



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RESILIENCIA Y DESESPERANZA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UNA
ASOCIACIÓN PERUANA DE LIMA METROPOLITANA, 2024

Línea de investigación:
Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con
mención en psicología clínica

Autora

Macazana Estrada, Zhureidy Mercedes

Asesor

Espiritu Álvarez, Fernando Julio

ORCID: 0000-0002-0065-8414

Jurado

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo

Carbonel Paredes, Elsa Artemia

Flores Vásquez, María Elizabeth

Lima - Perú

2025



RESILIENCIA Y DESESPERANZA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE UNA ASOCIACIÓN PERUANA DE LIMA METROPOLITANA, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	revistas.ucm.es Fuente de Internet	1%
4	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
9	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
10	Submitted to Universidad Catolica de Trujillo Trabajo del estudiante	1%
11	Submitted to Universidad de Lima Trabajo del estudiante	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RESILIENCIA Y DESESPERANZA EN PACIENTES

ONCOLÓGICOS DE UNA ASOCIACIÓN PERUANA DE LIMA

METROPOLITANA, 2024

Líneas de investigación: Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con mención
en Psicología Clínica

Autora

Macazana Estrada, Zhureidy Mercedes

Asesor

Espiritu Álvarez, Fernando Julio

ORCID:0000-0002-0065-8414

Jurado

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo

Carbonel Paredes, Elsa Artemia

Flores Vásquez, María Elizabeth

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres, cuyo amor, sacrificio y enseñanzas han sido la base de mi crecimiento, impulsándome cada día a ser mejor. También a mi hermana, cuya compañía y motivación inquebrantable me han dado la fuerza para seguir.

Agradecimiento

Agradezco profundamente a la Universidad Nacional Federico Villarreal, en especial a la Facultad de Psicología, por la formación académica y profesional impartida a lo largo de mi carrera. A los docentes que, con su compromiso y conocimiento, contribuyeron de manera significativa a mi crecimiento personal y profesional.

ÍNDICE

Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción y formulación del problema.....	2
1.2. Antecedentes.....	5
1.2.1. <i>Antecedentes Internacionales</i>	6
1.2.2. <i>Antecedentes Nacionales</i>	8
1.3. Objetivos.....	10
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	10
1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	10
1.4. Justificación.....	11
1.5. Hipótesis.....	12
1.5.1. <i>Hipótesis general</i>	12
1.5.2. <i>Hipótesis específicas</i>	12
II. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Cáncer.....	13
2.1.1. <i>Definición</i>	13
2.1.2. <i>Sintomatología</i>	14
2.1.3. <i>Estadios</i>	14

2.1.4.	<i>Tipos</i>	16
2.2.	Resiliencia.....	17
2.2.1.	<i>Definición</i>	17
2.2.2.	<i>Niveles de resiliencia</i>	18
2.2.3.	<i>Teorías de la resiliencia</i>	19
2.2.4.	<i>Factores de la resiliencia</i>	20
2.2.5.	<i>Resiliencia en pacientes oncológicos</i>	20
2.3.	Desesperanza.....	21
2.3.1.	<i>Definición</i>	21
2.3.2.	<i>Características</i>	22
2.3.3.	<i>Teorías de la desesperanza</i>	23
2.3.4.	<i>Dimensiones de la desesperanza</i>	24
2.3.5.	<i>Desesperanza en pacientes oncológicos</i>	24
III.	MÉTODO.....	26
3.1	Tipo de investigación.....	26
3.2.	Ámbito temporal y espacial.....	26
3.3.	Variables.....	26
3.3.1.	<i>Resiliencia</i>	26
3.3.2.	<i>Desesperanza</i>	26
3.4.	Población y muestra.....	27
3.4.1.	<i>Población</i>	27

3.4.2. Muestra.....	27
3.5. Instrumentos.....	27
3.5.1. Cuestionario: “Escala de resiliencia de Wagnild y Young ”	27
3.5.2. Cuestionario “Escala de desesperanza de Beck (BHS)”	28
3.6. Procedimientos.....	28
3.7. Análisis de datos.....	29
3.8. Consideraciones éticas.....	29
IV. RESULTADOS.....	31
4.1. Relación entre las variables de estudio.....	31
4.1. Analisis descriptivo.....	32
4.2. Analisis inferencial	33
V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	36
VI. CONCLUSIONES.....	42
VII.RECOMENDACIONES	43
VIII.REFERENCIAS.....	44
IX.ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de la Resiliencia.....	36
Tabla 2 Operacionalización de Desesperanza.....	37
Tabla 3 Prueba de normalidad de las escalas Resiliencia y Desesperanza	44
Tabla 4 Índice de Correlación entre las variables Resiliencia y Desesperanza.....	44
Tabla 5 Porcentaje de Resiliencia	45
Tabla 6 Porcentaje de Desesperanza	45
Tabla 7 Diferencias en resiliencia según sexo y edad	46
Tabla 8 Diferencias en desesperanza según sexo y edad	47
Tabla 9 Índice de Correlación entre la aceptación de sí mismo y de la vida, y desesperanza.....	47
Tabla 10 Índice de Correlación entre la competencia personal y la desesperanza.....	48

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024. El tipo de investigación es cuantitativa, diseño no experimental, correlacional y transversal, la muestra estuvo constituida por 80 pacientes ambos sexos, con cáncer de pulmón, no terminales, perteneciente al estadio III. Los instrumentos administrados fueron la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) y la escala de desesperanza de Beck y Steer (1988). Los resultados evidencian que, el nivel de resiliencia es alto (62.5%) y el nivel de desesperanza es severo (73.8%). Se concluye, que no existe relación entre la desesperanza y la resiliencia en los participantes, solo se hallaron diferencias en ambas variables según sexo ($p < .05$).

Palabras clave: resiliencia, desesperanza, cáncer

ABSTRACT

The present investigation aimed to determine the relationship between resilience and hopelessness in cancer patients from a Peruvian association in Metropolitan Lima, 2024. The type of research is quantitative, non-experimental, correlational and cross-sectional design, the sample consisted of 80 patients of both sexes, with non-terminal lung cancer, belonging to stage III. The instruments administered were the Wagnild & Young resilience scale (1993) and the Beck & Steer hopelessness scale (1988). The results show that the level of resilience is high (62.5%) and the level of hopelessness is severe (73.8%). It is concluded that there is no relationship between hopelessness and resilience in the participants, only differences were found in both variables according to sex ($p < .05$).

Keywords: resilience, hopelessness, cancer

I. INTRODUCCIÓN

Tras un diagnóstico de cáncer, la persona evidencia un impacto psicológico significativo, lo cual se refleja en los trastornos del estado de ánimo como el estrés, la ansiedad y depresión; sin embargo, también puede observarse la desesperanza, esta se define como la creencia de que el resultado de un evento será negativo y de que no se puede hacer nada para cambiarlo. En el caso de los pacientes oncológicos, la desesperanza se asocia a la aparición de la enfermedad, al ajuste psicológico de la misma, la progresión, pronóstico y a la sobrevivencia, así como el incremento de riesgo de suicidio; no obstante, existen recursos psicológicos que ayudan en la aceptación de la enfermedad como es la resiliencia.

La resiliencia actúa como un factor que influye en diversas enfermedades, como en el caso del cáncer. Se refiere a la capacidad de favorecerse de las vivencias negativas y de enfrentar las adversidades de manera más constructiva. Además, la resiliencia brinda herramientas y recursos para el manejo de la enfermedad oncológica, lo que permite alcanzar mejores resultados a nivel personal y social antes, durante y después del tratamiento, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

Por lo anterior expuesto, objetivo general es determinar la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

En el primer capítulo, se detalla la problemática actual, desde un panorama internacional como nacional; sustentado con investigaciones previas. Posteriormente se plantean los objetivos, tanto general como específicos. En cuanto a la justificación, se basó a nivel teórico, metodológico y social. Luego, se describen las hipótesis de investigación, tanto la general como las específicas.

En el segundo capítulo, se plasma el marco teórico de las variables; prosiguiendo con el tercer capítulo, en el cual se detalla la metodología, a través del tipo y el diseño del estudio,

el ámbito espacio- temporal. Asimismo, se precisa la población y la muestra empleada; los cuestionarios aplicados, que evidencia adecuadas propiedades psicométricas, así como al procedimiento y el análisis de la información.

Prosiguiendo con el cuarto capítulo donde se exponen los hallazgos obtenidos mediante las tablas y sus interpretaciones correspondientes. El quinto capítulo, corresponde a la discusión, donde se efectuó la contrastación de resultados con los antecedentes y el marco teórico señalado anteriormente. Mientras en el sexto capítulo, se indican las conclusiones; y en el séptimo capítulo, se exponen las recomendaciones. Por último, figuran las referencias y los anexos.

1.1. Descripción y formulación del problema

El cáncer es una enfermedad que afecta a la población mundial sin distinción de género, edad o condición socioeconómica, sumado a su alta tasa de mortalidad; por ello se le cataloga como un problema de salud pública (Forgiony et al., 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS],2022). Según un análisis efectuado por el Observatorio Mundial del Cáncer en 2020, se registraron aproximadamente 19,3 millones de nuevos casos y el total de defunciones alcanzó los 10 millones. Además, se pronostica que la tasa de cáncer aumente en un 32% para el año 2030. En cuanto a los tipos de cáncer, el de pulmón fue el segundo más común, con 2, 2 millones de casos, y fue la primera causa de mortalidad con 1,7 millones (citado en Sung, 2021). Debido a esto, las personas muestran miedo ante esta enfermedad crónica que se asocia culturalmente con el dolor, el sufrimiento y la muerte (Peralta et al., 2021).

En Sudamérica la incidencia del cáncer es menor, con un número de 204,3 casos nuevos por 100 000 habitantes, en comparación con el continente europeo, donde se observa 281,5, o con Estados Unidos, 352,2; sin embargo, la mortalidad es mayor en América del Sur. Esto se debe a que su detección ocurre en las fases más avanzadas debido a la limitada disponibilidad de servicios de salud para recibir un tratamiento oportuno (Ministerio de Salud [MINSAL],

2020). No obstante, en el continente americano, el cáncer ocupa el segundo lugar como causa más común de enfermedades y disfunciones, solo superado por las enfermedades del corazón (MINSA, 2022).

En el Perú, según el MINSA (2021) se estima un incremento del 30% para el año 2030, por ello es una de las principales causas de muertes, si bien han mejorado las herramientas de detección temprana, aun son insuficientes. Asimismo, indica que el 70% de los casos de cáncer son diagnosticados en estadios III y IV, y solo un 30% en estadio temprano. Por otro lado, en el año 2020 el Observatorio Mundial del Cáncer reportó 69,849 casos, donde el cáncer de pulmón se ubicó en el puesto 7 con 2888 casos, y fue el segundo tipo de cáncer con mayor mortalidad con 2595 fallecidos. Por otro lado, el Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2022) detectó un incremento de 24% de casos de cáncer pulmón en los asegurados (804 pacientes), con relación al sexo, las mujeres presentaron mayores porcentajes con 57% a comparación de los hombres con 43%.

En ese sentido, recibir el diagnóstico de cáncer puede ser catalogado como un suceso deprimente, frustrante y difícil, ocasionando un periodo de crisis para el paciente, por la incertidumbre que tiene de su futuro, además de los cambios a nivel físicos que pueden afectar la autoimagen, todo ello conllevará adquirir nuevos hábitos, rutinas, horarios, es decir, se inicia una serie de cambios en su vida (Chang, 2019). Aunque el proceso psicológico es único para cada individuo, la revalorización de la esperanza puede diferir en intensidad dependiendo de la magnitud del impacto. En otras palabras, existe la posibilidad de que la esperanza se torne en desesperanza por el fuerte impacto percibido y el estado de vulnerabilidad psicológica. Por lo tanto, la desesperanza, es una reacción psicológica común entre pacientes con cáncer, afectando su bienestar mental y físico, y se asocia con un incremento en el riesgo de suicida (Peralta et al., 2021). Además, puede generar dificultades en la interacción con la familia y

entorno; siendo el índice de suicidio dos veces mayor en comparación de la población general, cifra que aumenta cuando el cáncer está en una etapa terminal (Solórzano, 2016).

Sin embargo, un recurso protector de la persona frente al cáncer es la resiliencia, la cual se define como la capacidad emocional, cognitiva y sociocultural que las personas desarrollan ante eventos que causan angustia (Gómez, 2019). Según Wagnild y Young (1993), la resiliencia es un rasgo de la personalidad que reduce los efectos negativos del estrés y favorece la adaptación, es decir, les ayudan a resolver problemas de su vida diaria. Por ello, los individuos resilientes, aunque hayan nacido y crecido en ambientes de riesgo alto, mantienen una adecuada salud mental (Monteagudo et al., 2016) Asimismo, Hjemdal (2007) indica que las personas resilientes emplean de manera efectiva recursos propios como la madurez social, conducta prosocial y cumplimiento de sus objetivos; además señalan la importancia del soporte familiar y entorno social, brindan al paciente oncológicos apoyo emocional y fomenta la adaptación al entorno (Friborg et al., 2003).

Las investigaciones sobre resiliencia señalan que esta puede desarrollarse en circunstancias de dolor y estrés, lo cual lo vincula en personas con cáncer, así como ser un factor protector en la salud mental, específicamente en los casos de ansiedad y depresión tras el diagnóstico (Min et al., 2013). La resiliencia predice niveles bajos de desesperanza, la cual se asocia recurrentemente con sintomatologías depresivas, de ansiedad y otros problemas afectivos. Por ende, es una variable relevante que ejerce una influencia sobre el aspecto psicológico y los efectos secundarios del tratamiento, los cuales afectan la calidad de vida del enfermo (Hjemdal et al., 2012).

Por lo tanto, esta enfermedad involucra un desgaste físico como emocional del paciente, así como para familia o cuidadores, en consecuencia, es importante efectuar una intervención interdisciplinaria, con el propósito de fortalecer su autoestima y estado de ánimo, así como fomentar la adherencia al tratamiento, en otras palabras, se busca mejorar la calidad de vida de

los pacientes con cáncer (Forgiony et al., 2019). Por lo expuesto anteriormente, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?

Y los problemas específicos:

¿Cuál es el nivel de resiliencia en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?

¿Cuál es el nivel de desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?

¿Cuáles son las diferencias significativas de resiliencia según sexo y edad, en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?

¿Cuáles son las diferencias significativas de desesperanza según sexo y edad, en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?

¿Cuál es la relación del factor aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?

¿Cuál es la relación del factor competencia personal de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?

1.2. Antecedentes

Con respecto a las investigaciones internacionales y nacionales, no se logró encontrar estudios donde relacionen ambas variables en pacientes oncológicos, sino con otros constructos como la calidad de vida, afrontamiento, apoyo familiar, depresión, apoyo social y ansiedad. A continuación, se expondrán cada uno de ellos.

1.2.1. Antecedentes Internacionales

El Shirbeny et al. (2023) buscaron identificar la relación entre la resiliencia psicológica y la depresión en pacientes con cáncer en Egipto. El estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y con alcance correlacional, cuya muestra ascendió a 351 pacientes oncológicos mayores de más de 60 años hospitalizados y ambulatorio del centro de oncología de la universidad de Mansoura; seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos empleados fueron la escala de calificación numérica y la escala de resiliencia. Los resultados evidenciaron que existe relación significativa entre la resiliencia y el género, nivel educativo, residencia y situación de vida ($p = .01$; $p = .000$; $p = .000$; $p = .03$, respectivamente). Además, las variables de estudio presentaron una asociación negativa y altamente significativa ($p = .000$). Concluyeron que, a menor nivel de depresión mayor es el nivel de resiliencia psicológica.

Dogan y Ozcelik (2022) determinaron la intensidad de síntomas, niveles de rendimiento y desesperanza en pacientes con cáncer de pulmón en Turquía. La investigación fue correlacional y transversal, la muestra estuvo conformada por 130 pacientes con cáncer de pulmón en estadio avanzado, se administraron la escala de desesperanza de Beck, la escala de rendimiento de Karnoksy y la escala del sistema de evaluación de síntomas de Edmonton. Encontraron que la desesperanza se relacionó positiva y significativamente con la carga de síntomas ($rho = .621$; $p < .05$) y negativa con el rendimiento ($rho = -.587$; $p < .05$), mientras con las dimensiones sentimientos y expectativas sobre el futuro ($rho = .595$), pérdida de la motivación ($rho = .585$) y esperanza ($rho = .604$) de la desesperanza estas se asociaron directa y significativamente ($p < .05$) con la puntuación total de síntomas. Los investigadores concluyeron que, a medida que la carga de síntomas de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado incrementaba, su rendimiento en las actividades diarias disminuyó, y el nivel de desesperanza aumentó.

Tamura (2021) buscó determinar la relación entre la resiliencia, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal sometidos a quimioterapia en Japón. El estudio fue correlacional con corte transversal, en una muestra de 121 pacientes con cáncer colorrectal sometidos a quimioterapia ambulatoria en hospitales universitarios y generales de la región de Kink, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; emplearon escalas en versión japonesa como la escala de resiliencia de Connor Davidson (CD-RISC), la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) y la encuesta de salud abreviada MOS. Los resultados indicaron que la resiliencia se correlaciona de manera negativa y significativa con la ansiedad ($r = -.224$; $p < .05$), y la depresión ($r = -.340$; $p < .01$), no obstante, solo con la subescala de salud mental de la calidad de vida dicha relación es positiva ($r = .459$; $p < .01$). Concluyeron que la resiliencia desempeña un papel importante como predictor de la salud mental y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal sometidos a quimioterapia.

Hernández et al. (2021) en México, analizaron la relación entre el afrontamiento, el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. La investigación fue de diseño no experimental, correlacional y transversal; cuya muestra estuvo conformado por 150 pacientes oncológicas de edades entre 25 a 60 años, administrándoles la escala de ajuste mental al cáncer, la escala de resiliencia y el cuestionario MOS de apoyo social percibido. Encontraron una relación negativa entre la desesperanza con la calidad de vida ($r = .589$; $p < .01$), pero positiva entre la resiliencia y la calidad de vida ($r = .361$; $p < .01$). Los investigadores concluyeron que, a pesar de un nivel bajo de calidad de vida en la muestra de estudio, las pacientes emplean estrategias de afrontamiento y son resilientes al buscar superar la enfermedad oncológica con recursos intrapersonales e interpersonales que tienen a su disposición.

Mungase et al. (2021) evaluaron la asociación entre el estrés, la ansiedad, la depresión y la resiliencia en pacientes con cáncer en tratamiento de radioterapia en la India. El estudio se enmarcó bajo un diseño no experimental, correlacional y transversal; la muestra ascendió a 100 pacientes oncológicas de edades entre 20 a 81 años, de ambos sexos, empleando la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS) y la escala abreviada de resiliencia de Connor Davidson. Los resultados indicaron que el estrés ($r = -.579$; $p < .01$), la ansiedad ($r = -.646$; $p < .01$) y la depresión ($r = -.599$; $p < .01$), se correlacionan con la resiliencia de manera inversa y significativa. Concluyeron que, se debe intervenir en la disminución de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, puesto que influye en el curso de la enfermedad oncológica e implementar estrategias para el incremento de la resiliencia, que impacta en la calidad de vida del paciente.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Blanco y Romaní (2025) establecieron la relación entre la resiliencia y los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de hospital público de Tarma. El estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y un alcance correlacional, la muestra estuvo conformada por 67 pacientes oncológicos, a quienes se les administraron la escala de resiliencia de Wagnild y Young, y de estrategias de afrontamiento de COPE. Encontraron que ambas variables se relacionaron de manera directa y significativamente ($Rh = .546$; $p = .000$), por ello, concluyeron que, la resiliencia es una fortaleza intrínseca que ayuda en el proceso de afrontamiento ante el cáncer.

Munayco et al. (2024) efectuaron un estudio con el fin de determinar la relación entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes oncológicos de una institución de salud en Lima. La investigación se enmarcó bajo un diseño no experimental, nivel descriptivo- correlacional y de corte transversal, en una muestra de 60 pacientes oncológicos con tratamiento ambulatorio de quimioterapia, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Emplearon como instrumentos de recolección la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y para la calidad de vida, el cuestionario QLQ-C30. Los resultados indicaron que, ambas variables se correlacionan de manera directa, moderada y significativa ($Rh = .547; p = .000$). Por ende, concluyeron que la resiliencia evidencia un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia, incluso en presencia de síntomas y alteraciones en la imagen corporal ocasionados por dicho tratamiento.

Román (2023) investigó la relación entre el apoyo familiar y la desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital público en Lima. El estudio fue básico, diseño no experimental, con alcance correlacional y transversal; en una muestra de 120 pacientes del área de quimioterapia y de consulta externa del servicio de oncología, administrando la escala de percepción de apoyo familiar de Leitón y la escala de desesperanza de Beck. Los hallazgos indicaron que, las variables se relacionaron inversa y significativamente ($\rho = .740; p < .05$), por lo tanto, se concluyó que a mayor apoyo familiar menor es la desesperanza en los pacientes oncológicos.

Bejarano y Villalta (2021) buscaron determinar la ansiedad hacia la muerte y la desesperanza en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de una clínica privada de San Martín. La investigación fue de diseño no experimental, nivel correlacional y transversal, en una muestra de 96 pacientes con insuficiencia renal crónica, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Emplearon como instrumentos de recolección de datos el DAS y la BHS. Encontraron una relación directa, significativa y con tamaño de efecto grande entre las variables ($r = .938, r^2 = .880, p < .05$). Concluyeron que, los pacientes que evidencian mayor ansiedad hacia la muerte tienden a presentar mayor desesperanza.

Peralta et al. (2021) determinaron la relación entre el apoyo social y la desesperanza en pacientes con neoplasias hematológicas de Lima. El estudio fue diseño no experimental, tipo

descriptivo- correlacional y corte transversal, en una muestra de 110 pacientes con cáncer en la sangre de ambos sexos, con un tiempo de diagnóstico mínimo de 3 meses y que llevaban tratamiento, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve; emplearon la escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) y la escala de desesperanza de Beck (BHS). Los resultados indican que, la prevalencia de apoyo social percibido fue alta (81%), mientras que la desesperanza fue normal (82%); además, ambas variables se encontraron relacionadas negativa y significativamente ($r=-.522$, $p<.01$). Concluyeron que, a mayor presencia de apoyo social, menor será la desesperanza en los participantes hematooncológicos de Lima.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

❖ Identificar el nivel de resiliencia en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

❖ Identificar el nivel de desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

❖ Establecer las diferencias de resiliencia según sexo y edad, en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

❖ Establecer las diferencias de desesperanza según sexo y edad, en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

❖ Establecer la relación del factor aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

❖ Establecer la relación del factor competencia personal de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

1.4. Justificación

La presente investigación tuvo como relevancia a nivel teórico, metodológico, social y práctico.

A nivel teórico, el estudio buscó brindar información actualizada a través de la revisión de literatura científica de bases de datos, artículos y libros, con la finalidad de que pueda representar un antecedente para las próximas investigaciones, puesto que, a nivel nacional no existen estudios entre la resiliencia y desesperanza en pacientes oncológicos.

En cuanto al aspecto a la justificación metodológica, se recurrió al método hipotético-deductivo, porque se planteó la contrastación de las hipótesis, es decir, se emplearon los pasos del método científico para la elaboración del estudio. Además, se administraron instrumentos validados en nuestro medio, como es el caso de la escala de resiliencia de Wagnild y Young validado en el 2002 y la escala de desesperanza de Beck en el 2006, por lo tanto, la investigación podrá contribuir a reforzar las propiedades psicométricas de los instrumentos.

Desde la relevancia social, en base a los hallazgos contribuye en la prevención de posibles problemas de salud mental, como la depresión en los pacientes oncológicos, así como incentivar el apoyo familiar tras el diagnóstico de cáncer y del entorno.

En síntesis, los hallazgos constituyen un diagnóstico, ya que proporcionan información sobre la situación actual de los pacientes oncológicos, en relación de la resiliencia y desesperanza. Esto facilitará que la población se realice los chequeos anuales contra el cáncer y, por tanto, proporcionará información para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación que fomente la resiliencia y disminuya los niveles de desesperanza en los pacientes oncológicos.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Existe una relación negativa y significativa entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

1.5.2. Hipótesis específicas

❖ Existe diferencias de resiliencia según sexo y edad, en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

❖ Existe diferencias de desesperanza según sexo y edad, en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

❖ Existe relación del factor aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

❖ Existe relación del factor competencia personal de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Cáncer

2.1.1. Definición

Sánchez (2013) menciona que el cáncer es una de las patologías que cada vez afectan más a las personas a nivel mundial. En este contexto, se describe el cáncer como una condición en la que ciertas células del cuerpo se multiplican descontroladamente, dañando los tejidos vecinos y logran alterar su fisiología, asimismo, pueden dispersarse a otras partes del cuerpo, es decir, invadir tejidos lejanos, lo cual puede provocar metástasis, que en la mayoría de las veces es causal de muerte (Mitrus et al., 2012; OMS,2022). Adicionalmente, estas células pueden agruparse para formar una masa denominada como tumor, los cuales pueden ser de dos tipos: los canceroso o malignos y los no cancerosos o benigno. El primero indica que tiene la capacidad de crecer y propagarse a otras áreas del cuerpo. Por el contrario, en el segundo caso, el tumor puede crecer, pero no se esparcirá. Es preciso señalar que, no todos los cánceres logran formar un tumor, como las de tipo de linfoma y el mieloma (American Society of Clinical Oncology, 2109).

En relación al tratamiento, en los países económicamente desarrollados se ha incorporado estrategias de detención precoz lo cual ha permitido la disminución en la prevalencia, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes; además el aumento de investigaciones permitió identificar las causas y mecanismos fisiopatológicos de esta enfermedad (Sánchez, 2013). Panorama distinto se aprecia en los países subdesarrollados, donde el cáncer se diagnostica habitualmente en etapas más avanzadas y el acceso a los tratamientos es restringido o inalcanzable, así como también los cuidados paliativos. No obstante, dentro de los países económicamente más desarrollados, existen desigualdades en el acceso a la atención médica en los diferentes contextos (Barrios y Garau, 2017).

2.1.2. Sintomatología

Existen síntomas para detectar el cáncer, sin embargo, estos pueden ser acuerdo con el tipo de cáncer (De la Garza y Juárez, 2014). Entre las principales figuran los siguientes:

- ❖ La presencia de una úlcera en piel o mucosas que no logran cicatrizar en un periodo de 4 o 5 semanas.

- ❖ Ronquera de 4 o 5 semanas de duración.

- ❖ Presencia de sangre en expectoraciones, así como la eliminación de sangre por la orina o por las heces.

- ❖ Notar que una mancha "aparece" o que un lunar sangra, cambia de tamaño o color, es un síntoma alarmante.

- ❖ Aparición de un bulto en el seno o en alguna otra parte del cuerpo.

- ❖ Cualquier cuadro prolongado de pérdida de peso o fiebre que no cuente con un origen identificado debe ser motivo de consulta.

2.1.3. Estadios

La estadificación se refiere al grado de avance del cáncer, lo cual incluye el tamaño del tumor y si el cáncer se dispersó. Conocer sobre el estado del ayuda a los médicos a determinar cuán grave es la enfermedad y las probabilidades de sobrevivir, así como planificar el tratamiento más idóneo e identificar ensayos clínicos que podrían ser opciones para el tratamiento. Para determinar el estadio los doctores solicitan a los pacientes una serie de pruebas como radiografías, análisis de laboratorio, entre otras (Instituto Nacional del Cáncer, 2022).

Existen diversos sistemas de estadificación, el más empleado es el TNM (tumor, ganglio y metástasis), donde se le asigna un número a la T de acuerdo con el tamaño o la invasión del tumor primario (sitio original), seguido por una asignación a la N que refiere si los ganglios linfáticos se ven afectados y por último otro número a la M que hace referencia a

una metástasis a distancia (Instituto Nacional del Cáncer, 2022). A dicha terminología se le asigna un grado de extensión global (estadio) relacionada con la probabilidad de curación (Instituto Nacional del Cáncer, 2022). A continuación, se detallaré cada uno de ellos:

➤ T= tamaño del tumor; oscila entre TX (no es posible medir el tumor primario), T0 (no es posible encontrar el tumor primario), T1, T2, T3, T4 (señalan la extensión del tumor canceroso).

➤ N= ganglios linfáticos afectados; donde NX (no es posible medirlo), NO (no existe cáncer en los ganglios linfáticos cercanos), N1, N2 y N3 (indican el número y ubicación de los ganglios linfáticos con cáncer).

➤ M= metástasis, donde MX (no es posible medir la metástasis), M0 (no hay metástasis) y M1 (el cáncer se extendió a otras partes del organismo).

Excluyen de manera única a las leucemias y linfomas, debido a que las leucemias afectan a todo el cuerpo desde un inicio y se describen por su temporal evolución, apariencia y la proporción de células anómalas en la sangre; mientras que en los linfomas se ven el tipo de célula implicada y propagación por el cuerpo. Existen linfomas con alto y bajo riesgo de malignidad. Por otro lado, para algunos tipos de tumores, existe una clasificación adicional tras una intervención quirúrgica (Instituto Nacional del Cáncer, 2022).

▪ G= grado agresivo o malignidad del tumor, donde G1 (bajo grado de agresividad) y G4 (alto grado de agresividad).

▪ R= Referente a la presencia o ausencia del tumor después de una intervención quirúrgica, donde R0 (no hay tumor residual); R1 (presencia de tumor microscópico); R2 (presencia de tumor macroscópico) y RX (imposibilidad de evaluar la existencia del tumor residual).

Si bien el TNM ayuda a describir el cáncer a detalle, para diversos tipos de cáncer, las combinaciones de TNM se agrupan en 5 estadios más frecuentes (Instituto Nacional del Cáncer, 2022).

- Estadio 0: Llamado también como carcinoma in situ (CIS), se observan células anormales, pero aún no se expandió al tejido cercano, por ende, no es cáncer, pero podría volverse canceroso.

- Estadio I, II y III: Existe cáncer, mientras más alto sea el número, más grande es el tamaño del tumor canceroso, así como la extensión en los tejidos cercanos.

- Estadio IV: Aquí el cáncer se diseminó a otras partes lejanas del cuerpo.

2.1.4. Tipos

Los doctores dividen el cáncer en tipos de acuerdo con el lugar donde comienza, los principales son (American Society of Clinical Oncology, 2109):

- Carcinomas: El carcinoma se origina en la piel o en el tejido que recubre la superficie de los órganos internos y las glándulas. Los carcinomas tienden a crear tumores sólidos y son el tipo de cáncer más frecuente. Entre ellos se encuentran el cáncer de próstata, de mama, de pulmón y de colon.

- Sarcomas: El sarcoma comienza en los tejidos que sostienen y conectan el cuerpo. También pueden desarrollarse en el tejido graso, nerviosos, óseo, muscular, tendinosos, articulaciones, así como en los vasos sanguíneos, linfáticos y cartílagos.

- Leucemias: Se trata de un cáncer que afecta la sangre, iniciando cuando las células sanguíneas sanas sufren alteraciones y proliferan de manera descontrolada. Existen cuatro tipos principales de leucemia: linfocítica aguda y crónica, mieloide aguda y crónica.

- Linfomas: Es un cáncer que empieza en el sistema linfático, conceptualizado como una red de vasos y glándulas que ayudan a combatir las infecciones. Existe dos tipos principales: Hodgkin y no Hodgkin.

Los cánceres más comunes difieren de acuerdo con el género, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) en América, el tipo de cáncer con mayor prevalencia en varones son: pulmón (11.7%), colorrectal (10.2%), próstata (8.6%), y vejiga (5,9%), en cambio en las mujeres predomina la de mama (30.7%), pulmón (10.3%), colorrectal (9.6%) y cuerpo uterino (6.4 %). No obstante, en estudios según la tasa de mortalidad, en el caso de los varones está en primer lugar el cáncer de pulmón (20.6%), seguido de cáncer de próstata (14.5%), colorrectal (10.6%), páncreas (7%) e hígado (6.6.%). En relación con las mujeres se encuentran el cáncer de pulmón (18.4%), mama (17. 5%), colorrectal (10.6%) y páncreas (7.2%).

2.2. Resiliencia

2.2.1. Definición

García del Castillo et al. (2016) conceptualizan a la resiliencia como la capacidad de afrontamiento que toda persona debe tener ante sucesos adversos, estresantes o traumáticos; resistir y reconstruirse sin que repercute negativamente en la conducta y la salud. Por ello, la adversidad puede considerarse como el antecedente o desencadenante del comportamiento resiliente, mientras que la adaptación positiva, se refiere al éxito en la consecución de la conducta resiliente, que involucraría con la intervención de una serie de variables que ayudarían en su alcance. Por ende, no se trata de una cualidad individual, sino que, requiere de la interacción de diversos mecanismos psicosociales. En este sentido, una persona resiliente tiene la capacidad de afrontar la adversidad de la salud propia o ajena.

Mientras para Codinfa, (2002) es la habilidad emocional, mental y cultural que poseen las personas, lo que les permite identificar, afrontar y cambiar de manera positiva situaciones que causan sufrimiento o daño y que ponen en riesgo su bienestar (citado en Gómez, 2019).

Asimismo, Monteagudo et al. (2016) indicaron que lo que distingue a las personas resilientes es que, a pesar de haber nacido y crecido en ambientes de alto riesgo, mantienen una

adecuada salud mental. En la actualidad, la conclusión más significativa derivada de los estudios sobre resiliencia es la educación de individuos socialmente hábiles, que posean una comprensión clara de su identidad, que sean capaces de tomar decisiones, establecer objetivos y confiar en un futuro más prometedor. Además, estas personas deben satisfacer sus necesidades fundamentales de afecto, conexión, respeto, metas, poder y significado, convirtiéndose así en ciudadanos productivos, felices y saludables.

Para la presente investigación, se tomará como referencia la definición de Wagnild y Young (1993), quienes refirieron a la resiliencia como una característica de la personalidad que modera la consecuencia negativa del estrés y propicia la adaptación. Además, para los autores los individuos deben desarrollar un repertorio de recursos que les ayuden a resolver problemas de su vida diaria. Por ello, señalan que las personas resilientes son optimistas frente a escenarios como: la muerte, discapacidad hereditaria y otros contextos que pueden poner en riesgo su vida.

Por lo tanto, no se trata de que una persona sea inmune a las dificultades, sino de lograr enfrentarlas de manera adecuada sin que esto le cause efectos negativos a su bienestar. Teniendo como característica importante conseguir beneficios después de afrontar los problemas adversos.

2.2.2. Niveles de resiliencia

La resiliencia se desarrolla en las personas de diversas maneras, lo implicaría categorizarlo en niveles (Lorenzo, 2010, véase en Osorio, 2015):

- Un alto nivel de resiliencia: Esto se expresaría en los casos en que el escenario se resuelve y luego de superar al impacto emocional, la persona ajusta los mecanismos necesarios para continuar con su vida. En otras palabras, un individuo resiliente presenta un después de situaciones adversas hasta traumáticas, logra darle un nuevo sentido a la vida, establece metas, aumenta su autoestima y autoconfianza.

- Un bajo nivel de resiliencia: Por ejemplo, esta sería una persona que puede manejar una situación, pero las consecuencias emocionales son tan fuertes que lo agobia y le impide seguir adelante. Es decir, la resiliencia trabaja en el tiempo, pero no supera el desequilibrio emocional posterior. Ahora, si un individuo puede hacer frente a una situación adversa pero no puede sobrevivir, el nivel de resiliencia es bajo.

2.2.3. Teoría de la resiliencia

La presente investigación estará enmarcada bajo la teoría del rasgo de la personalidad, por ser marco teórico del instrumento empleado. La cual indica que las características personales de cada individuo como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores, permite a la persona girar en torno a una característica en específico (Engel, 1996).

Para Aiken (2003) uno de los representantes de esta teoría es Raymond Cattell, quien agrupó los rasgos en cuatro formas que se anteponen y clasificándolos en:

- Comunes: se refiere a los rasgos propios de todos los individuos, contra los únicos, entendidos como las características de la persona.
- Superficiales: denota que son de accesible observación, contra los que solo pueden ser manifiestos a través del análisis factorial.
- Constitucionales: se asocia con la herencia, contra los moldeados por el entorno.
- Dinámicos: incentivan a los individuos hacia los objetivos propuestos, contra la capacidad de lograr la meta, así como contra el temperamento (aspectos de índole emocional de la actividad dirigida hacia el objetivo).

Finalmente, para Wagnild y Young (1993), señalan que, en la teoría del rasgo, conceptualizan a la personalidad como una característica de adaptación para afrontar las consecuencias del estrés; asimismo, indican que los individuos logran afrontar los adversidades y dificultades de la vida, sin perjudicar su salud mental.

2.2.4. Factores de la resiliencia

Para Wagnild y Young (1993) la resiliencia se compone de dos factores:

- Factor I: Competencia personal, compuesto por autoconfianza, independencia, invencibilidad, decisión ingenio, poderío y perseverancia.

- Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida, reflejan la adaptabilidad, flexibilidad, balance y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación de la misma y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.

Estos dos factores toman en cuenta las siguientes características de la resiliencia (Wagnild y Young, 1993):

- Ecuanimidad: implica una habilidad amplia de experiencia sin juzgar lo sucedido, tomando las cosas con tranquilidad.

- Sentirse bien solo: caracterizada por la comprensión de que la vida de cada individuo es única, donde algunas experiencias se deben enfrentarse de forma independiente, brindándonos un sentido de libertad.

- Confianza en sí mismo: indica la creencia en uno mismo y de nuestras propias capacidades, además de reconocer las propias limitaciones.

- Perseverancia: fuerte deseo de logro y luchar continuamente para construir la vida que se desea, ejerciendo la autodisciplina a pesar de las adversidades.

- Satisfacción personal: es la comprensión que la vida tiene un significado distinto para cada persona.

2.2.5. Resiliencia en pacientes oncológicos

El cáncer es una enfermedad que tiene una implicancia psicológica a quienes lo padecen, no obstante, existen recursos psicológicos que pueden ayudar en su aceptación de tal situación oncológica, como es el caso de la resiliencia. Una persona resiliente logra que una situación adversa se convierta en una oportunidad para visualizar capacidades que se

encontraban escondidos, modificando creencias y brinda un crecimiento personal. Las investigaciones con relación a las pacientes de cáncer de mama indican que presenta un nivel alto de resiliencia también evidencian puntuaciones altas en otras variables psicológicas como: autoestima, inteligencia emocional, autoeficacia, satisfacción con la vida, optimismo, entre otros. Asimismo, contribuye en el ámbito familiar, particularmente en la manera de comunicar el diagnóstico de cáncer de mama a los hijos, lo que resulta en que las pacientes obtengan mayor apoyo en las tareas del hogar y una mejor aceptación del diagnóstico (Rueda y Cerezo, 2020)

Por otro lado, en las intervenciones psicológicas es fundamental fomentar la resiliencia en los pacientes diagnosticados con cáncer, ya que se ha demostrado que esto reduce el estrés y la ansiedad, además de mejorar la calidad de vida, la autoestima, el afecto positivo y la motivación. En resumen, los programas de intervención psicológica orientados a pacientes oncológicos deben centrarse en ayudar a la persona a encontrar sentido en su experiencia con el cáncer, incentivar el uso de estrategias de afrontamiento activo, y permitir la expresión de emociones positivas, promoviendo así la paz interior y un sentido de significado en la vida, así como la identificación de herramientas personales para enfrentar con éxito situaciones estresantes (Manne et al., 2016; Dooley et al., 2017).

2.3. Desesperanza

2.3.1. Definición

Garcés (2019) menciona que las personas están en constante búsqueda de satisfacer sus necesidades, mediante el empleo de recursos, aprendidos durante toda su vida; para lograr ello el ser humano evita los estímulos aversivos o cualquier obstáculo que pueda frustrar cumplir su meta. Por ende, el individuo al estar en contacto con estímulos impactantes provoca alteraciones a nivel cognitivo, entre las múltiples consecuencias posibles está la desesperanza.

La conceptualización de la desesperanza fue realizada por primera vez por Mitchell Stotland en 1969, el cual indica que la persona piensa que nunca conseguirá salir a salvo por él mismo, no tendrá éxito en cada una de las metas que se proponga y no será capaz de solucionar los problemas que pueda experimentar a lo largo de su vida (citado en Bejarano y Villalta, 2021). Además, para otros autores como Sáenz (2014) menciona que la desesperanza es un conjunto de ideas de emociones negativas como la frustración y el desamparo presentes en cada una de las actividades diarias, causando ideas de pesimismo y sentimientos de culpa. La desesperanza puede desencadenar en pensamientos suicidas, en especial en las personas cuyo estado de salud físico, social y económico no se encuentran estables (Frankl, 2001).

Para la presente investigación se tomará en cuenta la definición propuesta por Beck y Steer (1988), quienes lo conceptualizan como la expectativa negativa acerca del futuro, donde la persona cree que nunca podrá salir del problema por sí mismo, que no podrá alcanzar sus objetivos, por ende, gozar de éxito, generando dificultades para solucionar problemas cotidianos; en otras palabras, es un sistema de esquemas cognitivos negativos sobre el futuro.

2.3.2. Características

Para Garcés (2019) la desesperanza ocasiona que la persona se encuentre en un estado autocrítico, al momento de considerar que no tiene posibilidad alguna de resurgir a una vida mejor, presenta dos características fundamentales:

- ✓ El aplanamiento emocional: Fenómeno psicológico que tiene relación con la falta de expresión y experimentación de emociones.

- ✓ Autoconcepto negativo: Imagen y percepción negativa de sí mismo.

Por esta razón, el individuo al tener factores de vulnerabilidad y estar en contacto con estresores de gran impacto, incrementa la posibilidad sufrir de cuadros depresivos (Garcés, 2019).

2.3.3. *Teoría de la desesperanza*

Beck (1967) presentó el concepto de desesperanza como un elemento fundamental que respalda su teoría cognitiva sobre la depresión. Según él, las personas con depresión tienden a pasar por alto la información positiva en su entorno y se ven excesivamente afectadas por la información negativa al hacer sus propias conclusiones. Por lo tanto, este modelo tiene sus bases en los procesos internos que evidencian las personas con depresión, es decir la interpretación que realiza el sujeto sobre su vida.

De este análisis, Beck (1967) estableció la “Triada Cognitiva”, el cual está conformado por tres patrones cognitivos:

- **Pensamientos negativos de uno mismo:** El individuo con depresión malinterpreta la información que se vincule con su propia persona, es decir, presenta una severa distorsión sobre su autopercepción, se considera incapaz, con escasa valía, cree que su vida no tiene sentido, sentimientos de inferioridad, los cuales se asocian especialmente a elementos físicos o psicológicos (Rodríguez y González, 2020).
- **Pensamientos negativos sobre el mundo que le rodea:** La persona con depresión percibe las demandas de su ambiente como excesivas e inalcanzables, por esta razón suponen que fracasarán, sumado que, puede producir aislamiento social (Rodríguez y González, 2020).
- **Pensamientos negativos sobre el futuro próximo:** El individuo considera que las dificultades y el sufrimiento se prolongará indefinidamente, en otras palabras, percibe que los acontecimientos venideros serán trágicos sin que se pueda hacer algo. Por ello, la persona tiene dificultades para pedir ayuda, evidencia frustración y dolor (Rodríguez y González, 2020).

En este último elemento, la desesperanza se evidencia, ahora no solo se asocia a la depresión sino también a otros trastornos mentales como la esquizofrenia, trastorno bipolar, estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, entre otros (American Psychiatric Association [APA], 2013).

2.3.4. Dimensiones de la desesperanza

La desesperanza está conformada por tres dimensiones (Beck et al., 2010):

- **Afectivo:** Se vincula con los sentimientos de esperanza que presenta la persona ante cualquier hecho o circunstancia, de esta manera logra vencer o sobreponerse ante eventos adversos de la vida. No obstante, cuando existe un desbalance en dicha dimensión, el individuo evidenciará emociones negativas, dejando de lado el entusiasmo, la alegría y la esperanza.

- **Cognitivo:** Relacionado con los pensamientos y el razonamiento, el cual la persona emplea para solucionar sus problemas de índole personal y con el entorno. Sin embargo, cuando se observa un desequilibrio, el ser humano no logra resolver dichos problemas de la vida diaria, donde el futuro se percibe como incierto y oscuro.

- **Motivacional:** Es el estado interno que evidencia el individuo, el cual permite que esté activo, y logre dirigir y mantener sus metas propuestas, es decir, son impulsos que motivan a la persona para llevar a cabo determinadas acciones con un fin, es por ello, cuando esté alterado ocasiona una carencia para establecer y alcanzar metas, el ser humano decide no querer hacer nada.

2.3.5. Desesperanza en pacientes oncológicos

El cáncer es una enfermedad de origen multicausal, vinculado a factores ambientales, socioeconómicos y estilos de vida, cuyas consecuencias pueden ser de tipos físicas y psicológicas, en esta última se ubicaría la desesperanza. Si bien es un constructo que permite predecir el riesgo de suicidio y conducta suicida en general, especialmente en individuos con depresión; en los pacientes oncológicos, la desesperanza se asocia a la aparición de la enfermedad, al ajuste psicológico de la misma, la progresión, pronóstico y a la sobrevivencia (Solórzano, 2016).

Asimismo, los pacientes oncológicos tras su diagnóstico pueden creer que no sobrevivirán al tratamiento o que su vida se acabó, lo cual repercute en sus interacciones con

su familia, sumado a que representa 2 veces más riesgo de suicidio en comparación con la población en general (American Society of Clinical Oncology, 2018). Con relación al tipo de cáncer, los recientes estudios indican que personas con cáncer de pulmón presentan un 420% de aumento de riesgo de suicidio que la población en general (Roig, 2017).

Por lo tanto, esta enfermedad involucra un desgaste físico y emocional, tanto para el paciente como para familia o cuidadores, en consecuencia, es importante efectuar una intervención interdisciplinaria, con el propósito de fortalecer su autoestima y estado de ánimo, aumentar la adherencia al tratamiento, en otras palabras, mejorar la calidad de vida del paciente oncológico (Forgiony et al., 2019).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El estudio se realizó con un bajo el enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, lo que significa que las variables no fueron manipuladas intencionalmente; en su lugar, solo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para su posterior análisis. Asimismo, es de tipo transversal con un alcance correlacional, dado que se efectuó la recopilación de datos en un momento determinado y se estableció la relación entre la resiliencia y la desesperanza (Hernández y Mendoza, 2018).

3.2. Ámbito temporal y espacial

Se desarrolló en los ambientes de una asociación peruana especializada en enfermedades neoplásicas de Lima Metropolitana, entre agosto a diciembre del 2024.

3.3. Variables

Las variables empleadas para la investigación fueron:

3.3.1. *Resiliencia*

3.3.1.1. Definición Conceptual. Wagnild y Young (1993) lo definen como el rasgo de la personalidad que modera el impacto negativo del estrés y promueve la adaptación, lo cual implica energía y se utiliza para caracterizar a individuos que muestran coraje y flexibilidad frente a las dificultades de la vida.

3.3.1.2. Definición Operacional. La variable fue medido a través de los puntajes de la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993).

3.3.2. *Desesperanza*

3.3.2.1. Definición Conceptual. Expectativa negativa acerca del futuro, donde la persona cree que nunca podrá salir del problema por sí mismo, que no podrá alcanzar sus objetivos, por ende, gozar de éxito, generando dificultades para solucionar problemas cotidianos (Beck y Steer, 1988).

3.3.2.2. Definición Operacional. Se midió por medio de las puntuaciones de la Escala de Desesperanza (Beck y Steer, 1988).

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población de la investigación estuvo constituida por 200 pacientes oncológicos pertenecientes a una asociación peruana especializada en enfermedades neoplásicas ubicado en Lima Metropolitana.

3.4.2. Muestra

Para esta investigación, se recurrió al muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández y Mendoza, 2018) ya que se aplicaron los instrumentos en base a los criterios de inclusión de la investigadora, resultando un tamaño muestral de 80 pacientes de ambos sexos, con cáncer de pulmón, no terminales, perteneciente al estadio III; cuyas edades comprendieron entre los 18 y 60 años.

- **Criterios de inclusión**

Pacientes de ambos sexos con cáncer de pulmón, no terminales de estadio III.

Pacientes de 18 a 60 años.

Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión**

Pacientes de ambos sexos con otro tipo de cáncer.

Pacientes de cáncer de pulmón de estadios terminales

Pacientes menores de 17 años y mayores de 60 años.

Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario: “Escala de Resiliencia de Wagnild y Young”.

El instrumento fue creado por Wagnild y Young en 1993 en Estados Unidos. La administración puede ser individual como colectiva, dirigida a adolescentes y adultos. La escala cuenta con 25 ítems y con 7 opciones de respuesta. El tiempo de duración de la aplicación del cuestionario es de 20 a 25 minutos aproximadamente. Sobre sus propiedades psicométricas en nuestro contexto, se validó empleando la factorización y se halló dos factores, en cuanto a la confiabilidad se encontró un valor superior a 0.80 (Novella, 2002) (véase en anexo E).

3.5.2. Cuestionario: “Escala de Desesperanza de Beck (BHS)”

Se administró la escala de desesperanza (BHS), cuyos autores fueron Beck y Steer en el año 1988 en Estados Unidos. La forma de administración es individual como colectiva, dirigida a personas a partir de los 16 años. Está conformada por 20 ítems, cuenta con una escala dicotómica, definibles por verdadero y falso, el tiempo de aplicación es de 10 minutos aproximadamente. En nuestro medio, se halló validez se encontró que 6 factores explicaron el 49.32% de la varianza y la confiabilidad, de 0.80, lo cual denota adecuadas propiedades psicométricas (Anexo F).

3.6. Procedimientos

En primer lugar, se revisó la literatura científica con el fin de recabar más información sobre las variables de estudio, luego se procedió a estimar las propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) en la muestra de estudio (Anexo G). Para ello, se pidió permiso a la asociación peruana especializada en enfermedades neoplásicas de Lima Metropolitana.

Antes de la aplicación de los instrumentos, a cada participante se le entregó un consentimiento informado (Anexo C), asegurándoles un completo anonimato de sus respuestas,

de esta manera se garantizó la confidencialidad de los datos proporcionados, cuyo fin solo fueron investigativos.

Una vez recopilados la data, se elaboró una base de datos en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27, para su posterior análisis, se emplearon estadística descriptiva e inferencial. Finalmente, se elaboraron las tablas con los resultados, con su correspondiente interpretación, discusión y conclusiones que están plasmados en el informe final.

3.7. Análisis de datos

La información recolectada fue analizada mediante el programa (SPSS) versión 27, donde en primer lugar, se procedió a efectuar la distribución la muestra, luego, se hallaron las propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) de los instrumentos administrados. Además, para la validación de ambos instrumentos se realizó una prueba piloto en una muestra, de esta manera se establecieron los baremos que se emplearon en la investigación.

Luego, se efectuó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov (K-S), con el objetivo de precisar el tipo de distribución que siguen las variables (resiliencia y desesperanza), para posteriormente emplear los estadísticos correspondientes. Asimismo, se emplearon los estadísticos de comparación respectivos para observar si existen diferencias según la variable de control.

3.8. Consideraciones éticas

Con el objetivo de proteger el respeto a la privacidad de los pacientes, se brindó el consentimiento informado que garantizó su participación voluntaria (American Psychological Association [APA], 2010). Además, de acuerdo al capítulo III del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018), la recolección de la información se llevó a cabo de fuentes con evidencia científica y se respetó la autoría de la data mediante una correcta mención de los autores de los contenidos utilizados.

Asimismo, se llevó a efecto de acuerdo a los siguientes aspectos éticos (Abanto, 2018):

- Veracidad: Antes de aplicar los cuestionarios se comunicó a los participantes el objetivo del estudio, se les brindó la información en forma clara y sencilla sobre la implicancia que se le daría a la data, todo ello estuvo descrito en el consentimiento informado.
- Autonomía: Se respetó el derecho de participar en la investigación, no se les interrogó en caso desistieran.
- Confidencialidad: Los datos que se recolectaron fueron tratados con estricta reserva y empleados únicamente con fines académicos.
- Equidad: Todos los participantes en la investigación recibieron un trato igual, amable y justo.

IV. RESULTADOS

4.1. Relación entre las variables de estudio

En la tabla 3, se visualiza que los puntajes obtenidos de ambas escalas no se ajustan a los criterios de una distribución normal ($p < 0.01$); en consecuencia, se utilizó una prueba estadística no paramétrica para el análisis inferencial. En la Escala de Resiliencia se aprecia una media de (110.10) y una desviación estándar de (1.954). Mientras que en la escala de Desesperanza se observa una media de (9.25) y una desviación estándar de (2.884).

Tabla 3

Prueba de normalidad de las escalas Resiliencia y Desesperanza

Variables	Media	Desviación típica	k-s	
			Z	P
Resiliencia	110.10	1.954	2.913	.000
Desesperanza	9.25	2.884	2.500	.000

La tabla 4 indica una relación inversa, débil y no significativa ($p > .05$) entre la resiliencia y la desesperanza en la muestra de estudio ($\rho = -.109$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis general propuesta.

Tabla 4

Índice de Correlación entre Resiliencia y Desesperanza

Variables	Desesperanza	
	<i>Rho</i>	<i>P</i>
Resiliencia	-.109	.334

4.2. Análisis descriptivo

La tabla 5 indica las categorías de resiliencia, donde se observa que el nivel alto predominó en la muestra de estudio (n=50; 62.5%).

Tabla 5

Porcentaje de Resiliencia

		Frecuencia	Porcentaje
Resiliencia	Bajo	18	22.5
	Promedio	12	15.0
	Alto	50	62.5
	Total	80	100.0

La tabla 6 indica que los niveles de desesperanza en la muestra, donde se observa que la categoría severa obtuvo mayor frecuencia y porcentaje (n=59; 73.8%).

Tabla 6

Porcentaje de Desesperanza

		Frecuencia	Porcentaje
Desesperanza	Normal o asintomático	5	6.3
	Leve	2	2.5
	Moderado	14	17.5
	Severo	59	73.8
	Total	80	100.0

4.3. Análisis inferencial

Como se visualiza en la tabla 7, los varones registraron un mayor puntaje de resiliencia que las mujeres. De igual forma, se reconocieron diferencias significativas en las puntuaciones de resiliencia según sexo ($U=890.000$, $p<.05$) en la muestra de estudio. Sin embargo, esto no se pudo identificar al comparar por rangos de edad ($U=530.000$, $p>.05$). Por ende, se valida parcialmente la primera hipótesis específica propuesta.

Tabla 7

Diferencias en resiliencia según sexo y edad

Variable	N	Rango promedio	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>P</i>	
Sexo	Femenino	59	35.92	890.000*	.003
	Masculino	21	53.38		
Edad	18-20 años	0	0.00	530.000	.827
	21-40 años	16	39.38		
	41-60 años	64	40.78		

Nota. * $p<0.50$

Como se aprecia en la tabla 8, las mujeres alcanzaron una mayor puntuación de desesperanza que los varones; asimismo, se encontraron diferencias significativas en desesperanza según sexo ($U=392.000$, $p<.05$) en la muestra de investigación. No obstante, esto no se pudo identificar al comparar según rangos de edad ($U=510.000$, $p>.05$). En ese sentido, se valida parcialmente la segunda hipótesis específica enunciada.

Tabla 8*Diferencias en desesperanza según sexo y edad*

Variable	N	Rango promedio	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>P</i>	
Sexo	Femenino	59	44.36	392.000*	.005
	Masculino	21	29.67		
Edad	18-20 años	0	0.00	510.000	.978
	21-40 años	16	40.63		
	41-60 años	64	40.47		

Nota. * $p < 0.50$

En la tabla 9, se distingue una relación inversa débil y no significativa entre el factor de aceptación sí mismo y de la vida con la desesperanza en la muestra de estudio ($\rho = -.137$, $p > .05$). Por lo tanto, se rechaza la tercera hipótesis específica.

Tabla 9*Índice de Correlación entre la aceptación de sí mismo y de la vida, y la desesperanza*

Variables	Desesperanza	
	<i>Rho</i>	<i>P</i>
Aceptación de sí mismo y de la vida	-.137	.225

En la tabla 10, se visualiza una relación inversa, débil y no significativa entre el factor competencia personal y la desesperanza en la muestra de investigación ($\rho = -.091$, $p > .05$). De este modo, se rechaza la cuarta hipótesis específica del estudio.

Tabla 10*Índice de Correlación entre la competencia personal y la desesperanza*

Variables	Desesperanza	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Competencia personal	-.091	.422

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la presente investigación, el objetivo general fue determinar la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana en el 2024, se halló una correlación negativa débil y no significativa ($r_{ho} = -.109, p > .05$), por ende, se rechaza la hipótesis general.

Como se indicó anteriormente, no se logró encontrar estudios donde relacionen las variables de estudios en pacientes oncológicos, no obstante, Somasundaram y Devamani (2016), llevaron a cabo una investigación de tipo comparativa sobre la resiliencia, el apoyo social percibido y la desesperanza entre pacientes con cáncer tratados con cuidados curativos y paliativos, hallando que la resiliencia y desesperanza se asoció negativa, fuerte y significativamente ($r = -.717, p < .01$), lo cual es parcialmente semejante con lo reportado en nuestro estudio.

En este sentido, la literatura indica que el cáncer es una enfermedad que puede amenazar la vida del paciente y tiene un impacto a nivel físico, psicológico, económico y social (Aziz y Rowland, 2003). El diagnóstico y tratamiento del cáncer, juntamente con sus efectos posteriores se consideran situaciones adversas, lo cual puede representar para la mayoría de los pacientes como un estrés significativo, y para algunos como un evento traumático (Koopman et al., 2002).

Por ello, la falta de esperanza se asocia con diversas manifestaciones de morbilidad psicológico, como la desesperanza, el cual es un factor negativo que propicia que los pacientes perciban el cáncer como una enfermedad negativa y mortal (Haatainen et al., 2004; Carver, 1998). En cambio, la resiliencia es un factor protector, donde el paciente transforma una situación adversa, se adapta y logra encontrar un sentido ante las experiencias traumáticas, desarrollando así aprendizaje y crecimiento personal (Rueda y Cerezo, 2020). Por ende, se

puede afirmar que, existe relación inversa, es decir, a mayor clima resiliencia, menor es la desesperanza.

En relación al objetivo específico 1, se encontró que el nivel de resiliencia que predominó en la muestra fue alto (62.5%), lo cual concuerda con lo reportado por Hernández et al. (2021), quienes hallaron un nivel alto (media= 142.25; D.E.=15.74). Y parcialmente semejante a lo encontrado por Munayco et al. (2024), donde preponderó la resiliencia media (50%) en pacientes oncológicos de una institución de Lima. Los hallazgos demuestran la habilidad de los pacientes para afrontar dificultades y conservar una visión optimista, a pesar de las consecuencias del cáncer y del tratamiento (Connor y Davidson, 2003).

En años recientes, la importancia de la resiliencia en el proceso de tratamiento del cáncer ha suscitado un interés creciente, demostrando que esta variable psicológica puede predecir la fatiga de los pacientes debido al tratamiento (Strauss et al., 2007). Cabe indicar que, cada etapa de la experiencia del cáncer afecta significativamente en la vida de los pacientes (Lechner et al., 2003); se considera que diversos factores socioculturales están relacionados con la resiliencia, estas características hacen referencia a las fortalezas y aspectos positivos del estado psicológico de la persona (Connor, 2006).

De lo anterior se colige que, una alta resiliencia puede ayudar a los pacientes a disminuir el malestar que provoca el tratamiento a las funciones corporales y así como en reducir el tiempo necesario para la recuperación (Hou et al., 2010). Asimismo, los pacientes que poseen una adecuada resiliencia son capaces de manejar su enfermedad de manera efectiva y mantener un estado psicológico relativamente positivo, mejorando su calidad de vida (Wenzel et al., 2002). En cambio, en pacientes oncológicos con niveles bajos de resiliencia evidencian más angustia, depresión y fatiga, y un ajuste social más pobre después del diagnóstico (Strauss et al., 2007). Por lo tanto, la resiliencia es un factor psicosocial protector en pacientes con cáncer.

En torno al objetivo específico 2, se halló que el nivel de desesperanza en la muestra de estudio se situó en un nivel severo (73.8%), lo cual difiere a lo hallado por Román (2023) y Peralta et al. (2021), quienes encontraron niveles normales (53.3%) y (62%) respectivamente. Estos resultados indicarían que en los participantes de la investigación no cuentan con un apoyo social adecuado, lo cual favorece a un sufrimiento psicológico significativo, que repercute en la calidad de vida y disminuye la esperanza (Spangenberg et al., 2016).

En ese sentido, el efecto emocional que se siente tras recibir un diagnóstico de cáncer lleva al paciente a replantear su concepto de esperanza, la cual puede cambiar en su intensidad dependiendo del grado del impacto. En otras palabras, hay una probabilidad de que la esperanza se convierta en desesperanza debido al intenso impacto experimentado y a la situación de vulnerabilidad psicológica actual. Además, esto se conecta directamente con el bienestar físico y mental de la persona, así como con el anhelo de una muerte rápida (Peralta et al., 2021).

De acuerdo a la teoría de la desesperanza, esta se desarrolla cuando la persona tiene la creencia que un acontecimiento será negativo y que no se puede hacer nada para cambiarlo, lo cual conducen a síntomas depresivos (Brothers y Andersen, 2009). Un paciente oncológico con un nivel alto de desesperanza evidencia una carencia de propósito, sentimientos invalidantes, ausencia de optimismo, frecuentemente vinculados al efecto de la enfermedad en, incluyendo la sensación de falta de control, el temor a la muerte y el sufrimiento tanto físico y emocional (Pousa et al., 2015). Adicionalmente, la desesperanza se relaciona con el pesimismo y una adaptación deficiente de la enfermedad oncológica, impactando en una calidad de vida deficitaria, por ello la esperanza es un factor importante para incrementar la motivación en los pacientes con cáncer (Ravindran y Murthy, 2019).

En referencia al objetivo específico 3, se encontró que existe diferencias significativas entre la resiliencia y el sexo ($U=890.000$, $p<.05$), mas no con la edad ($U=530.000$, $p>.05$) en

los pacientes oncológicos. Lo cual difiere a lo reportado por Festerling et al. (2023), quienes no hallaron relación entre las variables de control antes mencionadas ($p>.05$).

Según estudios previos señalan que el sexo masculino se asocia con un mayor nivel de resiliencia en caso de eventos traumáticos y en enfermedades crónicas (Portnoy et al., 2018), lo cual se asemeja a nuestro estudio donde los varones obtuvieron un mayor rango medio (53.38) a diferencia de las mujeres (35.92). Sin embargo, no existe un consenso en las investigaciones sobre relación entre la resiliencia y el género en pacientes con cáncer, algunos estudios no encontraron correlación, mientras que otros sugieren que variables como el tipo de cáncer, la reparación del estado de ánimo y la edad, influyen de manera más relevante en la resiliencia de hombres y mujeres (Festerling et al., 2023).

En cuanto a la resiliencia y la edad no se relacionaron significativa en la muestra de estudio, a diferencia de la literatura que la reporta como positiva (Guil et al., 2020). Puesto que la resiliencia puede modificarse con la edad, lo cual sugiere que individuos de diversas edades enfrentan una misma situación, pueden experimentar diferentes niveles de estrés (Hayman et al., 2016). Según Festerling et al. (2023), en personas mayores de 60 años con más resilientes, lo cual se asemeja a lo encontrado en nuestro estudio, donde las personas de 40 a 60 años presentaron un rango promedio mayor (40.78) a diferencias de las personas menores a 40 años.

En cuanto al objetivo específico 4, se halló que existe diferencias significativas entre la desesperanza y el sexo ($U=392.000$, $p<.05$), pero no con la edad ($U=510.000$, $p>.05$) en los participantes. Estos resultados son similares a los reportado por Dogan y Ozcelik (2022), quienes investigaron con pacientes oncológicos turcos, encontró que sí existen diferencias significativas entre la desesperanza con respecto a la edad, el género, el grado de instrucción, el estado de avance del cáncer, la presencia de metástasis y el uso de analgésicos, en otras palabras, que tanto las características de la enfermedad y las variables sociodemográficas influyeron sobre los niveles de desesperanza percibidos. En cambio, difieren con lo encontrado

por Román (2023), quien no halló relación entre la desesperanza y el sexo ($p=.724$), así como por Peralta et al. (2021), que determinaron que la desesperanza se correlacionó con la edad ($p=.004$) mas no con el sexo ($p=.272$).

La desesperanza en pacientes con cáncer puede diferir según el género, aunque los estudios son escasos, se ha observado que los hombres podrían enfrentar mayor riesgo a suicidio por su dificultad para expresar vulnerabilidad, a diferencia de las mujeres que afrontan las barreras emocionales (Lazar et al., 2025). En torno a la variable edad, las investigaciones han indicado que a media la edad incrementaba en los pacientes, el nivel de desesperanza descendía, es decir, su relación es inversa (Peralta et al., 2021).

Mientras que en el objetivo específico 5, se determinó que la correlación del factor aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos fue negativa, débil y no significativa ($\rho = -.137, p > .05$). No se logró hallar un antecedente para constatar, sin embargo, la bibliografía consultada señala que este factor refleja adaptabilidad, flexibilidad, balance y una vida estable que concuerda con la aceptación de la misma y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad (Wagnild y Young, 1993), por su parte la desesperanza se caracteriza porque la persona evidencia una perspectiva negativa frente a la espera de alivio de sensaciones o sufre constantemente experiencias negativas, dolorosas o aversivas, cual es un predictor de la conducta suicida (Velasco, 2022). En pacientes oncológicos la prevalencia de suicidio es dos veces mayor que en el público en general, la cual aumenta cuando el cáncer se halla en un estadio avanzado (Solórzano, 2016). En este sentido, el resultado refleja que, a mayor desesperanza menor es la aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia en pacientes oncológicos, pero este hallazgo no se puede extrapolar a otras muestras similares.

Finalmente, en el objetivo específico 6, se encontró una relación inversa, débil y no significativa entre el factor competencia personal de la resiliencia y la desesperanza en los

pacientes con cáncer ($\rho = - .091, p > .05$), como se mencionó con anterioridad no se logró ubicar una investigación para comprobar el resultado. Por ello se recurrió a la literatura, este factor está conformado por la autoconfianza, independencia, decisión y perseverancia (Wagnild y Young, 1993). En ese sentido, un individuo con la debida competencia personal podrá enfrentar las dificultades que surgen en la vida diaria, como el cáncer. Por otro lado, la sensación de desesperanza es una respuesta habitual tras recibir un diagnóstico de esta enfermedad, la cual puede intensificarse si la persona carece de apoyo familiar y profesional, afectando así la adherencia al tratamiento y la calidad de vida (Hernández et al., 2021).

VI. CONCLUSIONES

- Se halló que no existe relación entre resiliencia y desesperanza en los pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024 ($\rho = -.109$, $p > .05$).
- El nivel de alto de resiliencia (62.5%) predominó en los participantes.
- El nivel severo de desesperanza (73.8%) prevaleció en la muestra de estudio.
- Existe diferencias significativas en la resiliencia según la variable sociodemográfica de sexo ($U = 890.000$, $p < .05$).
- Existe diferencias significativas en la desesperanza según la variable sociodemográfica de sexo ($U = 392.000$, $p < .05$).
- Se halló que no existe relación entre el factor aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia con la desesperanza ($\rho = -.137$, $p > .05$).
- Se halló que no existe relación entre el factor competencia personal de la resiliencia y la desesperanza ($\rho = -.091$, $p > .05$).

VII. RECOMENDACIONES

- Replicar la investigación en muestras similares para hallar un perfil de dichas variables en pacientes oncológicos, dado que no existen estudios con ambas variables.
- Ampliar la muestra de estudio con el objetivo de generalizar los resultados.
- En futuros estudios, se sugiere tomar en cuenta la modalidad del tratamiento (ambulatorio o durante una hospitalización) así como el tiempo de la enfermedad como variable moderadora en la predicción de la desesperanza según los valores de resiliencia.
- Efectuar programas multidisciplinarios para abordar la desesperanza en el paciente con cáncer con acompañamiento de la familia, realizando campañas de sensibilización sobre la importancia del apoyo familiar que necesita un paciente oncológico.

VIII. REFERENCIAS

- Abanto, Y. (2018). *Factores de riesgo psicosocial y estrés laboral en enfermeras del centro quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, Lima-2018* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/23993>
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. Pearson Educación.
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. y Enríquez, J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Revista de investigación en psicología*, 9 (1), 69-79. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4029>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta ed.). American Psychiatric Publishing
- American Psychological Association. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta APA*. Universidad de Buenos Aires
- American Society of Clinical Oncology. (2109). *¿Qué es el cáncer?* <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-cancer/conceptos-b%C3%A1sicos-sobre-el-cancer/%C2%BFque-es-el-c%C3%A1ncer>
- Aziz, N. y Rowland, J. (2003). Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity. *Seminars in Radiation Oncology*, 13(3), 248-266. [https://doi.org/10.1016/S1053-4296\(03\)00024-9](https://doi.org/10.1016/S1053-4296(03)00024-9)
- Barrio, E. y Garau, M. (2017). Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(1), 7-161. <https://doi.org/10.25184/anfamed2017.4.1.2>
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row
- Beck, A. y Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de psicología
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 42 (1), 861-865.
- Bejarano, J. y Villalta, A. (2021). *Ansiedad hacia la muerte y desesperanza en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de una clínica privada San Martín, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/71385>
- Blanco, L y Romaní, M. (2025). *Asociación entre la resiliencia con el estilo de afrontamiento de los pacientes con enfermedad oncológica en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión]. Repositorio Institucional UNDAC. <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/5077>
- Brothers, B. y Andersen, B. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-oncology*, 18(3), 267–275. <https://doi.org/10.1002/pon.1394>
- Carver, C. (1998). Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. *Journal of Social Issues*, 54 (1), 245-266. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01217.x>
- Chang, L. (2019). *Esperanza y resiliencia en pacientes oncológicos adultos*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/17185>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de Ética y Deontología*. https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Connor, K. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *The Journal of clinical psychiatry*, 67 (2), 46–49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16602815/>

- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
- De la Garza, J. y Juárez, P. (2014). *El cáncer*. Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León. http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf
- Dogan, E. y Ozcelik, H. (2022). Determine the Symptom Intensities, Performance and Hopelessness Levels of Advanced Lung Cancer Patients for the Palliative Care Approach. *The American journal of hospice & palliative care*, 39(11), 1325–1332. <https://doi.org/10.1177/10499091211073528>
- Dooley, L., Slavich, G., Moreno, P. y Bower, J. (2017). Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 1 (1), 1–9. <https://doi.org/10.1002/smi.2739>
- El Shirbeny, A., Elashri, N. y Saleh, N. (2023). Relationship between Psychological Resilience and Depression among elderly Cancer Patients with pain. *Mansoura Nursing Journal*, 10(1), 297-307. [10.21608/mnj.2023.321869](https://doi.org/10.21608/mnj.2023.321869)
- Engel, B. (1996). *Teorías de la personalidad*. Mc Graw Hill.
- Festerling, L., Buentzel, J., Fischer von Weikersthal, L., Junghans, C., Zomorodbakhsch, B., Stoll, C., Prott, F. J., Fuxius, S., Micke, O., Richter, A., Sallmann, D., Huebner, J. y Hoppe, C. (2023). Resilience in cancer patients and how it correlates with demographics, psychological factors, and lifestyle. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 149(8), 5279–5287. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-04480-6>
- Forgiony, J., Bonilla, N., Moncada, A., García, A., Ardila, K. y Castellanos, O. (2019) Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38 (5),483-494. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55962867021>

- Frankl, V. (2001). *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia*. Herder.
<https://desarmandolacultura.files.wordpress.com/2018/04/frankl-viktor-epsicoterapia-y-existencialismo.pdf>
- 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.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12830300/>
- Garcés, M. (2019). *Ansiedad y desesperanza en pacientes oncológicos del Hospital Carlos Andrade Marín*. [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/17906>
- García del Castillo, J., García del Castillo-López, A., López, C. y Dias, P. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas*, 16 (1), 59-68. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83943611006.pdf>
- Gómez, M. (2019). *Estandarización de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young en universitarios de Lima metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1921>
- Guil, R., Ruiz, P., Merchán, A., Morales, L., Zayas, A. y Gómez, R. (2020). Breast Cancer and Resilience: The Controversial Role of Perceived Emotional Intelligence. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-8.
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.595713/full>
- Haatainen, K., Tanskanen, A., Kylmä, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J. y Viinamäki, H. (2004). Factors associated with hopelessness: A Population Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 142-152.
 10.1177/0020764004040961

- Hayman, K., Kerse, N. y Consedine, N. (2016). Resilience in context: the special case of advanced age. *Aging & Mental Health*, 21 (6), 577–585. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1196336>
- Hernández, M., Ruiz, A., González, S. y González A. (2021). Afrontamiento, apoyo social y resiliencia asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 34(3), 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.09.007>.
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa cualitativa y mixta*. Mc Graw-Hill S.A.
- 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. <https://psycnet.apa.org/record/2007-03746-007>
- 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. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9450.2011.00928.x>
- Hou, W., Law, C., Yin, J. y Fu, Y. (2010). Resource loss, resource gain, and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: A growth mixture modeling approach. *Health Psychology*, 29(5), 484–495. <https://doi.org/10.1037/a0020809>
- Instituto Nacional del Cáncer. (14 de octubre de 2022). *Estadificación del cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- Koopman, C., Butler, L., Classen, C., Giese-Davis, J., Morrow, G., Westendorf, J, Banerjee, T. y Spiegel, D. (2002). Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 277–87. <https://doi.org/10.1023/A:1016295610660>

- Lazar, D., Hanganu, B., Postolica, R., Buhas, C., Paparau, C. y Ioan, B. (2025). Suicide Risk in Digestive Cancer Patients: A Systematic Review of Sociodemographic, Psychological, and Clinical Predictors. *Cancers*, 17(9), 1427-1445. <https://doi.org/10.3390/cancers17091427>
- Lechner, S., Zakowski, S, Antoni, M., Greenhawt, M., Block, K. y Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients?. *Psychooncology*, 12(5), 491-499. [10.1002/pon.671](https://doi.org/10.1002/pon.671)
- Manne, S., Myers, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., Rubin, S. y Rosenblum, N. (2016). Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer Nursing*, 38(5), 375–382. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000215>
- 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. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23604453/>
- Ministerio de Salud. (2020). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5158.pdf>
- Ministerio de Salud. (2021). *Situación del cáncer en el Perú, 2021*. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>
- Ministerio de Salud. (2022). *Día Mundial contra el cáncer; Más de 69 000 casos de diagnostican en el Perú cada año*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/581437-dia-mundial-contra-el-cancer-mas-de-69-000-casos-se-diagnostican-en-el-peru-cada-ano>
- Mitrus, I., Bryndza, E., Sochanik, A. y Szala, S. (2012). Evolving models of tumor origin and progression. *Tumour Biol*, 33 (4), 911-917. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3401506/>

- Monteagudo, Y., Vicente, A. y Peralta, M. (2016). Estudio de la resiliencia en pacientes oncológicos de la AECC en Castellón. *Revista Ágora de Salud*, 3(1), 257-265. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2016.3.27>
- Munayco, J., Neira, M. y Sánchez, I. (2024). Asociación entre resiliencia y calidad de vida en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia en una institución de salud. *Investigación Cuantitativa*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.52611/confluencia.2024.1101>
- Mungase, M., Chaudhury, S., Patil, A., Jagtap, B. y Jain, V. (2021). Stress, anxiety, depression, and resilience in cancer patients on radiotherapy. *Industrial psychiatry journal*, 30(2), 346–352. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_78_20
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Observatorio Mundial del Cáncer. (2020). *Datos herramientas de visualización para explorar la carga mundial de cáncer en 2020*. <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Cáncer*. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Osorio, V. (2015). *Rasgos de personalidad y niveles de resiliencia en Mujeres del programa de género del centro cultural Batahola Norte. Managua, II semestre 2014*. [Tesis pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio Institucional UNAN. <https://repositorio.unan.edu.ni/10914/1/9130.pdf>
- Peralta, J., Mariño, A. y Adriano, C. (2021). Desesperanza y su relación con el apoyo social percibido en pacientes peruanos con neoplasias hematológicas. *Psicooncología*, 18, 317-332. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.75631>

- Portnoy, G., Relyea, M., Decker, S., Shamaskin-Garroway, A., Driscoll, M., Brandt, C. y Haskell, S. (2018) Understanding Gender Differences in Resilience Among Veterans: Trauma History and Social Ecology. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 845-855. <https://doi.org/10.1002/jts.22341>
- Pousa, V., Miguelez, A., Hernández, M., González, M. y Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19 (3), 166-172. 10.1016/j.rccan.2015.04.005
- Ravindran, O., Shankar, A. y Murthy, T. (2019). A Comparative Study on Perceived Stress, Coping, Quality of Life, and Hopelessness between Cancer Patients and Survivors. *Indian journal of palliative care*, 25(3), 414-420. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_1_19
- Rodríguez, D. y González, M. (2020). Integración de la terapia cognitivo conductual y la terapia centrada en soluciones en un caso de depresión mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23 (1), 147-178. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol23num1/Vol23No1Art8.pdf>
- Roig, J. (2017). *El diagnóstico de cáncer de pulmón aumenta el riesgo de suicidio en un 420%*. <https://www.drjordi-roig.com/es/diagnostico-cancer-pulmon-aumenta-riesgo-suicidio/>
- Román, F. (2023). Apoyo familiar y desesperanza en pacientes oncológicos de un hospital de Lima, 2019. [Tesis pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/7452>
- Rueda, P., y Cerezo, M. (2020). Resiliencia y cáncer: una relación necesaria. *Escritos de Psicología*, 13 (2), 90-97. <https://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v13i2.10032>
- Sáenz, D. (2014). *Desesperanza: Cómo cambiarla por la esperanza*. Panamá

- Sánchez, C. (2013). Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: fisiopatología del cáncer. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 24 (4), 553-562.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-conociendo-comprendiendo-celula-cancerosa-fisiopatologia-S071686401370659X>
- Solórzano, L. (2016). *Ideación suicida y desesperanza en pacientes con cáncer*. [Tesis pregrado, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional UROSARIO.
<http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12105>
- Somasundaram, R. y Devamani, K. (2016). A Comparative Study on Resilience, Perceived Social Support and Hopelessness Among Cancer Patients Treated with Curative and Palliative Care. *Indian journal of palliative care*, 22(2), 135–140.
<https://doi.org/10.4103/0973-1075.179606>
- Spangenberg, L., Zenger, M., García-Torres, F., Mueller, V., Reck, M., Mehnert, A. y Vehling, S. (2016). Dimensionality, Stability, and Validity of the Beck Hopelessness Scale in Cancer Patients Receiving Curative and Palliative Treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1(2), 615-622.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.008>
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Fuller, J., Roehrig, B., Schleussner, C. y Wendt, T. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 133(8), 511–8.
10.1007/s00432-007-0195-z
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. y Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Cancer Journal for Clinicians*, 71 (3), 209-249. 10.3322/caac.21660

- Tamura, S. (2021). Factors Related to Resilience, Anxiety/Depression, and Quality of Life in Patients with Colorectal Cancer Undergoing Chemotherapy in Japan. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 8(4), 393–402. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-2099>
- Velasco, C. (2022). Desesperanza aprendida en adultos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 561- 575. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3555
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(1), 165- 178.
- Wenzel, L., Donnelly, J., Fowler, J., Habbal, R., Taylor, T., Aziz, N. y Cella, D. (2002). Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: A gynecologic oncology group study. *Psychooncology*, 11(2), 142-153. 10.1002/pon.567.

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL Existe una relación negativa y significativa entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.</p>	<p>Resiliencia</p>	<p>1.Competencia personal 2.Aceptación de sí mismo y de la vida</p>	<p>ENFOQUE Cuantitativo</p> <p>DISEÑO No experimental</p> <p>TIPO Transversal</p> <p>ALCANCE Correlacional</p> <p>POBLACIÓN 200 pacientes oncológicos de una asociación peruana especializada en enfermedades neoplásicas de Lima Metropolitana</p>
<p>PROBLEMAS ESPECIFICOS ¿Cuál es la relación del factor aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Establecer la relación del factor aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICAS Existe relación del factor aceptación de sí mismo y de la vida de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.</p>	<p>Desesperanza</p>		
<p>¿Cuál es la relación del factor competencia personal de la resiliencia</p>	<p>Establecer la relación del factor competencia personal de la resiliencia</p>	<p>Existe relación del factor competencia personal de la resiliencia con la desesperanza en pacientes oncológicos de una</p>			<p>MUESTRA</p>

con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024?

con la desesperanza en pacientes oncológicos de una asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

asociación peruana de Lima Metropolitana, 2024.

132 pacientes oncológicos seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia

INSTRUMENTOS

- Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).
 - Escala de Desesperanza de Beck y Steer (1988).
-

Anexo B. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Opciones de respuesta	Categoría	Escala
Resiliencia	Competencia personal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoconfianza ▪ Independencia ▪ Decisión ▪ Invencibilidad ▪ Perseverancia 	17	1=Totalmente en desacuerdo 2=En desacuerdo 3=Parcialmente en desacuerdo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor capacidad de resiliencia (<=147) 	Ordinal
	Aceptación de sí mismo y de la vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptabilidad ▪ Balance ▪ Flexibilidad ▪ Perspectiva de la vida estable 	8	4 = Indiferente 5= Parcialmente de acuerdo 6= De cuerdo 7= Totalmente de acuerdo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moderada resiliencia (121-146) ▪ Escasa resiliencia (>121). 	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Opciones de respuesta	Categoría	Escala
Desesperanza	Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> Expectativas deseadas en el futuro Creencias que un acontecimiento negativo es duradero 	5	1=Verdadero 0=Falso	<ul style="list-style-type: none"> Normal o asintomático (0-3) Leve (4-8) Moderado (9-14) Severo (15-20). 	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> Carencia de ilusión en el futuro 				
	Motivacional	<ul style="list-style-type: none"> Expectativa de infelicidad a futuro Expectativa de futuro incierto Creencia de la imposibilidad de ser cambiado por el azar 	15			
	Cognitivo		5			

Anexo C. Consentimiento Informado.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al participante una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es realizada por ZHUREIDY MERCEDES MACAZANA ESTRADA, estudiante de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, identificada con D.N.I. 77660869. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes con cáncer de pulmón en el estadio III, de una asociación peruana especializada en enfermedades neoplásicas de Lima Metropolitana.

Si usted accede a participar de esta investigación, se le solicita responder todas las preguntas formuladas en los cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 35 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Desde ya agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la estudiante de Psicología ZHUREIDY MERCEDES MACAZANA ESTRADA.

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre la resiliencia y la desesperanza en pacientes con cáncer de pulmón en el estadio III, de una asociación peruana especializada en enfermedades neoplásicas de Lima Metropolitana.

Me han indicado también que tendré que responder los cuestionarios recibidos, lo cual tomará aproximadamente 35 minutos.

.....
Firma del Participante

Fecha:

Anexo D. Ficha de datos Sociodemográficos.

<i>Ficha de datos Sociodemográficos</i>		
Sexo:	Mujer ()	Varón ()
Edad:		

Anexo E. Ficha técnica y protocolo del Cuestionario “Escala de Resiliencia”

I. DESCRIPCION GENERAL

1.1 Ficha Técnica

Autores: Gail M. Wagnild y Heather M. Young.

Año: 1993

Procedencia: Estados Unidos

Adaptación peruana: Novella A.

Año: 2002

Aplicación: Individual y colectiva

Duración: 25 minutos aproximadamente

Ámbito de aplicación: adolescentes y adultos

Finalidad: Identificar cualidades personales que beneficien la adaptación individual resiliente

Factores: Factor I, competencia personal, conformado por los ítems (8,11,1,4,14,15,23,6,9,10,17,24,16,21,25,3,5); Factor II, aceptación de sí mismo y de la vida, constituido por los reactivos (7, 12, 2,20,13,18,22,19).

II. NORMAS DE APLICACIÓN

2.1. Instrucciones Generales

A cada participante se le proporciona una prueba con la siguiente instrucción:

Por medio de este cuestionario, se busca conocer su forma y frecuencia de actuar ante determinadas circunstancias, las cuales serán plasmadas en 25 frases. Se le solicita que conteste a cada una de las siguientes preguntas marcando con un aspa (X) en la casilla que mejor represente su proceder en cada oración, vale resaltar que no existe respuesta buena ni mala,

agradeceremos solución de manera sincera y rápida el cuestionario. Espere las indicaciones para comenzar la evaluación.

1=*Totalmente en desacuerdo*

2=*En desacuerdo*

3=*Parcialmente en desacuerdo*

4 = *Indiferente*

5= *Parcialmente de acuerdo*

6= *De cuerdo*

7= *Totalmente de acuerdo*

2.2. Normas para la Corrección y Puntuación

El cuestionario está compuesto por 25 ítems, el cual se contesta utilizando una escala con siete opciones de respuesta:

1=*Totalmente en desacuerdo*

2=*En desacuerdo*

3=*Parcialmente en desacuerdo*

4 = *Indiferente*

5= *Parcialmente de acuerdo*

6= *De cuerdo*

7= *Totalmente de acuerdo*

Los puntajes fluctúan entre 25 y 175 puntos, clasificando los resultados en niveles: mayor capacidad de resiliencia (≤ 147), moderada resiliencia (en 121-146) y escasa resiliencia (>121).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Las propiedades psicométricas originales realizadas por Wagnild y Young (1993) se llevó a cabo en una muestra de 1500 estadounidenses de ambos sexos, cuyas edades

comprendieron entre 53 y 95 años. En relación con la validez, encontraron altos índices de correlaciones entre la escala de resiliencia con mediciones de constructos vinculadas a la variable en cuestión, específicamente con: la depresión ($r=-.37$), la satisfacción con la vida ($r=.30$), la moral ($r=.28$) y la salud ($r=-.26$). Por lo tanto, los resultados de la resiliencia indicaron el apoyo a la validez contenido; en cuanto al criterio de Kaiser determinó cinco factores, sin embargo, el método de análisis factorial a través de los componentes principales y de rotación oblimín, demostró que los cinco factores no estaban correlacionados entre sí, por ende, se optó en considerar solos los dos factores iniciales (competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida).

En cuanto a la confiabilidad, mediante el coeficiente de consistencia interna, donde la totalidad de la escala arrojó un valor de .91, mientras que 15 correlaciones de ítem-test oscilaban entre .37 y .75 y la mayor parte de estos ítems variaban entre .50 a .70, resultando así que todos los coeficientes fueron estadísticamente significativos ($p<0.01$).

En nuestro contexto, el instrumento fue traducida y adaptada por Novella en el año 2002, en una muestra de 324 alumnas de 14 a 17 años del Colegio Nacional de Mujeres “Teresa Gonzales de Fanning” ubicado en Jesús María, Lima. Asimismo, para la validez utilizó la misma técnica de factorización y de rotación, halló 2 factores, el primero con 20 ítems y el segundo, con 5. En cuanto a la confiabilidad, encontró un coeficiente alfa a nivel general de la escala de .875, y correlaciones ítem-test oscilaban entre .18 y .63, considerados coeficientes estadísticamente significativos ($p<0.01$).

Escala de Resiliencia
Autores: Wagnild yYoung (1993)

N°	Ítems	1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando planifico algo lo realizo.							
2	Soy capaz resolver mis problemas.							
3	Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.							
4	Para mí es importante mantenerme interesado(a) en algo.							
5	Si debo hacerlo, puedo estar solo(a).							
6	Estoy orgulloso(a) de haber podido alcanzar metas en mi vida.							
7	Generalmente me tomo las cosas con calma.							
8	Me siento bien conmigo mismo(a).							
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10	Soy decidido(a).							
11	Soy amigo(a) de mí mismo.							
12	Rara vez me pregunto sobre la finalidad de las cosas.							
13	Considero cada situación de manera detallada.							
14	Puedo superar las dificultades porque anteriormente he experimentado situaciones similares.							
15	Soy autodisciplinado(a).							
16	Por lo general encuentro de que reírme.							
17	La confianza en mí mismo(a) me permite atravesar momentos difíciles.							
18	En una emergencia soy alguien en quien pueden confiar.							
19	Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.							
20	A veces me obligo a hacer cosas me gusten o no.							
21	Mi vida tiene sentido.							
22	No me aflijo ante situaciones sobre las que no tengo control.							
23	Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.							
24	Tengo suficiente energía para lo que debo hacer.							
25	Acepto que hay personas a las que no les agrado.							

Anexo F. Ficha técnica y protocolo de la “Escala de Desesperanza de Beck (BHS)”

I. DESCRIPCION GENERAL

1.1 Ficha Técnica

Autores: Beck, A. y Steer, R.

Año: 1988

Procedencia: Estados Unidos

Adaptación peruana: Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. y Enríquez, J.

Año: 2006

Aplicación: Individual y colectiva

Duración: 10 minutos aproximadamente

Finalidad: Evaluación de la desesperanza uno de los componentes de la triada cognitiva del modelo de la depresión de Beck

II. NORMAS DE APLICACIÓN

2.1. Instrucciones Generales

A cada participante se le proporciona un cuestionario con la siguiente instrucción:

Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal.

Las opciones de respuestas son verdaderas o falsas.

2.2. Normas para la Corrección y Puntuación

El cuestionario está compuesto por 20 ítems, el cual se contesta utilizando una escala con dos opciones de respuesta:

V= verdadero

F= falso

La calificación se realiza con una clave de corrección que permite sumar puntos de coincidencia con el protocolo y reciben 1 punto, las respuestas en blanco o contestadas en ambos sentidos reciben un puntaje 0.

La sumatoria de los puntajes brutos oscilan entre 0 y 20, clasificándolo en el siguiente baremo:

Rango normal o asintomático (0 – 3)

Leves (4 – 8)

Moderado (9 -14)

Severo (15 – 20)

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Las propiedades psicométricas originales realizadas por Beck et al. (1974) mediante una muestra de 294 pacientes hospitalizados que habían tenido intentos de suicidio, encontraron la confiabilidad a través del coeficiente de alfa de Crombach de .93. En relación con la validez, a través de la validación de constructo por análisis factorial con rotación varimax, donde las cargas factoriales arrojaron índices superiores a .50, además se extrajeron tres factores que corresponderían a los aspectos afectivos, motivacionales y cognitivos.

En nuestro contexto, la escala fue traducida y adaptada por Aliaga et al. (2006), en una muestra de 782 personas de Lima Metropolitana (327 varones y 445 mujeres) con edades que oscilaban entre 13 a 19 años. Con relación a la confiabilidad, el coeficiente de alfa de Crombach arrojó un valor de .80 y el coeficiente de correlación de Pearson de las puntuaciones del test-retest con un intervalo de dos semanas fue de .60. Mientras la validez, se determinó mediante 3 tipos, la primera, la validez concurrente, la escala de BHS presentó una correlación de .46 con los ítems que evalúan la desesperanza de la escala de depresión de Beck (BID) y la correlación con la BID sin los ítems de desesperanza fue de .40. La segunda, la validez factorial determinó la capacidad de la matriz de correlaciones de los ítems de la escala BHS, con la

técnica de los componentes principales y rotación varimax, encontró 6 factores que explican el 49.32% de la varianza considerado psicométricamente como satisfactorio. Finalmente, la validez diferencial determinando la relación del BHS con el sexo y la edad, encontró solo asociación con la segunda ($p<.01$) y que los pacientes con depresión mayor o trastorno bipolar se agrupan mayoritariamente en los niveles moderado a severo de desesperanza, mientras las personas asmáticas, hipertensos, adictos a la PBC y población en general; en el nivel normal, asintomático o leve.

Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

Autores: Beck y Steer (1988)

Nº	Ítems	V	F
1	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7	Mi futuro me parece oscuro.		
8	Espero más cosas buenas de la vida de lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12	No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14	Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15	Tengo una gran confianza en el futuro.		
16	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18	El futuro me parece vago e incierto.		
19	Espero más bien épocas buenas que malas.		
20	No merece la pena que intente conseguir algo que desee porque probablemente no lo lograré. 21		
Puntuación Total			

Anexo G. Análisis de Propiedades psicométricas de los instrumentos de medición en la investigación.

La tabla 1 muestra los índices de confiabilidad de la Escala de Resiliencia a través del método de alfa de Cronbach (.819), y de la Escala de Desesperanza con un alfa de Cronbach de .798. Lo cual indica que ambas escalas reúnen los criterios de confiabilidad.

Tabla 1

Análisis de confiabilidad de las escalas de Resiliencia y Desesperanza

Variables	Alfa de Cronbach	N de elementos
Resiliencia	.819	25
Desesperanza	.798	20

Como se observa en la tabla 2, las correlaciones son menores al 0.20. Así mismo, el ítem 3 “soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás”, el ítem 19 “usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista”, el ítem 21 “mi vida no tiene sentido”, el ítem 24 “tengo suficiente energía para lo que debo hacer” y el ítem 25 “acepto que hay personas a las que no les agrado”, presentan una relación baja por lo que no aportan al constructo de la variable y serán eliminados para el análisis posterior ($r < 0.2$).

Tabla 2*Análisis de validez de la escala de Resiliencia*

Componentes	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach
Ítem 1	.385	.813
Ítem 2	.815	.800
Ítem 3	-.165	.825
Ítem 4	.803	.791
Ítem 5	.737	.809
Ítem 6	.665	.806
Ítem 7	.488	.807
Ítem 8	.669	.807
Ítem 9	.451	.816
Ítem 10	.827	.809
Ítem 11	.900	.796
Ítem 12	.475	.810
Ítem 13	.743	.788
Ítem 14	.836	.781
Ítem 15	.512	.805
Ítem 16	.734	.797
Ítem 17	.456	.813
Ítem 18	.669	.797
Ítem 19	.054	.823
Ítem 20	.827	.809
Ítem 21	-.088	.829
Ítem 22	.367	.813
Ítem 23	.330	.814
Ítem 24	-.554	.899
Ítem 25	-.270	.827

Como se observa en la tabla 3, las correlaciones son menores al 0.20. Así mismo, el ítem 1 “*espero el futuro con ansias*”, el ítem 2 “*puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer las cosas por mí mismo*”, el ítem 4 “*no puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años*”, el ítem 5 “*tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera hacer*”, el ítem 14 “*las cosas no marchan como yo quisiera*”, ítem 16 “*nunca consigo lo que*

deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa”, ítem 17 *“es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro”*, ítem 18 *“el futuro me parece vago e incierto”*, ítem 19 *“espero más bien épocas buenas que malas”* ; presentan una relación baja por lo que no aportan al constructo de la variable y serán eliminados para el análisis posterior ($r < 0.2$).

Tabla 3

Análisis de validez de la escala de Desesperanza

	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach
Ítem 1	.057	.807
Ítem 2	-.074	.817
Ítem 3	.770	.760
Ítem 4	-.037	.816
Ítem 5	-.193	.821
Ítem 6	.569	.776
Ítem 7	.365	.789
Ítem 8	.770	.760
Ítem 9	.639	.776
Ítem 10	.476	.783
Ítem 11	.523	.778
Ítem 12	.679	.767
Ítem 13	.572	.774
Ítem 14	-.065	.806
Ítem 15	.751	.759
Ítem 16	.013	.801
Ítem 17	.011	.802
Ítem 18	.047	.801
Ítem 19	0.000	.800
Ítem 20	.770	.760

La tabla 4 indica los baremos de la Escala de Resiliencia, donde el primer percentil (0 – 24) indica un nivel bajo entre los 20 a 104 puntos, mientras que en el segundo percentil (25 - 74) indica un nivel promedio entre los 105 a 115 puntos, y finalmente en el tercer percentil (75 – 99) indica un puntaje alto entre los 116 a 140 puntos.

Tabla 4*Baremos de la Escala Resiliencia*

	Nivel	Percentiles	Puntajes
Escala de Resiliencia	Bajo	0 - 24	20 a 104
	Promedio	25 - 74	105 a 115
	Alto	75 - 99	116 a 140

La Tabla 5 indica los baremos de la Escala de Desesperanza, donde el primer percentil (0 – 24) indica un nivel normal o asintomático desde el 0 a los 2 puntos, mientras que en el segundo percentil (25 - 49) indica un nivel leve desde los 3 a los 5 puntos, en el tercer percentil (50 – 74) indica un nivel moderado desde los 6 hasta los 8 puntos y finalmente en el tercer percentil (75 – 99) indica un nivel severo entre los 9 a 11 puntos.

Tabla 5*Baremos de la Escala Desesperanza*

	Nivel	Percentiles	Puntajes
Escala de Desesperanza	Normal	0 - 24	0 - 2
	Leve	25 - 49	3 - 5
	Moderado	50 - 74	6 - 8
	Severo	75 - 99	9 - 11