

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Esperanza y resiliencia en pacientes oncológicos adultos

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE BACHILLERA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

Lucía Gabriela Chang Benites

ASESORA

Patricia Martínez Uribe

2019

Agradecimientos

A todos los pacientes que participaron en este estudio, por compartir su experiencia y, con ello, permitirme aprender y enriquecer mi formación profesional, pero sobre todo por permitirme crecer a nivel personal.

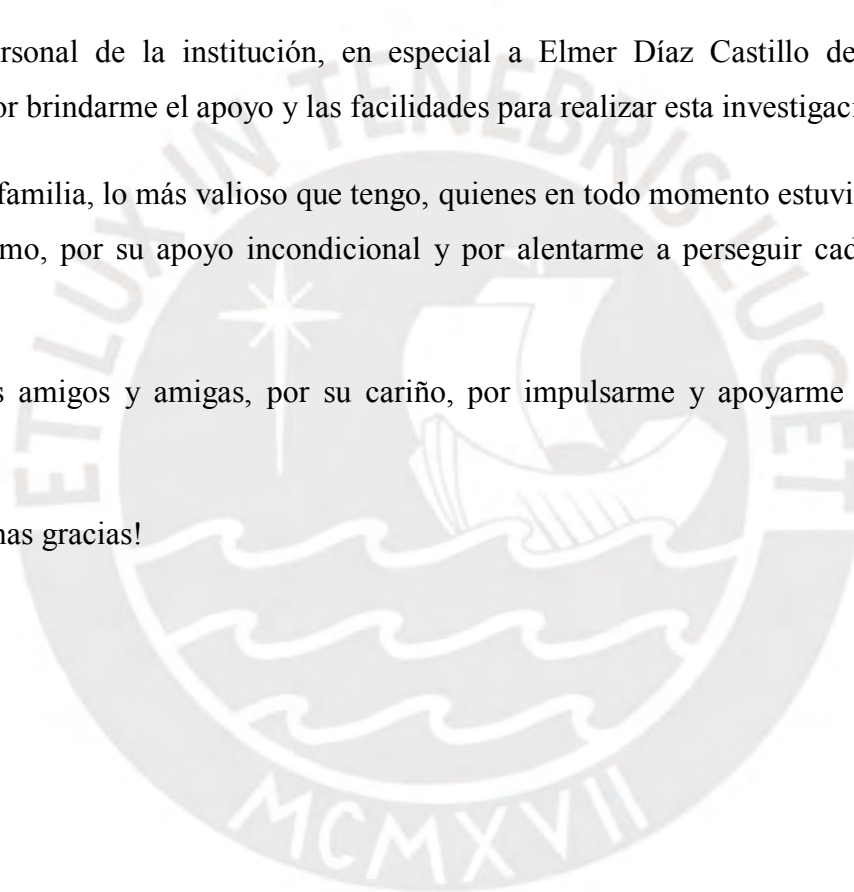
A mi asesora Patricia Martínez Uribe, por la confianza en esta propuesta desde el principio, por acompañarme y comprometerse para llevar a cabo esta investigación satisfactoriamente, así como por todas las valiosas lecciones que sin duda guiarán mi ejercicio profesional.

Al personal de la institución, en especial a Elmer Díaz Castillo del Servicio de Psicología, por brindarme el apoyo y las facilidades para realizar esta investigación.

A mi familia, lo más valioso que tengo, quienes en todo momento estuvieron dándome fuerzas y ánimo, por su apoyo incondicional y por alentarme a perseguir cada uno de mis sueños.

A mis amigos y amigas, por su cariño, por impulsarme y apoyarme en mis metas siempre.

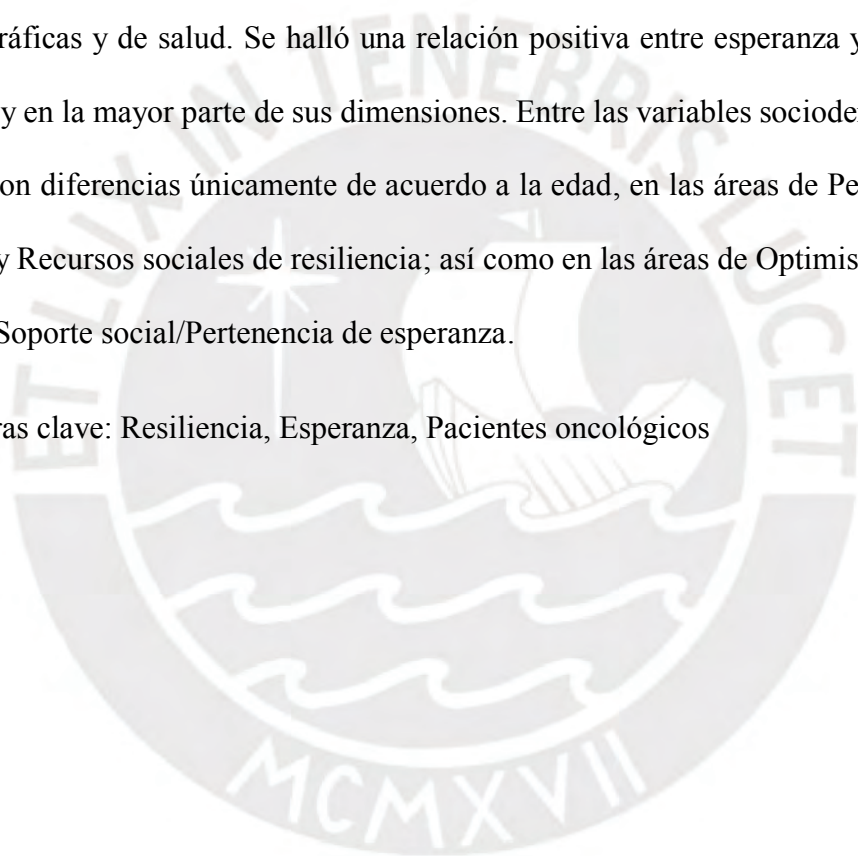
¡Muchas gracias!



Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre esperanza y resiliencia en pacientes oncológicos adultos. Se contó con la participación de 51 pacientes entre 22 y 74 años de edad. Para evaluar esperanza, se utilizó la Escala de Esperanza de Herth Revisada (HHS-R), adaptada por Martínez, Cassaretto y Herth (2012). Para evaluar resiliencia, se utilizó la Escala de Resiliencia para Adultos (RSA), adaptada por Morote, Hjemdal y Corveleyn (2014). Además, se analizaron ambos constructos según variables sociodemográficas y de salud. Se halló una relación positiva entre esperanza y resiliencia en conjunto y en la mayor parte de sus dimensiones. Entre las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias únicamente de acuerdo a la edad, en las áreas de Percepción de uno mismo y Recursos sociales de resiliencia; así como en las áreas de Optimismo/Soporte espiritual y Soporte social/Pertenencia de esperanza.

Palabras clave: Resiliencia, Esperanza, Pacientes oncológicos



Abstract

This research aimed to analyze the relationship between hope and resilience in a group of adult cancer patients. To do this matter, we evaluated 51 patients between 22 and 74 years old. To measure hope, we use the Herth Hope Scale Revised (HHS-R) by Martínez, Cassaretto and Herth (2012). To measure resilience, we used the Resilience Scale for Adults (RSA) in its adapted version by Morote, Hjemdal and Corveleyn (2014). In addition, both constructs were analyzed according to sociodemographic and health variables. A positive relationship was found between hope and resilience as a whole, and in most of its dimensions. Among the sociodemographic variables, differences were found only according to age, in the areas of Self-perception and Social resources of resilience, as well as in the areas of Optimism/Spiritual support and Social support/Belonging of hope.

Keywords: Resilience, Hope, Oncologic patients

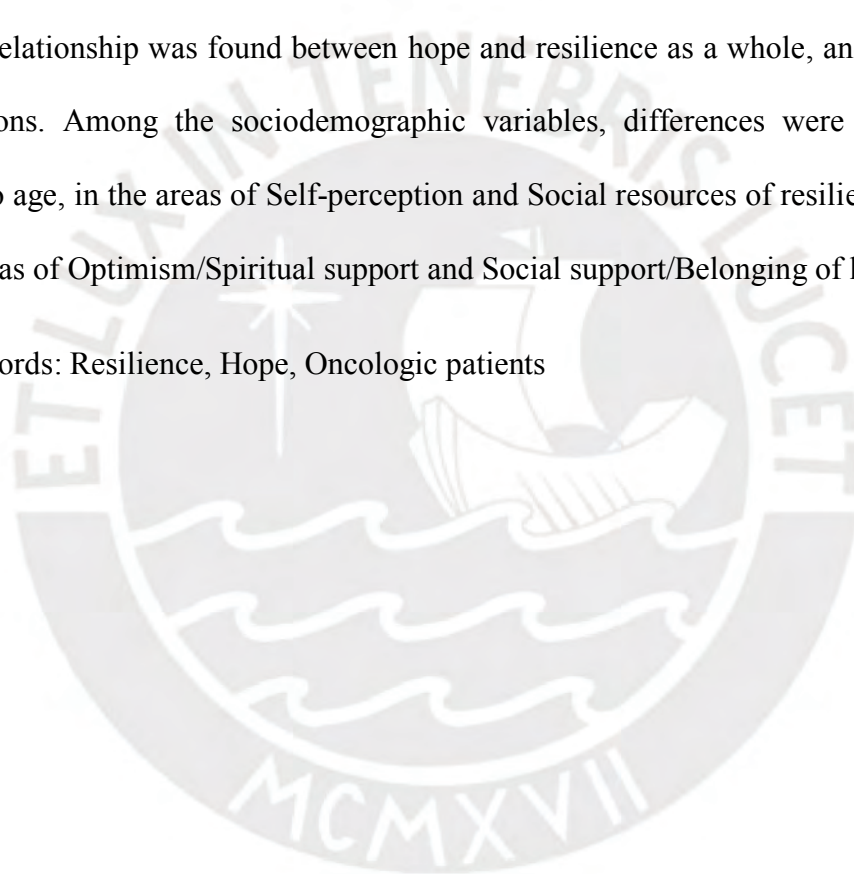


Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	8
Participantes.....	8
Medición.....	8
Análisis de datos.....	11
Resultados.....	12
Discusión.....	16
Referencias.....	23
Apéndices.....	34
Apéndice A: Consentimiento informado.....	34
Apéndice B: Ficha de datos.....	35
Apéndice C: Análisis de confiabilidad de la escala RSA.....	37
Apéndice D: Análisis de confiabilidad de la escala HHS-R.....	38
Apéndice E: Descriptivos de las escalas de resiliencia y esperanza.....	39

Introducción

El cáncer representa una de las enfermedades con mayor tasa de mortalidad a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), esta patología es considerada un problema de salud pública. De ahí que, para el año 2015, se le haya atribuido 8.8 millones de muertes a nivel global. De igual manera, en América Latina, esta afección crónica representa la segunda causa de mortalidad; esto se ve apoyado en estadísticas que reflejan 550 000 muertes, tan solo en el año 2012 (The Economist Intelligence Unit, 2017). En el caso de Perú, existe un aumento de las tasas de incidencia y mortalidad asociadas a esta enfermedad, siendo los tipos de cáncer más frecuentes el de cuello uterino, estómago, mama, piel y próstata (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2017).

Debido a que es una enfermedad crónica, el cáncer presenta distintas fases a las que el paciente debe adaptarse. Según Holland y Zittoun (1990), estas incluyen el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y los acontecimientos que vayan sucediendo a lo largo del proceso de la enfermedad. En ese sentido, recibir un diagnóstico de cáncer es considerado un acontecimiento desalentador, frustrante y difícil, pues representa un periodo de crisis para el individuo, ya que da inicio a una serie de cambios en su vida (Dreyfuss, 1990; Suleiman y Suhair, 2014; Taylor, 2003).

De acuerdo con ello, la persona puede experimentar una vorágine de sensaciones como angustia y desesperación debido a la incertidumbre que tiene sobre su futuro, puesto que el curso y pronóstico del cáncer es impredecible. A esto se suma la percepción inmediata de la posibilidad de perder la vida (Alarcón, 2006; Dreyfuss, 1990; Mesenguer, 2003). Las respuestas psicológicas al diagnóstico no son las mismas en todos los individuos. El espectro de reacciones experimentadas es amplio y puede presentarse en una variedad de combinaciones y sucesiones (Kubler-Ross, 1992). De esta manera, respuestas psicológicas como la negación, ira u hostilidad, tristeza y aceptación no se presentan de forma secuencial, sino que por estas se transita una o más veces a lo largo del curso de la enfermedad (Sherman, 1992).

Asimismo, la persona debe enfrentarse a las consecuencias tanto directas como indirectas del tratamiento, el cual se encuentra planificado de manera específica para cada paciente, de acuerdo a ciertos factores como el tipo de cáncer, su localización y extensión, además de ciertas condiciones del individuo (sexo, edad, otras enfermedades, factores de riesgo, etc.). Las principales modalidades de tratamiento incluyen la vía quirúrgica, para el

caso de tumores, y procedimientos como quimioterapia y/o radioterapia (Selman, 2008; Bravo, 2001). Como consecuencia de estos, el paciente experimenta una serie de cambios físicos que afectan su autoimagen y los efectos colaterales, que son síntomas asociados a estos que le dan la percepción de estar empeorando en lugar de mejorar. Esto, a su vez, demanda cambios importantes en su estilo de vida, en cuanto a la necesidad de adquirir ciertos hábitos, la aparición de nuevas rutinas e imposición de horarios (Barreto y Bayés, 1990; Barroilhet, Forjaz y Garrido, 2005).

Por lo expuesto, se evidencia la ardua y compleja labor del paciente en el enfrentamiento al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad a través de la incorporación progresiva de cambios en su estilo de vida, la elaboración a nivel afectivo de las emociones que estos implican y la identificación de los recursos con los que dispone para seguir adelante (Trigoso, 2009). En ese sentido, desde el marco de la psicología positiva y de la salud, estudios en relación a los mecanismos protectores frente al cáncer señalan a la esperanza como un recurso importante que alienta al individuo a buscar maneras de aceptar o reconocer su nueva condición impuesta por la enfermedad (Ottaviani, Souza, de Camargo, de Mendiondo, Pavarini y de Souza, 2014).

En esta línea, la esperanza es un constructo dinámico y multidimensional, por lo cual considerarla una creencia, una emoción, o un comportamiento, es limitar erróneamente la naturaleza de este recurso (Jevne, 2003). Es definida como el estado motivacional positivo basado en el sentido de logro a partir de dos componentes: la capacidad de planificar vías para alcanzar los objetivos deseados, a pesar de los obstáculos, y la agencia o motivación para hacer uso de estas vías (Carr, 2007; Snyder, Rand y Sigmon, 2002). Frente a ello, Herth (1990, 1993) añade que la esperanza es un poder interior que enriquece al ser a través de la trascendencia de la situación actual. Esta depende también de la evaluación que se realiza sobre la relación entre uno mismo y el entorno; es decir, sobre el soporte social y espiritual que la persona posee.

De acuerdo a Herth (1991), la esperanza presenta tres dominios: cognitivo-temporal, afectivo-conductual y afiliativo-contextual. Siguiendo esta perspectiva, la dimensión cognitivo-temporal incluye la evaluación de que el resultado deseado es probable y por lo tanto realista; la dimensión afectivo-conductual alude al sentimiento de confianza para la iniciación de la acción; y la afiliativo-contextual reconoce la importancia de la relación entre el sí mismo y los otros incorporando así aspectos relacionales y espirituales, incluye nociones sobre soporte social percibido, percepción de soporte espiritual, y sentido de significado y

pertenencia (Arnau, Martínez, Niño de Guzmán, Herth, et al., 2010; Mascaro y Rosen, 2005; Varahrami, Arnau, Rosen y Mascaro, 2010).

Por otra parte, Morote, Hjemdal, Kryszinska, Martínez y Corveleyn (2017) afirman que la esperanza actúa, junto con otros recursos internos, como un factor protector contra amenazas externas o vulnerabilidades internas. De esta manera, la esperanza es un recurso generador de emociones positivas, las cuales funcionan como un elemento protector frente a las deficiencias de la salud incrementando el bienestar emocional de la persona (Billington, Simpson, Unwin, Bray y Giles, 2008). En ese sentido, Van Gestel-Timmermans, Van Den Bogaard, Brouwers, Herth et al. (2010), señalan que la esperanza promueve una actitud más positiva de aceptación frente a la pérdida de salud, lo cual podría generar una mejor adaptación a la enfermedad, permitir una pronta recuperación, así como incrementar la calidad de vida del paciente (Rand y Cheavens, 2009). En adición, la esperanza depende en gran medida de la capacidad de agencia (Snyder, 2002). Si esta existe, habrá una alta tendencia a ejecutar conductas proactivas en beneficio de la salud (Rand y Cheavens, 2009), además de permitir al paciente mantener un sentido de control sobre su vida (Bunston, Mings, Mackie, y Jones, 2008).

Estudios empíricos han revelado que la esperanza es un factor importante en la recuperación de pacientes con cáncer, ya que involucra pensamientos positivos hacia el futuro y el deseo de hacer un esfuerzo por mantener la vida (Kyngas, Mikkonen, Nousiainen, Ryttilahli, Seppanen et al., 2001; Lheureux, Raheison, Vernejoux, Nguyen, Nocent et al., 2004). Además, Seligman (2002) afirma que los pacientes oncológicos que presentan altos niveles de esperanza pueden llegar a vivir mayor tiempo que aquellos que carecen de ellos.

En una investigación realizada en Estados Unidos con el objetivo de investigar la relación entre esperanza, experiencia del dolor, síntomas de ansiedad y depresión, así como el sentido de bienestar espiritual en 78 pacientes oncológicos, se encontró una correlación negativa entre las dimensiones de la esperanza con la experiencia del dolor, y los síntomas de ansiedad y depresión, mientras que correlacionaron positivamente con las puntuaciones de bienestar espiritual. Se concluyó, entonces, que la esperanza presenta una fuerte relación inversa con los síntomas depresivos y los factores de bienestar espiritual, los cuales median las experiencias de dolor de los pacientes, e influyen en sus creencias acerca de las actitudes e interpretaciones del dolor (Rawdin, Evans y Rabow, 2013).

En relación a ello, en un estudio realizado en Brasil, cuyo propósito fue analizar la

relación entre esperanza y espiritualidad con 127 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, se encontró una correlación positiva y moderada entre los componentes de la espiritualidad y las dimensiones de la esperanza. Se concluyó que, al ser la esperanza un recurso esencial para el individuo que le permite enfrentar situaciones estresantes y difíciles, puede estar asociada a la espiritualidad, puesto que la dimensión espiritual es relevante en la atribución de significados a la vida, y como un recurso en el enfrentamiento de enfermedades que causan dolor y sufrimiento (Ottaviani et al., 2014).

Además de la esperanza, la resiliencia es otro recurso protector del individuo frente al impacto de eventos negativos. Es definida como un conjunto de características personales como optimismo, buen locus de control interno, madurez y perspicacia social, orientación al logro, conductas prosociales, autoconcepto positivo; e interpersonales como proceder de familias unidas, que comparten los mismos valores y se brindan soporte social mutuo, además de contar con el soporte social de personas externas a la familia en tiempos de crisis (Hjemdal, Friborg, Braun, Kempnaers, Linkowski y Fossion, 2011). Estas características anteceden resultados positivos frente a situaciones de alta tensión; y, por otro lado, también es considerada como un conjunto de factores protectores, procesos y mecanismos que amortiguan los efectos de la adversidad y el desarrollo de psicopatología (Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge y Martinussen, 2006).

Entonces, se considera que la resiliencia no solo se refiere a los recursos internos o características positivas sino también a los externos. En cuanto a las características personales positivas, estas comprenden autovalor positivo, expectativas positivas hacia el futuro y altos niveles de locus de control interno. De esta manera, según Hjemdal (2007), los individuos resilientes utilizan de manera efectiva los recursos con los que cuentan como madurez social, dedicación a lograr sus metas y comportamiento prosocial para adaptarse a contextos de vida difíciles. Con respecto al soporte familiar, este hace referencia a la función de la familia como fuente de apoyo emocional y la existencia de buenas relaciones entre los miembros. Así, el vínculo de confianza con al menos una figura parental o de cuidado, el establecimiento de normas al interior de la familia y los valores sociales compartidos, se asocian a la resiliencia. Asimismo, otro elemento crucial para el desarrollo de la respuesta resiliente es el entorno social fuera de la familia, en tanto en este confluyan influencias de pares positivos y modelos saludables a seguir. Al respecto, contar con alguien fuera del hogar que se encuentre accesible a la persona en circunstancias difíciles permitiría el desarrollo de individuos resilientes (Hjemdal, 2007). En ese sentido, tanto el manejo efectivo de los

recursos internos como la capacidad de emplear los sistemas de soporte familiares, sociales y externos proveen a la persona de apoyo y fomenta su adaptación al medio (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003).

Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen et al. (2006) encontraron que la resiliencia puede desarrollarse en situaciones de dolor y estrés intensos, como en personas con dolor crónico o condiciones de vida extremas. En este sentido, el estudio realizado por Carlson, Waller y Mitchell (2012) revela que la resiliencia permite proteger la salud mental de la persona frente a la adversidad de un diagnóstico médico.

En adición a ello, en el caso específico de pacientes con cáncer, se ha encontrado que la resiliencia puede contribuir a reducir los síntomas de distrés emocional como depresión y ansiedad (Min, Yoon, Lee, Chae, Lee, Song y Kim, 2013). Así, se trata de un factor relevante que ejerce una influencia sobre el distrés psicológico y los efectos secundarios del tratamiento experimentados, los cuales afectan la calidad de vida del paciente. Así también, se ha encontrado que la resiliencia predice niveles menores de desesperanza, la cual se asocia en gran medida a la depresión, ansiedad y otros problemas de índole afectiva (Hjemdal, Friborg y Stiles, 2012).

Además, otros estudios han ahondado en la relación entre resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer como el realizado en China por Li, Yang, Liu, y Wang (2016), el cual concluye que los pacientes con altos niveles de resiliencia, dado que reflejan un espíritu de lucha más fuerte y una creencia más firme en el afrontamiento del cáncer, tienen 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.

Redondo, Ibañez y Barbas (2017), realizaron un estudio en España, cuyo propósito fue examinar la relación entre resiliencia y calidad de vida en 218 pacientes con cáncer de mama. Se encontró que la calidad de vida global correlacionó positivamente con los niveles de resiliencia. Todas las escalas funcionales (física, de rol, emocional, cognitivo y social) correlacionan de manera positiva con la capacidad de recuperación. La gravedad de los síntomas (fatiga, náuseas y vómitos, dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea, dificultades financieras) se correlaciona negativamente con la resiliencia.

Existen estudios que vinculan estas dos variables como el realizado en Perú por Morote et al. (2017), con 762 adultos de 18 a 74 años de edad, cuyo objetivo fue investigar la validez convergente e incremental de la Escala de Resiliencia para Adultos (RSA) y la Escala de Esperanza de Herth (HHS), en la predicción de ansiedad y depresión (HSCL-25). Se encontró que la resiliencia y la esperanza son factores relevantes y complementarios en la protección del bienestar de los adultos. Los resultados verificaron las asociaciones esperadas y positivas entre ellos y la asociación negativa con las vulnerabilidades (síntomas afectivos y desesperanza). Asimismo, se demostró que la resiliencia y la esperanza son recursos que pueden funcionar por separado o en conjunto para prevenir la aparición de síntomas psicológicos relacionados a la ansiedad y depresión.

En cuanto al ámbito clínico, específicamente en pacientes en un estado avanzado de cáncer, Solano, da Silva, Soares, Ashmawi y Vieira (2016), en Brasil, exploraron las asociaciones entre resiliencia, esperanza y otros posibles predictores de la esperanza en 44 pacientes del departamento de oncología clínica de un hospital de Sao Paulo. En este estudio, se encontró una fuerte asociación entre resiliencia y esperanza. Se encontró que la resiliencia es un predictor de la esperanza al final de la vida. Algunos factores de resiliencia, como la autoestima y la conexión con otros significativos son considerados como predictores de niveles más altos de esperanza entre enfermos terminales de cáncer. Así también, los niveles más altos de esperanza están precedidos por el optimismo y sentido de significado que constituyen la resiliencia como constructo.

Así también, en el estudio realizado en China por Li et al. (2016), cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y los efectos integradores del apoyo social, la esperanza y la resiliencia en 365 pacientes con cáncer de vejiga, se halló una relación estadísticamente significativa entre soporte social, esperanza, resiliencia y los componentes de la calidad de vida. Se concluye que tanto la esperanza como la resiliencia son recursos que potencian las emociones positivas y disminuyen las negativas, lo cual reduciría los síntomas de distrés psicológico, incrementaría la calidad de vida y mejoraría el bienestar emocional de los pacientes.

De esta manera, se torna relevante vincular estos dos recursos psicológicos positivos en pacientes con un diagnóstico oncológico, con la finalidad de obtener un mayor conocimiento y comprensión de las respuestas a la enfermedad e integrarlo en servicios o intervenciones de apoyo (por ejemplo, asesoramiento psicológico) y así elevar el nivel de

calidad de vida y bienestar.

A partir de lo planteado, el presente estudio tiene como objetivo principal analizar la relación entre resiliencia y esperanza, con sus respectivos componentes, en pacientes oncológicos adultos. Asimismo, como objetivo específico se busca describir ambos constructos en función a variables sociodemográficas (sexo, edad, grado de instrucción, etc.) y de salud (tipo de cáncer, estadio, tratamiento actual, etc.). Finalmente, se propone analizar cómo se sienten en la actualidad los participantes a partir de una pregunta abierta.



Método

Participantes

Los participantes fueron 51 pacientes oncológicos adultos que recibían atención de forma ambulatoria en un instituto de enfermedades neoplásicas del norte del país. El 84.3% de los participantes fueron mujeres y el 15.7%, hombres, con un promedio de edad de 49.25 años (D.E=13.31). Asimismo, el 64.7% de los pacientes residía en la ciudad en la que se encuentra la institución y el 35.3% provenía de otras provincias del país. El 62.7% de los pacientes tenía pareja. El 47.1% vivía con esta y/o hijos; y el 11.8%, con padres y/o hermanos. Por otro lado, el 54.8% ha culminado sus estudios de nivel secundario y el 45.1% refirió educación secundaria incompleta. Asimismo, el 80.4% no trabaja actualmente.

Con respecto a las variables relacionadas a la enfermedad del paciente y su tratamiento, el 45.1% tenía cáncer de mama; y el 55.3%, otros tipos de cáncer. El 49 % de los pacientes se encontraba en el tercer estadio; y el 45.1%, en el segundo estadio. El 43.1% de los participantes llevó un tratamiento de quimioterapia; el 21.6%, radioterapia y el 9.8%, cirugías.

Los pacientes fueron invitados a participar mientras esperaban su cita de control en consulta externa. Todos fueron informados acerca del propósito de la investigación y de la confidencialidad de los datos mediante la lectura del consentimiento informado (Anexo A). Luego que aceptaron participar, se les preguntó si se sentían cómodos con respecto al espacio y al momento en que se encontraban. Al finalizar, se les brindó un espacio adicional para explorar cómo se sintieron durante la aplicación de los instrumentos y para que pudieran agregar algún comentario final.

Medición

Para la medición de esperanza, se utilizó la Escala de Esperanza de Herth Revisada (HHS-R), adaptada por Martínez, Cassaretto y Herth (2012), la cual consta de 28 ítems en formato Likert con cuatro opciones de respuesta que van de “con frecuencia” a “nunca”. Comprende cuatro áreas: Optimismo/Soporte espiritual, Soporte Social/Pertenencia, Desesperanza y Agencia.

La versión original fue creada por Herth en 1991 en Estados Unidos. Esta versión

está conformada por 30 ítems y tres factores. La autora estudió el funcionamiento de la escala en 480 individuos: 180 pacientes con cáncer, 185 adultos, 40 ancianos y 75 viudos ancianos. Halló una confiabilidad para la escala total de .75 a .94 en los diferentes grupos; con coeficientes alfa para la estabilidad test-retest, a las tres semanas, entre .89 y .91. Asimismo, se reportó una correlación negativa de -.69 entre la prueba y la Escala de Desesperanza de Beck (Martínez, Cassaretto y Herth, 2012).

Se ha demostrado el funcionamiento de esta prueba en diversos contextos como en Brasil, en el cual ha sido validada y adaptada para la lengua portuguesa (Sartore y Alves, 2008). El coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de .83. Además, los tres factores propuestos explicaron el 57.5% de la varianza total. Asimismo, Orlandi y Praça (2013), en Sao Paulo, con mujeres con VIH/SIDA reportaron un alfa de Cronbach de .84.

Arnau et al., (2010) desarrollaron la versión en español de HHS en estudiantes universitarios peruanos, en la que sustenta un modelo de cuatro factores claramente diferenciados mediante un análisis factorial de primer y segundo orden: Optimismo/Soporte espiritual, Soporte Social/Pertenencia, Desesperanza y Agencia. Esta estructura logró explicar el 38.6% de la varianza total. Con respecto a la confiabilidad, los coeficientes alfa de Cronbach de las áreas fluctuaron entre .74 y .82, así como el valor de la escala total fue de .89.

Esta escala fue validada en otro estudio por Martínez et al. (2012) con un grupo de estudiantes universitarios de Lima, entre los 16 y 30 años de edad. De los 30 ítems de la prueba original, 2 fueron eliminados por presentar dificultades en su ubicación factorial y poder discriminativo. El análisis factorial exploratorio confirmó la estructura de cuatro factores que explicaron el 45.9% de la varianza. En cuanto a la consistencia interna, el coeficiente de alfa de Cronbach total fue de .89 y el de las áreas fluctuó entre .71 y .82. Además, se hallaron correlaciones de .59 y .72 con la Escala de Satisfacción con la vida de Pavot y Diener (1983) y el Cuestionario de Orientación hacia la vida de Antonosky (1993), respectivamente, lo cual da cuenta de la validez convergente de la escala.

En el presente estudio, se realizó un análisis de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados para cada una de las áreas fueron Optimismo/Soporte espiritual ($\alpha=.80$), Desesperanza ($\alpha=.82$), Agencia ($\alpha=.84$) y Soporte Social/Pertenencia ($\alpha=.69$). Asimismo, el valor del alfa de Cronbach de la escala total fue .79.

Para la medición de resiliencia, se utilizó la Escala de Resiliencia para Adultos (RSA; Hjemdal, Friborg, Martinussen, y Rosenvinge, 2001) en la versión adaptada al español por Morote, Hjemdal, Martínez y Corveleyn (2014). Esta consta de 33 ítems, los cuales están agrupados en seis dimensiones: percepción de uno mismo, habilidad planificadora, competencia social, estilo estructurado, cohesión familiar, y recursos sociales. Cada ítem utiliza un formato de respuesta diferencial semántico: en dos extremos se encuentran adjetivos y eventos positivos y negativos; asimismo, entre cada extremo se encuentran siete alternativas de respuesta.

El estudio de validación original del instrumento fue realizado por Hjemdal et al. (2001). Los autores demostraron su validez convergente al correlacionarse positiva y significativamente con la escala de Sentido de Coherencia (Sense of Coherence Scale; Antonovsky, 1993) y la escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale; Diener, Emmer, Larsen y Griffin, 1985). Luego, se realizaron análisis factoriales confirmatorios y de validez estructural que evidenciaron el adecuado funcionamiento de la escala y de sus seis dimensiones (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge, y Hjemdal, 2005; Friborg et al., 2009). Así también, llevaron a cabo un análisis de la consistencia interna del instrumento obteniendo un índice de confiabilidad de .93 para la prueba total.

Se han efectuado diversos estudios de validación del instrumento en países como Brasil, Argentina y Perú. En Brasil, existe una versión que ha sido adaptada y validada en portugués (Carvalho, Martins y de Oliveira, 2014; Hjemdal et al., 2009). El proceso de validación de esta escala confirmó la estructura de seis factores de la escala original y la confiabilidad del instrumento (Hjemdal, Roazzi, Dias y Friborg, 2015). La validez convergente y divergente se analizó con la escala de Sentido de Coherencia (Sense of Coherence Scale; Antonovsky, 1993) y la escala de Hopkins Symptom Check List25 (HSCL-25; Mattsson, Williams, Rickels, Lipman y Uhlenhuth, 1969), con resultados positivos. La versión en español se ha validado en Argentina (Castañeiras, 2010; Dematteis, Grill y Posada, 2012), mostrando también buenos resultados, con un índice de confiabilidad de .86.

En Perú, Morote et al., (2014) confirmaron la estructura de seis factores y se obtuvo una consistencia interna de .90, mientras que las dimensiones presentaron valores entre .70 a .80. La escala resultante ha sido utilizada en algunas investigaciones de Perú, como la realizada por Retiz (2016) con jóvenes en situación de riesgo, en la que evidenció una

consistencia interna de .80; y Caso (2017), con internas de un establecimiento penitenciario, quien reportó una confiabilidad de la escala de .87.

En la presente investigación, se realizó un análisis de consistencia interna de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se obtuvieron los siguientes resultados para cada una de las áreas: Percepción de uno mismo ($\alpha=.71$), Habilidad planificadora ($\alpha=.53$), Competencia social ($\alpha=.61$), Cohesión familiar ($\alpha=.79$), Recursos sociales ($\alpha=.44$) y Estilo estructurado ($\alpha=.12$). En vista de que el área de Recursos sociales presentó un alfa de Cronbach bajo y el ítem 23 presentaba una correlación ítem-área de $-.019$, se optó por neutralizar este ítem, con lo cual la confiabilidad de esta área se incrementó a $.58$. En el área de Estilo estructurado, todos los ítems presentaron correlaciones ítem-área muy bajas, por lo cual no será utilizada en este estudio. Con estos cambios, el coeficiente alfa de Cronbach de la escala total fue $.86$.

Además, se aplicó una ficha de datos que recopiló información personal y de salud de los participantes, y una pregunta abierta final en la que se exploraba cómo se sentían en ese momento.

Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo por medio del programa estadístico SPSS-23. En primer lugar, se realizó el análisis de confiabilidad de cada escala utilizada. Al comprobar su adecuado funcionamiento, se ejecutaron pruebas de normalidad a partir del estadístico Kolmogorov-Smirnov, además de analizar la asimetría y la curtosis. Se encontraron subescalas en ambos instrumentos que mostraron una distribución marcadamente alejada de la normalidad, por lo cual se optó por el uso de estadísticos no paramétricos.

Se realizaron correlaciones entre las áreas de ambas escalas, así como entre estas y algunas variables sociodemográficas y de salud utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Para realizar análisis comparativos entre grupos, se hizo uso de la prueba U de Mann-Whitney. Por último, para el análisis de la pregunta abierta sobre cómo los participantes se sentían en aquel momento, se realizó un análisis de contenido en base a categorías según el sentido de sus respuestas.

Resultados

En primer lugar, en función al objetivo principal de este estudio, se presentan las correlaciones entre las dos variables estudiadas y sus respectivas dimensiones. Luego, se analizan las asociaciones entre estas dos variables y algunas variables sociodemográficas y de salud de los participantes.

En relación al objetivo principal (Tabla 1), destaca una correlación positiva entre el nivel de esperanza total y el nivel de resiliencia total. Asimismo, se pudo observar que Optimismo/Soporte espiritual y Soporte social/Pertenencia son las dimensiones de esperanza que mayores correlaciones presentan con resiliencia. Asimismo, las dimensiones de Habilidad planificadora y Cohesión familiar son las que presentan mayores asociaciones con esperanza. Llama la atención que Agencia (dimensión del HHS) y Recursos sociales (dimensión del RSA) no presentan ninguna asociación significativa.

Tabla 1

Coefficientes de correlación entre las dimensiones de esperanza y resiliencia

	RSA total	Percepción de uno mismo	Habilidad Planificadora	Competencia social	Cohesión Familiar	Recursos Sociales
HHS total	.479***	.444**	.441**	.329*	.313*	.121
Optimismo y Soporte espiritual	.433**	.449**	.390**	.229	.293*	.224
Desesperanza	-.349*	-.263	-.306*	-.214	-.172	-.023
Agencia	.093	.115	.197	.044	.117	.001
Soporte social y Pertenencia	.399**	.244	.386**	.329*	.385**	.055

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

En relación a los objetivos específicos, se analizaron las variables sociodemográficas y de salud con ambos constructos. En el caso de resiliencia (Tabla 2), aparece una relación positiva entre la edad y las áreas de Percepción de uno mismo y Recursos sociales. El tiempo de conocimiento del diagnóstico se asocia con el área de Recursos sociales y, finalmente, el estadio actual de la enfermedad presenta una relación inversa con el nivel de resiliencia total y con las áreas de Cohesión familiar y Recursos sociales.

Tabla 2

Coefficientes de correlación entre variables sociodemográficas/de salud y dimensiones de resiliencia

	RSA Total	Percepción de uno mismo	Habilidad planificadora	Competencia Social	Cohesión familiar	Recursos sociales
Edad	.257	.406**	-.023	.229	.160	.354*
Tiempo de conoc. del diagnóstico	.076	.197	-.020	-.144	.183	.409**
Estadio actual	-.362*	-.200	-.297*	-.128	-.310*	-.411**

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

En el caso de esperanza (Tabla 3), nuevamente la edad aparece asociada a las áreas de Optimismo/Soporte espiritual y Soporte social/Pertenencia. Asimismo, el tiempo de conocimiento del diagnóstico se asocia al área de Optimismo/Soporte espiritual.

Tabla 3

Coefficientes de correlación entre variables sociodemográficas/de salud y dimensiones de esperanza

	HHS total	Optimismo y Soporte espiritual	Desesperanza	Agencia	Soporte social y Pertenencia
Edad	.208	.320*	-.058	-.095	.287*
Tiempo de conoc. del diagnóstico	.134	.367**	-.110	-.178	.085

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

Luego, para el análisis comparativo entre grupos de acuerdo también a variables sociodemográficas y de salud no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables del estudio.

Finalmente, para analizar la pregunta abierta se definieron cinco categorías de contenido que se muestran en la Tabla 4. En esta se puede observar un estado de bienestar general, con un 87.3% de respuestas asociadas a una sensación de tranquilidad.

Tabla 4

Porcentajes de las categorías de contenido

Categoría	N	%
Tranquilidad asociada a la evolución positiva de la enfermedad	17	33.3
Tranquilidad asociada a creencias religiosas y/o espirituales	13	25.5
Bienestar	9	17.6
Tranquilidad asociada al soporte social	5	9.8
Cansancio/Malestar/Ansiedad/Tristeza	7	13.7
	51	100

A continuación, se presentan algunos ejemplos a resaltar en relación al contenido de las respuestas. En primer lugar, para la categoría “Tranquilidad asociada a la evolución positiva de la enfermedad” se encontraron respuestas como las siguientes:

“Me siento tranquilo porque todos mis exámenes están saliendo bien.” (Hombre, 22 años)

“Me siento estable por el resultado que siempre me sale favorable.” (Hombre, 29 años)

En segundo lugar, para la categoría “Tranquilidad asociada a creencias religiosas y/o espirituales” se hallaron respuestas como:

“Me siento muy bien porque siempre confío en Dios y pienso positivamente. Me siento muy motivada de seguir adelante y tengo esperanza de que me voy a sanar gracias a Dios.” (Mujer, 54 años)

En tercer lugar, para la categoría “Bienestar” se mencionaron respuestas como:

“Me siento más tranquila porque pongo de mi parte para estar más segura y tomar con calma la enfermedad.” (Mujer, 63 años)

“Me siento tranquila porque he tomado mi enfermedad como cualquier enfermedad común, de buena manera.” (Mujer, 59 años)

En cuarto lugar, para la categoría “Tranquilidad asociada al soporte social” se encontraron respuestas como las siguientes:

“Me siento feliz de estar con mis compañeras y mi doctor. Cuando estoy acompañada no tengo dolores.” (Mujer, 58 años)

“Me siento tranquilo, agradecido con la atención de los médicos y el apoyo familiar.” (Hombre, 24 años)

Finalmente, la categoría “Cansancio/Malestar/Ansiedad/Tristeza” remite a respuestas tales como:

“Preocupada, adolorida, con miedo a la enfermedad, miedo a cómo terminar debido a esta situación” (Mujer, 48 años)

“Cansada de los tratamientos” (Mujer, 36 años)

En relación a las dos variables estudiadas, al comparar el grupo que refiere bienestar general o tranquilidad con el grupo que refiere cansancio, malestar o tristeza, se observan diferencias significativas en ambos casos a favor del grupo que refiere sentirse bien.

Tabla 5

Diferencias de las escalas HHS total y RSA total entre ambos grupos

	Bienestar/Tranquilidad		Malestar/Cansancio/Tristeza		U
	\bar{x}	Rango Promedio	\bar{x}	Rango Promedio	
HHS total	99.48	28.43	90.71	10.71	47.000**
RSA total	165.82	27.94	144.71	13.79	68.500*

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



Discusión

Como se mencionó en la primera parte de la presente investigación, resulta relevante destacar que recursos internos positivos como esperanza y resiliencia actúan como factores de protección contra amenazas externas o vulnerabilidades internas que afectan la salud física y mental de las personas (Morote et al., 2017). De esta manera, diversos estudios han demostrado que los mecanismos de ambos constructos tienen un impacto positivo en situaciones de estrés y dolor crónicos o condiciones de vida extremas, favoreciendo al desarrollo de conductas saludables e indicadores positivos de salud física y mental (Haglund, Nestadt, Cooper, Southwick y Charney, 2007; Carr, Martins, Stingel, Lemgruber y Juruena, 2013). Este el caso de los participantes de este estudio, quienes se encuentran ante la adversidad de una enfermedad oncológica, expuestos a situaciones de dolor, alta tensión y estrés (Rustøen, Cooper y Miaskowski, 2010).

En relación al objetivo principal de este estudio, un primer elemento a discutirse es que en conjunto ambos constructos aparecen asociados entre sí con todas sus dimensiones. Como se mencionó anteriormente, ambos mecanismos protectores constituyen atributos que permiten a las personas lidiar con los eventos estresantes de manera más efectiva. La esperanza y la resistencia son recursos internos positivos que protegen la experiencia subjetiva de las dificultades, específicamente de recibir un diagnóstico médico potencialmente adverso (Rustøen, Cooper y Miaskowski, 2010).

Estos mecanismos pueden ayudar a las personas a ser proactivas y a superar la vivencia de una enfermedad oncológica, permitiendo a los pacientes ser menos susceptibles a los estados de ánimo negativos que merman la salud física y mental (Duggal, Sacks-Zimmerman y Liberta, 2016). La resiliencia reconoce la necesidad de tomar medidas proactivas cuando la persona se enfrenta a dificultades; mejora el impacto de los eventos negativos o traumáticos; y utiliza los retrocesos de manera proactiva como oportunidades de crecimiento (Youssef y Luthans, 2007). Del mismo modo, la esperanza promueve una perspectiva generalmente positiva ante las adversidades, facilitando los procesos de pensamiento que subyacen a la flexibilidad y adaptación en situaciones que generalmente están marcadas por la incertidumbre. Es así que tanto la esperanza como la resiliencia facilitan la búsqueda de significado a pesar de que las circunstancias no se prestan a explicaciones racionales y lógicas (Coutu, 2002).

Esta asociación esperada y positiva entre ambas variables de estudio cobra relevancia

en lo mencionado por Haglund, Nestadt, Cooper, Southwick y Charney (2007), quienes señalan que estos dos factores se caracterizan por ser generadores de actitudes positivas y de perspectivas optimistas sobre el futuro. La positividad y el optimismo, a su vez, se asocian con mejores estados de ánimo; y con la disminución de la aparición de enfermedades relacionadas con el estrés. Ambas incluyen nociones de soporte social percibido, sentido de significado, de autonomía, de planificación y dedicación a lograr metas y control sobre los eventos de la vida (Herth, 1991; Hjemdall, 2007). Estas características internas adaptativas ayudan a reponer los recursos emocionales, aliviar el sufrimiento potencial y mejorar los métodos de afrontamiento positivos (Folkman y Moskowitz, 2000).

Estudios en pacientes con cáncer han indicado que aspectos presentes en esperanza y resiliencia, como las expectativas positivas y el optimismo, han predicho mejores resultados de salud en pacientes después de someterse a una intervención quirúrgica (Fitzgerald, Tennen, Affleck, Pransky, 1993; Leedham, Meyerowitz, Muirhead y Frist, 1995). Otro estudio ha demostrado que promover la positividad puede ayudar a prevenir la recaída en la depresión, en pacientes cuyo riesgo de recaída es particularmente alto (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti y Belluardo, 1998). Asimismo, se ha evidenciado que promueven una mejor capacidad de recuperación, la cual constituye una protección parcial contra la angustia, lo cual lleva a un mejor ajuste emocional (Markovitz, Schrooten, Arntz, Peters, 2015).

Al analizar cada una de las áreas de esperanza, se destaca que la dimensión de *Optimismo/Soporte espiritual* supone la percepción de contar con fe, fortaleza, confianza y una visión positiva hacia la vida que provee a las personas de una sensación de amparo, protección y seguridad frente a diversas circunstancias (Norenzayan y Lee, 2010). El *Optimismo/Soporte espiritual* también promueve una actitud de espera por que se pueda alcanzar un futuro benéfico (Martínez et al., 2012). Para mantener esta visión optimista sobre el futuro, frente a los obstáculos o dificultades de la vida cotidiana, es también importante la percepción de un soporte espiritual y/o religioso; es decir, presentar la creencia en un ser superior, protector y omnipotente que permita al individuo sentirse resguardado ante las dificultades (Bianchi, 2005). De esta manera, el paciente tiene la percepción de poder alcanzar un mejor futuro con respecto a la evolución y pronóstico del cáncer; y espera con optimismo que los acontecimientos y las circunstancias relacionados a su enfermedad tengan resultados favorables (Carr, 2007; Snyder, 2000).

A partir de lo anterior, tendría sentido que se relacione de manera positiva con las

áreas de *Percepción de uno mismo*, *Habilidad planificadora* y *Cohesión familiar*. La primera supone la percepción y autovaloración positiva del individuo sobre sí mismo y de sus recursos para enfrentarse a situaciones adversas, dolorosas y difíciles, como el afrontamiento del cáncer (Coe, 2012). La *Habilidad planificadora* supone contar con sentido de autonomía y de control sobre los eventos de la vida, autoconocimiento, el desarrollo de estrategias de afrontamiento saludables y ejecución de conductas orientadas al logro de metas, que se asocian a la respuesta resiliente ante la enfermedad, lo cual denotaría una menor preocupación frente a la incertidumbre e inseguridad respecto al futuro (DiMatteo y Martin, 2002).

A propósito de ello, se podría pensar que una enfermedad como el cáncer puede afectar la planificación y consecución de una serie de planes a futuro. En ese sentido, la posibilidad de tener metas, objetivos y un sentido de dirección podrían constituir recursos valiosos para el paciente (Trigoso, 2009). Respecto a ello, DiMatteo y Martin (2002) señalan que, a pesar del estado de salud, el ser humano tiene la necesidad de concebir su futuro y orientarse a sí mismo hacia las metas que valora, lo cual le permite poder mantener una serie de creencias que dan sentido su vida (Ryff y Singer, 2008).

Con respecto a la *Cohesión familiar*, Hjemdal et al. (2011) refieren que provenir de familias unidas, compartir creencias, que la familia funcione como fuente de apoyo emocional y la existencia de buenas relaciones entre los miembros contribuyen a reforzar la perspectiva positiva u optimista del paciente sobre el futuro, la recuperación y el afrontamiento del cáncer. Al respecto, resulta relevante señalar el rol que cumple la familia en la vivencia y resignificación de la enfermedad para el paciente, lo cual se sustenta en las respuestas cualitativas de los pacientes, quienes señalan a la familia como figura de soporte y también como fuente de sentido y propósito de vida. Esta percepción de soporte familiar contribuye a la experiencia de un estado de bienestar interno y de emociones positivas, los cuales son recursos esenciales para el afrontamiento y regulación de circunstancias adversas (Tugade y Fredrickson, 2007; Tugade, Friedrickson y Barret, 2004).

Otra dimensión de esperanza que destaca es *Soporte social/Pertenencia*, que supone la percepción de la existencia de relaciones con otras personas que pueden ser fuente de apoyo y gratificación (Martínez et al. 2012), sobre todo en situaciones de enfermedad crónica. Por lo cual, cobra sentido que correlacione con *Habilidad planificadora*, *Competencia social* y *Cohesión familiar* del RSA. En principio, se puede inferir que la búsqueda de soporte social y el sentido de pertenencia son maneras por las que las personas

son capaces de contar con una perspectiva más positiva de su futuro y, por ende, de planificar y mostrar dedicación a lograr sus metas. Además, se puede colegir que una mayor percepción de soporte social estaría vinculada a la capacidad de establecer relaciones cálidas, satisfactorias, confiables y de asumirse como competentes en las situaciones sociales (Ryff y Keyes, 1995). Así también, se podría pensar que el vínculo social y el sentido de pertenencia constituyen un sustento importante para que los individuos fortalezcan sus relaciones familiares, puesto que la familia funciona como fuente de apoyo emocional en el afrontamiento de la enfermedad, más aún si existen buenas relaciones entre los miembros (Hjemdal, 2007).

La dimensión de *Desesperanza* incluye la percepción de un estado general de pesimismo, desaliento e indefensión ante el futuro (Martínez et al., 2012). De acuerdo a lo esperado y coherentemente con los otros resultados, presenta una relación inversa con resiliencia, destacando aquí la dimensión de *Habilidad planificadora*, que es la que se ve más afectada. Este hallazgo cobra relevancia en lo señalado por Farran, Herth y Popovich (1995), quienes mencionan que al igual que la esperanza, la desesperanza afecta la manera de pensar (componente cognitivo), de sentir (componente afectivo) y de actuar (componente comportamental) de las personas. De esta manera, cuando el paciente experimenta sentimientos de desesperanza, su manera de pensar se ve afectada (Kastenbaum, 1971; Lynch, 1965; Stotland, 1969); por lo tanto, pueden presentar dificultades en relación a la planificación y fijación de metas, puesto que cuentan con una perspectiva más pesimista sobre su futuro.

En relación a los objetivos específicos de la investigación, se encontró una relación positiva entre la edad y las áreas de *Percepción de uno mismo* y *Recursos sociales* del RSA, y *Optimismo/Soporte espiritual* y *Soporte social/Pertenencia* del HHS, lo cual cobra relevancia en lo mencionado por Hood et al. (1996) y Snyder (2000), quienes encontraron que, a medida que avanzan en años, las personas presentan mayor tendencia hacia la reflexión. Al respecto, con el aumento de la edad se tiene una mayor capacidad reflexiva acerca de las experiencias; por lo tanto, los individuos denotan mayor proclividad a darle un sentido positivo a circunstancias adversas, a regularse emocionalmente e identificar recursos internos positivos para afrontar acontecimientos difíciles como una enfermedad oncológica; lo cual podría dar cuenta de una autovaloración más positiva de sí mismo (Tugade y Fredrickson, 2002). Además, se evidencia que a medida que se avanza en edad, existe una mayor percepción de apoyo de personas externas a la familia (Musitu y Cava, 2003); al

respecto, Hjemdal et al. (2011) afirman que la disponibilidad de soporte social, aprecio e incentivo de personas confiables fuera de la familia promueven actitudes positivas hacia el futuro (Carr, 2007; Snyder, 2000). De esta manera, el paciente tiene la percepción de poder alcanzar un futuro benéfico con respecto a la evolución y pronóstico del cáncer (Carr, 2007; Snyder, 2000) y esperan con optimismo que las circunstancias relacionadas a su enfermedad tengan un resultado alentador (Carr, 2007).

Por otra parte, estos hallazgos también se corroboran en lo señalado por Snyder (2000), quien afirma que la esperanza va cobrando relevancia a medida que se va avanzando en edad, dado que con el envejecimiento se presentan más limitaciones físicas, dolores recurrentes o enfermedades crónicas. En ese sentido, se torna importante la búsqueda de emociones positivas ante el cáncer como el optimismo respecto al futuro y el apoyo social (Snyder, 2000). Ello también podría suceder porque, al encontrarse en una situación vulnerable, la persona le da mayor importancia a sus creencias religiosas, aumenta la confianza en sí mismo, y en el mundo circundante, esperando que el futuro sea mejor (Romagosa y Albizú-Miranda, 1986); es así que las emociones negativas disminuyen y la salud mental se ve menos amenazada. Además, Pennebaker (1989) señala que la búsqueda de soporte social y el sentido de pertenencia constituyen maneras en las que los pacientes son capaces de afrontar los pensamientos y emociones estresantes o negativos que implica la vivencia oncológica.

Lo mencionado difiere a lo encontrado en otros estudios en pacientes con cáncer, en los que se tuvieron diferentes resultados; como, por ejemplo, el realizado por Pour Ghaznin et al. (2000) quienes mostraron que la relación entre la edad y el nivel de esperanza no era significativa. Por otro lado, Rustøen y Wiklund (2000) señalaron que la edad estaba inversamente relacionada con la esperanza. Por último, Chang y Li (2002) encontraron que el aumento en edad condujo a la reducción del nivel de esperanza.

Con respecto al tiempo de conocimiento del diagnóstico, se halló una relación con el área de *Recursos sociales*. Esto puede explicarse en lo mencionado por Bayés (2000) y Jiménez (2003), quienes afirman que la relación entre el paciente con otras personas influye en el impacto de la enfermedad sobre este; en los efectos de la misma y el afrontamiento que llevará a cabo. Al respecto, se puede inferir que aquellos pacientes que llevan mayor tiempo de conocimiento de su enfermedad, ya han pasado por la vivencia inicial de incertidumbre que acompaña al primer periodo después de conocido el diagnóstico. Por tanto, pueden

percibir una menor amenaza por la variedad de cambios que se presentan con la enfermedad. Al haber pasado esta crisis, cabe la posibilidad de que desarrollen un sentido sobre cómo el cáncer afectará su vida (Kübler-Ross, 1969) y, por ende, tengan mayor capacidad de emplear sistemas de soporte sociales y externos que les provean de apoyo y fomenten su adaptación a la enfermedad (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen, 2003).

El análisis de la pregunta cualitativa muestra que el sentimiento predominante en el grupo es de bienestar/tranquilidad. Este hallazgo puede ser corroborado mediante las respuestas cualitativas de los pacientes, en las que el 87.3% refiere respuestas asociadas a un estado de bienestar general. De esta manera, llama la atención que, a pesar de que es un grupo que se encuentra lidiando con una enfermedad oncológica, da cuenta de la presencia de recursos positivos importantes, pese a que la vivencia del cáncer implica una variedad de efectos negativos tanto físicos como psicológicos (Rustøen et al., 2010). Ello a su vez está asociado a mayor esperanza y resiliencia, puesto que ambos constructos están vinculados a un estado de bienestar general y la presencia de afectos positivos, de perspectivas optimistas hacia la vida y estrategias de afrontamiento más funcionales, los cuales influyen positivamente en el pronóstico de la enfermedad (Duggal, Sacks-Zimmerman y Liberta, 2016).

En ese sentido, un estudio mostró que aquellos pacientes que refirieron un estado de bienestar presentaron actitudes más positivas relacionadas al cuidado personal, el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento, una percepción optimista del curso de la enfermedad y el desarrollo de ejercicio físico (Stewart y Yuen, 2011); lo cual denota que el estado de ánimo puede influir en la salud física al alentar la participación en comportamientos que promueven la salud (Pressman y Cohen, 2005).

Con respecto a las comparaciones entre grupos, es relevante destacar que en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las áreas de ambas escalas en relación al sexo, estado civil, trabajo actual, tipo de tratamiento y diagnóstico adicional. Ello contrasta con otros estudios, en los cuales se encontró que el nivel de esperanza en pacientes con cáncer estaba asociado al sexo. De esta manera, en las investigaciones de Ballard et al. (1997) y Rustøen et al. (1998) se encontró que los niveles de esperanza eran mayores en los pacientes masculinos. Por el contrario, Hendricks-Ferguson (2006) halló que el nivel de esperanza en mujeres adolescentes con cáncer era más alto que en los hombres. Al respecto, en la presente investigación, conviene tomar en cuenta

ciertas particularidades de la muestra, ya que en su mayoría estuvo compuesta por mujeres, con lo cual consideramos que algunos resultados podrían verse sesgados por ciertas características propias del género femenino, que no se han registrado en diferenciación con los varones.

Cabe añadir que un aporte principal de este estudio es que aborda un tema importante, en tanto resalta los recursos positivos con los que cuentan las personas que vivencian circunstancias adversas como una enfermedad oncológica. Por lo tanto, se recomienda seguir profundizando en la investigación sobre resiliencia y esperanza, además de otras variables de la psicología positiva en población oncológica, a fin de explorar maneras en las que estas puedan contribuir con un mejor afrontamiento del cáncer y sus beneficios en la salud mental. Asimismo, en relación a las variables mencionadas, esta investigación constituye el primer acercamiento a estos constructos como tales en población oncológica en nuestro país.

Con respecto a las características de los participantes, se considera que una limitación estaría relacionada con la heterogeneidad de la muestra; en ese sentido, una distribución equitativa de acuerdo a determinadas variables reportadas como relevantes en las investigaciones, como por ejemplo el sexo y el tipo de cáncer, podría haber aportado más datos interesantes, en particular a nivel comparativo. Así mismo, se considera otra limitación no haber considerado variables relacionadas a la religión y nivel socioeconómico.

Referencias

- Alarcón, A. (2006). La personalidad del paciente con cáncer y las modalidades de afrontamiento. *Manual de psicooncología*, 91-108.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.
- Arnau, R., Martínez, P., Niño de Guzmán, I., Herth, K. y Yoshiyuki, C. (2010). A Spanish-language version of the Herth Hope Scale: Development and psychometric evaluation in a Peruvian sample. *Educational and Psychological Measurement*, 70(5), 808-824.
- Ballard A., Green T., McCaa A. y Logsdon M. (1997). A comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum* 24, 899– 904.
- Barreto, P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de psicología*, 6(2), 169-180.
- Barroilhet Diez, S., Forjaz, M. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*, 33(6).
- Bayés, R. (2000). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martinez Roca.
- Bianchi, E. (2005). Living with elder wisdom. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(3), 319-329.
- Billington, E., Simpson, J., Unwin, J., Bray, D. y Giles, D. (2008). Does hope predict adjustment to end-stage renal failure and consequent dialysis?. *British Journal of Health Psychology*, 13(4), 683-699.
- Bravo, P. (2001). *Descripción de una muestra de pacientes chilenos que reciben atención en el hospital clínico de la Universidad de Chile, de factores que inciden en el afrontamiento y adaptación al estrés de la enfermedad oncológica*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

- Bunston, T., Mings, D., Mackie, A. y Jones, D. (1996). Facilitating Hopefulness: The determinants of Hope. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(4), 79-103. doi: 10.1300/J077V13N04_05
- Carlson, L., Waller, A. y Mitchell, A. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1160- 1177.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carr, C., Martins, C., Stingel, A., Lemgruber, V. y Juruena, M. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020.
- Carvalho, V., Teodoro, M. y Borges, L. (2014). Escala de Resiliência para Adultos: aplicação entre servidores públicos. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 13(2), 287-295.
- Caso, A. (2017). *Apego adulto y resiliencia en internas en un establecimiento penitenciario de Lima*. Tesis de licenciatura en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Castañeiras, C. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Resiliencia para Adultos (ERA). *Documento no publicado*. Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica GIEPsi. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Chang, L. y Li, I. (2002). The correlation between perceptions of control and hope status in home-based cancer patients. *The journal of nursing research: JNR*, 10(1), 73-82.
- Chi, G. (2007). The role of hope in patients with cancer. *Oncology nursing fórum*, 34(2), 415- 424.
- Coe, D. (2012). Differential levels of subjective hope related to religious identification. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 73(5-B), 3249.

- Coholic, D. (2011). Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulnessbased practices with young people in need: aiming to improve aspects of resilience. *Child and Youth Care Forum*, 44(4), 303-317.
- Coutu, D. (2002). How resilience works. *Harvard business review*, 80(5), 46-56.
- Dematteis, M., Grill, S. y Posada, M. (2012). Sentido de Coherencia y Resiliencia: características salugénicas de personalidad. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- DiMatteo, M. y Martin, L. (2002). *Health psychology*. Allyn & Bacon.
- Dreyfuss, E. (1990). *Cancer Stories*. New Yersey: The Analytic Press.
- Duggal, D., Sacks-Zimmerman, A. y Liberta, T. (2016). The impact of hope and resilience on multiple factors in neurosurgical patients. *Cureus*, 8(10).
- Farran, C., Herth, K. y Popovich, J. (1995). *Hope and hopelessness: Critical clinical constructs*. Sage Publications, Inc.
- Fava, G., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. y Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Archives of general psychiatry*, 55(9), 816-820.
- Fitzgerald, T., Tennen, H., Affleck, G. y Pransky, G. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 25-43.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist*, 55(6), 647.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. y Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*, 14(1), 29-42.

- Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M. y Rosenvinge, J. (2009). Empirical support for resilience as more than the counterpart and absence of vulnerability and symptoms of mental disorder. *Journal of Individual Differences*, 30(3), 138-151.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. y Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-76.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J., Martinussen, M., Aslaksen, P. y Flaten, M. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*, 61(2), 213-219.
- Haglund, M., Nestadt, P., Cooper, N., Southwick, S. y Charney, D. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and psychopathology*, 19(3), 889-920.
- Hendricks-Ferguson, V. (2006). Relationships of age and gender to hope and spiritual well-being among adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(4), 189-199.
- Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 5(1), 39-51.
- Herth, K. (1993). Hope in older adults in community and institutional settings. *Issues in mental health nursing*, 14(2), 139-156.
- Hjemdal, O. (2007). Measuring protective factors: The development of two resilience scales in Norway. *Child and Adolescent psychiatric clinics of North America*, 16(2), 303-321.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P. y Fossion, P. (2011). The Resilience Scale for Adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11(1), 53-70.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M. y Rosenvinge, J. (2001). Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 38(4), 310-317.

- Hjemdal, O., Friborg, O. y Stiles, T. (2012). Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 174-180.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T., Rosenvinge, J. y Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(3), 194-201.
- Hjemdal, O., Roazzi, A., Dias, M., Roazzi, M. y Vikan, A. (2009). Exploring the psychometric properties of the resilience scale for adults in a Brazilian sample. *Facet new horizons in theory construction and data analysis*, 120-138.
- Hjemdal, O., Roazzi, A., Maria da Graça, B. y Friborg, O. (2015). The cross-cultural validity of the Resilience Scale for Adults: a comparison between Norway and Brazil. *BMC psychology*, 3(1), 18.
- Holland, J. y Zittoun, R. (1990). Psychosocial issues in oncology: A historical perspective. In *Psychosocial aspects of oncology* (pp. 3-9). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Hood, R., Spilka, B., Hunsberger, B. y Gorsuch, R. (1996). *The psychology of religion: An empirical approach*. (2nd ed.). New York: Guilford.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2017). *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/
- Jevne, R. (2003). Magnifying hope: Shrinking hopelessness. [Informe final Vol. 2, Sección 6] Saskatchewan: Commission on First Nations and Metis Peoples and Justice Reform. <http://www.justice.gov.sk.ca/justicereform/volume2/09section6.pdf>
- Kastenbaum, R. (1971). Age: Getting there ahead of time. *Psychology Today*, 5(7), 52-54.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grupo Editorial Random House.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E., Ryttilahti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R. y

- Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European journal of cancer care*, 10(1), 6-11.
- Leedham, B., Meyerowitz, B., Muirhead, J. y Frist, W. (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, 14(1), 74.
- Lheureux, M., Raheison, C., Vernejoux, J., Nguyen, L., Nocent, C., De Lara, M. y Taytard, A. (2004). Quality of life in lung cancer: does disclosure of the diagnosis have an impact?. *Lung Cancer*, 43(2), 175-182.
- Li, M., Yang, Y., Liu, L. y 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.
- Lynch, W. (1965). *Images of Hope* Garamony/Tnchemah, Baltimore, New York.
- Markovitz, S., Schrooten, W., Arntz, A. y Peters, M. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1639-1645.
- Martínez, P., Cassaretto, M. y Herth, K. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Esperanza de Herth en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(33), 127-145.
- Mascaro, N. y Rosen, D. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of personality*, 73(4), 985-1014.
- Mattsson, N., Williams, H., Rickels, K., Lipman, R. y Uhlenhuth, E. (1969). Dimensions of symptom distress in anxious neurotic outpatients. *Psychopharmacology Bulletin*.
- Mesenguer, C. (2003). El adulto con cáncer (pp. 103-114). *Die-Trill, M. Psicooncología. ADES Ediciones. Madrid*.
- Min, J., Yoon, S., Lee, C., Chae, J., Lee, C., Song, K. y Kim, T. (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 21(9), 2469-2476.
- Morote, R., Hjemdal, O., Krynska, K., Martínez, P. y Corveleyn, J. (2017). Resilience or

- hope? Incremental and convergent validity of the resilience scale for adults (RSA) and the Herth hope scale (HHS) in the prediction of anxiety and depression. *BMC psychology*, 5(1), 36.
- Morote, R., Hjemdal, O., Martínez, P. y Corveleyn, J. (2014). Life stress as a determinant of emotional well-being: development and validation of a Spanish-Language Checklist of Stressful Life Events. *Health Psychology and Behavioral Medicine: an Open Access Journal*, 2(1), 390-411.
- Morote, R., Hjemdal, O., Martínez, P. y Corveleyn, J. (2014). Confirmatory Factor Analysis, Multidimensional Scaling and Concurrent Validity of the Resilience Scale for Adults (RSA) in a Peruvian Sample. Manuscrito presentado para su publicación.
- Norenzayan, A. Y Lee, A. (2010). It was meant to happen: explaining cultural variations in fate attributions. *Journal of personality and social psychology*, 98(5), 702.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). “Cáncer”. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). “10 datos sobre cáncer”. <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>
- Ottaviani, A., Souza, É., de Camargo, N., de Mendiondo, M., Pavarini, S. y de Souza, F. (2014). Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 248-254.
- Orlandi, F. y Praça, N. (2013). The hope of women with HIV/AIDS: evaluation using the Herth Scale. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(1), 141-148. doi: 10.1590/S0104-07072013000100017
- Ortigosa, J. (2003) Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ovejero, A. (1990). Apoyo social y salud. *Psicología de la Salud*, 107-134.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164–172.

- Pennebaker, J. (1989). Confession, inhibition, and disease. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 211-244). Academic Press.
- Pour Ghaznin, T., Talasaz, E., Houshmand, P. y Esmaeeli, H. (2000). A comparative study of the hopefulness in cancer patients under treatment and those who have completed the treatment. *Quarterly Asrar*, 7(4), 48–55.
- Pressman, S. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin*, 131(6), 925.
- Rand, K. y Cheavens, J. (2009). Hope theory. *Oxford handbook of positive psychology*, 323, 333.
- Rawdin, B., Evans, C. y Rabow, M. (2013). The relationships among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients. *Journal of palliative medicine*, 16(2), 167-172. doi:10.1089/jpm.2012.0223
- Redondo, T., Ibañez, C. y Barbas, S. (2017). Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clínica y Salud*, 28(3), 117-121.
- Retiz, O. (2016). *Resiliencia, bienestar y expresión artística en jóvenes en situación de pobreza*. Tesis de licenciatura en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Romagosa, J. y Miranda, C. (1986). La fe, la esperanza y el amor y su relación con la salud mental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18(3), 451-456.
- Rustøen, T., Cooper, B. y Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer nursing*, 33(4), 258-267.
- Rustøen, T. y Wiklund, I. (2000). Hope in newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nursing*, 23, 214–219.
- Rustøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. y Moum, T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 21(4),

235- 245.

Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.

Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9(1), 13-39.

Sand, L., Olsson, M. y Strang, P. (2009). Coping strategies in the presence of one's own impending death from cancer. *Journal of pain and symptom management*, 37(1), 13-22.

Sartore, A. y Grossi, S. (2008). Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 227-232. doi: 10.1590/S0080-62342008000200003

Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2(2002), 3-12.

Selman, M. (2008). *La utilización del Arte Terapia en el acompañamiento de pacientes con cáncer*. Monografía de postgrado. Universidad de Chile, Santiago de Chile. http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/selman_m/sources/selman_m.pdf

Sherman, C. (1992). Aspectos psicosociales del cáncer. En J. Estapé (Ed.), *Manual de oncología clínica*. (5ta. ed.). Ediciones Domma.

Snyder, C. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.

Snyder, C. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275.

Snyder, C., Rand, K. y Sigmon, D. (2002). Hope theory. *Handbook of positive psychology*, 257- 276.

Solano, J., da Silva, A., Soares, I., Ashmawi, H. y Vieira, J. (2016). Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC palliative care*, 15(1), 70. doi:10.1186/s12904-016-0139-y

- Stewart, D. y Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.
- Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. Jossey-Bass. San Francisco.
- Suleiman, K. y Suhair, A. (2014). Hope in Cancer: Concept Analysis. *International Journal of Cancer Research*, 48(1), 1224.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill.
- The Economist Intelligence Unit (2017). *Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina: Una historia de luces y sombras*. https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPANISH.pdf
- Trigoso, V. (2009). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)*. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Tugade, M. y Fredrickson, B. (2002). Positive emotions and emotional intelligence. In L. F. Barrett & P. Salovey (Eds.), *Emotions and social behavior. The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 319-340). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Tugade, M. y Fredrickson, B. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of happiness studies*, 8(3), 311-333.
- Tugade, M., Fredrickson, B. y Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, 72(6), 1161-1190.
- Van Gestel-Timmermans, H., Van Den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K. y Van Nieuwenhuizen, C. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24, 67-74.
- Varahrami, A., Arnau, R., Rosen, D. y Mascaro, N. (2010). The relationships between

meaning, hope, and psychosocial development. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 3(1).

Youssef, C. y Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of management*, 33(5), 774-800.



Apéndice A

Consentimiento informado

El propósito de este documento es brindar a los participantes de esta investigación una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como del rol que tienen en ella. La presente investigación es conducida por Lucía Chang Benites, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la supervisión de la Dra. Patricia Martínez Uribe.

La meta de este estudio es conocer lo que los pacientes piensan y sienten con respecto a su enfermedad y su evolución. La participación en este estudio es estrictamente anónima y voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará contestar una ficha de datos personales, así como dos cuestionarios. Responder a ambos le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, o puede comunicarse al siguiente correo: lucia.chang@pucp.pe. Igualmente, si desea retirarse puede hacerlo sin que esto lo perjudique en ninguna manera.

Su firma en este documento significa que acepta participar después de haber leído y comprendido lo señalado.

Firma del/de la participante

Firma de la investigadora

Fecha

Apéndice B

Ficha de datos

N°	
----	--

I) Información personal

Sexo:

Masculino

Femenino

Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia: _____

Estado civil: _____

Soltero(a)

Conviviente

Casado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Grado de instrucción:

Primaria incompleta Primaria completa

Secundaria incompleta Secundaria completa

Técnica incompleta Técnica completa

Universitaria incompleta Universitaria completa

Ocupación actual: _____

¿Trabaja?

Sí

Horas a la semana: _____

No

Composición familiar (¿Con quiénes vive?)

II) Información médica

Diagnóstico actual: _____

¿Hace cuánto le han dado ese diagnóstico?

Menos de 3 meses De 3 a 6 meses De 6 a 12 meses De 1 a 5 años Más de 5 años

¿En qué estadio o fase se encuentra actualmente?

1 2 3 4

Tratamiento actual:

Quimioterapia Radioterapia Cirugía

Otros (especifique): _____

¿Tiene algún diagnóstico clínico adicional?

Sí ¿Cuál es? _____No

¿Cómo se siente en este momento?

Apéndice C

Análisis de confiabilidad de la escala RSA

Confiabilidad de la escala Resilience Scale for Adults (RSA)

Áreas	Ítems	<i>r</i>	α si el elemento se ha suprimido
Percepción de uno mismo	Ítem 1	.428	.680
	Ítem 7	.652	.610
	Ítem 13	.561	.624
	Ítem 19	.570	.667
	Ítem 25	.541	.644
	Ítem 29	.177	.768
$\alpha = .707$			
Habilidad planificadora	Ítem 2	.330	.452
	Ítem 8	.328	.453
	Ítem 14	.209	.543
	Ítem 20	.417	.363
$\alpha = .532$			
Competencia social	Ítem 3	.307	.588
	Ítem 9	.149	.685
	Ítem 15	.309	.585
	Ítem 21	.423	.536
	Ítem 26	.524	.514
$\alpha = .614$			
Cohesión familiar	Ítem 4	.481	.786
	Ítem 10	.604	.755
	Ítem 16	.777	.708
	Ítem 22	.587	.746
	Ítem 27	.366	.795
$\alpha = .790$			
Recursos sociales	Ítem 5	.425	.504
	Ítem 11	.558	.490
	Ítem 17	.319	.539
	Ítem 28	.277	.557
	Ítem 32	.199	.584
	Ítem 33	.417	.526
$\alpha = .580$			

$\alpha = .86$

Apéndice D

Análisis de confiabilidad de la escala HHS-R

Confiabilidad de la escala Herth Hope Scale-R (HHS-R)

Áreas	Ítems	<i>r</i>	α si el elemento se ha suprimido
Optimismo y Soporte espiritual	Ítem 3	.330	.800
	Ítem 5	.568	.778
	Ítem 7	.144	.811
	Ítem 8	.565	.788
	Ítem 9	.753	.771
	Ítem 14	.585	.776
	Ítem 18	.750	.752
	Ítem 22	.114	.838
	Ítem 24	.738	.756
	Ítem 26	.317	.802
	Ítem 27	.579	.775
$\alpha = .803$			
Desesperanza	Ítem 6	.420	.819
	Ítem 10	.759	.747
	Ítem 12	.618	.779
	Ítem 16	.645	.773
	Ítem 21	.639	.774
	Ítem 25	.415	.822
$\alpha = .816$			
Agencia	Ítem 1	.313	.864
	Ítem 4	.622	.810
	Ítem 17	.713	.798
	Ítem 19	.701	.796
	Ítem 20	.626	.810
	Ítem 28	.795	.781
$\alpha = .838$			
Soporte social y Pertenencia	Ítem 2	.568	.593
	Ítem 11	.125	.734
	Ítem 13	.530	.597
	Ítem 15	.485	.616
	Ítem 23	.516	.601
$\alpha = .686$			

$\alpha = .79$

Apéndice E

Descriptivos de las escalas de resiliencia y esperanza

Descriptivos de la escalas de resiliencia y esperanza

	M	D.E.	Mín.	Máx.	Asimetría	Curtosis	Z (K-S)
Percepción de uno mismo	34.02	6.73	11	42	-1.18	1.99	.15**
Habilidad planificadora	20.16	5.02	8	28	-.31	-.43	.08
Competencia social	34.69	6.00	20	42	-.61	-.23	.11
Cohesión familiar	35.43	7.24	12	42	-1.47	1.71	.19***
Recursos sociales	38.63	3.98	24	42	-1.86	4.03	.20***
RSA total	162.92	21.57	85	196	-1.29	2.75	.19***
Optimismo y Soporte espiritual	40.88	3.70	26	44	-2.09	5.05	.25***
Desesperanza	13.37	4.00	6	22	-.19	-.71	.09
Agencia	22.14	2.96	9	24	-2.67	8.38	.26***
Soporte social y Pertenencia	18.63	1.84	9	20	-3.09	14.23	.23***
HHS total	98.27	8.93	60	112	-1.62	5.53	.16**

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

