

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES ADULTOS QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA

Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Michele Stefano Roberto Belmont

Código 20102663

Asesora

Zoila Magaly Flores Giles

Lima – Perú

Enero de 2018

**RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD EN
PACIENTES ADULTOS QUE RECIBEN
QUIMIOTERAPIA**



TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción del problema.....	2
1.2 Justificación y relevancia.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 El cáncer: etiología y prevalencia	8
2.2 La quimioterapia como tratamiento para el cáncer.....	9
2.3 Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con cáncer: repercusión de la enfermedad y la quimioterapia en la calidad de vida del paciente.....	11
2.4 Resiliencia: definiciones y factores.....	12
2.5 Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes oncológicos.....	18
CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	22
3.1 Objetivos	22
3.2 Hipótesis.....	22
3.3 Definición de variables	22
3.3.1 Resiliencia.....	22
3.3.2 Calidad de vida relacionada con la salud	23
CAPÍTULO IV: MÉTODO.....	25
4.1 Tipo y diseño de investigación.....	25
4.2 Participantes	25
4.3 Técnicas de recolección de datos	28
4.3.1 Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER).....	28
4.3.2 Cuestionario de la Calidad de Vida SF-36.....	30
4.4 Procedimiento de recolección de datos.....	31
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	33
5.1 Estadísticos descriptivos	33

5.2 Estadísticos inferenciales	35
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES.....	45
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS.....	48



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diagnóstico clínico de los participantes.....	27
Tabla 2: Resultados descriptivos de la CVRS, sus dimensiones, componentes, los Factores de Resiliencia y el Total de Resiliencia	34
Tabla 3: <i>Correlaciones entre la CVRS, sus dimensiones, componentes, los Factores de resiliencia y el Total de Resiliencia</i>	35
Tabla 4: <i>Regresión lineal de los componentes de CVRS y la resiliencia</i>	37
Tabla 5: <i>Modelos de regresión lineal de las dimensiones de CVRS y la resiliencia</i>	38



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Ficha sociodemográfica.....	59
Anexo 2: Escala de resiliencia de Wagnild y Young.....	60
Anexo 3: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36.....	61
Anexo 4: Consentimiento informado.....	64
Anexo 5: Autorización para el uso de la Escala de Wagnild y Young adaptada por Novella (2002).....	65
Anexo 6: Autorización para el uso del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 validado por Salazar y Bernabé (2012).....	66
Anexo 7: Supuesto de multicolinealidad de las variables independientes.....	67
Anexo 8: Supuestos de regresión lineal simple (Componente de Salud Física).....	68
Anexo 9: Supuestos de regresión lineal simple (Función Física).....	69
Anexo 10: Supuestos de regresión lineal simple (Salud General).....	70
Anexo 11: Supuestos de regresión lineal simple (Vitalidad).....	71
Anexo 12: Supuestos de regresión lineal simple (Salud Mental).....	72

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el grado en que los factores de resiliencia predicen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes adultos que reciben quimioterapia. Se evaluó a 60 pacientes que se mantenían recibiendo un tratamiento de quimioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, empleando un método de muestreo por conveniencia. Se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Los resultados revelaron que es preferible trabajar con la Escala de Resiliencia partiendo de un factor unidimensional de resiliencia. Consecuentemente, se evidencia que la resiliencia tiene un rol predictivo estadísticamente significativo sobre cuatro de las ocho dimensiones de la CVRS.

Palabras clave: *Resiliencia, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, CVRS, Quimioterapia, Pacientes Oncológicos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*

ABSTRACT

The present study aimed to determine the extent to which resilience factors predict health-related quality of life (HRQoL) in adult patients receiving chemotherapy. A total of 60 patients who were receiving chemotherapy treatment at the National Institute of Neoplastic Diseases, were evaluated using a convenience sampling method. The Wagnild and Young Resilience Scale and the SF-36 Quality of Life Questionnaire were used for the evaluation. The results revealed that it is preferable to work with the Resilience Scale from a one-dimensional factor of Resilience. Consequently, there is evidence that resilience has a statistically significant predictive role over four of the eight dimensions of HRQoL.

Keywords: *Resilience, Health-Related Quality Of Life, HRQoL, Chemotherapy, Cancer Patients, National Institute of Neoplastic Diseases*

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El cáncer representa la quinta causa de mortalidad a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Se trata de una enfermedad que repercute en la salud física y mental de niños, adolescentes y adultos con una mayor o menor incidencia en cada país. En el año 2012, se estimó la aparición de 14.1 millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo. Asimismo, más de la mitad de las muertes asociadas con el cáncer ocurren en países con un nivel bajo o mediano de desarrollo humano (estimado con el Índice de Desarrollo Humano) (Cancer Research UK, 2016).

El tratamiento del cáncer incluye una serie de modalidades como son la cirugía, radioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y quimioterapia. Esta última, al ser suministrada sola o en combinación con otros tipos de tratamiento puede incrementar la expectativa de vida de los pacientes oncológicos. Lamentablemente este aumento de la sobrevivencia también suele asociarse con un incremento de la morbilidad (aparición de otras patologías), debido a sus efectos secundarios. Cabe destacar que los efectos de este tratamiento son diferentes en cada persona y dependen del tipo de cáncer, su ubicación, los medicamentos y la dosificación, además de la salud general del paciente (Pascaline, 2013; American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2015).

Los efectos secundarios de la quimioterapia repercuten negativamente en distintas regiones y sistemas del organismo. Entre ellos se destacan las alteraciones en el sistema digestivo, como las náuseas y vómitos, diarreas, estreñimiento o alteraciones en la mucosa de la boca. En cuanto al funcionamiento de la médula ósea puede surgir un descenso de glóbulos rojos, leucocitos o plaquetas. Frecuentemente se registran alteraciones en el cabello, piel y uñas. Incluso pueden presentarse alteraciones neurológicas, cardíacas, de la vejiga urinaria, renales, en la sexualidad y fertilidad (independientemente del género) (Asociación Española Contra el Cáncer [AECC], 2015).

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, 2015), determina la razón por la cual la quimioterapia conlleva tantos efectos secundarios, de la siguiente manera:

La quimioterapia actúa en células activas. Las células activas son células que están creciendo y dividiéndose en más células del mismo tipo. Las células cancerosas están activas, pero también lo están algunas células saludables. Estas incluyen células en la sangre, boca, sistema digestivo y folículos pilosos. Por tanto, los efectos secundarios surgen cuando la quimioterapia daña estas células saludables (párr.2).

En el Perú, se han registrado un total de 109,914 casos de cáncer durante el periodo 2006-2011, siendo los cánceres más comunes el de cérvix, estómago, mama, piel y próstata en el caso de los adultos, mientras que en niños menores de 15 años, los cánceres de mayor incidencia son los referidos al sistema hematopoyético y reticuloendotelial, de encéfalo, de ojo y anexos, de los ganglios linfáticos y de los huesos, cartílagos y articulaciones. A su vez, en el 2011 se dieron 30,792 fallecimientos por cáncer en todo el país, determinando una tasa de mortalidad de 107 muertes por cada 100,000 habitantes (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2013).

Los departamentos con mayores tasas de mortalidad por cáncer son Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín (DGE, 2013). La mortalidad por cáncer varía según ubicaciones geográficas. Así, por ejemplo, existe una mayor incidencia de cáncer de estómago en departamentos de la sierra como Pasco y Cuzco; mientras que, en algunos departamentos de la selva como Madre de Dios y Apurímac se registra un índice de mortalidad mayor asociado con el cáncer de hígado. En el caso de Lima, hay una alta incidencia de cáncer de pulmón y cáncer de mama (DGE, 2013).

En cuanto a la capacidad de atención y tratamiento de pacientes con cáncer, el informe de la Dirección General de Epidemiología, titulado “Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013”, esclarece que “los recursos humanos especializados en oncología y anatomía patológica se encuentran concentrados en Lima, Arequipa y La Libertad. Los servicios más

concentrados son los de radioterapia y trasplante de médula ósea” (DGE, 2013, p. 13).

Gran parte de la atención de pacientes con enfermedades oncológicas en Lima se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Considerado como el centro de mayor especialización y trayectoria en este rubro de la salud (Salazar, Regalado, Navarro, Montanez, Abugattas y Vidaurre, 2013). Es así que; por ejemplo, en el mes de abril del 2017 se han llevado un total de 33,603 consultas externas en el INEN, registrándose 1,454 nuevas historias clínicas. A su vez, se realizan en promedio 140.3 aplicaciones de quimioterapia a diario en adultos y 48.1 a nivel de pediatría (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2017).

De acuerdo con lo antes descrito, una enfermedad oncológica y su tratamiento conllevan una afección negativa en la salud emocional y psicológica de la persona, que se traduce en un cambio en su calidad de vida y la de sus familiares (Tian y Hong, 2014; Chanduví, Granados, García y Fanning, 2015). La OMS define la calidad de vida como “la percepción subjetiva que tiene un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus metas, expectativas y preocupaciones” (como se citó en Talepasand, Pooragha y Kazemi, 2013, p. 222). No obstante, al referirse a personas que padecen de una enfermedad neoplásica, es preferible hablar de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Se trata pues de una “variable multidimensional que incluye la calidad de vida experimentada generalmente, el funcionamiento (p.e. funcionamiento emocional y físico), síntomas generales de cáncer (p.e. fatiga y dolor) y síntomas específicos de cáncer (p.e. sequedad en la boca)” (Van der Meulen et al., 2014, p. 593).

Por otro lado, existen condiciones personales o individuales que hacen la diferencia entre los pacientes que llevan mejor el tratamiento y, en el mejor de los casos, que experimentan una menor afección. Estas formas distintas de vivenciar la misma situación pueden estar relacionadas con la resiliencia; entendida como, la capacidad que permite a personas en condiciones semejantes percibir su calidad de vida de forma diferente. En específico, puede influir en la percepción del individuo acerca de su estado de salud o el

proceso de una enfermedad. La resiliencia, por tanto, puede conceptualizarse como la capacidad de un individuo para conservar su bienestar físico y psicológico al afrontar una adversidad (Talepasand et al., 2013; Tian y Hong, 2014).

Esto se vincula con la investigación conducida por de Ocampo et al. (2011), quiénes analizaron la relación y el rol predictivo de ciertas variables psicológicas con la calidad de vida en una muestra de 50 mujeres con cáncer de mama. Así entre sus hallazgos principales, encontraron una relación directa entre la resiliencia y la calidad de vida de las pacientes evaluadas; y específicamente, los factores de resiliencia de uso del apoyo social, sentido de vida, identidad y fortaleza influyeron en el incremento de su calidad de vida. En concordancia, Di Giacomo et al. (2016) al investigar la resiliencia psicológica en una muestra de mujeres luego del diagnóstico de cáncer de mama, confirmaron que la resiliencia tiene una relevancia clínica sobre los tratamientos clínicos complejos de las pacientes (cirugías y/o intervenciones farmacológicas), resaltando el impacto positivo al confrontar el distrés y en el retorno a una vida normal. Así también, en nuestro medio Roselló y Sucari (2014), hallaron una correlación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la resiliencia en una muestra de 140 pacientes que se encontraban recibiendo quimioterapia.

Por lo tanto, el impacto psicológico que implica el tratamiento de quimioterapia en cada persona es distinto, siendo de gran interés para el presente estudio responder a la siguiente interrogante: ¿Los factores de la resiliencia pueden ser variables predictoras de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes oncológicos adultos que reciben quimioterapia?

De esta manera, se puede explorar la forma en que estos factores se relacionan y describir la influencia de ellos sobre la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes adultos que reciben un tratamiento de quimioterapia.

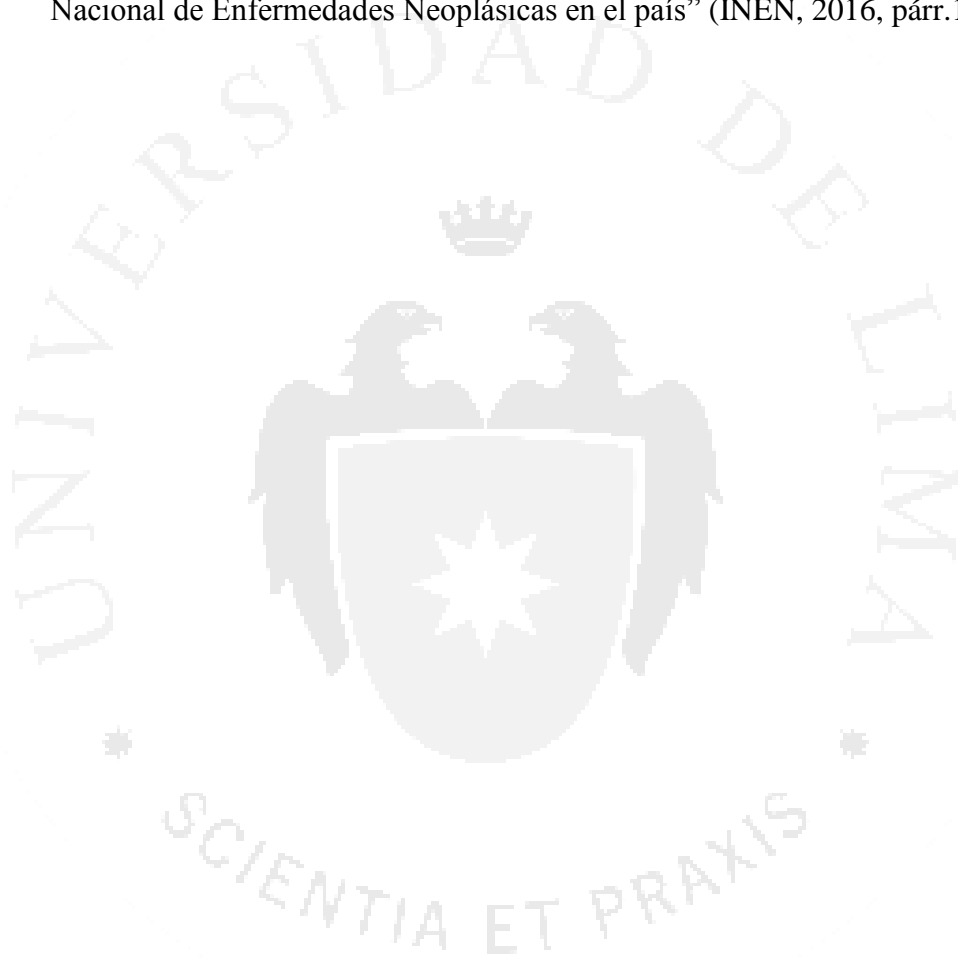
1.2 Justificación y relevancia

Tras una revisión de la literatura sobre los factores psicológicos involucrados en la repercusión del cáncer en la salud general y mental de las personas, se encuentra un número de investigaciones llevadas a cabo en el INEN que se han enfocado en variables como la calidad de vida de los pacientes, su bienestar psicológico, ajuste mental, estilos de afrontamiento, entre otras (Trigoso, 2009; Liron, 2009; Laos, 2010; Torres, 2011; Becerra y Otero, 2013; Roselló y Sucari, 2014). Sin embargo, no se ha determinado el grado en que los factores de resiliencia (variables explicativas) podría permitir hacer predicciones sobre la CVRS de un paciente (variable de respuesta). A su vez, si bien se ha trabajado con pacientes que cursan una quimioterapia (sobre todo en el caso del cáncer de mama), no se ha ahondado en el estudio de algunas de las variables mencionadas en pacientes adultos que reciben quimioterapia. Es en este sentido que se encuentra en primer lugar un valor teórico relevante, permitiendo cubrir ciertos vacíos de conocimiento detectados, además de contar con la posibilidad de brindar recomendaciones en base a las relaciones encontradas entre las variables de estudio, para estudios futuros en el contexto institucional determinado.

Desde el punto de vista de la relevancia social, en caso se encuentren resultados favorables al llevar a cabo un procedimiento de regresión lineal múltiple entre las variables destacadas, se confirmaría que los factores de resiliencia son recursos que permitirían sobrellevar enfermedades oncológicas y predecir niveles de la calidad de vida (Ocampo et al., 2011). De esta manera, se podrían determinar los componentes básicos a tomar en cuenta en el diseño y elaboración de un “Programa de Fortalecimiento de la Resiliencia” que repercuta en la CVRS de los distintos pacientes adultos que se encuentran recibiendo un tratamiento por quimioterapia de forma ambulatoria, a partir de una invitación libre y otorgada semanalmente. Que funcione como un grupo de trabajo semi-abierto, se utilice una metodología teórico-práctica y que cada sesión tenga una duración de al menos una hora y media.

Asimismo, se podrían establecer ciertas directrices para la conformación de un grupo semi-abierto de apoyo para pacientes adultos que hayan pasado por un proceso de quimioterapia o que se encuentren cursando

uno en la actualidad, con el objetivo de reforzar los factores de la resiliencia que puedan predecir una mejor CVRS. Esto último, siguiendo el ejemplo del “Club de la mama” del INEN, grupo de apoyo compuesto por mujeres que padecen o han padecido de cáncer a la mama y que “ayudan a evitar que otras mujeres no atraviesen por lo mismo; ello como parte de las acciones de prevención y promoción de la salud” (INEN, 2012, párr.4) y que en la actualidad “continúan ampliando su campo de acción en apoyo a las estrategias de prevención y control del cáncer que impulsa el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el país” (INEN, 2016, párr.1).



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 El cáncer: etiología y prevalencia

El cáncer es una enfermedad en la cual un grupo de células anormales crecen de forma descontrolada sin seguir con los patrones normales de división celular y se diseminan por distintos tejidos del organismo. Esta concepción se aplica a más de 300 enfermedades. En un aspecto de normalidad, las células sanas reciben señales que dictaminan si es que deben dividirse, diferenciarse en otra célula o morir. En cambio, las células cancerígenas se desarrollan independientemente de estas señales, resultando un crecimiento y proliferación descontrolados. El permitir que esta proliferación continúe y se expanda, puede llevar a consecuencias fatales. Específicamente, la gran mayoría de muertes relacionadas con el cáncer se deben al proceso de propagación tumoral, conocido también como metástasis (Hejmadi, 2010; National Cancer Institute [NCI], 2015).

Se le considera una enfermedad genética; es decir, que es causada por cambios en los genes que controlan la manera que las células funcionan, sobre todo en cuanto a sus patrones de crecimiento y división. Las cargas genéticas que llevan a la aparición del cáncer; por un lado, pueden ser heredadas de los padres (mutaciones heredadas), así también pueden surgir como el resultado de errores ocurridos en la división celular, según cambios hormonales, mutaciones en relación al metabolismo, problemas inmunitarios, o debido el daño del ADN ocasionado por una serie de exposiciones ambientales. Entre estos factores de exposición ambiental se encuentran las sustancias; tales como, los químicos en el humo del tabaco; la radiación, proveniente por ejemplo de los rayos ultravioletas del sol. El llevar una alimentación deficiente y el contacto con organismos infecciosos, puede conducir a la aparición de esta enfermedad. En términos generales, las células cancerígenas tienen una mayor carga genética que las células normales, resultado de las mutaciones del ADN. Algunas de estas cargas, pueden no tener nada que ver con el cáncer; en cambio, pueden ser el resultado de la propia enfermedad más que su causa

(American Cancer Society [ACS], 2012; NCI, 2015; Siegel, Miller y Jermal, 2016).

De esta manera, el cáncer representa un grave problema mundial de salud, llegando a ser la segunda causa de muerte por enfermedades a nivel global y la tercera en Latinoamérica “por las elevadas tasas de enfermedades infecciosas ya controladas en países del primer mundo” (Liron, 2009, p. 1). La Organización Mundial de la Salud, en el reporte de la Situación Global del Cáncer para el año 2014, resalta que ha habido un alza del peso del cáncer en todo el mundo a un aproximado de 14 millones de nuevos casos por año, cifra que podría escalar a más de 22 millones anuales en las dos décadas siguientes. En este mismo periodo, se predice que las muertes por cáncer podrían aumentar de los 8.2 millones de defunciones anuales en la actualidad a más de 13 millones. En el año 2012, los tipos de cáncer más comúnmente diagnosticados en todo el mundo fueron el cáncer al pulmón, a la mama y al intestino grueso; mientras que, los tipos de cáncer más letales llegaron a ser el cáncer al pulmón, al hígado y al estómago (OMS, 2014).

2.2 La quimioterapia como tratamiento para el cáncer

La quimioterapia es un tratamiento basado en el uso de fármacos cuya acción química permite lentificar o detener el crecimiento de las células cancerosas que se dividen rápidamente en el cuerpo (Chemocare, 2016a). Suele usarse como tratamiento primario para destruir estas células, es administrada antes de aplicar otro tratamiento para reducir un tumor, y se aplica luego de otros tratamientos con el objetivo de destruir las células restantes o para aliviar los síntomas de un cáncer avanzado. Esta modalidad de tratamiento puede ser administrada de forma oral (en pastillas o en líquidos), intravenosa, tópica, por inyecciones o por colocación directa (a través de una punción lumbar o con un dispositivo que se coloca debajo del cuero cabelludo). Además, en áreas de hospitalización se suele colocar en un gran número de pacientes un catéter central para administrar la quimioterapia, suministrar líquidos por vía intravenosa y obtener muestras de sangre (Cancer Treatment Centers Of America [CTCA], 2015).

Por otro lado, la duración del tratamiento de quimioterapia se vincula con una serie de factores subyacentes. Entre los que pueden mencionarse el tipo de enfermedad oncológica, la fase o estadio del cáncer, el tipo de fármacos a utilizarse, los posibles efectos secundarios de los mismos y el periodo de recuperación promedio ante dichas toxicidades (CTCA, 2015). En términos generales, la quimioterapia es administrada en ciclos; de modo que, se logre atacar a las células anormales cuando se encuentran más vulnerables y brindar un espacio temporal para que las células normales del organismo se recuperen del daño sufrido (Chemocare, 2016a).

Los aspectos cruciales vinculados con los ciclos de quimioterapia son la duración del ciclo, la frecuencia del ciclo y el número de ciclos (CTCA, 2015; Chemocare, 2016b). El primero implica que las aplicaciones del tratamiento pueden extenderse tan solo minutos, horas o días, de acuerdo a distintos protocolos que toman en consideración los tipos de fármacos escogidos; de modo que, pueden ser administrados el mismo día, a lo largo de varios días seguidos o de forma continua. La frecuencia del ciclo puede ser semanal, quincenal o mensual, aunque gran parte de los ciclos tienen intervalos de un mes (Chemocare, 2016b).

Si bien la quimioterapia actúa destruyendo en las células cancerígenas que se dividen rápidamente, también llega a afectar a las células saludables que crecen rápidamente; tales como, las células del cabello, boca, tracto gastrointestinal y médula ósea (Zeno y David, 2014). Asimismo, la quimioterapia puede interferir temporalmente con la capacidad de la médula ósea para producir un número adecuado de células de la sangre (CTCA, 2015). De modo que, el paciente, puede experimentar efectos secundarios tales como: náuseas, cambios en el sentido del gusto, cardiotoxicidad, fatiga, neuropatía, llagas en la boca, pérdida de cabello (alopecia), disfunción sexual y una disminución en los recuentos de células en la sangre (Zeno y David, 2014; AECC, 2015; CTCA, 2015).

2.3 Calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con cáncer: repercusión de la enfermedad y la quimioterapia en la calidad de vida del paciente

La calidad de vida relacionada con la salud es un constructo específico que toma en cuenta los componentes de la calidad de vida pero amplía sus nociones, enfatizando la relevancia de la valoración individual sobre las limitaciones físicas, biológicas, psicológicas y sociales que acarrear el atravesar por una determinada enfermedad o según el estado de salud específico de la persona (Quiceno y Vinaccia, 2008; Vinaccia y Quiceno, 2012). Asimismo, tal como plantean Shumaker y Naughton (1995), al evaluar la CVRS, se ha de considerar las dimensiones del estado funcional, el funcionamiento psicológico, el desenvolvimiento social y la sintomatología asociada con un problema de salud y su respectivo tratamiento. Dichas aseveraciones guardan coherencia con el modelo propuesto por Schwartzmann (2003), quien postula que la CVRS implica una valoración global de la persona, en consonancia con sus propios criterios y definiciones respecto a su estado físico, psicológico y social, y su grado de satisfacción vital respectiva a la dimensión fisiológica, emocional y social.

El estudio de la calidad de vida en pacientes con cáncer ha sido contemplado desde diferentes puntos de vista. Algunos estudios se enfocan en la definición del concepto; con la intención de obtener una definición operacional específica para los pacientes con dicha patología y su posterior medición (Cella et al., 2012). En otro estudio se analizan las dimensiones que describen y predicen cierto nivel de calidad de vida en pacientes con leucemia (Trask et al., 2013). Kanellopoulos, Hamre, Dahl, Fossa, y Ruud “observaron que, para los supervivientes a largo plazo, las variables relacionadas con la salud; tales como, la fatiga, ansiedad, depresión e insomnio correlacionaban con una baja calidad de vida” (como se citó en Zeno y David, 2014, p. 884). Holzner-Goor et al. (2004) compararon un grupo de pacientes con leucemia (grupo experimental) en relación a un conjunto de individuos saludables (grupo control), estableciendo que los miembros del primer grupo calificarían significativamente más bajo en todas las dimensiones de calidad de vida. Los autores no encontraron ninguna diferencia en las dimensiones de calidad de

vida entre los pacientes con leucemia que iniciaron una quimioterapia en comparación con aquellos que ya la estaban cursando. Cabe mencionar, como bien se sabe, que la calidad de vida en los pacientes con leucemia es afectada por la aparición de depresión y ansiedad. Estas son respuestas comunes al diagnóstico de cáncer y su tratamiento subsecuente (Zeno y David, 2014).

Otro estudio (Holzner-Goor et al., 2015) concluye que el cáncer genera un profundo impacto en la CVRS. Dichos pacientes, difieren con la mayoría de la población en cuanto a los niveles de funcionamiento del rol, síntomas de fatiga, preocupaciones sobre su salud a futuro y una falta de energía. Asimismo, una vez que se indica algún tratamiento, tal como la quimioterapia, la percepción de la calidad de vida en relación con la salud, se afecta considerablemente.

Por otro lado, muchos de los pacientes que reciben quimioterapia pueden experimentar una serie de síntomas que se engloban bajo el término quimio-cerebro o “chemobrain”. Es así que pueden sentir una obnubilación mental o neblina durante y después del tratamiento. Los médicos usualmente describen esto como un deterioro cognitivo leve. Estos síntomas pueden estar relacionados con la quimioterapia, o pueden ser causados por otros problemas que los pacientes con cáncer experimentan comúnmente. Algunos ejemplos de quimio-cerebro incluyen problemas de memoria, tanto para el recuerdo de eventos o detalles; además de problemas para encontrar palabras que suelen usarse en las conversaciones cotidianas; necesidad de mayor cantidad de tiempo para terminar algunas tareas, así como un enlentecimiento de la capacidad de procesar información y pensar; o el presentar dificultades para realizar más de una tarea a la vez (Chiclana et al., 2014; Dana-Farber Cancer Institute, 2015).

2.4 Resiliencia: definiciones y factores

El constructo resiliencia empieza a ser conceptualizado a partir de las experiencias de Werner basadas en un estudio longitudinal que desempeñó en una isla cercana a Hawai y publicado en 1982 (como se citó en Vidal y Benito, 2012). De esta manera, realizó un seguimiento epidemiológico social durante

más de 30 años de una muestra de niños que formaba parte de la población más pobre del lugar. En total evaluó cerca de 700 niños, encontrando que, a pesar de las circunstancias extremas, las limitaciones y vulnerabilidad en las que estaban inmersos, algunos contaban con mayor capacidad de afrontar dichas circunstancias, superarlas e incluso formular un proyecto de vida saludable.

Posteriormente, se empiezan a emprender estudios enfocados en las variables que además de permitir la promoción de ciertas conductas que lleven a que uno se recupere de una experiencia traumática, también le facilitan superarla. Vanistael y Lecomte refieren que “ser resiliente no significa recuperarse, (rebondir), en sentido estricto de la palabra, sino crecer hacia algo nuevo...” (como se citó en Vidal y Benito, 2012, p. 23).

Al tratarse de una capacidad humana que sobresale en situaciones adversas, hace falta también la comprensión del término: adversidad. Este puede contemplarse como aquel conjunto de circunstancias que afectan a la persona y que pueden conjugarse en una situación traumática o comprender una serie de factores de riesgo que impliquen una amenaza a su vida, integridad física o desarrollo personal (Becoña, 2006; Vidal y Benito, 2012).

La resiliencia también guarda una relación con los factores moduladores de protección y de riesgo. Los primeros, son aquellos que permiten reducir los efectos negativos que acarrea la exposición a ciertas circunstancias adversas y el manejo del estrés, de tal manera que la persona pueda ser capaz de vivir con cierto grado de normalidad; esto también se vincula con los recursos internos y externos que la persona puede tener a su alcance (Becoña, 2006). De tal manera que, puede conducirse un cambio relativamente estable desde un nivel mínimo a uno satisfactorio, tras la exposición ante un factor de riesgo. El control conductual se enfatiza cuando una situación ambiental impide la aparición de un resultado insatisfactorio, al menos temporalmente. Entre los factores protectores existen una serie de subfactores personales (autoestima, asertividad, autoeficacia percibida, locus de control interno, etc.), familiares (grado de apoyo y comprensión por parte de los miembros de la familia, y un ambiente favorable en el hogar) y comunitarios o sociales (involucramiento en la comunidad, redes de soporte

psicosocial, apoyo social de organizaciones a nivel comunitario, centros de cuidado de salud, etc.) (Becoña, 2006). De igual manera, pueden clasificarse los diversos factores de riesgo; es decir, aquellos que aumentan la probabilidad de que surja algún problema de comportamiento, de salud física o mental en la vida de la persona. Consecuentemente, los factores de protección tienen la propiedad de interrumpir el flujo de aparición de una serie de factores de riesgo, reducir su impacto, o bloquear su aparición. Es así que, puede entenderse a la resiliencia como un macrofactor de protección que permite comprender la posible adaptación de una persona ante la vida (Becoña, 2006; Aguiar y Acle-Tomasini, 2012).

Otro de los conceptos con los que suele vincularse la resiliencia, es la competencia. Este aspecto de la persona puede llevar a concretar acciones efectivas de uno sobre el mundo y orientadas en la búsqueda de bienestar en las diversas dimensiones del funcionamiento humano. Es así que, puede hablarse de una persona competente desde una perspectiva vinculada con la resiliencia, en tanto que pueda alcanzar resultados satisfactorios del desarrollo a pesar de verse ante una situación de alto riesgo, cuando su nivel de competencias se encuentra bajo cierta amenaza, y cuando el individuo puede ser capaz de superar un trauma (Becoña, 2006; Fernandes de Araújo, Teva y Bermúdez, 2015).

Con esta base, surgen diversos autores que conceptualizan la resiliencia como un constructo psicológico de especial relevancia, que puede ser entendido como un proceso, un resultado o un rasgo.

La Asociación Americana de Psicología define a la resiliencia como el proceso de “buena adaptación frente a la adversidad, los traumas, tragedias, amenazas o fuentes significativas de estrés; entre las que figuran, la familia, los problemas de pareja, problemas serios de salud, o estresores en financieros o dentro del centro de trabajo” (American Psychological Association [APA], 2016, párr.4).

Por otro lado, se puede entender este concepto como un proceso dinámico y adaptativo que subordina el mantenimiento de la homeostasis o que permite recuperar rápidamente ante condiciones de estrés. Se trata de un

proceso de sostenimiento que; a su vez, previene y atenúa los posibles disturbios en la salud mental y el bienestar tras la exposición frente a adversidades severas, y que permite recobrar con facilidad un estado de salud mental tras los disturbios ocasionados por factores adversos (Rutten et al., 2013).

Tras una serie de debates llevados a cabo en la reunión anual de la Sociedad Internacional para el Estudio de Estrés Traumático (International Society for Traumatic Stress Studies) en el año 2013, los diferentes expositores llegaron a la conclusión de que la resiliencia está vinculada con un trayecto estable de funcionamiento saludable tras la exposición a un evento altamente adverso; dándose un esfuerzo consciente por seguir adelante de una manera perspicaz e integrada positivamente, como resultado de una serie de aprendizajes a partir de experiencias adversas. Asimismo, hacen referencia a la capacidad de un sistema dinámico para adaptarse de forma satisfactoria a los disturbios que amenazan contra la viabilidad, funcionamiento o desarrollo del mismo sistema. Finalmente, hacen hincapié en el entendimiento de la resiliencia como un proceso que permite aprovechar los recursos de la persona con el fin de mantener su bienestar (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick y Yehuda, 2014).

Los determinantes satisfactorios de resiliencia podrían variar de persona en persona basados en múltiples factores tales como la personalidad, desafíos específicos, recursos disponibles y el contexto. Además, se encuentra evidencia que sugiere que la resiliencia está asociada con la habilidad para emplear una serie de estrategias de afrontamiento de una manera flexible dependiendo del desafío específico, y, a continuación, utilizar una retroalimentación correctiva para ajustar estas estrategias. Otras variables propias de la resiliencia pueden variar según la edad y madurez del individuo (Southwick et al., 2014).

A la par, la Asociación Americana de Psicología hace mención a una serie de factores que contribuyen con la resiliencia. Destacando como factor principal el contar con relaciones interpersonales de afecto y apoyo dentro y fuera de la familia, relaciones que crean amor y confianza, provean modelos de roles y que ofrezcan aliento y apoyo, permitiendo reforzar la resiliencia de la persona. Como factores adicionales están la capacidad del individuo para

establecer planes realistas y emprender acciones para su cumplimiento. Además de tener una mirada positiva sobre uno mismo y confianza en las propias fortalezas y habilidades. Así como, poseer habilidades de comunicación, para la resolución de problemas, o la capacidad para manejar sentimientos fuertes o impulsos. Estos son factores que las personas pueden desarrollar por su cuenta o a través de un adecuado apoyo multidisciplinario (APA, 2016).

De acuerdo con los planteamientos de Grotberg (2006), todas las personas tienen la posibilidad de desarrollar resiliencia a partir de una secuencia de sub-factores promotores. Estos se agrupan de la siguiente manera:

Yo tengo (apoyo externo): Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos, es decir, de forma incondicional; una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente; límites en mi comportamiento; personas que me alientan a ser independiente; buenos modelos a imitar; acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito; y una familia y entorno social estables. Yo soy (fuerza interior): Una persona que agrada a la mayoría de la gente; generalmente tranquila y bien predispuesta; alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro; una persona que se respeta a sí misma y a los demás; alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos; responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias; segura de mí misma, optimista, confiada y tengo muchas esperanzas. Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos): Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas; realizar una tarea hasta finalizarla; encontrar el humor en la vida y utilizarlos para reducir tensiones; expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás; resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social; controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento, y; pedir ayuda cuando la necesito (pp.21-22).

Dichos hallazgos guardan relación con una de las conclusiones de la investigación conducida por Cohen, Baziliansky y Beny (2014), quienes indican que la resiliencia podría ser promovida a través de intervenciones para adquirir nuevas habilidades de afrontamiento, aumentar el soporte social, la competencia individual y la coherencia familiar.

Por otro lado, Deshields, Heiland, Kracen y Dua (2016), proponen un modelo que conceptúa la resiliencia tanto como un proceso dinámico y una respuesta que los pacientes adultos con cáncer pueden manifestar. De modo que se exhibe un proceso de re-calibración, según el cual las personas hacen ajustes continuos en sus reacciones y respuestas de afrontamiento personales, partiendo de sus experiencias e interpretaciones, lo que genera un impacto en su posición en el continuo de resiliencia-estrés. Se parte de la base en que los eventos relacionados con el cáncer son adversos usualmente, por lo que llevan a la manifestación de reacciones negativas en los pacientes. Asimismo, consideran que los atributos personales y ambientales pueden influenciar, de manera satisfactoria o perjudicial, en las respuestas de las personas sobre eventos adversos, tales el padecer de cáncer. Por otro lado, los autores indican la necesidad de realizar posteriores investigaciones para analizar qué tipo de intervenciones específicas serían satisfactorias en el fortalecimiento de la resiliencia.

De acuerdo con los sistemas de desarrollo relacionales, el estudio de la resiliencia a lo largo la vida, permite tener una noción que sugiere que el mantenimiento y desarrollo de la resiliencia depende de acciones vinculadas tanto con los individuos como con sus contextos, específicamente, de los intercambios mutuos entre ambos, durante el proceso de desarrollo vital. De modo tal que, se construyen fortalezas, procurando usar los recursos que mantienen las interacciones individuales en distintos contextos, debajo del punto de inflexión en que se requiera ser resiliente, realzar los logros alcanzados previamente, y prestar atención a recursos contextuales para mejorar la probabilidad de actuar de forma resiliente (Lerner et al, 2012).

A su vez, ciertos estudios evidencian que la resiliencia es un factor que puede cambiar a lo largo del desarrollo vital (Bowen, Morasca y Meischke, 2003; Ong, Bergeman y Boker, 2009). Asimismo, algunas investigaciones

determinan que la resiliencia se va fortaleciendo con la edad, lo que podría deberse a que con el paso de los años, al incrementarse la probabilidad de afrontar circunstancias negativas o desafiantes, las personas pueden ganar experiencia, aprender y enriquecer sus repertorios de estrategias de afrontamiento efectivas; sin hacer omisión del impacto de ciertos factores de riesgo asociados con el crecimiento y envejecimiento, las personas adultas y adultos mayores usualmente desarrollan percepciones y actitudes que podrían promover su capacidad de ajuste ante eventos vitales amenazantes (Brandtstädter, 1999; Averill y Beck, 2000; Nygren et al., 2005; Cohen, Baziliansky y Beny, 2014).

2.5 Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes oncológicos

Existen una serie de investigaciones que han ahondando en la relación entre la calidad de vida y la resiliencia en pacientes con cáncer.

En primer lugar, Molina et al. (2014), condujeron un estudio que describe la manera en que los distintos elementos de la resiliencia han sido definidos y estudiados en cada fase del continuo del cáncer. Destacando que, en todas las fases del desarrollo de esta enfermedad, los estudios han descrito una serie de características de línea base de la resiliencia (como por ejemplo el optimismo). A su vez, indican que el reconocimiento y la promoción de estas características en cualquiera de las fases de la enfermedad, podría llevar a un aumento de resultados positivos en la calidad de vida de la persona. Tal sucede cuando, por ejemplo, ciertas intervenciones de promoción de la resiliencia procuran modificar la manera en que los sobrevivientes se acercan a sus vidas. Igualmente, se incluyen descripciones de los mecanismos de resiliencia en una serie de investigaciones a lo largo del continuo de la enfermedad. Estos son conceptuados como elementos que forman parte de la experiencia del cáncer que cambian a lo largo del tiempo y pueden modificarse en torno a un mayor bienestar. Entre estos, pueden destacarse los mecanismos de afrontamiento, el soporte social, la espiritualidad nueva o cambiante, y aspectos de la experiencia médica.

Por otro lado, Talepasand et al. (2013) llevaron a cabo un estudio en el hospital Tazd Forat (Samnan, Irán); en el cual, evaluaron a 105 pacientes con un cuestionario de Calidad de Vida especializado en cáncer y un cuestionario de resiliencia. Utilizaron un modelo de análisis por regresión y la técnica Johnsen-Neyman, y encontraron una serie de datos relevantes sobre la relación entre estas variables. Así, en los pacientes que tenían consciencia sobre su enfermedad por más de 12 meses, existía una relación significativa entre la resiliencia y calidad de vida, en niveles altos de resiliencia. De modo que, si el nivel de resiliencia era mayor a un punto especial, podría ayudar a mejorar la calidad de vida global del paciente. Por lo que, se entiende que la resiliencia es una variable que incurre positivamente en los sentimientos de los pacientes oncológicos y les ayuda a inclinarse a tratar de mantenerse con vida, además de conducir a un mejor entendimiento de los factores que promueven el bienestar. Se resalta que la edad en la que uno se ve afectado por esta enfermedad, el grado de invalidez y la pérdida de los roles personales, familiares y sociales, repercuten en la percepción de la calidad de vida.

Por otro lado, los autores encontraron que en los pacientes que tenían más de 12 meses de consciencia sobre la enfermedad oncológica, existía una relación directa entre la resiliencia y la calidad de vida en la dimensión física. Esta relación fue entendida en torno al progreso de la enfermedad; por extensión, en la medida en que el cáncer progresaba la calidad de vida desde la perspectiva de la dimensión física disminuía, mientras que la resiliencia subía. Finalmente, Talepasand et al. (2013) resaltan que, en los pacientes con menos de 12 meses de consciencia sobre su enfermedad, se presentó una relación positiva entre la resiliencia y la dimensión emocional de la calidad de vida. Esto último, en el sentido que, mientras que el cáncer se expande, se producen cambios en los aspectos emocionales de la calidad de vida que no son iguales a los encontrados tras el primer año de uno verse afectado por la enfermedad. Según los autores, este resultado podría deberse a que los pacientes tienden a descubrir progresivamente que el afrontar la enfermedad de forma emocional podría no ayudarles.

A la par, Li, Yang, Liu y Wang (2016) emprendieron un estudio transversal en el Primer Hospital de la Universidad Médica de China en la

Provincia de Liaoning, con el objetivo de fue evaluar la calidad de vida, así como los efectos integradores del apoyo social, la esperanza y la capacidad de recuperación en la calidad de vida de un total de 365 pacientes con cáncer de vejiga. De esta manera, hallaron una correlación directa entre la resiliencia y la calidad de vida, confirmando que la resiliencia funciona como factor moderador sobre los efectos negativos del estrés y como factor promotor de la adaptación positiva. Se enfatiza que la resiliencia podría reducir efectivamente las quejas que presentan aquellos pacientes que transcurren por un tratamiento y tiene beneficios sobre la fatiga inicial.

Así también, Li et al. (2016), indica que debido a que un grado alto de resiliencia refleja un espíritu de lucha más fuerte y una creencia más firme en la lucha contra el cáncer, los pacientes con altos niveles de resiliencia tuvieron mayores facilidades para aceptar y ajustarse a ciertos perjuicios psicológicos. Igualmente, los investigadores refieren que un grado alto de resiliencia puede ayudar a reducir los daños en las funciones físicas inducidas por el tratamiento y reducir el tiempo de recuperación de estas mismas funciones. Este factor, contemplado como un constructo de la psicología positiva, también juega un rol significativo en el tratamiento adecuado del cáncer y en la promoción de un estado de salud psicológica favorable; por lo tanto, conlleva una mejor calidad de vida antes, durante y después del proceso de la enfermedad oncológica. Finalmente, los autores concluyen que la resiliencia sería más eficaz para equipar mejor a los pacientes con cáncer en la evitación de emociones negativas, de trastornos de ansiedad y depresión; es así que, los pacientes con una mayor fuerza interior reportaron menores niveles de distrés emocional, mejores estrategias de afrontamiento y una calidad de vida mejorada.

Por último, una investigación conducida en el Departamento de Epidemiología y Estadísticas de Salud en la provincia de Fujian (China), estuvo orientada en el estudio de la relación entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con cáncer digestivo o gástrico. De esta manera, concluyeron que si bien la resiliencia no fue un predictor independiente de la calidad de vida en los pacientes con cáncer gástrico; ya que, solo representó poco más del 14% del efecto total sobre la calidad de vida, se trata de un factor relevante que ejerce una influencia sobre el distrés psicológico y los efectos secundarios

experimentados. Además, el distrés psicológico y la fatiga se aprehenden como factores importantes que afectan la calidad de vida del paciente, resaltando que el rol de la resiliencia en la mejora de la calidad de vida no puede ser ignorado (Tian y Hong, 2014).



CAPÍTULO III: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

3.1 Objetivos

Determinar el grado en que los factores de resiliencia predicen la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia.

3.2 Hipótesis

Los factores de resiliencia predicen en un grado estadísticamente significativo la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia.

3.3 Definición de variables

3.3.1 Resiliencia

La resiliencia se define conceptualmente como aquel rasgo de la personalidad que permite moderar el efecto perjudicial del estrés, cuando los individuos se encuentran expuestos a la adversidad o a eventos potencialmente traumáticos, experimentando; de esta forma, una adaptación psicológica saludable con el tiempo. Así también, la resiliencia no solo engloba la manera en que las personas sobreviven a una serie de circunstancias desafiantes, sino la manera en que prosperan frente a la cara de la adversidad. No obstante, ciertas investigaciones demuestran que la resiliencia es un constructo capaz de cambiar a lo largo de la vida. De manera que, puede ser promovido o deteriorado, de acuerdo con la sinergia compartida entre los individuos y sus experiencias en los contextos en que se desenvuelven (Wagnild y Young, 1993; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Gillespie, Chaboyer y Wallis, 2007; Lerner et al, 2012; Graber, Pichon y Carabine, 2015).

Operacionalmente, se refiere a los valores de resiliencia que se presentan en pacientes adultos que reciben quimioterapia. Por tanto, se aplica la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptada en el Perú por Novella en el año 2002. De esta manera, se valora la resiliencia dentro de un rango de 25 a 175 puntos; donde un puntaje mayor, implica un grado más alto de resiliencia (Wagnild y Young, 1993; Novella, 2002; Baca, 2013; Ascencio, 2015).

3.3.2 Calidad de vida relacionada con la salud

La CVRS es definida conceptualmente como la valoración que una persona realiza, en relación con el entendimiento de su estado físico, emocional y social, en el cual se encuentra en un momento determinado. Asimismo, es reflejo del grado de satisfacción que mantiene respecto a su estado de salud a nivel: fisiológico (síntomas específicos o generales, situación analítica, discapacidad funcional, calidad del sueño, sexualidad), emocional (sentimientos de miedo, ansiedad, inseguridad, tristeza, frustración, ira, entre otros), y social (situación académica o laboral, relaciones interpersonales, relaciones familiares, nivel socio-económico, participación comunitaria, actividades de ocio, etc.) (Schwartzmann, 2003).

Por otro lado, operacionalmente se refiere a los valores de calidad de vida que presentan los pacientes adultos que reciben quimioterapia según la calificación obtenida con el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (Ware, Snow, Kosinski y Gandek., 1993; Vilagut et al., 2005, Salazar y Bernabé, 2012). Por consiguiente, se valora la calidad de vida percibida por el paciente; de modo que, en cada una de las dimensiones, los puntajes directos serán convertidos en una escala del 0 al 100 de acuerdo con los algoritmos del manual para la interpretación del cuestionario; según el cual, una puntuación más alta refleja un mejor estado de salud, por tanto, una mayor calidad de vida (Vilagut et al., 2005; Romero, 2015). Por otro parte, previamente en algunas investigaciones, las puntuaciones han sido categorizadas según quintiles (Laos, 2010; Torres, 2011; Romero, 2015); en este sentido, un puntaje de 0-19 implica un nivel muy bajo de la CVRS, uno de 20-39 un grado relativamente

bajo, de 40-59 un nivel promedio, de 60-79 uno relativamente alta, y de 80-100 un grado muy alto.



CAPÍTULO IV: MÉTODO

4.1 Tipo y diseño de investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental con un enfoque correlacional, entendido como un tipo de estudio que tiene por finalidad “conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 93); sin implicar relaciones de causalidad (Bauböck, della Porta, Lago y Ungureanu, 2009) A su vez, se trata de un diseño de corte transeccional o transversal, al efectuarse la recolección de la información en un momento único (Hernández et al., 2014).

4.2 Participantes

La población está compuesta por pacientes de ambos géneros, mayores de edad, que reciben quimioterapia de forma ambulatoria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Según los datos del Resumen de Indicadores de Salud del INEN, en el año 2014 fueron suministradas un total de 55,158 quimioterapias, mientras que en el 2015, se alcanzó un máximo de 56,011 aplicaciones (INEN, 2016). Asimismo, a partir de la última actualización de los Indicadores de Gestión Hospitalaria del mes de agosto de este año, se calcula un promedio de 113.8 aplicaciones diarias de quimioterapia para la población no pediátrica, con un total de 2,305 aplicaciones en pacientes de 20 a 64 años de edad, y 527 en pacientes de 65 años o más (INEN, 2017).

En este sentido, se propuso un tamaño de la muestra de 58 personas como mínimo de acuerdo al análisis efectuado con el programa G*Power 3 (Buchner, Erdfelder, Faul, y Lang, 2014), realizando un análisis de potencia a priori para una regresión lineal múltiple con un modelo fijo de desviación de cero del efecto de R^2 .

El tamaño del efecto se calculó a partir de los resultados de la una investigación conducida por Talepasand et al. (2013), quienes reportan una correlación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la calidad de vida con un coeficiente $R = .45$. Así, se determina un tamaño del efecto de nivel mediano con un coeficiente de $f^2 = .25$. A su vez, se utiliza un nivel de significancia de .05, al tratarse del nivel alfa (α) estándar (Wright, 2003).

La potencia de un test se define como la “probabilidad de rechazar un tamaño de efecto específico para un tamaño de muestra específico en un nivel α particular” (Wright, 2003, p. 126). En este sentido, se utiliza un valor de potencia de .80, según el criterio convencional de al menos 80% indicado por Wright (2003). Asimismo, se establece un total de cinco predictores de acuerdo con los cinco factores originales determinados en el manual de la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993).

Por otro lado, se empleó un método de muestreo por conveniencia, al procurar seleccionar la muestra recurriendo a potenciales participantes que se encontraban disponibles (convenientemente) para formar parte del estudio (Fraenkel, Wallen y Hyun, 2011). Es así que, se acudió al área de quimioterapia ambulatoria y se preguntó por la participación voluntaria de los pacientes que contaban con los requisitos preestablecidos.

De esta manera, la muestra está conformada por 60 pacientes de entre 18 y 80 años ($M=43.48$; $DE=15.95$), que recibían tratamiento ambulatorio de quimioterapia. De los cuales, 33 fueron hombres (55%) y 27 mujeres (45%). A su vez, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: (a) haber recibido el diagnóstico clínico al menos 1 mes antes de participar en el estudio; (b) no tener comorbilidad con otras enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades coronarias o VIH, ya que dichas patologías de por sí generan un repercusión sobre la calidad de vida; (c) no encontrarse en una fase terminal o recibir tratamientos de cuidados paliativos; (d) no tener un diagnóstico psiquiátrico ni recibir un tratamiento psicotrópico.

A continuación se describe y analiza la distribución de la muestra según las variables sociodemográficas relevantes. La muestra se distribuyó según el diagnóstico clínico de los pacientes tal como figura en la tabla 1.

Encontrándose que los tipos de cáncer predominantes en la muestra fueron el cáncer de mama con el 16.7%, que incluye únicamente a participantes mujeres, y la LLA o leucemia linfoblástica aguda con un 13.3%, que incluye tan solo a pacientes hombres.

Tabla 1

Diagnóstico clínico de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CA de cérvix	4	6.7	6.7
CA de colon	3	5.0	11.7
CA de estómago	4	6.7	18.3
CA de mama	10	16.7	35.0
CA de páncreas	2	3.3	38.3
CA de pulmón	3	5.0	43.3
CA de recto	1	1.7	45.0
CA de testículo	1	1.7	46.7
Condrosarcoma	1	1.7	48.3
Enfermedad trofoblástica gestacional	4	6.7	55.0
Leucemia aguda de tipo no específico	1	1.7	56.7
Leucemia promielocítica aguda	1	1.7	58.3
Linfoma	1	1.7	60.0
Linfoma de Hodgkin	3	5.0	65.0
Linfoma del manto primario ganglionar	1	1.7	66.7
LLA	8	13.3	80.0
Melanoma	1	1.7	81.7
Mieloma Múltiple	1	1.7	83.3
Neuroblastoma	1	1.7	85.0
Osteosarcoma	1	1.7	86.7
Sarcoma	4	6.7	93.3
Sarcoma de partes blandas	1	1.7	95.0
TM de huesos largos del miembro inferior	1	1.7	96.7
TM de ovario	1	1.7	98.3
TM retroperitoneo	1	1.7	100.0
Total	60	100.0	

En cuanto a la distribución de la muestra según el lugar de residencia de los participantes, se determina que el 60% de los evaluados viven actualmente en Lima, 10% en el Callao, y el 30% restante, en distintas provincias y departamentos del país (Apurímac, Ayacucho, Barranca, Cañete, Chiclayo, Chimbote, Cuzco, Huánuco, Huaral, Ica, Junín, Piura, San Martín y Tacna).

Asimismo se observa que 46 de los participantes acuden a recibir su quimioterapia acompañados de uno de sus cuidadores primarios, lo que representa el 76.7% del total, mientras que el resto (23.3%) indican que fueron de forma independiente.

Por último, el 40% de los participantes indican que son solteros; el 33.3% que se encuentran casados, el 16.7% son convivientes; el 3.3% están separados o divorciados; y un 6.7% adicional han enviudado.

4.3 Técnicas de recolección de datos

En primer lugar, se empleó una ficha sociodemográfica con el fin de recabar los datos de filiación más relevantes de cada paciente. Luego, se evaluó a los participantes con la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), adaptada en el Perú por Novella en el año 2002, y con el Cuestionario de Salud SF-36 (Salazar y Bernabé, 2012). A continuación, se describe cada instrumento.

4.3.1 Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER)

La escala de Resiliencia fue diseñada por Wagnild y Young (1993), y adaptada por Novella en el 2002. Está compuesta por 25 ítems, que son puntuados en una escala de Likert de 7 niveles. Todos los ítems cuentan con una redacción positiva, por lo que un puntaje alto indica una mayor resiliencia (los puntajes varían del 25 al 175). La escala evalúa los siguientes factores: Perseverancia (ítems 1, 2, 4, 14, 15, 20, 23), Satisfacción Personal (ítems 16, 21, 22, 25), Ecuanimidad (ítems 7, 8, 11, 12), Confianza en Sí Mismo (ítems 6,

9, 10, 13, 17, 18, 24), Sentirse Bien Solo (ítems 5, 3, 19) (Wagnild y Young, 1993; Novella, 2002; Baca, 2013; Ascencio, 2015).

Según la propuesta de Wagnild y Young (1993), se define la Perseverancia como el acto de persistir a pesar de las adversidades o el desánimo; implica entonces una alta motivación por seguir luchando para construir la propia vida, mantenerse involucrado y poner en práctica la autodisciplina. En segundo lugar, la Satisfacción Personal es descrita como el entendimiento de que la vida conlleva un significado y la posibilidad de uno para evaluar sus propias contribuciones. Asimismo, la Ecuanimidad implica el contar con una percepción balanceada sobre la propia vida y las experiencias; por tanto, lleva a tener en cuenta una perspectiva amplia sobre la experiencia, el ser paciente y tomar las cosas como se presenten; esto permite moderar las respuestas y reacciones ante la adversidad. La Confianza en Sí Mismo, refleja el creer en uno mismo y en las propias facultades o capacidades, también implica la autosuficiencia y el reconocer las propias fortalezas y dificultades. Por último, el Sentirse Bien Solo se asocia con la capacidad de comprender cada uno tiene un propio camino, a pesar de que se compartan distintas experiencias con otras personas; existen una serie de situaciones que han de enfrentarse solo, y el ser capaz de sentirse bien estando solo le permite a uno vivenciar su sentido de libertad y unicidad (Salgado, 2005).

Novella (2002) realizó un estudio de resiliencia en una muestra de 342 estudiantes de secundaria de un colegio nacional de Lima, utilizando el instrumento de Wagnild y Young. Encontrándose evidencias de validez en vinculadas con la estructura interna, aplicando el análisis factorial exploratorio identificando dos factores principales, el de Competencia Personal (englobando 20 ítems) y Aceptación de Sí Mismo y de la Vida (conformado por 5 ítems), que explicaban el 45.06% de la varianza (como se citó en Salgado, 2012).

En la misma investigación, la confiabilidad de las puntuaciones fue evaluada a partir del método de la consistencia interna aplicando el coeficiente de alfa de Cronbach, obteniendo un valor de .88. Asimismo, se halló el alfa de Cronbach específico para cada factor de la escala; Perseverancia (.76);

Satisfacción personal (.78); Ecuanimidad (.75); Confianza en sí mismo (.80); Sentirse bien solo (.71) (Novella 2002).

4.3.2 Cuestionario de la Calidad de Vida SF-36

El cuestionario SF-36 fue elaborado a inicios de la década de los noventa en Estados Unidos, para su utilización en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Este instrumento brinda un perfil del estado de salud general tanto de pacientes como de la población en general. Además, suele ser utilizada para la medición de la calidad de vida en relación con la salud (CVRS); de esta manera, llegar a un punto de comparación entre la afección por distintas enfermedades, vislumbrar los posibles beneficios de una serie de tratamientos sobre la salud de los pacientes, y conciliar una valoración del estado de salud de las personas (Vilagut et al., 2005; Salazar y Bernabé, 2012; Rojas, 2016).

Este instrumento está conformado por 36 ítems que se distribuyen en un total de 8 sub-dimensiones, utilizándose una escala tipo Likert de 5 puntos en la calificación de cada reactivo. Las dimensiones mencionadas son las siguientes: la Función Física (FF), correspondiente al nivel en el que la salud limita las actividades físicas vinculadas con el autocuidado, el caminar, cargar pesos y realizar esfuerzos físico; el factor de Rol Físico (RF), que refleja el grado en que la salud física puede incidir en el trabajo y en la consecución de otras actividades; Dolor Corporal (DC), que mide la intensidad del dolor y su efecto sobre diversas actividades del día a día; Salud General (SG), referida a la valoración personal sobre el propio estado de salud la cual refleja la percepción de calidad de vida del participante; Vitalidad (V), referente a un sentimiento de energía y vitalidad ante sensaciones de cansancio o agotamiento; Función Social (FS) que indica el nivel en que problemáticas a nivel físico o emocional pueden interferir en la vida social habitual; Rol Emocional (RE), factor que refleja el grado en que los problemas emocionales tales como la ansiedad y depresión repercuten en las actividades diarias; y Salud Mental (SM); según el cual se evalúa la salud mental general, tomando en cuenta aspectos propios de la depresión, la ansiedad, el control de la

conducta y el control emocional (Vilagut et al., 2005; Romero, 2015; Rojas, 2016). Por otro lado, pueden considerarse a su vez dos indicadores globales; el primero, referido al Componente de la Salud Física (CSF), integrado por las sub-dimensiones FF, RF, DC y SG; y el segundo, de acuerdo con el Componente de la Salud Mental (CSM), asociado con las dimensiones de V, FS, RE y SM. (Ware et al., 1998; Vilagut et al. 2005; Romero, 2015).

Salazar y Bernabé (2012) analizaron las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 en una muestra de 4,344 personas de Lima, entre 15 y 64 años de edad, y encontraron evidencias de validez en relación a la estructura interna a partir del método de análisis factorial confirmatorio. Demostrando que con el modelo de las ocho escalas de primer orden y las dos de segundo orden (es decir, de salud física y salud mental), se obtiene un índice de ajuste comparativo (CFI) de .96 y un coeficiente de error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de .05.

En la misma investigación se evaluó la confiabilidad de las puntuaciones a partir del método de la consistencia interna, hallando un coeficiente de alfa de Cronbach global de .82, mientras que se registró una fluctuación entre las escalas en un rango de .66 (escala de función social) hasta uno de .92 (escala de rol físico) (Salazar y Bernabé, 2012). A su vez, tras el mencionado análisis de las propiedades psicométricas, los autores mantuvieron los ítems de la escala según la versión original española sin conducir una adaptación o cambios lingüísticos.

4.4 Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento en la presente investigación empezó con la obtención del permiso por parte del Comité de Investigación y la autorización del Comité de Ética del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ofreciendo a cambio los resultados y conclusiones sobre el nivel en que los factores de resiliencia predicen la calidad de vida en los pacientes adultos evaluados que reciben tratamiento de quimioterapia. Además de sentar las bases para conducir un “Programa de Fortalecimiento de la Resiliencia” y establecer

grupos de apoyo para pacientes adultos que reciben quimioterapia de forma ambulatoria.

Tras la aprobación del permiso, se dio paso a evaluar a aquellos pacientes que encajaban con los criterios de inclusión establecidos y que se encontraban en el área de quimioterapia ambulatoria para adultos. De esta manera, se revisó previamente en el software institucional (SISINEN) qué pacientes estaban programados para recibir el tratamiento de quimioterapia tanto en los turnos de la mañana como los de la tarde. Posteriormente, se acudió al ambiente de quimioterapia ambulatoria y se solicitó la participación voluntaria de aquellos pacientes que se encuentren recibiendo su tratamiento.

Previamente a la evaluación, se entregó a cada participante un consentimiento informado y se procedió a especificar los contenidos del mismo, considerando la naturaleza de la investigación, la confidencialidad en la información recibida y la libertad para retirarse en cualquier momento de la evaluación. Luego, los pacientes firmaron el documento si se encontraban de acuerdo con los términos. Así también, se completó una ficha sociodemográfica por cada evaluado. Posteriormente, se les indicó las instrucciones del primer cuestionario (ER), invitando a llenar el test brindándoles los materiales necesarios (tablero, lapicero o plumón). La aplicación de dicho instrumento tomó como máximo veinte minutos. Tras finalizar el tiempo, se brindó las instrucciones relativas a la segunda prueba (Cuestionario SF-36), cuya aplicación fue similar a la del instrumento utilizado previamente, y tomó, a su vez, un máximo de veinte minutos de aplicación.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Estadísticos descriptivos

Se presentan los resultados alcanzados tras la aplicación del Cuestionario de Salud SF-36 (Ware et al., 1993; Vilagut et al., 2005) y la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993). En primer lugar, al ya haberse detallado los análisis de distribución de la muestra en el capítulo anterior, a continuación se presenta una descripción de los valores de calidad de vida según cada una de las dimensiones básicas del test, el Componente de Salud Física y el Componente de Salud Mental. Asimismo, se describen los valores de resiliencia por cada uno de los factores de la escala y el puntaje total. En este sentido, se delimitó la frecuencia de las puntuaciones, la media (M), la desviación estándar (DE), la confiabilidad interna según el alfa de Cronbach (α) de las escalas, la asimetría y la curtosis.

De acuerdo con los manuales del Cuestionario de Salud SF-36 (Vilagut et al., 2005; Romero, 2015; Salazar y Bernabé, 2012), se realizó un procedimiento de conversión de los puntajes totales de cada una de las subescalas en rangos del 0 a 100, de acuerdo con los algoritmos que ofrece el manual del cuestionario, y posteriormente se delimitaron los componentes de Salud Física y de Salud Mental. Se observa en la tabla 2 que el alfa de Cronbach (α) de las dimensiones y componentes de la CVRS, son iguales o superiores a .65, lo cual implica la existencia de una confiabilidad interna aceptable según el criterio de Gliem y Gliem (2003). Asimismo, en siete de las dimensiones se alcanzan puntajes superiores a 50, el cual corresponde al promedio de la escala, exceptuando la dimensión de Rol Físico que representa el menor nivel en la muestra ($M=25.83$; $DE=32.21$). A su vez, el puntaje más alto de funcionalidad en la muestra corresponde a la dimensión de Rol Emocional ($M=78.89$; $DE=34.70$). Por otro lado, en el Componente de Salud Física se alcanza una media de 54.40 y una desviación estándar de 14.77; mientras que, en el Componente de Salud Mental, la media obtenida es de 69.10 y la desviación estándar de 14.13.

En segundo lugar, tras la evaluación de la resiliencia en los participantes se indican los valores descriptivos de cada uno de los factores concernientes (véase la tabla 2). Según los alfa de Cronbach de los factores de resiliencia, se observa una confiabilidad interna pobre en referencia a al factor de Satisfacción Personal ($\alpha=.50$) y la Ecuanimidad ($\alpha=.51$), y una confiabilidad interna inaceptable correspondiente a Sentirse Bien Solo ($\alpha=.42$), en consistencia con los criterios de George y Mallery (2003). Por otro lado, se observa que los factores con mayores niveles en la muestra son los de Confianza en Sí Mismo ($M=39.13$; $DE=5.75$) y de Perseverancia ($M=38.93$; $DE=5.05$). En cambio, el factor con menor promedio es Sentirse bien Solo ($M=16.55$; $DE=2.76$). A su vez, en cuanto al puntaje total de resiliencia, se alcanza un nivel mínimo de 79 y un máximo de 165, puntajes de por sí superiores al mínimo teórico de 25, aunque sin alcanzar el máximo teórico de 175 (Wagnild y Young, 1993). Así también, se observa una media respectiva al puntaje total de resiliencia de 137.73 con una desviación estándar de 15.90.

Tabla 2

Resultados descriptivos de la CVRS, sus dimensiones, componentes, los Factores de Resiliencia y el Total de Resiliencia

	M	D.E.	α	Rango		Asimetría	Curtosis
				Potencial	Actual		
Función Física	65.42	25.73	.88	0-100	5-100	-.63	-.47
Rol Físico	25.83	32.21	.69	0-100	0-100	1.11	.16
Dolor Corporal	59.70	20.73	.78	0-100	10-100	-.14	-.45
Salud General	65.90	16.67	.65	0-100	30-100	-.11	-.59
Vitalidad	63.58	16.75	.69	0-100	20-100	.10	-.11
Función Social	62.71	21.89	.65	0-100	12.5-100.0	-.28	-.56
Rol Emocional	78.89	34.70	.77	0-100	0-133.3	-1.26	.40
Salud Mental	71.20	14.16	.65	0-100	40-96	.11	-.96
Componente Salud Física	54.30	14.77	.79	0-100	30.00-88.00	.36	-.69
Componente Salud Mental	69.10	14.13	.76	0-100	35.50-88.38	-.41	-.82
Perseverancia	38.93	5.05	.67	7-49	25-47	-.61	.20
Satisfacción personal	22.85	3.14	.50	4-28	13-28	-.39	.40
Ecuanimidad	20.27	3.58	.51	4-28	9-27	-.49	.30
Confianza en Sí Mismo	39.13	5.75	.74	7-49	22-49	-.50	.21
Sentirse Bien Solo	16.55	2.76	.42	3-21	7-21	-.88	1.51
Total de Resiliencia	137.73	15.90	.87	25-175	79-165	-.97	2.03

N=60

5.2 Estadísticos inferenciales

Se llevan a cabo análisis de correlación como un paso preliminar a los análisis de regresión (véase en la tabla 3). De esta manera, se encuentran relaciones directas estadísticamente significativas entre ciertos factores de resiliencia y las dimensiones de CVRS. La Perseverancia correlaciona de forma positiva con la dimensión de Vitalidad ($r=.49, p<.01$). Además, la Satisfacción Personal está correlacionada de forma positiva con las dimensiones de Función Física ($r=.27, p<.05$), Salud General ($r=.46, p<.01$), Vitalidad ($r=.37, p<.01$) y Salud Mental ($r=.33, p <.05$), y con los componentes de Salud Física ($r=.38, p<.01$) y Salud Mental ($r=.27, p<.05$) El factor de Confianza en sí mismo, muestra un correlación significativa y directa con la dimensión de Salud General ($r=.29, p<.05$) y Vitalidad ($r=.49, p <.01$). Al tomar en cuenta el factor Sentirse bien solo, se encuentra una relación estadísticamente significativa tanto con la dimensión de Función Física ($r=.28, p<.05$) y Dolor Corporal ($r=.29, p<.05$), asimismo relaciona de manera positiva con el Componente de Salud Física ($r=.39, p<.01$). Cabe mencionar, de que no se encuentran correlaciones significativas entre la Ecuanimidad, y las dimensiones o componentes de la CVRS. Por último, el Puntaje total de Resiliencia evidencia relaciones directas estadísticamente significativas con las dimensiones de Función Física ($r=.25, p=.05$), Salud General ($r=.35, p<.01$), Vitalidad ($r=.48, p<.01$), y Salud Mental ($r=.27, p<.05$), así como con el Componente de Salud Física ($r=.33, p<.01$).

Tabla 3

Correlaciones entre la CVRS, sus dimensiones, componentes, los Factores de resiliencia y el Total de Resiliencia

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental	Componente Salud Física	Componente Salud Mental
Perseverancia	.20	.06	.11	.24	.49**	-.13	.07	.22	.23	.18
Satisfacción personal	.27*	.11	.20	.46**	.37**	-.05	.16	.33*	.38**	.27*
Ecuanimidad	.012	.07	.16	.16	.19	-.056	-.06	.08	.14	.02
Confianza en sí mismo	.23	-.01	.16	.29*	.49**	.01	.09	.21	.23	.25
Sentirse bien solo	.28*	.17	.29*	.25	.24	-.18	-.02	.22	.39**	.04
Total de resiliencia	.25*	.08	.22	.35**	.48**	-.09	.07	.27*	.33**	.21

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

De acuerdo con el objetivo principal de la presente investigación, se continúa con los análisis de la regresión lineal múltiple, tomando los cinco factores de la Escala de Wagnild y Young (1993) como variables independientes (Perseverancia, Satisfacción personal, Ecuanimidad, Confianza en Sí Mismo y Sentirse Bien Solo), y como variables dependientes, a las dimensiones de CVRS conjugadas en los componentes de Salud Física y Salud Mental, que representan el constructo según los manuales del Cuestionario de Salud SF-36 (Ware et al., 1993; Vilagut et al., 2005).

No obstante, se realizó un diagnóstico de multicolinealidad en las variables independientes. Registrándose una serie de coeficientes de tolerancia bajos y coeficientes de factores de inflación de la varianza (VIF) superiores a 1, aunque inferiores a 10 (consultar anexo 5), lo cual no necesariamente se interpreta como indicador de la presencia de colinealidad, por lo que se continúa con el análisis del supuesto (Field, 2008; Williams, Gómez y Kurkiewicz, 2013). Además, se observaron un conjunto de autovalores en los factores de Resiliencia cercanos a cero, esto es un indicador de que las variables independientes se encuentran bastante relacionadas entre sí, además los índices de condición encontrados son superiores a 20, y los tres últimos factores, evidencian índices mayores a 30 (consultar anexo 5). Por lo tanto, se confirma la presencia del problema de multicolinealidad en las variables independientes conformadas por los factores de Resiliencia, lo cual conlleva a una inestabilidad en las estimaciones de los coeficientes de regresión (Field, 2008).

De acuerdo con el diagnóstico de multicolinealidad, se ejecuta un análisis factorial exploratorio con el fin de determinar el número de dimensiones de Resiliencia que permiten explicar la varianza de las puntuaciones en la muestra evaluada. Es así que se obtienen evidencias de la presencia de un factor dominante que representa el 26.98% de la varianza explicada; por tanto, se trataría de un modelo unidimensional (Burga, 2006). Lo que contrasta con la delimitación original de 5 subescalas de resiliencia (Wagnild y Young, 1993) y la adaptación en nuestro medio realizada por Novella (2002).

En este sentido, se procedió a realizar un análisis de regresión lineal simple a partir del puntaje total de resiliencia (de aquí en adelante solo se le llamará “Resiliencia”) como variable independiente, y los componentes de

Salud Física (CSF) y de Salud Mental (CSM) como variables dependientes. A continuación se describen los resultados tal como según las especificaciones que se observan en la tabla 4.

En cuanto al Componente de Salud Física (CSF) la resiliencia explica el 9% de la varianza, al obtener un R^2 ajustado=.09, que difiere del valor de $R^2=.11$, y un $F(1,59)=7.13$, lo que evidencia un tamaño del efecto pequeño según el criterio de Cohen (como se citó en Clark-Carter, 2010). De esta forma, se determina que la Resiliencia predice en un nivel estadísticamente significativo el CSF, $\beta=.33$, $t(59)=2.67$, $p=.01$. Por consiguiente, se revisa el cumplimiento de cada uno de los supuestos que garantizan una adecuada aplicación de la regresión lineal simple para el modelo del CSF (véase anexo 6). Por otro lado, se observa que la Resiliencia no explica en un grado estadísticamente significativo la varianza del Componente de Salud Mental (CSM), $\beta=.21$, $t(59)=1.66$, $p>.05$.

Tabla 4
Regresión lineal de los componentes de CVRS y la resiliencia

Variable	Componente de Salud Física			Componente de Salud Mental		
	B	β	t	B	β	t
Modelo						
Resiliencia	.31	.33**	2.67	.19	.21	1.66
R	.33			.21		
R^2	.11**			.05		
R^2 ajustada	.09**			.03		
F	7.13			2.75		

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Por consiguiente, se procede a realizar el análisis de regresión simple para determinar los modelos predictores significativos de la CVRS tomando sus ocho dimensiones como variables dependientes, y la Resiliencia como variable independiente. Asimismo, se condujo una revisión de los supuestos del modelo de regresión lineal para cada uno de ellos (consultar anexos 7, 8, 9 y 10), comprobándose la adecuación de las variables introducidas. Seguidamente, se describen los resultados significativos de los modelos y la totalidad de estos puede observarse en la tabla 5.

Primeramente, la variabilidad de la Función Física es explicada por la Resiliencia en un 5% (R^2 ajustado=.05, $F(1,59)=4.46$) de manera

estadísticamente significativa ($\beta=.25$, $t(59)=1.96$, $p=.05$), esto implica un tamaño del efecto pequeño en relación con el criterio de Cohen (como se citó en Clark-Carter, 2010). En segundo lugar, la Resiliencia permite explicar el 11% de la varianza de la Salud General (R^2 ajustado=.11, $F(1,59)=8.03$) según un nivel estadísticamente significativo ($\beta=.35$, $t(59)=2.83$, $p<.01$), esto además refleja un tamaño del efecto pequeño considerando el criterio de Cohen (como se citó en Clark-Carter, 2010).

En relación con la dimensión de Vitalidad, se evidencia que la Resiliencia explica el 21% de la varianza de la variable dependiente (R^2 ajustado=.21, $F(1, 59)=17.04$) en un grado estadísticamente significativo ($\beta=.48$, $t(59)=4.13$, $p<.001$), que representa un tamaño del efecto moderado de acuerdo con el criterio de Cohen (como se citó en Clark-Carter, 2010). Finalmente, la Resiliencia explica el 6% la variabilidad de la Salud Mental a partir de la resiliencia (R^2 ajustado=.06, $F(1,59)=4.46$) en un grado estadísticamente significativo ($\beta=.27$, $t(59)=2.11$, $p=.039$), y con un tamaño del efecto pequeño según el criterio de Cohen (como se citó en Clark-Carter, 2010).

Tabla 5
Modelos de regresión lineal de las dimensiones de CVRS y la resiliencia

Variable	FF			RF			DC			SG			V			FS			RE			SM		
	B	β	t	B	β	t	B	β	t	B	β	t	B	β	t	B	β	t	B	β	t	B	β	t
Modelo																								
Resiliencia	.40	.25*	1.96	.16	.08	.62	.29	.22	1.72	.37	.35**	2.83	.50	.48**	4.13	-.13	-.09	-.70	.14	.07	.50	.24	.27*	2.11
R	.25			.08			.22			.35			.48			.09			.07			.27		
R ²	.06*			.01			.05			.12**			.23**			.01			.004			.07*		
R ² ajustada	.05*			-			.03			.11**			.21**			-.01			-.01			.06*		
F	3.83			.38			2.97			8.03			17.04			.49			.25			4.46		

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Nota: FF= Función Física; RF= Rol Físico; DC= Dolor Corporal; SG= Salud General; V= Vitalidad; FS= Función Social; RE= Rol Emocional; SM= Salud Mental

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se procede a analizar las principales características de los participantes de acuerdo con sus valores de la CVRS y de resiliencia. Luego, de acuerdo con el objetivo principal del estudio, se discute sobre el grado de predicción de la CVRS según el rasgo de resiliencia de los pacientes adultos que reciben quimioterapia.

La calidad de vida de una persona está vinculada con una serie de factores culturales, sociales, físicos, espirituales y emocionales, que conllevan una percepción subjetiva en el momento en que la persona emite una valoración de la misma (García, Merino y Silva, 1998). A su vez, en esta apreciación cada persona hace un recuento de aquellas molestias, limitaciones, signos y síntomas que una enfermedad crónica, como es el cáncer, y su respectivo tratamiento, pueden conllevar; por lo que, nos referimos a la CVRS (Van der Meulen et al., 2014).

Tal como se aprecia en los resultados descritos, siete dimensiones de la CVRS alcanzan un grado superior al promedio, a excepción del Rol Físico; aspecto que se analizará posteriormente. Estos hallazgos son consistentes con algunas de las investigaciones realizadas con anterioridad en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en las que se encuentran valoraciones positivas de la calidad de vida en pacientes oncológicos (Laos, 2010; Torres, 2011; Lostaunau y Torrejón, 2013; Rojas, 2016), lo que sugiere que el tratamiento de cáncer no causa necesariamente un deterioro grave en la calidad de vida vinculada con la salud del paciente. Cabe mencionar además, que la población evaluada se encuentra lo suficientemente estable a nivel fisiológico (en cuanto a los conteos sanguíneos, estabilidad del sistema inmunitario, ausencia de infecciones u otros cuadros clínicos) al haber sido candidatos para recibir un tratamiento de quimioterapia de forma ambulatoria sin requerir una hospitalización, un control frecuente de sus signos vitales y síntomas principales.

Asimismo, el que el Rol Emocional tenga el promedio más elevado, encontrándose en un rango relativamente alto (Romero, 2015), podría dar a entender que, en términos generales, no existe una interferencia significativa en el trabajo o actividades diarias determinada por posibles problemas emocionales, tales como como son las sintomatologías de ansiedad y depresión. Lo cual permitiría a los evaluados vivenciar una serie de sensaciones agradables como tranquilidad, calma y felicidad, además de gestionar sus emociones de forma favorable. A la par, las dimensiones de función social, vitalidad y salud mental, también se encuentran en rangos relativamente altos lo que incide en la valoración de la calidad de vida respecto a su salud general, que le permite evaluar de forma optimista su estado salud actual, así como su mejoría a futuro (Ware et al., 1993).

Sin embargo, se aprecia un deterioro del Rol Físico en los evaluados, de modo que se registran una serie de limitaciones o problemas relacionados con el trabajo o la ejecución de actividades diarias debido a la condición actual de su salud física. Esto podría comprenderse al tomar en consideración que el tratamiento de quimioterapia trae consigo una serie de efectos secundarios, ya que los fármacos utilizados no solo actúan sobre las células cancerígenas; sino también, sobre células saludables que crecen rápidamente, afectando al sistema inmunitario y el conteo sanguíneo, lo que puede generar repercusiones en distintas regiones y sistemas del organismo (AECC, 2015). Por ello, los pacientes al encontrarse recibiendo quimioterapia, experimentan ciertos efectos secundarios en el corto plazo, que podría limitarlos a dedicarse menos tiempo en sus labores o actividades diarias, o a dejar de realizar algunas de ellas durante el proceso terapéutico (Zeno y David, 2014; CTCA, 2015).

En relación con el objetivo principal de la investigación, no se logró determinar cuáles de los factores de resiliencia permitirían predecir los valores de la CVRS de los participantes, debido al problema de multicolinealidad encontrado tras la evaluación de los supuestos del modelo de regresión múltiple, por lo que se rechaza la hipótesis inicial planteada (Field, 2008). En consecuencia, se conceptúa a la resiliencia como un factor predictor unidimensional, que explica significativamente la variabilidad de las dimensiones de Función Física, Salud General, Vitalidad y Salud Mental de la

CVRS. Sin embargo, es importante indicar que la Resiliencia no resulta ser un predictor significativo del Rol Físico, el Dolor Corporal, el Rol Emocional y la Función Social; lo cual se discutirá posteriormente.

Por lo tanto, se puede corroborar que la resiliencia permitiría sobrellevar de forma más adaptativa enfermedades oncológicas y predecir el estado de la CVRS en un nivel significativo; esto es consistente con lo hallado en estudios anteriores (Ocampo et al., 2011; Talepasand et al., 2013; Tian y Hong, 2014; Deshields et al., 2016; Li et al., 2016). Es así que ciertos pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica y durante su tratamiento, exhiben rasgos de resiliencia que les permiten conducir una buena adaptación frente a los riesgos y amenazas contra su funcionamiento regular, integridad física, bienestar y calidad de vida (Becoña, 2006; APA, 2016). Asimismo, de acuerdo con la definición del constructo de resiliencia, no habría únicamente una adecuada adaptación al proceso de quimioterapia y al proceso de aceptación de la enfermedad oncológica; sino que, probablemente, los pacientes utilizarían su rasgo de resiliencia como un mecanismo para recuperarse ante próximas condiciones de estrés, previniendo y atenuando posibles disturbios que podrían incurrir en su salud mental y física, recobrando un equilibrio y control de sus emociones, lo que coincide con los planteamientos de Rutten et al. (2013).

A su vez, en contribución tanto con algunos de los estudios de la CVRS realizados previamente en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, como con las investigaciones de los constructos de resiliencia y calidad de vida conducidas en nuestro medio con anterioridad (Laos, 2010; Torres, 2011; Baca, 2013; Ascencio, 2015; Lostaunau y Torrejón, 2013; Chanduví et al., 2015; Rojas, 2016); se encuentran evidencias de que la resiliencia tiene un rol predictor sobre la calidad de vida relacionada con el Componente de la Salud Física en los pacientes evaluados, específicamente según la de Función Social y la Salud General. Encontrándose una consistencia con los hallazgos de Talepasand et al. (2013), en cuanto a la relación directa y significativa entre la resiliencia y la calidad de vida en su dimensión física.

De esta manera, la resiliencia explica significativamente, las posibilidades que tienen los pacientes adultos que reciben quimioterapia de llevar a cabo sus actividades físicas con un nivel menor de limitaciones.

Igualmente, en mayor o menor medida, este rasgo permitiría a los pacientes evaluar términos positivos su estado de salud actual y el prospecto de la misma hacia el futuro (Vilagut et al., 2005). Dicho valor predictivo de la resiliencia sobre la Función Física y la Salud general, podría conceptualizarse bajo el modelo de Deshields et al. (2016), según el cual los pacientes conducirían un proceso re-calibración, ajustando sus reacciones y respuestas de afrontamiento ante la enfermedad y el tratamiento, moderando el impacto sobre su salud física. Proceso que es congruente con lo encontrado por Li et al. (2016), en tanto que los altos niveles de resiliencia ayudarían a los pacientes a percibir una reducción del daño inducido por el tratamiento sobre su salud física y a exhibir una mayor disposición para la recuperación de sus funciones físicas.

Por otro lado, la resiliencia funciona como un predictor significativo de la Salud Mental y la Vitalidad (que corresponden al componente de la salud mental de la CVRS). De esta manera, existen semejanzas con las evidencias encontradas por Talepasand et al. (2013), enfatizando que la resiliencia puede llevar a los pacientes oncológicos a experimentar una serie de sentimientos positivos que les ayudaría a conducir acciones que promueven su bienestar. Por tanto, un grado determinado de resiliencia podría llevar a mejorar la calidad de vida global del paciente oncológico, al ser tomado como un factor moderador de los efectos del estrés y un factor promotor de la adaptación positiva a la enfermedad oncológica y a su tratamiento (Li et al., 2016).

En consonancia con las conclusiones a las que llegan Li et al. (2016), tener la posibilidad de predecir el grado en que los pacientes perciben su CVRS según el rasgo de resiliencia, permitiría explicar que aquellos pacientes oncológicos con mayor resiliencia podrían ser más eficaces en la evitación, prevención y afrontamiento de emociones negativas, cuadros de distrés emocional, sintomatología de ansiedad y/o depresión, y; por consiguiente, de disfrutar de una mejor calidad de vida.

Uno de los principales efectos secundarios de la quimioterapia es la sensación de fatiga y el agotamiento (AECC, 2015; ASCO, 2015); en contraste, en esta investigación se reportan niveles de Vitalidad superiores al promedio. Así, los resultados convergen con las conclusiones de la investigación llevada a cabo por Tian y Hong (2014), quienes determinaron que la resiliencia puede

considerarse como un factor que ejerce una influencia significativa frente al estrés psicológico, la fatiga y los efectos secundarios experimentados en un proceso de tratamiento como el de quimioterapia. En este sentido, el que la resiliencia permita explicar significativamente y en un grado moderado el nivel en que los pacientes experimentan sensaciones de energía o dinamismo, podría darse a entender según las respuestas activas de los pacientes frente a la fatiga y a los efectos secundarios inducidos por el tratamiento.

En contraste con la discusión previa sobre la Función Física, Salud General, Vitalidad y Salud Mental, la resiliencia no constituye un predictor significativo del Rol Físico, el Dolor Corporal, el Rol Emocional y la Función Social. En este sentido, la resiliencia no llevaría a predecir la medida en que la funcionalidad de los pacientes a nivel laboral o cuestión de otras actividades diarias podría verse comprometida por su estado de salud física. Tampoco permitiría predecir en qué proporción los pacientes podrían presentar dolores de menor a mayor intensidad. Por otro lado, la resiliencia de los evaluados, en mayor o menor medida, no sirve como predictor del grado en que los problemas emocionales podrían incidir en sus actividades diarias, además de no explicar significativamente el nivel en que su estado emocional podría interferir en sus actividades sociales habituales (Vilagut et al. 2005; Romero, 2015). Esto podría deberse a la influencia y el poder predictivo de otros factores psicológicos, sociodemográficos, características del tratamiento y de la enfermedad oncológica, sobre las dimensiones mencionadas de la CVRS en los pacientes evaluados, tal como se encuentra en ciertos estudios realizados con anterioridad (Cella et al., 2012; Trask et al., 2013; Zeno y David, 2014; Holzner-Goor et al., 2015).

En relación con las limitaciones del presente estudio, no puede darse una discusión sobre la causalidad entre las variables, ni del impacto del carácter temporal en su asociación, de acuerdo con el diseño de investigación planteado. Además, los resultados han de ser tomados como válidos y confiables únicamente dentro del contexto institucional en que fueron recabados, sin tener la posibilidad de ser generalizados a otros contextos socio-culturales distintos a los presentados por la población evaluada, sean hospitales especializados o clínicas, debido a las características particulares de la muestra escogida, los

critérios de inclusión determinados y la técnica de muestreo seleccionada. Considerando también que el método de evaluación de autorreporte podría conducir a ciertos sesgos desde la perspectiva de los evaluados.

Por último, la utilización del modelo de regresión lineal simple limita el análisis de la influencia de otros factores predictores sobre la CVRS, tal como se conduce por ejemplo con los análisis de regresión jerárquica o de modelos de ecuaciones estructurales, que podrían ser de carácter psicológico, sociodemográficas, de enfermedad, referentes al tratamiento de quimioterapia, entre otras.



CONCLUSIONES

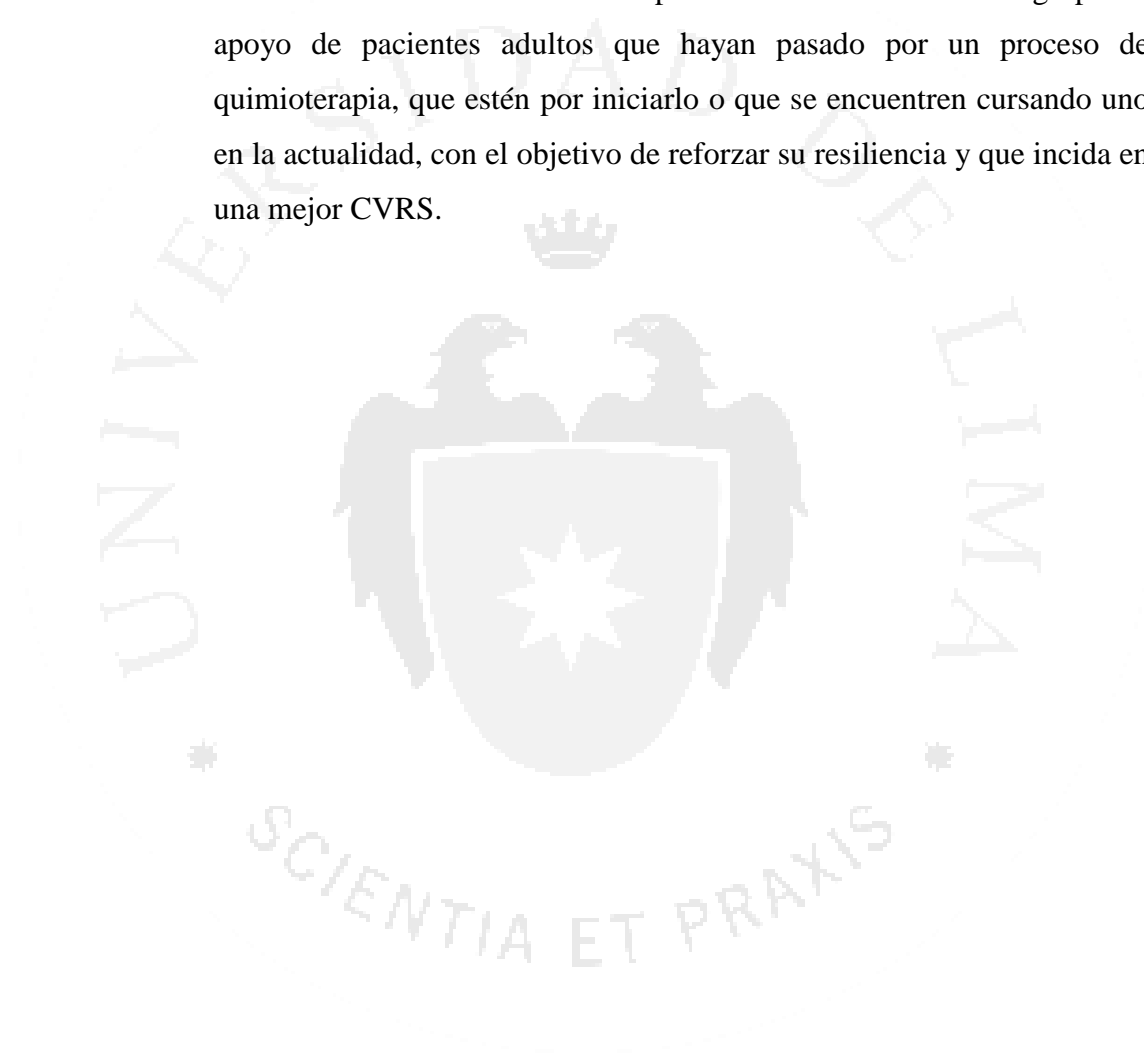
- Los pacientes evaluados alcanzaron valores superiores al promedio en todas las dimensiones del cuestionario de CVRS, excepto en la dimensión de Rol Físico. Lo que podría sugerir que el tratamiento no implica necesariamente un deterioro grave de la CVRS, aunque los pacientes tengan que reducir el tiempo dedicado a sus labores o actividades cotidianas.
- Se hallaron correlaciones directas significativas de los factores de resiliencia y el puntaje total de resiliencia, con las dimensiones y los componentes de la CVRS, respectivamente; a excepción del factor de Ecuanimidad de la resiliencia.
- Tras el análisis de los supuestos del modelo de regresión lineal múltiple, de los índices de confiabilidad por cada dimensión de la Escala de Resiliencia y el análisis factorial; se corrobora que se trata entonces de un modelo unidimensional de la resiliencia. Lo que lleva a rechazar la hipótesis inicial del estudio.
- La resiliencia tiene un rol predictivo significativo sobre la CVRS en relación a las dimensiones de Función Física, Salud General, Vitalidad, Salud Mental.
- La resiliencia no evidencia un poder predictivo significativo sobre las dimensiones de Rol Físico, Dolor Corporal, Rol Emocional y Función Social de la CVRS.

RECOMENDACIONES

A continuación se proponen una serie de recomendaciones tomando en consideración los resultados alcanzados, la discusión y conclusiones determinadas previamente:

- En las siguientes investigaciones se sugiere realizar un análisis estadístico a profundidad del Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young, con el fin de recabar evidencias de validez y confiabilidad más actuales, tanto en muestras clínicas y como en muestras no clínicas. A su vez, conducir un análisis factorial exploratorio para obtener nuevas evidencias del número total de dimensiones para subsiguientes análisis de resultados.
- Se sugiere trabajar con muestras de mayor tamaño al conducir posteriores investigaciones sobre la resiliencia y CVRS en pacientes con diversas enfermedades oncológicas. Además, es preferible utilizar un método de muestreo probabilístico o estandarizado.
- Dar paso a investigaciones cualitativas que permitan indagar en los mecanismos que subyacen en la relación entre la resiliencia y la CVRS.
- En futuros estudios, se sugiere tomar en cuenta la modalidad del tratamiento (ambulatorio o durante una hospitalización) como variable moderadora en la predicción de la CVRS según los valores de resiliencia.
- Es pertinente continuar elaborando estudios con análisis estadísticos de regresión múltiple, regresión jerárquica o modelos de ecuaciones estructurales, que permitan dilucidar modelos estadísticos de los factores que explican la varianza de la CVRS en pacientes adultos que reciben quimioterapia en el INEN.
- Conducir investigaciones longitudinales para analizar el efecto de la resiliencia sobre la CVRS en una muestra representativa de adultos que cursen por quimioterapia en el INEN, a través del tiempo.

- Con todo lo anterior, se sugiere diseñar un programa de fortalecimiento de la resiliencia que genere un impacto en la CVRS de los distintos pacientes adultos que se encuentran recibiendo un tratamiento por quimioterapia de forma ambulatoria, a partir de una invitación libre y otorgada semanalmente. De modo que, funcione como un grupo de trabajo semi-abierto, se utilice una metodología teórico-práctica y cada sesión tenga una duración de al menos dos horas.
- Establecer las directrices básicas para la conformación de un grupo de apoyo de pacientes adultos que hayan pasado por un proceso de quimioterapia, que estén por iniciarlo o que se encuentren cursando uno en la actualidad, con el objetivo de reforzar su resiliencia y que incida en una mejor CVRS.



REFERENCIAS

- Aguilar, E., y Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552012000200006
- American Cancer Society (2012). *Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos / latinos 2012-2014*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036792.pdf>
- American Psychological Association (2016). *The Road to Resilience*. Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- American Society of Clinical Oncology (2015). *Side effects of chemotherapy*. Recuperado de <http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/how-cancer-treated/chemotherapy/side-effects-chemotherapy>
- Ascencio, A. (2015). *Resiliencia y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama de un hospital estatal de Chiclayo 2013* (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/438/1/TL_Ascencio_Puicon_AnaisJackelin.pdf
- Asociación Española Contra el Cáncer (2015). *Quimioterapia: efectos secundarios más frecuentes. Descripción y consejos*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/TRATAMIENTOS/QUIMIOTERAPIA/Paginas/Efectossecundariosmasfrecuentes.aspx>
- Averill, P., & Beck J. (2000). Posttraumatic stress disorder in older adults: a conceptual review. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 133-156. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00045-6
- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo* (Tesis de maestría). Universidad Nacional

- Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3575/1/Baca_rd.pdf
- Bauböck, R., della Porta, D., Lago, I., y Ungureanu C. (2009). ¿De las “guerras” metodológicas al pluralismo metodológico? *Revista Española de Ciencia Política*, 29, 11-38. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4002490>
- Becerra, I., y Otero, S. (2013). *Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5176>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2006-E3EEEF3-E4DF-43B4-C15D-FF038F693092/Documento.pdf>
- Bowen, D., Morasca A., & Meischke H. (2003). Measures and correlates of resilience. *Women Health*, 38(2), 65–76. doi: 10.1300/J013v38n02_05
- Brandtstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self: toward integrating perspectives. En T. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social Cognition and Aging* (pp. 123-141). San Diego, California: Academic Press.
- Buchner, A., Erdfelder, E., Faul, F., y Lang, A. (2014). G*Power (versión 3.1.9.2) [Software de computación]. Recuperado de <http://www.gpower.hhu.de/>
- Burga, A. (2006). La unidimensionalidad de un instrumento de medición: perspectiva factorial. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24(1). Recuperado de: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/642/629>
- Cancer Research UK (2016). Worldwide Cancer Statistics. Recuperado de <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide-cancer#heading-One>
- Cancer Treatment Centers of America (2015). *Chemotherapy for leukemia*. Recuperado de <http://www.cancercenter.com/leukemia/chemotherapy/>
- Cella, D., Jensen, S., Webster, K., Du, H., Lai, J.,..., & Yount, S. (2012). Measuring health-related quality of life in leukemia: the functional assessment of cancer therapy – leukemia (FACT-Leu) questionnaire. *Value in Health*, 15, 1051-1058. doi: 10.1016/j.jval.2012.08.2210

- Chanduví, L., Granados, F., García, L., y Fanning, M. (2015). Asociación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos de un hospital en Chiclayo, 2014. *Revista Científica Tzhoecoén*, 7(2), 119-132. Recuperado de <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/tzh/article/download/275/283>.
- Chemocare (2016a). *Términos de quimioterapia*. Recuperado de <http://chemocare.com/es/chemotherapy/what-is-chemotherapy/teacutermos-de-quimioterapia.aspx>
- Chemocare (2016b). *¿Por cuánto tiempo se administra la quimioterapia?* Recuperado de <http://chemocare.com/es/chemotherapy/what-is-chemotherapy/iquestpor-cuaacutento-tiempo.aspx>
- Chiclana, G., Ferre, F., Lopez-Tarruella, S., Jerez, Y., Márquez-Rodas, I, ..., y Martín, M. (2014). Chemobrain: ¿podemos hablar de un daño cerebral adquirido por quimioterapia? *Revista Trauma Fundación Mapfre*, 25(3), 143-149. Recuperado de <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v25n3/docs/Articulo4.pdf>
- Clark-Carter, D. (2010). *Quantitative Psychological Research: The complete student's companion* (3ª ed.). Nueva York: Psychology Press.
- Cohen, M., Baziliansky, S., & Beny, A. (2014). The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study. *Journal of Geriatric Oncology*, 5(1), 33-39. doi: 10.1016/j.jgo.2013.07.009
- Dana-Farber Cancer Institute (2015). *Chemobrain*. Recuperado de <http://www.dana-farber.org/uploadedFiles/Library/survivors/information-sheets/chemobrain.pdf>
- Deshields, T., Heiland, M., Kracen, A., & Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: development of a conceptual model. *Psycho-Oncology*, 25, 11-18. doi: 10.1002/pon.3800
- Di Giacomo, D., Cannita, K., Ranieri, J., Cocciolone, V., Pssafiume, D., & Ficarella, C. (2016). Breast cancer and psychological resilience among young women. *Journal of Psychopathology*, 22, 191-195. Recuperado de <http://www.jpsychopathol.it/article/breast-cancer-and-psychological-resilience-among-young-women/>

- Dirección General de Epidemiología (2013). *Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013*. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- Fernandes de Araújo, L., Teva, I., y Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000300009
- Field, A. (2008). *Multiple regression using SPSS*. Recuperado de education.exeter.ac.uk/download.php?id=10415
- Fraenkel, J., Wallen, N., & Hyun, H. (2011). *How to design and evaluate research in education* (8ª ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- García, I., Merino, B., y Silva, J. (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4ª ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gillespie, B., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 124-135. doi: 10.5172/conu.2007.25.1-2.124
- Gliem, J., & Gliem, R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*. Recuperado de <https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/344>
- Graber, R., Pichon, F., & Carabine, E. (2015). *Psychological resilience. State of knowledge and future research agendas*. Londres: Overseas Development Institute. Recuperado de <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9872.pdf>
- Grotberg, E. (2006). Introducción: nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. Suárez (Eds.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (pp.19-30). Buenos Aires: Paidós. Recuperado de [http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Trabajo%20Filippi%20Teoricos%20Parte%203/Melillo,%20A.%20&%20Suarez%20Ojeda,%20E.%20N.%20\(Comp.\).%20\(2001\).%20Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia.%20\(19-30\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/trabajo/filippi/Trabajo%20Filippi%20Teoricos%20Parte%203/Melillo,%20A.%20&%20Suarez%20Ojeda,%20E.%20N.%20(Comp.).%20(2001).%20Nuevas%20tendencias%20en%20resiliencia.%20(19-30).pdf)

- Hejmadi, M. (2010). *Introduction to cancer biology*. Recuperado de <http://csbl.bmb.uga.edu/mirrors/JLU/DragonStar2015/download/introduction-to-cancer-biology.pdf>
- Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México, D.F: McGraw-Hill Education.
- Holzner-Goor, B., Kemmler, G., Kopp, M., Nguyen-Van-Tam, D., Sperner-Unterweger, B., & Greil, R. (2004). Quality of life of patients with chronic lymphocytic leukemia: results of a longitudinal investigation over 1 year. *European Journal of Haematology*, 72, 381–389. Recuperado de <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/quality-of-life-of-patients-with-chronic-lymphocytic-leukemia-results-gdxQ1Fx0wM>
- Holzner-Goor, B., Schaafsma, M., Joosten, P., Posthuma, E., Wittebol, S., Huijgens, P.,..., & Uyl-de Groot, C. (2015). Quality of life of patients with chronic lymphocytic leukemia in the Netherlands: results of a longitudinal multicentre study. *Quality of Life Research*, 24, 2896-2906. doi: 10.1007/s11136-015-1039-y
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2012). *Pacientes del club de la mama del INEN tuvieron celebración por el día de la madre*. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/prensa/notas/421-np-019-2012.html>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016). *Club de la mama del INEN sigue expandiendo sus acciones en distritos de Lima Metropolitana*. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/prensa/notas/840-ni-002-2016.html>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016). *Datos epidemiológicos*. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2016). *Resumen de indicadores de salud*. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-estadisticos.html>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017). *Indicadores de gestión hospitalaria. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. Abril-2017*. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/estadisticas.html>
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/668>

- Lerner, R., Weiner, M., Arbeit, M., Chase, P., Agans, J., ..., & Warren, A. (2012). Resilience across the life span. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 32(1), 275-299. doi: 10.1891/0198-8794.32.275
- Li, M., Yang, Y., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 73-81. doi: 0.1186/s12955-016-0481-z
- Liron, E. (2009). *Controles y tolerancia al estrés en un grupo de niños diagnosticados con cáncer* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/406/LIRON_ELDAD_LEVY_CONTROLES_TOLERANCIA_ESTRES.pdf?sequence=1
- Lostanau, A., y Torrejón, C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5175>
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/>
- Molina, Y., Yi, J., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K., Yi-Frazier, J. & Rosenberg, A. (2014). Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 93-101. doi: 10.1188/14.CJON.93-101.
- National Cancer Institute (2015). *What is cancer?* Recuperado de <http://www.cancer.gov/about-cancer/what-is-cancer>
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un Programa de Psicoterapia Breve en madres adolescentes* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Mental Health*, 9(4), 353-362. doi: 10.1080/1360500114415
- Ocampo, J., Valdez, J., Gonzáles, N., Andrade, P., Oblitas, L., y García, R. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer

- de mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 265-269. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826009.pdf>
- Ong A., Bergeman C., & Boker S. (2009) Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77(6), 1777–1804. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00600.x
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Las 10 causas principales de defunción en el mundo*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index3.html>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Global battle against cancer won't be won with treatment alone. Effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crisis*. Recuperado de https://med.unsw.edu.au/sites/default/files/_local_upload/others/World-Cancer-Report-2014-Press-Release.pdf
- Pascaline, J. (2013). Side effects of chemotherapy and coping strategies adopted by patients admitted in a hospital of Pune City. *Nursing Journal of India*, 104(5), 230-233. Recuperado de http://fresno.ulima.edu.pe/ss_bd00102.nsf/RecursoReferido?OpenFormyid=PR OQUEST-41716yurl=/docview/1536918397?accountid=45277
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 37-44. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/26575348_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_infantil_Una_aproximacion_conceptual
- Rojas, R. (2016). *Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7086>
- Romero, C. (2015). *Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6098>
- Roselló, L., y Sucari, R. (2014). *Resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia*. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo-Essalud (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2337>

- Rutten, B., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E.,..., & Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 3-20. doi: 10.1111/acps.12095
- Salazar, F., & Bernabé, E. (2012). The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia- Pacific Journal of Public Health*, 20(10), 1-9. doi: 10.1177/1010539511432879
- Salazar, M., Regalado, R., Navarro, J., Montanez, D., Abugattas, J., y Vidaurre, T. (2013). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 105-12. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n1/a20v30n1.pdf>
- Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit: Revista de Psicología*, 11, 41-48. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100006
- Salgado, C. (2012). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3293>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Shumaker, S., & Naughton, M. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En S. A. Shumaker & R. Berzon (Eds.), *Quality of life: theory translation measurement and analysis* (pp. 3-10). Oxford, Inglaterra: Rapid Communication of Oxford.
- Siegel, R., Miller, K., & Jernaal, A. (2016). Cancer statistics, 2016. *Cancer Journal of Clinicians*, 66(1), 7-30. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21332/epdf>
- Southwick, S., Bonanno, G., Masten, A., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338.

- Talepasand, S., Pooragha, F., & Kazemi, M. (2013). Resiliency and quality of life in cancer patients: moderating role of time duration of awareness of cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 6(4), 222-226. Recuperado de <http://journals.sbmu.ac.ir/index.php/cp/article/view/4835/5276>
- Tian, J., & Hong, J. (2014). Assessment of the relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. *World Journal of Gastroenterology*, 20(48), 18439-18444. doi: 10.3748/wjg.v20.i48.18439
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/717>
- Trask, P., Cella, D., Powell, C., Reisman, A., Whiteley, J., & Kelly, V. (2013). Health-related quality of life in chronic myeloid leukemia. *Leukemia Research*, 37, 9-13. doi: 10.1016/j.leukres.2012.09.013
- Trigoso, M. (2009). *Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/46294?show=full>
- Trigoso, M. (2012). *Ajuste mental al cáncer y Bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1656>
- Van der Meulen, I., May, A., de Leeuw, J., Koole, R., Oosterom, M.,... & Ros, W. (2014). Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: a randomized controlled trial. *British Journal of Cancer*, 110(3), 593-601. doi: 10.1038/bjc.2013.733
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miranda, G.,..., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF- 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>
- Vidal y Benito, M. (2012). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

- Vinaccia, S., y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(1), 123-136. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178. Recuperado de <http://www.resiliencescale.com/wp-content/uploads/2014/06/Wagnild-Young-psychom-R.pdf>
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, K., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide*. Massachusetts: Nimrod Press. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide
- Ware, J., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N., Apolone, G., Bech, P.,..., & Sullivan, M. (1998). The Factor Structure of the SF-36 Health Survey in 10 Countries: Results from IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1159-1165. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00107-3
- Williams, M., Gómez, C., & Kurkiewicz, D. (2013). Assumptions of multiple regression: Correcting two misconceptions. *Practical Assesment, Research & Evaluation*, 18(11), 1-14. Recuperado de <http://pareonline.net/getvn.asp?v=18&n=11>
- Wright, D. (2003). Making friends with your data: Improving how statistics are conducted and reported. *British Journal of Educational Psychology*, 73(1), 123-136. doi: 10.1348/000709903762869950
- Zeno, R., & David, A. (2014). Comparative study: the quality of life of patients with leukemia, anxiety and depressive disorders. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 883-886. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814024641>



ANEXO 1: Ficha sociodemográfica

FICHA DE DATOS

I) DATOS DE FILIACIÓN

Historia Clínica: _____

Orden: _____

Sexo		Edad	¿Acude acompañado?	Sí	No
Masculino			¿Quién le acompaña?		
Femenino					

Lugar de nacimiento	
Lugar de residencia	

Estado Civil	
Soltero(a)	
Casado(a)	
Conviviente	
Divorciado(a)	
Viudo(a)	

Grado de instrucción			
Primaria incompleta		Técnica completa	
Primaria completa		Universitaria incompleta	
Secundaria incompleta		Universitaria completa	
Secundaria completa			
Técnica incompleta			

- Ocupación actual: _____

- Composición familiar (¿con quiénes vive?) _____

- Religión: _____

II) INFORMACIÓN MÉDICA

- ¿Cuál es el nombre de su enfermedad? _____

- ¿Hace cuánto le han dado ese diagnóstico?

Menos de un mes () Un mes () Dos a seis meses () Más de seis meses ()

- ¿Conoce en qué estadio o fase se encuentra actualmente? I () II () III () IV ()

- ¿Tiene algún diagnóstico clínico adicional? _____

- ¿Sufre de alguna enfermedad crónica como diabetes o hipertensión? Sí () No ()

- ¿Tiene algún diagnóstico psiquiátrico o ha recibido tratamiento psicotrópico? Sí () No ()

- ¿Qué tipo de tratamiento recibe en la actualidad? _____

- ¿Desde cuándo empezó con el tratamiento? _____

- ¿Con qué frecuencia recibe el tratamiento? _____

ANEXO 2: Escala de resiliencia de Wagnild y Young

En la siguiente tabla, seleccione en la escala del 1 al 7 la puntuación que crea adecuada para cada ítem. El 1 representa el menor puntaje, desacuerdo, y el 7 el mayor puntaje, de acuerdo. Recuerde hacerlo de acuerdo a lo que usted crea personalmente.

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

ANEXO 3: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1. () Excelente
- 2. () Muy buena
- 3. () Buena
- 4. () Regular
- 5. () Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1. () Mucho mejor ahora que hace un año
- 2. () Algo mejor ahora que hace un año
- 3. () Más o menos igual que hace un año
- 4. () Algo peor ahora que hace un año
- 5. () Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores).	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora).	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.	1	2	3
d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera.	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera.	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse.	1	2	3
g. Caminar 1 kilómetro o más.	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros).	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Actividades	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p.ej. le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

Actividades	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. () Nada
2. () Un poco
3. () Regular
4. () Bastante
5. () Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. () No, ninguno
2. () Sí, muy poco
3. () Sí, un poco
4. () Sí, moderado
5. () Sí, mucho
6. () Sí, muchísimo

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. () Nada
2. () Un poco
3. () Regular
4. () Bastante
5. () Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las *4 últimas semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante las *4 últimas semanas* ¿cuánto tiempo...

Actividades	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las *4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. () Siempre
2. () Casi siempre
3. () Algunas veces
4. () Sólo alguna vez
5. () Nunca

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

Actividades	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 4: Consentimiento informado

Yo, _____, de _____ años de edad, acepto voluntariamente participar en la investigación realizada por Michele Stefano Roberto Belmont perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima, con el fin de realizar el proyecto de tesis titulado: “Resiliencia y calidad de vida en pacientes adultos que reciben quimioterapia”.

- Este proceso consiste en la aplicación de dos pruebas:
 - Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER)
 - Cuestionario de Calidad de Vida SF-36
- No se revelará la identidad del participante en ningún momento del proceso ni después de éste.
- La información obtenida en las sesiones será discutidas solamente con el profesor del curso en las clases y asesorías correspondientes, manteniendo siempre el anonimato del participante.
- Terminado el proyecto, las pruebas y los datos de los participantes serán eliminados.
- No se entregará resultados individuales, pero una vez culminada la investigación se podrá contactar al correo electrónico del investigador para obtener resultados generales.
- El participante podrá retirarse del proceso en cualquier momento si así lo desea.

Para respuestas a las preguntas sobre los derechos de los participantes contactar con el Presidente del Comité Institucional de ética en Investigación (CIEI) del INEN: Arístedes Juvenal Sánchez Lihón, y los siguientes datos del CIEI: teléfono 201-6500, anexo 3001 y correo electrónico: comité_etica@inen.sld.pe.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Fecha

Firma del participante

Firma del entrevistador

Nombre: Michele Stefano Roberto Belmont

Correo: 20102663@aloe.ulima.edu.pe

Información del Departamento de Psicología:

Telf. 201-6500

Anexo: 2267

2° piso Oficina 202

Anexo 5: Autorización para el uso de la Escala de Wagnild y Young adaptada por Novella (2002)

From: angelina <angelinanovella@hotmail.com>
Sent: Thursday, December 7, 2017 6:41 PM
To: Stefano Roberto Belmont
Subject: Re: Solicitud de permiso - Escala de Resiliencia

Stefano, me hubiera gustado haber sabido que estabas haciendo tu tesis usando la escala, entiendo que estas apunto de sustentar. Te agradeceré me mandes las conclusiones ya que llevo registro de las investigaciones y tesis que usan la escala para poder colaborar con otros investigadores interesados en su uso.

Si te autorizo a que la uses siempre que hagas la cita correcta de la fuente y de mi trabajo sobre la misma.

Angelina Novella.



Anexo 6: Autorización para el uso del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 validado por Salazar y Bernabé (2012)



Fernando Salazar to you

7 days ago

Estimado Stefano,

No hay ningún inconveniente con el uso del cuestionario, y los valores de ajuste descritos para la población peruana. Me compartes lo que salga de tu investigación cuya pregunta es muy interesante.

Saludos cordiales,



ANEXO 7: Supuesto de multicolinealidad de las variables independientes

Estadísticas de multicolinealidad

	Tolerancia	VIF
Perseverancia	.43	2.31
Satisfacción personal	.55	1.82
Ecuanimidad	.75	1.34
Confianza en sí mismo	.48	2.11
Sentirse bien solo	.58	1.73

Diagnósticos de multicolinealidad

Dimensión	Autovalor	Índice de condición (Constante)	Proporciones de varianza					
			Perseverancia	Satisfacción personal	Ecuanimidad	Confianza en sí mismo	Sentirse bien solo	
1	5.94	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
2	.02	16.81	.00	.00	.04	.73	.00	.16
3	.01	20.96	.13	.00	.02	.18	.13	.61
4	.01	23.57	.70	.02	.00	.00	.34	.00
5	.01	27.46	.07	.18	.85	.08	.04	.04
6	.01	33.74	.10	.80	.08	.00	.49	.19

ANEXO 8: Supuestos de regresión lineal simple (Componente de Salud Física)

1. Independencia de los residuos

Se obtiene el coeficiente de Durbin-Watson ($DW=2.19$), que al encontrarse entre 1.5 y .2.5, permite asumir que los residuos son independientes (Field, 2008; Williams et al., 2013).

2. Normalidad

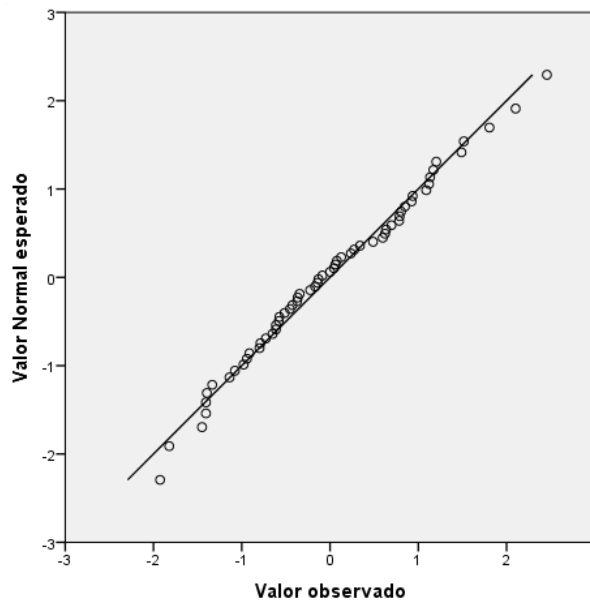


Figura 1. Gráfico Q-Q de probabilidad de normalidad de los residuos estandarizados para el Componente de Salud Física

3. Homocedasticidad

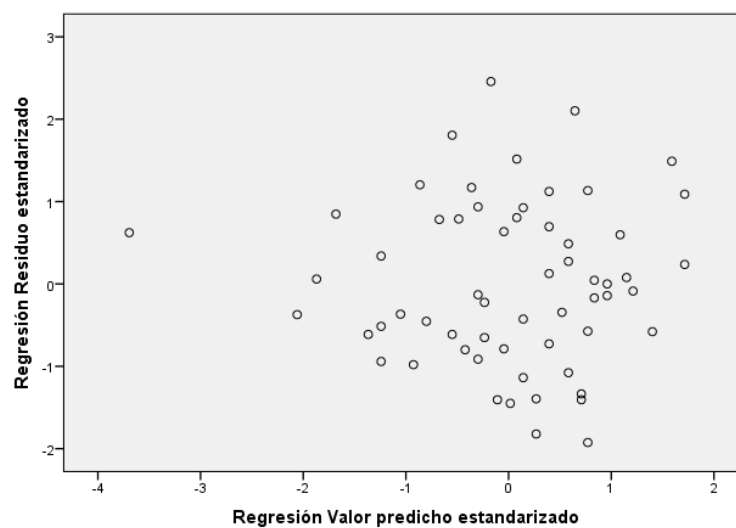


Figura 2. Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para el Componente de Salud Física

ANEXO 9: Supuestos de regresión lineal simple (Función Física)

1. Independencia de los residuos

El coeficiente de Durbin-Watson ($DW=2.21$) obtenido se ubica entre 1.5 y 2.5, confirmando la independencia de los residuos (Field, 2008; Williams et al., 2013).

2. Normalidad

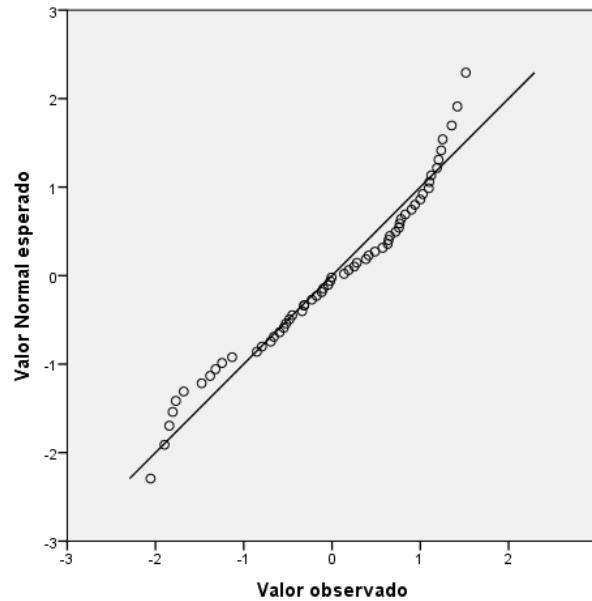


Figura 3. Gráfico Q-Q de probabilidad de normalidad de los residuos estandarizados para la dimensión de Función Física

3. Homocedasticidad

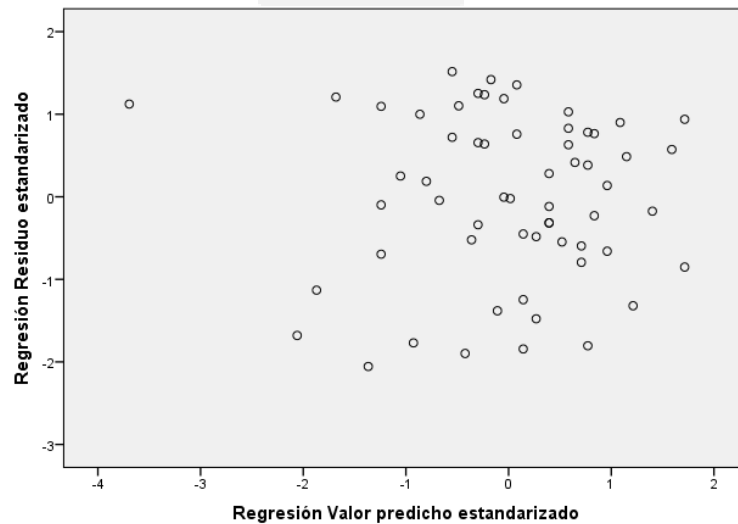


Figura 4. Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para la dimensión de Función Física

ANEXO 10: Supuestos de regresión lineal simple (Salud General)

1. Independencia de los residuos

El coeficiente de Durbin-Watson ($DW=1.96$) alcanzado se ubica entre 1.5 y .2.5, confirmando la independencia de los residuos (Field, 2008; Williams et al., 2013).

2. Normalidad

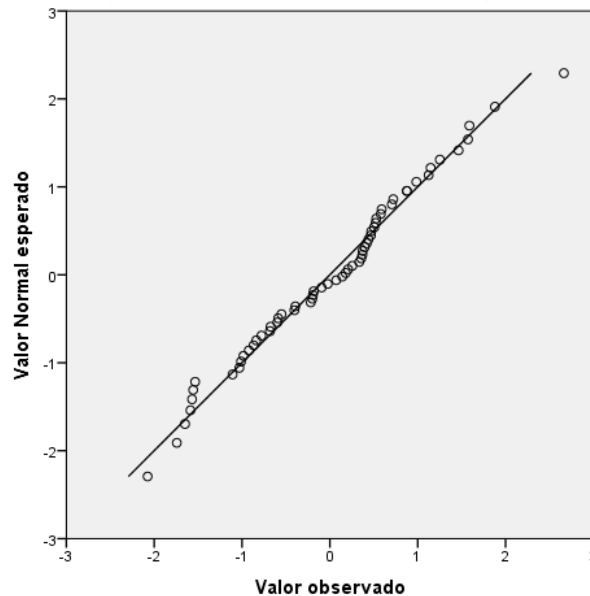


Figura 5. Gráfico Q-Q de probabilidad de normalidad de los residuos estandarizados para la dimensión de Salud General

3. Homocedasticidad

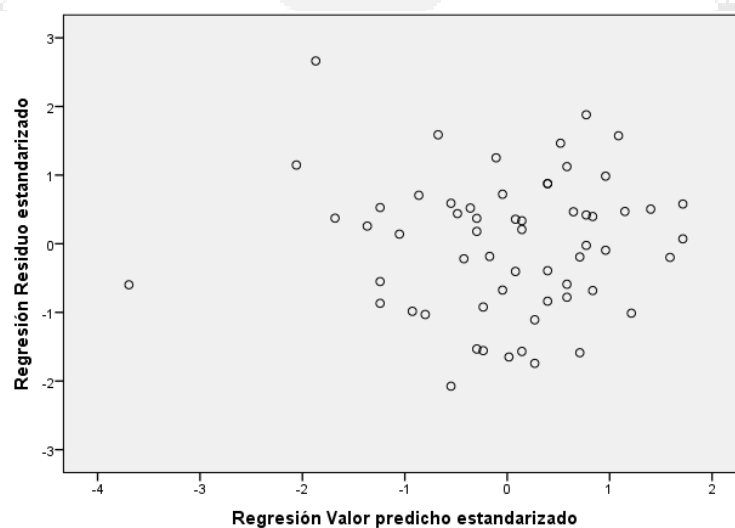


Figura 6. Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para la dimensión de Salud General

ANEXO 11: Supuestos de regresión lineal simple (Vitalidad)

1. Independencia de los residuos

Se delimita un coeficiente de Durbin-Watson ($DW=1.87$), encontrándose entre 1.5 y .2.5, lo que pone en evidencia la independencia de los residuos (Field, 2008; Williams et al., 2013).

2. Normalidad

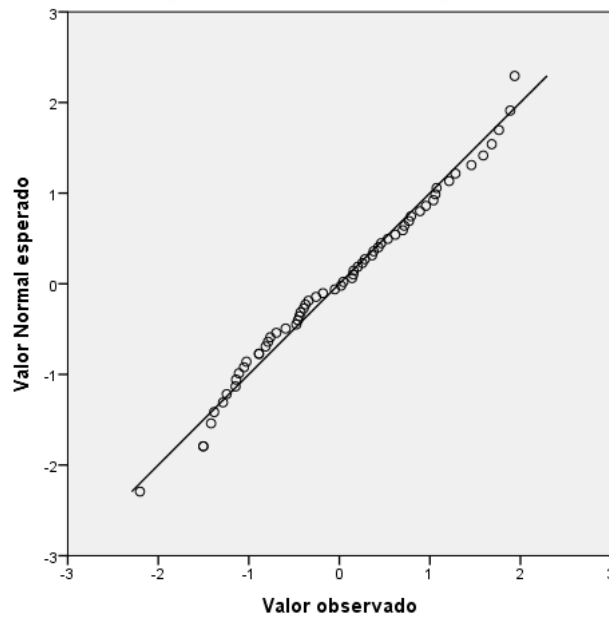


Figura 7. Gráfico Q-Q de probabilidad de normalidad de los residuos estandarizados para la dimensión de Vitalidad

3. Homocedasticidad

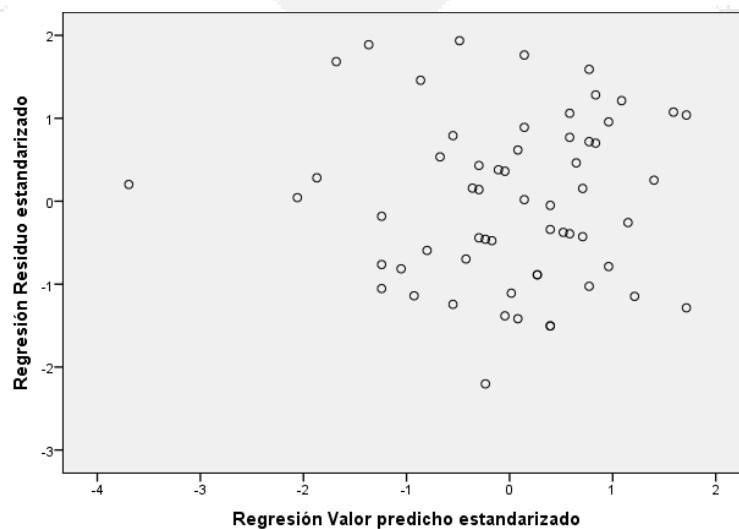


Figura 8. Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados para la dimensión de Vitalidad

ANEXO 12: Supuestos de regresión lineal simple (Salud Mental)

1. Independencia de los residuos

El coeficiente de Durbin-Watson ($DW=2.20$) alcanzado se ubica entre 1.5 y .2.5, confirmando la independencia de los residuos (Field, 2008; Williams et al., 2013).

2. Normalidad

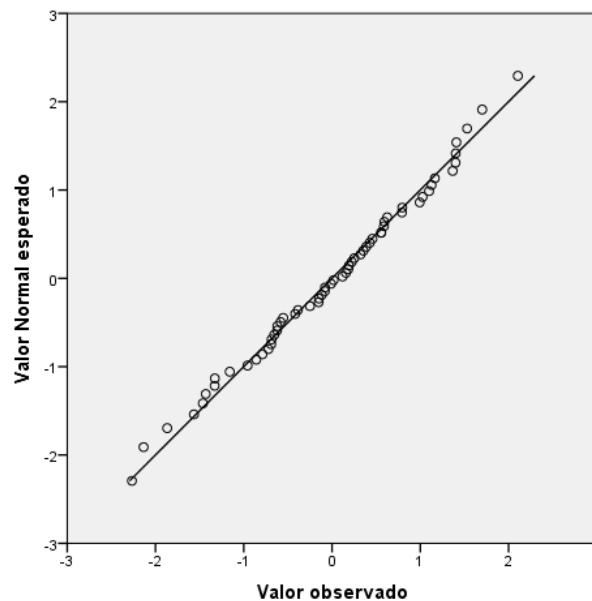


Figura 9. Gráfico Q-Q de probabilidad de normalidad de los residuos estandarizados de la dimensión de Salud Mental

3. Homoceda

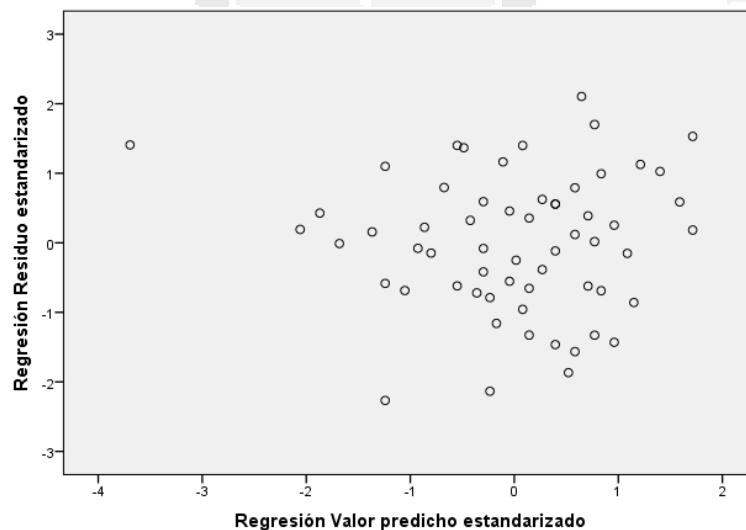


Figura 10. Diagrama de dispersión de valores predichos estandarizados por residuos estandarizados de la dimensión de Salud Mental