

Artículo de investigación

# Capacidad de resiliencia en pacientes oncológicos al principio y al final de la enfermedad

Rocío Anabel Hauché<sup>1,2,3\*</sup> y Valeria Teresa Pedrón<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Universidad Abierta Interamericana (UAI, Argentina)

<sup>2</sup>Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA, Argentina)

<sup>3</sup>Laboratorio de Cognición y Políticas Públicas (Argentina)

<sup>4</sup>Instituto de Investigación. Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador (USAL, Argentina)

\*Correspondencia: hauche.rocio@gmail.com

Recibido: 29 dic. 2020 | 1ra decisión: 6 abr. 2021 | Aceptado: 9 jun. 2021 | Publicado: 14 jun. 2021



## Resumen

En la presente investigación se buscó comparar la capacidad de resiliencia entre sujetos adultos ( $M=43.0$ ,  $DS=12.0$ ) en fase diagnóstica (i.e., proceso y diagnóstico) ( $n=30$ ) y en fase de supervivencia (i.e., post tratamiento) ( $n=30$ ) de la evolución de la enfermedad oncológica. Se administró un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Resiliencia. Los resultados indicaron que los pacientes que se encontraban en la fase de supervivencia tenían mayor capacidad de resiliencia que los pacientes en fase de diagnóstico. Por otro lado, las mujeres que reportaban poseer apoyo familiar y quienes se encontraban en tratamiento psicológico presentaban mayores niveles de resiliencia. Estos resultados apoyan la importancia de realizar intervenciones centradas en la influencia de factores psicológicos relevantes, tendientes a reforzar la capacidad de resiliencia durante la fase de diagnóstico, de modo de promover la salud mental en el proceso oncológico para la optimización y mejora en los resultados del tratamiento.

**Palabras clave:** resiliencia, cáncer, fases de la enfermedad oncológica, psicooncología.

## Capacidade de resiliência em pacientes com câncer no início e no final da doença

**Resumo:** Na presente investigação, procuramos comparar a capacidade de resiliência entre indivíduos adultos ( $M = 43,0$ ,  $DP = 12,0$ ) na fase de diagnóstico (ou seja, processo e diagnóstico) ( $n = 30$ ) e na fase de sobrevivência (ou seja, pós tratamento) ( $n = 30$ ) da evolução da doença oncológica. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e a Escala de Resiliência. Os resultados indicaram que os pacientes que se encontravam na fase de sobrevivência apresentaram maior resiliência do que os pacientes na fase de diagnóstico. Por outro lado, as mulheres que relataram ter apoio familiar e que estavam em tratamento psicológico apresentaram maiores níveis de resiliência. Estes resultados reforçam a importância da realização de intervenções focadas na influência de fatores psicológicos relevantes, visando reforçar a capacidade de resiliência durante a fase de diagnóstico, de forma a promover a saúde mental no processo oncológico para a otimização e melhoria dos resultados do tratamento.

**Palavras-chave:** resiliência, câncer, fases da doença oncológica, psicooncologia.

## Resilience capacity in oncology patients at the beginning and end of the disease

**Abstract:** In the present investigation, we sought to compare the resilience capacity between adult subjects ( $M = 43.0$ ,  $SD = 12.0$ ) in the diagnostic phase (ie, process and diagnosis) ( $n = 30$ ) and in the survival phase (ie, post-treatment) ( $n = 30$ ) of the evolution of the oncological disease. A sociodemographic questionnaire and the Resilience Scale were administered. The results indicated that patients who were in the survival phase had greater resilience than patients in the diagnosis phase. On the other hand, women who reported having family support and who were in psychological treatment had higher levels of resilience. These results support the importance of carrying out interventions focused on the influence of relevant psychological factors, aimed at reinforcing the resilience capacity during the diagnosis phase, in order to promote mental health in the oncological process for the optimization and improvement of the results of the treatment.

**Keywords:** resilience, cancer, phases of oncological treatment, psychooncology.

## Aspectos destacados del trabajo

- La capacidad de resiliencia aumenta en pacientes que se encuentran en fase de supervivencia.
- Los pacientes que comienzan un tratamiento oncológico presentan bajos niveles de resiliencia.
- El apoyo familiar y la asistencia psicológica favorecen el desarrollo de la resiliencia.
- Se encontraron diferencias por género en la capacidad de resiliencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo, en 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones (OMS, 2018) y se prevé que en los próximos veinte años el número de casos se elevará en un 70% (WHO, 2015). El diagnóstico correcto del cáncer es esencial para poder determinar un tratamiento adecuado y eficaz. El objetivo del tratamiento puede ser curar el cáncer o prolongar en lo posible la vida del paciente, en donde se desea mejorar la calidad de vida del enfermo mediante cuidados paliativos y apoyo psicosocial (OMS, 2018).

Desde un abordaje psicooncológico se han explicitado cinco fases de la evolución de la enfermedad oncológica (Scharf, 2005): fase de diagnóstico, fase de intervalo libre de enfermedad, fase de supervivencia, fase de recidiva y fase de final de la vida. En la fase de diagnóstico, el paciente y la familia se encuentran en un periodo de suma incertidumbre y en un estado de impacto psicológico intenso. La fase de intervalo libre de la enfermedad se caracteriza por un incremento en los niveles de angustia, dudas y temores, tanto del paciente como de los familiares, por el aumento en la amenaza de volver a presentar la enfermedad, debido a los controles médicos que se realizan en esta fase. En la fase de supervivencia, se utiliza el apoyo psicológico para facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. A su vez, se trabaja en la reincorporación a la vida cotidiana y se brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades e intereses del paciente. La fase de recidiva es un periodo crítico que se caracteriza por un estado de impacto psicológico aún más intenso que el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad, por lo tanto, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud. Por último, en la fase final de la vida se aborda al paciente mediante tratamiento paliativo, es decir, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Con la llegada de este cambio, las reacciones emocionales, tanto en el enfermo como en los familiares, suelen ser muy intensas. La negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte son algunas de las muchas emociones que suelen aflorar en esta fase.

Además de los factores biológicos que influyen en la enfermedad, también existe evidencia de que hay factores psicológicos que estarían influenciando en el curso de la enfermedad y entre ellos se encuentra la resiliencia (Bermejo, 2010). La misma

se concibe como la capacidad que tienen los seres de reaccionar y recuperarse ante situaciones adversas o en extremo traumáticas, saliendo fortalecidos para afrontar creativa y optimistamente la vida (Montoya, 2005). La persona resiliente tiene la capacidad de beneficiarse de las experiencias negativas, de tornarse emocionalmente más fuerte y así enfrentar la adversidad de una manera más positiva y sana (Bueno, 2007). El valor de promover la resiliencia se pone en evidencia, ya que ayuda a enfrentar situaciones críticas de una manera sana y enriquecedora (Romero, 2015).

Investigaciones previas han indicado a la resiliencia como un factor actuante en la modulación de las diferentes enfermedades, en especial, en la patología oncológica (Acosta Lopez de Llergo y Sánchez Araiza, 2009; Bermejo, 2010; Broche Pérez y Medina, 2011; Swainston y Derakshan, 2018; Tu, et al., 2020). La resiliencia provee recursos y herramientas para el manejo de la enfermedad y así obtener mejores resultados psicosociales antes, durante y después del tratamiento del cáncer (Calero Mercado, et al., 2019; Molina et al., 2014). De igual forma, el diagnóstico, el tratamiento y la capacidad de supervivencia se ven influenciados por la capacidad de resiliencia del paciente (Aguilar Correa, 2016; Oliva, et al., 2019). Se ha observado que el nivel de resiliencia que el paciente oncológico logra desarrollar en el momento de su diagnóstico (i.e., primera fase de la evolución de la enfermedad oncológica), será decisivo en su aceptación y superación frente a la enfermedad (Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2003; Ros Romero 2017; Silva et al., 2020). Pese a esto, se han hallado resultados en donde los pacientes que se encuentran en fase de diagnóstico no poseen fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnóstico de su enfermedad, por lo que no han logrado desarrollar conductas resilientes. El deterioro no solo físico, sino también del bienestar psicológico puede promover baja autoestima, poco compromiso e iniciativa, escasa resistencia ante situaciones desafiantes, lo que provoca pocos recursos sociales (Cuesta-Guzmán, et al., 2020; Sánchez et al., 2012).

Por otra parte, se ha indicado que los sobrevivientes de cáncer (i.e., fase de supervivencia de la evolución de la enfermedad oncológica), presentan un puntaje promedio alto en su capacidad de resiliencia (Andrade et al., 2013; Padilla-Ruiz, et al., 2019). Asimismo, se reportó que existe un porcentaje mayor de pacientes con cáncer de mama que presentan un nivel medio alto de resiliencia hacia el final de su tratamiento (Aguilar Correa, 2016; Li et al., 2018). Sin embargo, en contradicción con lo antes expuesto, se halló que no existe una relación significativa entre la resiliencia y las fases del cáncer (Álvarez Guillén, 2019).

Teniendo en cuenta estos antecedentes y dado que no contamos con reportes locales, el objetivo del presente estudio fue comparar la capacidad de resiliencia entre un grupo de pacientes que se encuentren en la primera fase de la enfermedad oncológica y un grupo de pacientes que se encuentren en fase de supervivencia y asisten a servicios oncológicos ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Los resultados obtenidos permitirán tener un acercamiento claro sobre la resiliencia y su beneficio en los pacientes oncológicos.

## Método

### Participantes

La muestra fue seleccionada adoptando un muestreo no probabilístico, intencional y por bola de nieve. La misma estuvo conformada por 60 sujetos de ambos sexos que asistían a los diferentes servicios oncológicos ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El 55% de la muestra fueron mujeres y el 45% restante fueron hombres. La edad promedio fue de 43 años ( $DE = 12$  años) en un rango de entre 24 y 66 años. El 33% de los pacientes reportó tener 35 años o menos, el 33% entre 36 y 50 y, por último, un 34% de 51 años en adelante. Respecto al nivel educativo, la mayoría de los sujetos (23%) cuentan con estudios secundarios completos, seguido por aquellos que tienen secundario incompleto (18%), y universitario completo (18%), el resto de la muestra presentó otros niveles educativos. El 78% de la muestra refirió tener apoyo familiar, mientras que el otro 22% reportó no tenerlo. Finalmente, un 53% recibe asistencia psicológica, mientras que el 47% restante no la recibía.

Respecto a la fase de la evolución de la enfermedad, el 50% de la muestra se encontraba en fase de supervivencia, mientras el otro 50% estaba en fase de diagnóstico. En cuanto al diagnóstico, el 30% de los encuestados reportó padecer cáncer de mama, siendo la patología que prevalece. Le sigue el cáncer de pulmón con un 15% y cáncer de colon con un 11,70%. El cáncer de estómago y cáncer de útero reportan el mismo porcentaje (10%), al igual que cáncer de próstata y leucemia (6,70%), y por último, cáncer de piel y de garganta también comparten porcentajes, siendo este de 5%. La mayoría refirió haber recibido cirugía (28%), un 25% había recibido quimioterapia, 22% no recibía ningún tratamiento, mientras que al 15% se le suministraban fármacos y a un 10% radioterapia.

Teniendo en cuenta estos datos, los sujetos fueron divididos en dos grupos en función de la fase de la evolución de la enfermedad en la que se encontraban: fase de diagnóstico ( $n=30$ ) o fase de supervivencia ( $n=30$ ). Los criterios de inclusión fueron que los adultos se encuentren en fase de diagnóstico o en fase de supervivencia de la evolución de la enfermedad oncológica, que no presentaran algún impedimento físico y/o psíquico relevante que imposibilite responder los protocolos.

### Instrumentos

El protocolo consistió en la administración de un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Resiliencia.

#### *Cuestionario sociodemográfico*

Construido ad-hoc para la presente investigación con el objetivo de caracterizar la muestra en edad, sexo, nivel educativo, estado civil, diagnóstico, tipo de tratamiento, apoyo familiar y asistencia psicológica.

*Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993), adaptación argentina (Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofre, De Bortoli y Labiano, 2009)*

La escala fue diseñada para determinar las cualidades y características de la personalidad que influyen y benefician a la adaptación individual de una forma

resiliente. La ER está compuesta por 25 ítems, donde el sujeto deberá elegir, por cada uno, el grado de conformidad con una serie de afirmaciones. Consta con una escala de tipo Likert de cinco opciones: 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= De acuerdo y 5= Totalmente de acuerdo. Dichos ítems a su vez se encuentran divididos en tres dimensiones: a) capacidad de autoeficacia (ítems 1 al 15); b) capacidad de propósito y sentido de vida (ítems 16 al 20) y c) evitación cognitiva (ítems 21 al 25). Mientras que las dos primeras dimensiones refieren a atributos, capacidades, habilidades o actitudes positivas necesarias para el afrontamiento eficaz de situaciones traumáticas, la tercera alude a un mecanismo de defensa protector del impacto del hecho traumático y que tiende a favorecer el autocontrol del sujeto. El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores que se pueden obtener fluctúan desde 25 a 175, por lo que se considera que los valores mayores a 105 dan cuenta de una mayor capacidad de resiliencia; entre 86 y 105 la capacidad de resiliencia es moderada y los puntajes menores o iguales a 85 dan cuenta de una escasa capacidad de resiliencia. Todos los ítems de la escala puntúan de forma positiva a excepción del 23 y 25. Para la validación nacional de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) se realizó la traducción y adaptación de los ítems al español hablado en Argentina. La misma fue realizada por Rodríguez et al. (2009). De esta manera se puede decir que la Escala de Resiliencia es un instrumento confiable para su aplicación en argentinos. Según los autores la consistencia interna de la ER total con base al índice alfa de Cronbach fue 0,72. Para la dimensión capacidad de autoeficacia el alfa de Cronbach fue de 0,73; para la dimensión capacidad de propósito y sentido de vida fue de 0,60; pero en la dimensión evitación cognitiva se encontró menor consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,50.

## Procedimiento

En primera instancia, el contacto con las muestras se realizó acudiendo a los diferentes servicios oncológicos ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y solicitando permiso a las autoridades para ingresar a los mismos. Allí se les comentó a los pacientes la finalidad del test a aplicar.

La participación fue voluntaria, recurriendo al consentimiento informado del sujeto, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información, aclarando que la misma solo era utilizada con fines académicos. En cuanto a los aspectos éticos, la presente investigación, se realizó siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki (2000) para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

El protocolo fue entregado en mano a cada sujeto en forma individual. Luego se recolectaron los datos de las personas voluntarias a participar de la muestra, con el fin de corroborar que cumplieran con los requisitos incluyentes de la investigación. Se presentaron los cuestionarios en el mismo orden para todos los participantes, de modo de realizar un control por equiparación y equilibrar el efecto fatiga y aprendizaje: cuestionario sociodemográfico y Escala de Resiliencia. Los participantes tardaron aproximadamente 10 minutos en completar los cuestionarios. La administración de los instrumentos fue realizada en el transcurso de los meses de noviembre y diciembre de 2019 y enero y febrero de 2020.

## Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron tabulados y sistematizados con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25. Para caracterizar la muestra se realizaron estadísticos descriptivos. Posteriormente se hicieron análisis de la normalidad de las variables utilizando la prueba Kolmogorov-Smirnov. Siendo que algunas variables obtuvieron una distribución normal (i.e., capacidad de autoeficacia y la subdimensión evitación cognitiva) ( $p > .05$ ) y otras no (i.e., resiliencia total y capacidad de propósito y sentido de vida) ( $p < .05$ ) se decidió emplear estadísticos paramétricos y no paramétricos según correspondiera. Para las comparaciones de grupos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes o U de Mann Whitney, según correspondiera. Para comparaciones múltiples se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) o H de Kruskal-Wallis. Para las comparaciones post hoc se utilizó el test de Tukey. En todos los casos se consideró significativo un  $p < .05$ .

## Resultados

### Comparación de la capacidad de resiliencia en pacientes según la fase de la enfermedad oncológica

En primer lugar, observamos que la mayoría de los pacientes que se encontraban en la fase de diagnóstico presentaban una capacidad de resiliencia baja (60%). El 40% presentaba una resiliencia media y ninguno de los encuestados presentó una resiliencia alta. Por otro lado, la mayoría de los pacientes que se encontraban en la etapa de supervivencia reportaron una capacidad de resiliencia media (66,7%), seguido por una capacidad de resiliencia baja (20%). El 13,3% presentó resiliencia alta.

Los resultados indicaron que la capacidad de resiliencia global de los pacientes oncológicos que se encontraban en la fase de supervivencia (RP=39,6) era significativamente mayor que los pacientes que se encontraban en fase de diagnóstico (RP=21,4),  $U=177,5$ ;  $p < 0,001$ ;  $r=0,40$ . En la dimensión de capacidad de propósito y sentido de vida se observó un mayor nivel en los pacientes en la fase de supervivencia (RP=36,5) comparado con la fase de diagnóstico (RP=24,53) ( $U=271,0$ ;  $p < 0,01$ ;  $r=0,34$ ). En la dimensión capacidad de autoeficacia también se vio un mayor nivel en los pacientes en fase de supervivencia ( $M=60,7$ ) comparados con los pacientes en fase diagnóstico ( $M=47,4$ );  $t(58)=-4,86$ ;  $p < 0,001$ ;  $r=0,53$ . A su vez, en la dimensión evitación cognitiva se observó un mayor nivel en los pacientes en fase de supervivencia ( $M=16,9$ ) comparados con los pacientes en fase de diagnóstico ( $M=15,57$ );  $t(58)=54,4$ ;  $p < 0,05$ ;  $r=0,27$  (Figura 1).

### Efecto del sexo en la capacidad de resiliencia en los pacientes oncológicos

Respecto a la variable sexo, se observó una diferencia significativa entre varones (RP=22,8) y mujeres (RP=36,8) en la capacidad de resiliencia global  $U=238,0$ ;  $p < 0,01$ ;  $r=0,39$ . A partir de esto decidimos comparar la capacidad de resiliencia y sus dimensiones, en las diferentes fases de la evolución de la enfermedad entre varones y mujeres. En primer lugar, el ANOVA de dos vías para la capacidad de resiliencia global indicó un efecto principal de sexo [ $F(1;56)=6,22$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2=0,12$ ] y de fase

de tratamiento [ $F(1;56)=16,83$ ;  $p<0,001$ ;  $Eta^2=0,20$ ]. No se observó un efecto de interacción entre las variables sexo y fase de tratamiento [ $F(1;56)=0,63$ ; n.s.]. Para la dimensión de capacidad de autoeficacia, el ANOVA de dos vías indicó un efecto principal de sexo [ $F(1;56)=4,69$ ;  $p<0,05$ ;  $Eta^2=0,10$ ] y de fase de tratamiento [ $F(1;56)=20,21$ ;  $p<0,001$ ;  $Eta^2=0,29$ ]. No se observó un efecto de interacción entre las variables sexo y tratamiento [ $F(1;56)=0,02$ ; n.s.]. Para la dimensión de capacidad de propósito y sentido de vida, el ANOVA de dos vías indicó un efecto principal de sexo [ $F(1;56)=7,65$ ;  $p<0,01$ ;  $Eta^2=0,14$ ], por lo contrario no se observó un efecto de fase de tratamiento [ $F(1;56)=6,21$ ; n.s.]. No se observó un efecto de interacción entre las variables sexo y fase de tratamiento [ $F(1;56)=1,35$ ; n.s.]. Para la dimensión de evitación cognitiva el ANOVA de dos vías no indicó un efecto principal de sexo [ $F(1;56)=0,412$ ; n.s], en cambio, se evidenció un efecto de fase de tratamiento [ $F(1;56)=22,97$ ;  $p<0,05$ ;  $Eta^2=0,08$ ]. No se observó un efecto de interacción entre las variables sexo y tratamiento [ $F(1;56)=1,097$ ; n.s.] (Figura 2).

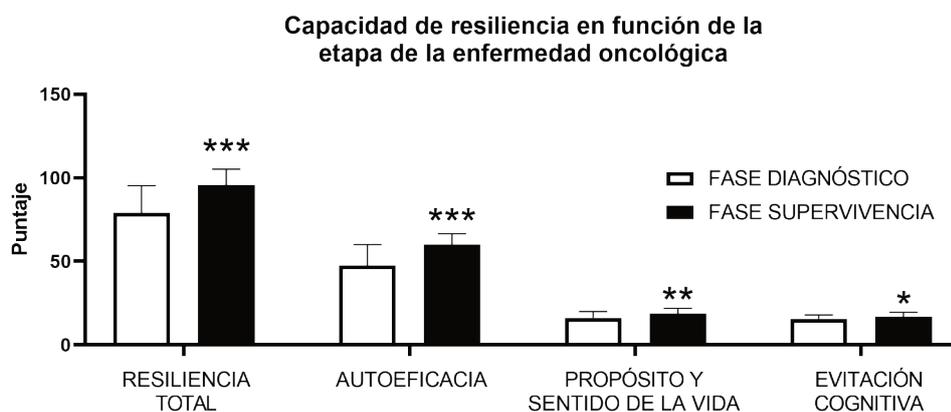


Figura 1. Media y los desvíos estándar obtenidos para el puntaje total de resiliencia y sus dimensiones de autoeficacia, propósito y sentido de la vida y evitación cognitiva en función de la fase de tratamiento en la que se encontraba el paciente. \*\*\*  $p<0,001$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*  $p<0,05$  comparado con el grupo en fase diagnóstica.

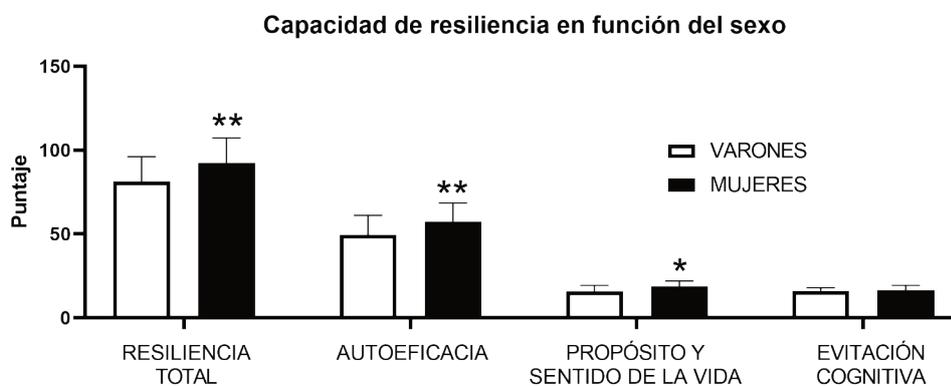


Figura 2. Los datos representan la media y los desvíos estándar obtenidos para el puntaje total de resiliencia y sus dimensiones de autoeficacia, propósito y sentido de la vida y evitación cognitiva en función del sexo. \*\*  $p<0,01$ ; \*  $p<0,05$  comparado con el grupo de varones.

## Efecto del tipo de tratamiento recibido en la capacidad de resiliencia y sus dimensiones

En cuanto al tipo de tratamiento se observó un efecto significativo sobre la resiliencia [ $H(4)=11,25$ ;  $p<0,05$ ;  $Eta^2=0,19$ ]. El análisis posterior realizado con el test de Tukey indicó que los sujetos que recibieron cirugía poseen mayor capacidad de resiliencia ( $p<0,05$ ). Mientras que los que reciben tratamiento farmacológico presentan menor capacidad de resiliencia. A su vez, se observó un efecto significativo sobre la subescala capacidad de autoeficacia [ $F(4,57)=3,702$ ;  $p<0,01$ ;  $Eta^2=0,21$ ]. El análisis a posteriori realizado con el test de Tukey indicó que los sujetos que recibieron cirugía mostraban mayor capacidad de autoeficacia ( $p<0,05$ ). Por el contrario, los que recibieron tratamiento farmacológico presentaron menor capacidad de resiliencia ( $p<0,05$ ) (Figura 3).

## Apoyo familiar y su efecto sobre la resiliencia en pacientes oncológicos

Se pueden observar resultados estadísticamente significativos con respecto a quienes reciben apoyo familiar ( $RP=33,5$ ) y quienes no lo reciben ( $RP=19,7$ ), siendo los que lo reciben más resilientes  $U=165,5$ ;  $p<0,001$ ;  $r=0,32$ . A su vez, se halló una diferencia significativa entre quienes reciben apoyo familiar ( $RP=32,8$ ) y aquellas personas que no cuentan con apoyo familiar ( $RP=22,1$ ), teniendo mayor capacidad de propósito y sentido de vida quienes la reciben  $U=197,0$ ;  $p<0,05$ ;  $r=0,25$ . En la dimensión capacidad de autoeficacia también se vio un mayor nivel en los pacientes que reciben apoyo familiar ( $M=56,2$ ) comparados con los pacientes que no lo reciben ( $M=44,8$ );  $t(58)=3,292$ ;  $p<0,05$ ;  $r=0,42$ . En cambio, en la dimensión evitación cognitiva no se observó una diferencia significativa entre los pacientes que reciben apoyo familiar ( $M=16,23$ ) comparados con los pacientes que no cuentan con apoyo familiar ( $M=16,38$ );  $t(58)=-0,189$ ; n.s. (Figura 4).

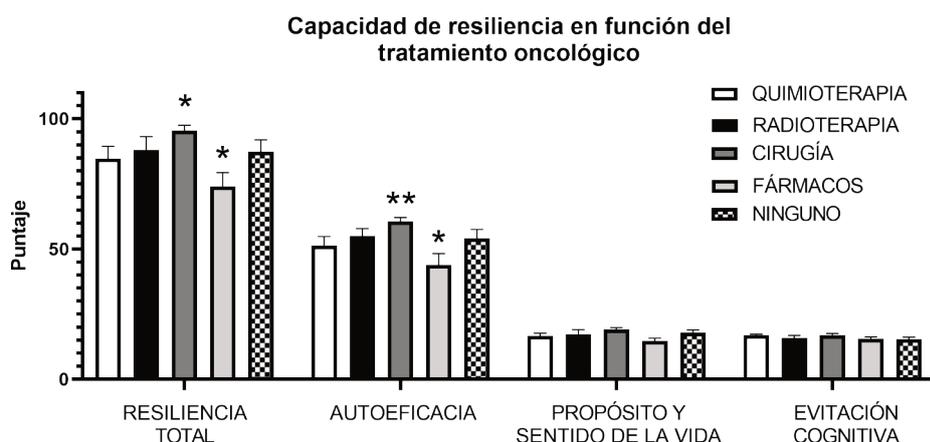


Figura 3. Los datos representan la media y los desvíos estándar obtenidos para el puntaje total de resiliencia y sus dimensiones de autoeficacia, propósito y sentido de la vida y evitación cognitiva en función del tipo de tratamiento oncológico recibido.

\*\*  $p<0,01$ ; \*  $p<0,05$  comparado con el resto de los grupos.

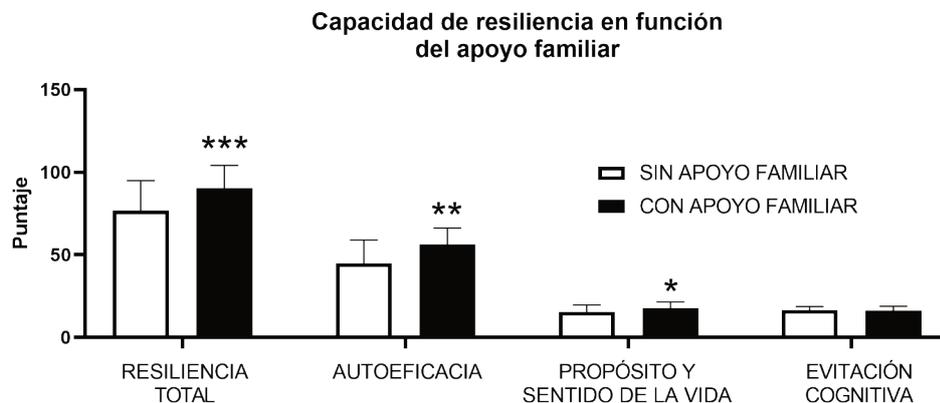


Figura 4. Los datos representan la media y los desvíos estándar obtenidos para el puntaje total de resiliencia y sus dimensiones de autoeficacia, propósito y sentido de la vida y evitación cognitiva en función de la autopercepción de apoyo familiar. \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$  comparado con el grupo sin apoyo familiar.

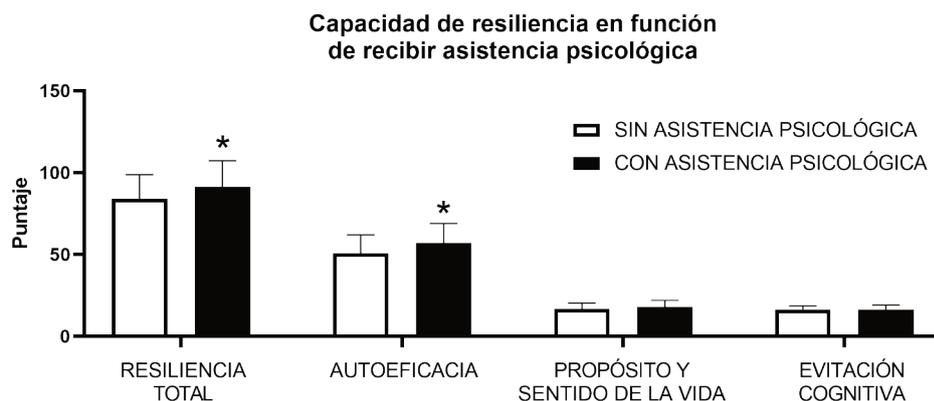


Figura 5. Los datos representan la media y los desvíos estándar obtenidos para el puntaje total de resiliencia y sus dimensiones de autoeficacia, propósito y sentido de la vida y evitación cognitiva en función de recibir asistencia psicológica. \*  $p < 0,05$  comparado con el grupo sin asistencia psicológica.

## Asistencia psicológica y resiliencia en pacientes oncológicos

Se pueden observar resultados estadísticamente significativos con respecto a quienes reciben asistencia psicológica (RP=35,9) y quienes no la reciben (RP=25,8), siendo los que la reciben más resilientes  $U=297,0$ ;  $p < 0,05$ ;  $r=0,28$ . En lo que respecta a la dimensión de capacidad y propósito de vida no se halló una diferencia significativa entre quienes reciben asistencia psicológica (RP=34,0) y aquellas personas que no (RP=27,4)  $U=394,000$ ; n.s. En la dimensión capacidad de autoeficacia se pueden observar resultados estadísticamente significativos con

respecto a los pacientes que reciben asistencia psicológica ( $M= 57,0$ ) comparados con los pacientes que no la reciben ( $M=50,8$ );  $t(58)=2,070$ ;  $p<0,05$ ;  $r= 0,25$ . En cambio, en la dimensión evitación cognitiva no se observó una diferencia significativa entre los pacientes que reciben asistencia psicológica ( $M=16,25$ ) comparados con los pacientes que no cuentan con asistencia psicológica ( $M=16,28$ );  $t(58)=-0,047$ ; n.s. (Figura 5).

## Discusión y conclusión

El objetivo de la presente investigación fue comparar la capacidad de resiliencia entre los sujetos que se encuentren en la primera fase de la evolución de la enfermedad oncológica y los sujetos que hayan concluido el tratamiento oncológico, es decir, que se encuentren en fase de supervivencia. Asimismo, se evaluaron dichas variables con respecto al sexo, nivel educativo, estado civil, tipo de tratamiento, apoyo familiar y asistencia psicológica.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede afirmar que existen diferencias entre la capacidad de resiliencia y la fase de la evolución de la enfermedad oncológica en la que se encuentre el paciente. En particular, se observa que la capacidad de resiliencia es mayor en aquellos pacientes que han concluido el tratamiento oncológico y se encuentran en fase de supervivencia. Estos resultados coinciden parcialmente con los que se obtuvieron en las investigaciones realizadas por los autores Andrade et al. (2013) y Oliva, et al. (2019), en donde se halló que las personas que se encuentran en fase de supervivencia del cáncer presentan una mayor capacidad de resiliencia. Asimismo, el trabajo realizado por Aguilar Correa (2016), la investigación de Li et al. (2018) y el estudio de Padilla-Ruiz, et al. (2019) indican la existencia de un porcentaje mayor de pacientes con cáncer de mama que presentan un nivel medio alto de resiliencia hacia el final de su tratamiento.

En esta línea, los autores Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza (2009) concluyeron que la mayoría de las personas que padecen una enfermedad terminal no solo enfrentan la situación, sino que, en algunos casos, salen fortalecidos por la experiencia. No obstante, en particular, se observa que los pacientes en fase de diagnóstico no poseen fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnóstico de su enfermedad, por lo que no han logrado desarrollar conductas resilientes (Cuesta-Guzmán, et al., 2020; Sánchez et al., 2012).

La diferencia observada en la capacidad de resiliencia entre ambos grupos, aquellos que están en fase diagnóstico y los que están en fase de supervivencia, podría deberse a la forma en la que el paciente conciba y aborde su enfermedad tomando cada recurso disponible y desarrollando conductas y actitudes que repercutiran en su salud física y psicosocial de forma favorable/positiva o desfavorable/negativa. Y de este modo poder adaptarse a los cambios progresivos que la enfermedad les ha dejado.

En cuanto a las variables sociodemográficas, en lo que refiere al sexo de los encuestados, los resultados muestran que las mujeres poseen mayor capacidad de resiliencia en comparación con los hombres. Dicha afirmación coincide con los resultados de la investigación precedente, en donde Gínez-Silva, Astorga y Urchaga-Litago (2019), concluyen que, aunque las diferencias no son significativas en los

resultados de su estudio, la variabilidad en resiliencia es considerablemente diferente en los adultos, en donde aparecen las mujeres como más resilientes que los varones.

En cuanto a la edad, el nivel educativo, el estado civil, cantidad de hijos y grupo familiar conviviente, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto a dichas variables y a la capacidad de resiliencia. Por un lado, los resultados de las variables edad y nivel educativo coinciden con los resultados de la investigación del autor Baca Romero (2017). Sin embargo, el conjunto de variables antes mencionadas y sus resultados entran en contradicción con lo que se ha encontrado en el estado del arte hasta el momento. En las investigaciones se halla que la capacidad de resiliencia es mayor en adultos mayores, solteros (Andrade et al., 2013), o en personas menores a 46 años, casadas o solteras, con 3 o más hijos, con estudios superiores (Ros Romero, 2017), en personas que conviven al menos con un familiar (Álvarez Guillén, 2019), o una menor capacidad de resiliencia en personas con un bajo nivel educativo (Navea Martín y Tamayo Hernández, 2018; Padilla-Ruiz, et al., 2019). Las diferencias entre los resultados de la presente investigación y los allí obtenidos podrían deberse a factores culturales, filiales y educativos propios de cada contexto.

En lo que respecta a la variable tipo de tratamiento que recibe o recibió el encuestado, se puede observar que aquellos que atravesaron una cirugía presentan una mayor capacidad de resiliencia, así como también, en su dimensión capacidad de autoeficacia. Sin embargo, en las restantes dimensiones no se hallaron resultados significativos. Estos datos coinciden con los hallazgos de otras investigaciones que mencionan que el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado paliativo y la capacidad de supervivencia se ven influenciados por la conducta resiliente del paciente (Calero Mercado, et al., 2019; Molina et al., 2014; Ros Romero, 2017). Esto podría explicarse porque a medida que transcurre el tiempo desde la fecha de diagnóstico, se fortalecen los mecanismos psíquicos de defensa y autoeficacia, proveyendo al sujeto de herramientas para enfrentar y procesar el diagnóstico y el tratamiento recibido. Dando como resultado una mayor adaptabilidad a futuras experiencias adversas.

Es de mencionar que se pudo localizar una investigación que afirma que el tratamiento farmacológico, aunque sea aceptado y visto como necesario por el paciente, puede ser percibido como negativo, ya que la medicación intensa y duradera alivia la sintomatología, pero podría producir efectos secundarios a nivel físico y psicológico (Quiceno y Vinaccia, 2013). Esto puede dar cuenta del porqué de los resultados aquí hallados respecto a la variable tratamiento médico, en donde los pacientes que poseen mayor capacidad de resiliencia y capacidad de autoeficacia recibieron cirugía. Al ser la cirugía la principal modalidad de tratamiento local del cáncer da cuenta de que presenta el beneficio de aumentar el período libre de enfermedad y disminuir el riesgo de recurrencia, pero es un fuerte estresor en sí misma por el miedo a la anestesia, al dolor y, sobre todo, por sus consecuencias, como por ejemplo, la pérdida de la mama o del útero, lo que afecta a la mujer tanto en su imagen corporal como en su femineidad.

En lo que respecta al apoyo familiar percibido por el encuestado, se hallan resultados estadísticamente significativos, siendo los que lo reciben más resilientes y teniendo mayor capacidad de propósito y sentido de vida y mayor capacidad de

autoeficacia, que aquellas personas que no cuentan con apoyo familiar. Mas no sucede lo mismo con la dimensión evitación cognitiva, la cual no arrojó resultados significativos. Asimismo, la variable que caracteriza al encuestado sobre si recibe o no asistencia psicológica, da cuenta resultados estadísticamente significativos, siendo más resilientes y con mayor capacidad de autoeficacia aquellos que la reciben. En tanto a las dimensiones capacidad de propósito y sentido de vida y evitación cognitiva, no se hallaron diferencias significativas. Estos resultados coinciden con lo hallado en otras investigaciones en donde evidencian que el apoyo familiar y la asistencia psicológica constituyen factores fundamentales en el impacto del diagnóstico, en el proceso de la enfermedad y durante el tratamiento (Acosta Lopez de Llergo y Sánchez Araiza, 2009; Aguilar Correa, 2016; Broche Pérez y Medina, 2001; Silva et al., 2020; Swainston y Derakshan, 2018).

Estos resultados pueden fundamentarse en que el papel que juega la familia dentro del contexto del paciente oncológico es imprescindible debido a que el apoyo recibido estimula y promueve fortalezas para enfrentar la enfermedad, ya que los miembros de la familia brindan atención, cuidado y compañía. Este recurso es de gran importancia al ser intermediario en los comportamientos resilientes del paciente. En suma, la familia impulsa al paciente a buscar asistencia psicológica, si es que no la posee, para que este construya una red de asistencia y contención profesional, convirtiéndose en una herramienta de apoyo, proveyendo al individuo de estilos de afrontamiento favorables en este proceso que puede llegar a ser tan doloroso (Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza, 2009; Swainston y Derakshan, 2018; Tu, et al., 2020).

En síntesis, a través de todo este análisis y considerando que los pacientes oncológicos que se encuentran en primera fase de su enfermedad, es decir en fase de diagnóstico, presentan una menor capacidad de resiliencia, se puede dilucidar la importancia de realizar intervenciones centradas en la influencia de factores psicológicos relevantes, tendientes a reforzar la capacidad de resiliencia durante la fase de diagnóstico, tales como, la calidad de vida, estrategias y estilos de afrontamiento, bienestar emocional y psicológico, autoestima, necesidades satisfechas o insatisfechas tanto de los pacientes como de sus cuidadores por parte del sistema de salud. A través de distintos dispositivos psicoterapéuticos, talleres, charlas psicoeducativas de forma grupal e individual, de modo de promover la salud mental en el proceso oncológico para la optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria. A partir de un enfoque psicológico interdisciplinar que toma elementos tanto de la medicina (particularmente la oncología) y de la psicología de la salud.

En cuanto a las limitaciones encontradas durante la presente investigación, cabe resaltar que la selección de la muestra fue no probabilística, de un tamaño relativamente pequeño y de corte transversal, lo que no permitiría generalizar los resultados y realizar modelos de análisis de datos más complejos. Este último punto podría impactar en los tamaños del efecto, los cuales fueron bajos en la presente investigación, por ende, deben tomarse con cautela los resultados encontrados. Para profundizar en los mismos, se recomendaría realizar un estudio longitudinal para poder comparar a una misma muestra en el tiempo y así observar los cambios que se producen en los pacientes desde que son diagnosticados hasta la finalización de su tratamiento oncológico. A su vez, se sugiere para futuras

investigaciones incluir otras variables psicológicas actuantes en el proceso de la enfermedad oncológica, como la calidad de vida, estrategias y estilos de afrontamiento, bienestar emocional y psicológico, autoestima, necesidades satisfechas o insatisfechas tanto de los pacientes como de sus cuidadores por parte del sistema de salud, o psicopatologías relevantes, tales como depresión, ansiedad, estrés.

## Referencias

- Acosta López de Llergo, I. C. y Sánchez Araiza, Y. I. (2009). Manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónico terminales hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 24-32.
- Aguilar Correa, P. (2016). *La resiliencia y su incidencia en el proceso terapéutico de las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Loja*. Tesis inédita de Licenciatura. Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador. [HTTP://DSpace.UNL.EDU.EC:9001/JSPUI/BITSTREAM/123456789/14212/1/tesis%20completaa%20biblioteca.pdf](http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/14212/1/tesis%20completaa%20biblioteca.pdf)
- Álvarez Guillén, J. (2019). *Resiliencia y fases del cáncer en adolescentes con tratamiento oncológico en Lima*. Tesis inédita de grado. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú.  
[HTTPS://REPOSITORIOACADEMICO.UPC.EDU.PE/HANDLE/10757/626299](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/626299)
- Andrade, F. P., Muniz, R. M., Lange, C., Schwartz, E. y Guanilo, M. E. E. (2013). Perfil sociodemográfico y económico de los sobrevivientes de cáncer según el grado de resiliencia. *Texto y Contexto-Enfermagem*, 22(2), 476-484.
- Baca Romero, D. (2017). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(1), 107-124.
- Bermejo, R. C. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 27(3). [HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=18113757004](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18113757004)
- BrochePérez, Y. y Medina, R. (2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicologia.com*, 15(17).
- Bueno, G. (2007). La resiliencia y su valor en el desarrollo humano: estrategias para desarrollarla. *Universidad de Puerto Rico*, 19(5).
- Calero Mercado, N., Manrique Romero, A. M. y Obrero Coronado, A. M. (2019). Papel de la resiliencia en la evolución de los pacientes con cáncer. *Enfermería Oncológica*, 21(2), 52-57. [HTTPS://DOI.ORG/10.37395/SEE0.2019.0004](https://doi.org/10.37395/seeo.2019.0004)
- Cuesta-Guzmán, M., Sánchez-Villegas, M., Bahamón, M. J. y Landgrave, P. A. (2020). Resiliencia y cáncer de mama: una revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(3), 326-333.
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2003). *Necesidad y demanda del paciente oncológico*. [HTTP://WWW.FBJOSEPLAPORTE.ORG/DOCS/REPOSITORI/070517121920.PDF](http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121920.pdf)
- Gínez-Silva, M. J., Astorga, C. M. y Urchaga-Litago, J. D. (2019). Resiliencia psicológica a través de la edad y el sexo. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 85-94.

- Li, Y., Wang, K., Yin, Y., Li, Y. y Li, S. (2018). Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 79-84. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.IJNURSTU.2018.08.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.011)
- Molina, Y., Jean, C. Y., Martínez-Gutiérrez, J., Reding, K. W., Yi-Frazier, J. y Rosenberg, A. R. (2014). Resiliencia entre pacientes en todo el continuo del cáncer: diversas perspectivas. *Revista Clínica de Enfermería Oncológica*, 18(1), 93-101.
- Montoya, A. J. (2005, 28 de septiembre). *Resiliencia infantil: ¿De dónde nace la resiliencia?* [presentación en congreso]. I Congreso de Resiliencia. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Coyoacán, Ciudad de México, México.
- Navea Martín, A. y Tamayo Hernández, J. A. (2018). Características de la resiliencia familiar en pacientes oncológicos pediátricos: una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(2), 203-216.
- Oliva, A., García-Cebrián, J. M., Calatayud, E. F., Serrano-García, I., Herraiz, M. A., y Coronado, P. J. A (2019). Comparison of quality of life and resilience in menopausal women with and without a history of gynaecological cancer. *Maturitas*, 120, 35-39. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.MATURITAS.2018.11.012](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.11.012)
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Nota descriptiva sobre el cáncer*. [HTTP://WWW.WHO.INT/ES/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/DETAIL/CANCER](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer)
- Padilla-Ruiz, M., Ruiz-Román, C., Pérez-Ruiz, E., Rueda, A., Redondo, M. y Rivas-Ruiz, F. (2019). Clinical and sociodemographic factors that may influence the resilience of women surviving breast cancer: cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1279-1286. [HTTPS://DX.DOI.ORG/10.1007/S00520-018-4612-4](https://dx.doi.org/10.1007/s00520-018-4612-4)
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 590-619.
- Rodríguez, M., Pereyra, G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9(1), 72-82.
- Romero, C. (2015). La recreación en el fomento de la resiliencia. *Ciencias de la Actividad Física UCM*, 16(1), 63-80.
- Ros Romero, J. (2017). *Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos*. Tesis inédita de Licenciatura. Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España. [HTTP://REPOSITORIO.UCAM.EDU/BITSTREAM/HANDLE/10952/2379/TESIS.PDF?SEQUENCE=1&ISALLOWED=Y](http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2379/tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sánchez, G. A., Caldera, M. F., Cardozo, M. J. y González, Y. (2012). Resiliencia en personas con cáncer. *Formación Gerencial*, 11(2), 268-294.

- Scharf, B. M. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*, 9(2), 64-67.
- Silva, M. A. H., Martínez, A. O. R., Escobar, S. G. y Rangel, A. L. M. G. C. (2020). Afrontamiento, apoyo social y resiliencia asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 33(4), 129-170. [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.SENOL.2020.09.007](https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.09.007)
- Swainston, J. y Derakshan, N. (2018). Training cognitive control to reduce emotional vulnerability in breast cancer. *Psycho-oncology*, 27(7), 1780-1786. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/PON.4727](https://doi.org/10.1002/PON.4727)
- Tu, P. C., Yeh, D. C. y Hsieh, H. C. (2020). Positive psychological changes after breast cancer diagnosis and treatment: The role of trait resilience and coping styles. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(2), 156-170. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/07347332.2019.1649337](https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1649337)
- Wagnild, M. y Young, M. (1993). Desarrollo y evaluación psicométrica de la Escala de Resiliencia. *Diario de Medición de Enfermería*, 1(2), 165-178.
- World Health Organization (2015). *Cáncer*. [HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS297/ES/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/)