene una media de 36.44 y una desviación estándar de 6.307, para los de nivel educativo técnico o profesional una media de 43.00 y una desviación estándar de 3.00 y para los de nivel especialista la perseverancia fue la media de 40.25 y una desviación estándar de 6.021, siendo éste el más alto denotando que los especialistas tienen un alto nivel de confianza en sí mismos (ver resultados de la Tabla 19).

Tabla 19. Descriptivos nivel educativo – perseverancia

		Nivel educativo	Estadístico	Error estándar		
Perseverancia	Primaria y bachillerato	Media	36.44	2.102		
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	31.60		
			Límite superior	41.29		
		Media recortada al 5%	36.44			
		Mediana	36.00			
		Varianza	39.778			
		Desviación estándar	6.307			
		Mínimo	26			
		Máximo	47			
		Rango	21			
		Rango intercuartil	9			
		Asimetría	-0.020	.717		
		Curtosis	-1.113	1.400		
		Técnico o profesional		Media	43.00	1.732
				95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	35.55
Límite superior	50.45					
Media recortada al 5%	.					
Mediana	43.00					
Varianza	9.000					

	Desviación estándar	3.000	
	Mínimo	40	
	Máximo	46	
	Rango	6	
	Rango intercuartil	.	
	Asimetría	.000	1.225
	Curtosis	.	.
Especialista	Media	40.25	3.010
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	30.67
		Límite superior	49.83
	Media recortada al 5%	40.11	
	Mediana	39.00	
	Varianza	36.250	
	Desviación estándar	6.021	
	Mínimo	35	
	Máximo	48	
	Rango	13	
	Rango intercuartil	11	
	Asimetría	.762	1.014
	Curtosis	-1.571	2.619

7. Discusión de resultados

Los resultados encontrados en la presente investigación en las que se encuentra una alta tendencia a presentar conductas resilientes en todos los pacientes consultados (con puntuaciones superiores a las medias de la prueba), contrastan con el estudio realizado por Álamo, Caldera, Cardozo & González (2012), quienes en la aplicación de un test a un grupo de 100 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer en Venezuela encontraron que estos pacientes no poseían las fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnóstico de su enfermedad, lo que lleva a deducir que dichos pacientes no han logrado desarrollar, en el transcurso de sus vidas, conductas resilientes; caso contrario sucedió en la investigación de Guil et al. (2016), en donde se encontró que entre bienestar psicológico, optimismo disposicional y resiliencia existen altos niveles en mujeres con cáncer de mama, lo cual está en plena concordancia con los resultados encontrados en la presente investigación donde todos los participantes evidenciaron puntuaciones superiores a la media de la prueba.

Responder positivamente ante una enfermedad como el cáncer, que indudablemente representa un riesgo potencial para la salud, es una muestra de resiliencia, así lo han señalado investigaciones como la de Luthar, Cicinatti y Becker (2000) & la Rutter (2006), por ejemplo, y esto es lo que mostraron los 16 pacientes que participaron en este estudio, pues en ellos se evidenció un sentimiento de confianza y perseverancia positivo ante la enfermedad, lo que es un indicativo de resiliencia, aunque cabe decir que los pacientes de sexo masculino se mostraron más resilientes que las mujeres con respecto a su enfermedad.

En general, estos 16 pacientes diagnosticados con cáncer, según lo que se pudo advertir en los resultados descriptivos de los componentes “confianza en sí mismo” (habilidad para creer en sí mismo y en las propias capacidades) y “perseverancia” (persistencia ante la adversidad o el desaliento y a tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina) especialmente, los cuales presentaron la mayor puntuación, han tenido la capacidad de generar respuestas positivas de crecimiento y maduración personal, aunque no negando en ningún momento la experiencia de adversidad que han tenido que afrontar por causa de la enfermedad, dándole un significado o sentido a ésta; esto concuerda con lo establecido en el estudio de Guil, Zayas, Gil, Guerrero, González y Mestre (2016), quienes han dicho que aquellos pacientes que padecen alguna enfermedad crónica como el cáncer “y que muestran mayores niveles de resiliencia o mayor crecimiento postraumático aprovechan los aspectos positivos que pueden extraer de la enfermedad” (p. 136). En otras palabras, estos pacientes, junto con sus familias, han afrontado con pensamientos positivos el diagnóstico de cáncer de mama, han atribuido lo sucedido a causas externas a ellos, inestables en el tiempo, y controlable en la mayoría de las veces, sobre todo por los tratamientos a los que han sido sometidos.

Los resultados de este estudio, por ejemplo, mostraron que el diagnóstico de cáncer en los 16 pacientes que participaron en la investigación efectivamente cambió los comportamientos de los propios pacientes, cuestión que ha sido apreciada en otras investigaciones como la de Rolland (2005), en la que se señala que en el momento de un diagnóstico médico de una enfermedad grave, por lo general, el desarrollo normal del paciente cambia y se crea un significado particular para la experiencia de la enfermedad que promueve un sentido de competencia y dominio, en

especial porque se experimenta, podría decirse, una traición de la confianza en el propio cuerpo y la creencia en la invulnerabilidad.

Se pudo establecer también que la resiliencia en los 16 pacientes diagnosticados con cáncer que participaron en este estudio está estrechamente relacionada con las características demográficas de cada uno de ellos, es decir, influye en la resiliencia el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, entre otras variables, tal y como puede leerse en las conclusiones de este estudio, resultado que es contrario a lo concluido en otras investigaciones similares como la de Quiceno & Vinaccia (2012), quienes señalaron que “la resiliencia es completamente independiente de variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel educativo, el estrato socioeconómico, el estado civil, la ocupación y el tratamiento farmacológico” (p. 99).

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales en las familias. Las condiciones crónicas y que amenazan la vida plantean algunos de los mayores desafíos de la vida. El impacto del diagnóstico de cáncer, por ejemplo, repercute en todo el sistema familiar. La calidad de vida se deteriora para algunas familias y miembros, mientras que otras son resistentes y salen adelante con la situación, en otras palabras, son más resilientes.

La resiliencia implica, como lo expresan Quiñones (2007), Wagnild & Young (1993) y Cyrulnik, Manciaux, Sánchez & Colmenares (2002), resistencia a las experiencias de riesgo ambiental o al estrés y la adversidad, y está relacionada con las diferencias individuales en la respuesta de las personas al estrés, además de los factores de protección. Los factores de riesgo son las situaciones estresantes de la vida y, en el caso de las enfermedades crónicas como el

cáncer está además la dificultad para tratarlas; de este modo, la no aceptación de la enfermedad o la no adhesión a los tratamientos médicos se consideran factores de riesgo que afectan la recuperación; además, existen condiciones sociales y económicas, como el desempleo y la incapacidad por ejemplo, además de pérdidas afectivas, depresión y ansiedad que puede consistir en una carga emocional y que exige cuidados constantes y procesos de adaptación.

El cáncer representa, sin lugar a dudas, una serie de eventos potencialmente traumáticos que comienzan en el momento mismo de la evaluación. Las personas sanas pueden percibir, de acuerdo con Molina, Yi, Martínez, Reding, Yi-Frazier & Rosenberg (2014), un gran estrés por el potencial de un diagnóstico potencialmente mortal. Los pacientes recientemente diagnosticados deben hacer frente a muchos cambios de vida y continuar adaptándose durante el tratamiento. Los sobrevivientes, por su parte, enfrentan desafíos adicionales con el ajuste a su nueva normalidad y el mayor riesgo de malos resultados físicos y psicosociales. Los pacientes que se enfrentan a la muerte debido a su enfermedad también encuentran desafíos a medida que luchan por mantener una perspectiva positiva o encontrar sentido al final de la vida.

En el caso de los 16 pacientes que participaron en este estudio se determinó, como se señaló en los resultados, esa resistencia (resiliencia) a la experiencia de riesgo en su salud, al estrés y, por tanto, la adversidad, aunque cada uno de manera distinta en su propia individualidad; es más, la enfermedad ha sido tratada en estos pacientes con facilidad, pues la han aceptado positivamente, se han adherido a los tratamientos médicos, lo que ha influido de manera significativa en su recuperación; igualmente, sus condiciones sociales y económicas favorables,

como por ejemplo el empleo y la no incapacidad generada por la enfermedad, y el apoyo recibido por parte de las familias, ha hecho que la carga emocional sea más llevadera.

8. Conclusiones

Los resultados de este estudio mostraron que la satisfacción y el sentirse bien solos son los dos factores que puntuaron más bajo en la aplicación de la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993) en los 16 pacientes diagnosticados con cáncer que participaron en este estudio, es decir, son los que muestran menor resiliencia, mientras que la confianza y la perseverancia fueron los de mayor puntuación, o sea, los indicativos de mayor resiliencia en estos pacientes con cáncer.

En general, los pacientes muestran puntuaciones por encima de la media de la prueba, lo que quiere decir que tienden hacia la resiliencia a pesar de su enfermedad, lo cual se ha evidenciado en investigaciones internacionales.

En cuanto al sexo, los hombres son más resilientes que las mujeres con respecto a su enfermedad: son más ecuanímenes, se sienten mejor solos, tienen más confianza en sí mismos y son más perseverantes, aunque las mujeres son las que muestran sentir más satisfacción personal, es decir, comprenden más el significado de la vida y cómo se contribuye a ésta.

Con relación al estado civil, sienten más satisfacción los pacientes que están solteros; son más ecuanímenes quienes tienen un estado civil distinto a ser solteros o casados, es decir, aquellos que viven en unión libre, son viudos, separados o divorciados; se sienten mejor solos, tienen más confianza en sí mismos y son más perseverantes aquellos pacientes que están casados.

Y respecto al nivel educativo, sienten más satisfacción, son más ecuánimes, se sienten bien solos y tienen más confianza en sí mismos los pacientes especialistas, es decir, aquellos que han alcanzado un nivel educativo superior de estudios, mientras que son más perseverantes aquellos pacientes que son técnicos o profesionales.

Bibliografía

- Acinas A., M. P. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría biológica*, 21(2), 65-71.
- Álamo, G., Caldera, M. F., Cardozo, M. J., & González, Y. (2012). Resiliencia en personas con cáncer. *Revista Arbitrada Formación Gerencial*, 11(2), 268-294.
- Amarís M, M., Madariaga O., C., Valle A., M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Arango R., A. (2006). *Manual de estrategias psicológicas para pacientes entre 40 y 55 años de edad diagnosticadas con cáncer de mama*. Envigado: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Asprilla L., R. (2000). *Calidad de vida física y psicológica en mujeres de estrato socioeconómico bajo del Área metropolitana de Medellín que padecen cáncer de cérvix en etapa terminal*. Envigado: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Broche P., Y., & Medina, W. R. (2011). *Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la Psicooncología*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/4068>

- Brody, A. C., & Simmons, L. A. (2007). Family resiliency during childhood cancer: the father's perspective. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(3), 152-165.
- Calderón H., L. (2008). *Estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes en mujeres mastectomizadas con posibilidad de realizarse una cirugía reconstructiva de mama por cáncer, en la institución Fundayama Medellín 2008*. Envigado: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Camacho V., D. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia mexicana en población del norte de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 78-83.
- Crombie, P., López, M., Mesa, M., & Samper, L. (2015). *Adaptación de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young*. Bogotá: Universidad de Los Andes.
- Cyrułnik, B., Manciaux, M., Sánchez, E., & Colmenares, M. (2002). *La resiliencia: desvictimizar la víctima*. Cali: Rafue.
- Domínguez de la O., E. (2002). *La resiliencia, una mirada al fenómeno del desplazamiento: un camino hacia la paz*. Bogotá: Paz y salud mental en Colombia.
- Frigerio, G. (2002). *Educación, ciudadanía y participación: transformar las prácticas: el enfoque de resiliencia*. Buenos Aires: Noveduc Libros.

- Garassini, M. (2010). Resiliencia y familiares de pacientes oncológicos. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 9, 93-103.
- Garassini, M. (2015). Narrativas de familiares de pacientes con cáncer. *Revista CES Psicología* 8(2), 76-102.
- García J., J. (2013). *Efecto de un programa cognitivo-conductual en la resiliencia en niños con cáncer*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- González A., N. I., Nieto, D., & Valdez, J. L. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113.
- Grau, C., & Espada, M. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*, 9(1), 125-136.
- Grosser V., H. (2007). *El embarazo como un renacer: una intervención de Arte. Terapia en una mujer embarazada víctima de violencia intrafamiliar*. (Tesis de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte). Santiago de Chile: Universidad de Chile. Recuperado de http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/grosser_h/sources/grosser_h.pdf

Grotberg, E. (1997). *La resiliencia en acción. Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto de Resiliencia en Proyectos Sociales*. Argentina: Universidad Nacional de Lanús, Fundación Van Leer.

Guil, R., Zayas, A., Gil, P., Guerrero, C., González, S., & Mestre, J. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138.

Henderson, N., & Milstein, M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Buenos Aires: Paidós.

Hernández S., R., Fernández C., C., & Baptista L., P. (2004). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Hewitt R., N., Juárez, F., Parada B., A., Guerrero L., J., Romero C., Y., Salgado C., A., & Vargas A., M. (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140.

Infante, F. (2002). *Resiliencia: La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente*. Buenos Aires: Paidós.

Korc, M., Hubbard, S., Suzuki, T., & Jimba, M. (2016). *Salud, resiliente y seguridad humana: hacia la salud para todos*. New York: Organización Panamericana de la Salud.

Luthar, S. S., Cicinatti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 534-562.

Machuca, J. (2006). Resiliencia: una aproximación a la capacidad humana para afrontar la adversidad. *Diálogos, (2)*, 59-135.

Martín, M., Jiménez, M., & Fernández, E. (2010). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 3(4)*. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444.

Matos Á., D., & Mercerón F., Y. (2017). Potenciación de la capacidad de resiliencia en familiares de niños con cáncer mediante un programa de intervención psicosocial. *Medisan, 21(3)*, 361-370.

Montoya C., J. (2013). *Factores que determinan la respuesta a la pérdida de un ser querido*. Recuperado de <http://medicalia.ning.com/profiles/blogs/factores-que-determinan-la-respuesta-a-la-p-rdida-de-un-ser>

Molina, Y., Yi, J. C., Martínez G., J., Reding, K. W., Yi-Frazier, J. P., & Rosenberg, A. R.

(2014). Resilience Among Patients Across the Cancer Continuum: Diverse Perspectives.

Clinical Journal of Oncology Nursing, 18(1), 93-101.

Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica

en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82.

Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2012). Resiliencia y características sociodemográficas en

enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 87-104.

Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y

afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 590-619.

Quiñones R., M. (2007). *Resiliencia. Resignificación creativa de la adversidad*. Bogotá:

Universidad Distrital Francisco José de Caldas - Centro de Investigaciones y Desarrollo Científico.

Roa, C., Estrada, K., & Tobo, M. (2012). *Nivel de resiliencia en mujeres maltratadas por su*

pareja. *Contextos*, (8), 1-10.

- Román C., J., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Afrontamiento del cáncer: adaptación al español y validación del Mini-MAC en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 531-544.
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Supplement: Cancer Survivorship: Resilience Across the Lifespan*, 104(11), 2584-2595.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Sarason, I., & Sarason, B. (1996). *Psicología Anormal. El Problema de la Conducta Inadaptada*. México: Prentice Hall Inc.
- Tabares G., L. (2009). *Manifestaciones resilientes que permiten el afrontamiento de la enfermedad y la consecución de una mejor calidad pertenecientes a la Fundación Grupo de Vida del municipio de Medellín, durante el periodo 2008-2009*. Envigado: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Torres C., C. (2012). La resiliencia y su influencia en los policías víctimas del conflicto armado en Colombia. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(1), 137-141.

Tovar G., J. (2000). *Descripción de la influencia de las actividades hacia la muerte sobre los autoesquemas, de los pacientes diagnosticados de cáncer en fase terminal*. Envigado: Universidad Cooperativa de Colombia.

Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience. [Happiness is always possible. Building resilience]*. Paris: Bayard.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Medina, A., Castañeda, B., & Castelblanco, B. (2014). Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 61-70.

Wagnild, G., & Young, H. (1993). *Escala de resiliencia (ER)*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/ipsiasinstitutopsiquiatrico/39013071-escaladeresilienciadewagnildyoung>

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado

Yo, _____, identificado(a) con C.C. # _____, manifiesto que recibí explicación clara y completa del objeto de la prueba que se me hará y el propósito de su realización; igualmente declaro que recibí información sobre la forma como se utilizarán los resultados obtenidos.

De esta manera, doy mi consentimiento para que los resultados sean conocidos por parte de GLORIA EUGENIA MARTÍNEZ TRIANA, estudiante de Psicología de la Institución Universitaria de Envigado y, por su puesto, de la propia institución y de la Facultad de Ciencias Sociales.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Firma investigadora	Firma del(a) participante

Anexo B. Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993)

Ítems		En desacuerdo				De acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando planeo algo lo realizo							
2	Frente a un problema generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3	Dependo más de mí mismo(a) que de otras personas							
4	Es importante para mí mantenerme interesado(a) de las cosas que suceden a mi alrededor							
5	Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo							
6	Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas en mi vida							
7	Usualmente veo las cosas a largo plazo							
8	Soy amigo(a) de mí misma							
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10	Soy decidido(a)							
11	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12	Tomo las cosas una por una							
13	Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente							
14	Tengo autodisciplina							
15	Me mantengo interesado(a) en las cosas							
16	Por lo general encuentro algo de qué reírme							
17	El creer en mí mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles							
18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							
19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20	Algunas veces me obligo hacer cosas aunque no quiera							
21	Mi vida tiene significado							
22	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada							
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida							
24	Tengo la energía suficiente para llevar a cabo lo que tengo que hacer							
25	Acepto el que existan personas a las que no les agrado							