



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RESILIENCIA EN ADOLESCENTES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

TANIA GABRIELA QUIROZ PINEDA

DIRECTORA: Dra. María de los Ángeles Mata Mendoza

REVISORA: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

ASESORA ESTADÍSTICA: Lic. María de Lourdes Monroy Tello

SINODALES:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo

Mtra. Laura Somarriba Rocha

Mtra. María Concepción Morán Martínez

MÉXICO, D.F., FEBRERO 2015



Facultad
de Psicología



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Caminando en línea recta no
puede uno llegar muy lejos”*

Antoine de Saint-Exupéry

*"Cuando nada es seguro,
todo es posible"*

Margaret Drabble

Agradecimientos

Agradezco de manera especial a la **Dra. María de los Ángeles Mata Mendoza**, quien me orientó y mostró interés en esta investigación en todo momento.

A **Gabriela Isaac** y **Gabriela Tercero**, por su valiosa orientación al inicio de este proyecto.

A las sinodales, especialmente a la **Mtra. María Concepción Morán Martínez** y a la **Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo** a quienes agradezco su valioso tiempo y comentarios sobre el presente trabajo.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, lugar que me ha dado identidad y al que me siento profundamente orgullosa de pertenecer, es un privilegio ser universitaria.

Dedicatorias

A mi **mamá**, soñadora, perseverante, ejemplo de resiliencia y pilar de mi familia. A mi **papá**, en quien admiro la honestidad y bondad, siempre presente en mis memorias de juegos de infancia. A **Zalli**, compañera incondicional de vida, mi mejor amiga, por quien tengo la certeza de que jamás estaré sola. A **Kiki**, por sus cuidados amorosos desde que nací, sin ella nada sería lo mismo. A **José Antonio**, en quien admiro su inteligencia y sabiduría para afrontar las dificultades día a día.

A **Adriana Scherer**, mi más grande maestra, ejemplo a seguir y amiga entrañable. Gracias por creer en mí, has marcado mi vida y mi corazón.

A **María José Adame**, quien me ha mostrado la excelencia y el compromiso hacia la labor amada, gracias por tu orientación y apoyo.

A todas las personas que me han acompañado en algún momento de mi vida y han marcado mi memoria, especialmente a: **Teresa de Jesús Jiménez, Paulina Crespo, Claudia Saavedra, Guillermo González, Laura González, Lizbeth Pinacho, Nallely Vázquez, Nora Ortega, Demian Sánchez, Xóchitl Rosas, Toño Cavazos, Alejandro Castellanos, Ana María Pérez, Carlos Sánchez y Debbie Brenes.**

A **Blanca León**, de quien aprendo y en quien encuentro una gran amiga

A **Mónica Peimbert**, que con su confianza y apoyo, me ha ayudado a cumplir metas

A los **niños y adolescentes** que he conocido desde que comencé mi trayecto en el campo de la psicología aplicada al cáncer. Su fortaleza y su lucha me conmueven e inspiran, son inmortales en mi memoria.

Contenido

<i>Resumen</i>	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA POSITIVA Y RESILIENCIA	8
La Psicología Positiva como marco de referencia	8
Generalidades de la Psicología Positiva	9
Salud y Psicología Positiva	12
Origen del concepto de resiliencia	15
Definiciones de resiliencia	20
La persona resiliente	25
La resiliencia y sus alcances	28
CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA Y CÁNCER	32
Definiciones	33
Pubertad	37
Desarrollo cognitivo	39
Desarrollo social	40
Desarrollo emocional	41
La identidad como logro de la adolescencia	42
Estrés	44
Afrontamiento.....	47
Cáncer como suceso de vida en el adolescente	49
Factores de riesgo	50
Conducta de riesgo	53
Factores de protección	54
Definición de cáncer y aspectos generales de su tratamiento	56
Psicooncología	58
CAPÍTULO 3. RESILIENCIA EN ADOLESCENTES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER	61
Panorama actual de supervivencia al cáncer infantil	61
Secuelas del tratamiento oncológico	63
Efectos tardíos neurocognitivos	65
Efectos tardíos socioemocionales	66
Efectos tardíos psicológicos	67

Resiliencia y experiencia oncológica.....	73
Resiliencia durante la experiencia de cáncer	75
Resiliencia durante la etapa de vigilancia	79
CAPÍTULO 4. MÉTODO.....	85
Tipo de estudio	85
Objetivo.....	85
Pregunta de investigación.....	85
Variables de estudio	85
Diseño	85
Selección de la muestra	86
Contexto y escenarios	86
Procedimiento	87
Instrumentos	87
Análisis de datos	92
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	93
Descripción de las muestras.....	93
Perfil de Resiliencia y Sucesos de vida	99
Perfil de resiliencia	99
Perfil de sucesos de vida	101
Análisis descriptivo del instrumento <i>Sucesos de vida</i>	111
Sucesos negativos	113
Sucesos positivos	114
Prueba de hipótesis: <i>t</i> de Student	118
Prueba de hipótesis: análisis de varianza	123
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	130
Limitaciones y sugerencias.....	141
REFERENCIAS	142
APÉNDICE A	153
APÉNDICE B	156
APÉNDICE C	160

Resumen

El cáncer implica un acontecimiento desestabilizador y potencialmente de riesgo en la vida de cualquier persona. En México, representa la segunda causa de muerte infantil por enfermedad, sin embargo, la mejora en los tratamientos oncológicos ha intervenido de manera directa en el aumento de los índices de supervivencia. Actualmente, los tratamientos oncológicos alcanzan alrededor de 80% de éxito, esto implica que la población de sobrevivientes infantiles y adolescentes sea cada vez más creciente. Este panorama implica la necesidad de proporcionar seguimiento a esta población debido a que la supervivencia al cáncer se ha relacionado con un riesgo elevado de desarrollar secuelas psicológicas, neurocognitivas y socioemocionales derivadas de los protocolos oncológicos altamente agresivos. A pesar de esto, diversos estudios alrededor del mundo han reportado que los sobrevivientes de cáncer también parecen experimentar desarrollo de recursos internos y transformaciones positivas que se pueden explicar desde el enfoque de la resiliencia. En el presente estudio se comparó a un grupo de adolescentes sobrevivientes de cáncer con un grupo de adolescentes sin antecedente de alguna enfermedad crónica, a estos últimos se les llamó sanos. En ambos grupos se midió el nivel de resiliencia y el número de sucesos de vida que habían experimentado. Los adolescentes sobrevivientes de cáncer obtuvieron puntajes más altos tanto en resiliencia global como en el factor protector interno y externo. Se distinguieron también por presentar mayor experimentación de sucesos positivos en el área personal y menor riesgo tanto en el área social como en el involucramiento de conductas de riesgo.

Palabras clave: resiliencia; adolescente; cáncer; supervivencia; riesgo

Abstract

Cancer involves a destabilizing event of potential risk that endangers the life of any person. In Mexico cancer represents the second cause of death caused by disease among children. However, the improvement in the oncological treatments has directly increased the survival rate. Currently, oncological treatments have about 80% of success, which implies that child and adolescent surviving population is increasing in time. For that reason, there is a necessity of monitoring this population due to the fact that cancer survival is related to a high risk of developing different types of neurocognitive, psychological, educational and socioemotional consequences caused by the highly aggressive oncological protocols. Despite this, diverse studies around the world have shown cancer survivors can also develop capacities and positive transformations that could be explained from the resilience inner perspective. In the current study, a comparison between a group of cancer survivor adolescents and a group of adolescents with no records of any chronic disease (named "healthy") was effectuated. In both groups the resilience levels and the number of life events were measured. The group of cancer survivors obtained higher scores in both global resilience and in the internal and external protector factor. They also presented a greater number of positive events in the personal area and less risk in the social area as well as in the involvement in risk behaviors.

Keywords: resilience; adolescent; cancer; survival; risk

*“Tratamiento no es sólo arreglar lo que está roto;
es alimentar lo que es mejor”
(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)*

INTRODUCCIÓN

El interés de realizar una investigación sobre adolescentes sobrevivientes de cáncer nació, no sólo al identificar la importante presencia que tiene en la actualidad la diversa gama de enfermedades neoplásicas en la población pediátrica¹, sino también el alto porcentaje de supervivencia.

Actualmente, el éxito de los tratamientos en países desarrollados rebasa el 80%, (American Cancer Society, 2012; Basta, James, Gomez-Pozo, Craft y McNally, 2011; Botha y Kruger, 2012; Dama et al., 2006) y el 70% para aquellos sobrevivientes de largo plazo² (Botha y Kruger, 2012). Debido a esto, es crucial orientar el quehacer de la Psicología hacia un constante mejoramiento en la atención psico-oncológica (ya sea preventiva, psico-educativa o terapéutica) no sólo cuando el paciente está en tratamiento, sino cuando supera la enfermedad y se convierte en sobreviviente³.

Gracias a los tratamientos actuales, cada vez más niños y adolescentes diagnosticados con algún tipo de cáncer sobreviven; sin embargo, por diversas razones el seguimiento que se le da a un paciente cuando se convierte en sobreviviente es principalmente médico, lo que conlleva a que aún se ignore mucho de lo que sucede en los diversas áreas de la vida de una persona que superó este tipo de enfermedad.

Trabajar en la prevención e intervención oportuna se convierte en un asunto relevante, más aún si se recuerda que el objetivo de la atención médica y psicológica no debiera perseguir solamente la ausencia de enfermedad física y/o mental, sino apoyar al individuo para que llegue a ser un ser humano sano, significándose esto alcanzar un estado de bienestar físico, psicológico y social, lo que engloba el desarrollo de

¹ Según la OMS, la edad pediátrica comprende desde el nacimiento hasta la adolescencia

² Pacientes que viven 5 años o más después del diagnóstico

³ Persona con un año como mínimo de no tener presencia de células cancerígenas en el cuerpo

capacidades y recursos individuales, campo de estudio de la Psicología Positiva, misma que pone énfasis en el estudio de la resiliencia.

Se han realizado investigaciones en otras partes del mundo en las que se ha estudiado si haber padecido una enfermedad potencialmente mortal tiene repercusiones a lo largo de la vida, y los resultados obtenidos aún son contradictorios. En México no se han llevado a cabo estudios con este tipo de población y, en general cuando se ha estudiado el cáncer, las investigaciones se han centrado en medir las secuelas y las consecuencias negativas que han afectado a la persona y a su familia durante la enfermedad y después de ella.

El interés de este trabajo se encamina a conocer qué sucede después de haber vivido una experiencia estresante y adversa de importante magnitud como es haber sido diagnosticado con cáncer y haber recibido tratamiento oncológico, es decir, investigar si a raíz de haber vivido y superado cáncer se fortalecen y/o desarrollan habilidades, recursos internos, redes de apoyo, entre otros aspectos que la resiliencia estudia.

La obtención de este tipo de información puede ser una directriz para diseñar programas de seguimiento para sobrevivientes que quizá estén experimentado problemáticas o hayan desarrollado fortalezas que no se han detectado y que sea necesario atender o aprovechar respectivamente, es decir, realizar en el futuro propuestas de seguimiento acordes a las necesidades de la población adolescente sobreviviente de cáncer.

Esta investigación contribuye a comparar los resultados obtenidos respecto al estudio de la resiliencia en investigaciones que se han realizado en otros países con esta población, por ejemplo, Parry (2003) estudió cómo la incertidumbre propia de la supervivencia al cáncer puede ser un catalizador para el crecimiento, apreciación de la vida, conciencia del propósito de ésta, optimismo y resiliencia. Por su parte Servitzoglu, Papadatou, Tsiantis y Vasilatou-Kosmidis (2008) señalan que el funcionamiento psicológico de sobrevivientes de cáncer infantil es satisfactorio, con algunas dificultades emocionales tales como ansiedad y baja autoestima, señalando también que los sobrevivientes experimentan crecimiento personal y madurez a partir del

trauma al tiempo que desarrollan una visión positiva del impacto que la experiencia de cáncer tiene sobre su vida.

La pregunta directriz del estudio fue: ¿Qué efecto tiene haber padecido cáncer en el nivel de resiliencia que desarrollan los adolescentes?, por lo que el objetivo de la presente tesis consistió en identificar si existen diferencias en resiliencia entre aquellos adolescentes que fueron diagnosticados con cáncer y recibieron tratamiento para combatir la enfermedad (sobrevivientes de cáncer) y aquellos que no han padecido una enfermedad crónica alguna vez en su vida.

*“El mundo nada puede contra el hombre que canta en la miseria”
(Ernesto Sábato)*

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA POSITIVA Y RESILIENCIA

La Psicología Positiva como marco de referencia

Para Snyder y López (2007) la pregunta “¿Qué está mal en las personas?” ha guiado el pensamiento de la mayoría de los psicólogos aplicados en el siglo XX. Para estos autores, el replanteamiento de esta pregunta, buscando ahora lo que está bien, ha originado los cuestionamientos necesarios para que surja un enfoque científico que permite explorar las fortalezas de las personas y promover su funcionamiento positivo, ellos se refieren a la Psicología Positiva.

Esta nueva corriente tiene alrededor de 16 años de existencia, su aparición puede ubicarse en el tiempo y explicarse en dos sentidos. El primero, en el contexto de los antiguos líderes filósofos y religiosos que discutieron las virtudes del carácter humano y la felicidad. Por otro lado, también se ha realizado trabajo en los últimos 100 años por científicos de la conducta, como ejemplos se puede mencionar a Don Clifton, estudioso de las fortalezas humanas, George Vaillant, que revisó el afrontamiento efectivo, Shelley Taylor, estudioso de la salud, Jane Piliavin, estudioso de la ayuda y el voluntariado, y Mihalyi Csikszentmihalyi, quien ha estudiado la creatividad (Diener citado en Snyder y López, 2009). El trabajo realizado por estos investigadores tiene importante valor, sin embargo lo que hacía falta -hasta hace 16 años- era una red integrada que uniera a esos investigadores y los orientara hacia una misma dirección.

Fue el psicólogo estadounidense Martin Seligman quien tuvo como objetivo reunir a investigadores que estuvieran trabajando temas relacionados con las fortalezas humanas y atributos positivos, en lugar de enfocarse únicamente en los problemas humanos. Este es el segundo tiempo y sentido en el que se explica la aparición de la Psicología Positiva, según Snyder y López (2009). El esfuerzo y la iniciativa de Seligman hizo posible reunir a científicos y profesionales que hacían trabajos que se podían relacionar entre sí, y no sólo esto, este esfuerzo también permitió que su trabajo llamara la atención de otros profesionales. Su aporte consistió en haber

concentrado diversas líneas de investigación y autores que trabajaban aisladamente en temas positivos y también en haber cristalizado en un movimiento diversas corrientes dentro del enfoque de la salud, poniendo en el centro la temática del bienestar psicológico (Gancedo, 2009 citado en Castro, 2010).

El elemento catalizador de este interés fue el discurso inaugural pronunciado por Seligman en la toma de posesión de la presidencia de la American Psychological Association, en 1998. Al hacerlo, elaboró un objetivo pragmático para la Psicología proponiendo el término de *Psicología Positiva* (Vásquez, 2006 citado en Vázquez y Hervás, 2009).

Generalidades de la Psicología Positiva

La Psicología Positiva puede ser definida como “la rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano” (Vera, 2006, p. 5). Por su parte, King (2001) la explica como “el estudio científico de las fuerzas y virtudes humanas naturales, una disciplina que se pregunta cuál es la naturaleza de la eficacia del funcionamiento del ser humano, centrando la atención en los potenciales, motivos y capacidades de éste” (Padrós, Martínez, Gutiérrez-Hernández y Medina, 2010, p.32). Esta corriente ha tenido desde gran aceptación hasta importantes críticas, situación no poco común en nuestra ciencia al estar construida por diferentes paradigmas. Cualquiera que sea la postura al respecto, su mérito parece residir en haber propiciado la revaloración de lo que orienta a la ciencia psicológica.

Los defensores de la Psicología Positiva hacen énfasis en que la importancia de su aparición radica en que se aleja de la tendencia clásica de centrar la investigación e intervención psicológica en aspectos relacionados con la psicopatología. Según Castro (2010), esta tendencia se debe a la impronta que el pensamiento de Arthur Schopenhauer dejó en autores como Sigmund Freud. Desde la postura de Schopenhauer “la cura o el tratamiento de los aspectos patológicos no traen felicidad, sino que sólo nos liberan del sufrimiento, pero nos dejan en un constante aburrimiento o vacío existencial” (Castro, 2010, p. 22). Partiendo de esto, no es extraño que la

Psicología Positiva debata las bases y el objetivo del enfoque que llama tradicional e intente complementar con lo que considera la parte faltante al buscar el bienestar y la felicidad. Sería un error asumir que la Psicología como ciencia no ha estado interesada en la búsqueda de la salud, lo que parece ser novedoso es cómo se intenta llegar a ella.

Para autores como Seligman, Csikszentmihalyi (2000) y Castro (2010), la Psicología tiene que ocuparse no sólo de reparar el daño psicológico, sino también de estudiar cómo se potencian las cualidades positivas que los seres humanos poseen. Aunado a esto, autores como Taylor y colaboradores (citados en Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009) apuntan al hecho de que los estados psicológicos positivos, como factores protectores de la salud física y mental, la relación existente entre ellos y su repercusión en el desarrollo de enfermedades, sólo se han comenzado a estudiar después de la década de los ochenta.

Aunque los defensores de la Psicología Positiva en un inicio hacían alusión a un nuevo paradigma, los conceptos más frecuentes que se abordan por ésta ya se podían encontrar en los textos clásicos como la Biblia y el Bhagavad Gita, en las tradiciones filosóficas orientales, en textos de Benjamín Franklin o William James y en las ramas humanista y existencial de la Psicología. A pesar de esto, el empleo de la metodología científica representa el distanciamiento no sólo con el humanismo sino con toda aproximación anterior al bienestar humano (Castro, 2010).

No se puede negar que la investigación y el trabajo realizado en psicología durante décadas produjeron importantes hallazgos y conocimiento para atender una amplia diversidad de problemáticas y enfermedades, al respecto Seligman señala:

Durante los últimos cincuenta años la psicología se ha dedicado a un único tema, la enfermedad mental, y los resultados han sido bastante buenos. En la actualidad los psicólogos miden conceptos antes confusos como la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo con una precisión considerable. Ahora contamos con mucha información sobre el desarrollo de estos trastornos a lo largo de la vida y sobre sus causas genéticas,

bioquímicas y psicológicas. Lo mejor de todo es que hemos aprendido a aliviarlos (...) con medicación y psicoterapias específicos (Seligman, 2002, p. 11).

Si la salud es más que la ausencia de enfermedad, para la Psicología Positiva, el bienestar es más que la ausencia de ansiedad, estrés, enojo, etcétera; esto significaría que lo positivo no es simplemente lo opuesto a lo negativo y cada uno suponga un sistema diferente. Desde esta perspectiva, además de contar con herramientas terapéuticas para tratar los estados de malestar, es necesaria la inclusión de algunas otras que apunten hacia el desarrollo del potencial humano. Seligman (2002) justifica esta perspectiva al insistir en que la satisfacción emocional más profunda procede del desarrollo y del ejercicio de las fortalezas personales.

Algunas de las críticas hacia la perspectiva positiva van encaminadas a la percepción de que subestima los estados de malestar mental, sin embargo, al estudiar la postura de los investigadores más representativos de esta corriente, es posible darse cuenta de que no se desconoce el sufrimiento o la enfermedad humana, más bien se marca de manera clara la necesidad de dejar de igualar salud mental con ausencia de enfermedad. Al respecto, Castro (2010) señala que este enfoque:

No pretende negar el sufrimiento ni los aspectos negativos de las personas, sino que intenta dirigirse hacia la complementariedad de enfoques, corrigiendo el desbalanceo que sufrió la psicología en los últimos sesenta años al otorgar una mayor importancia a los aspectos patológicos de las personas (p.14).

Buscando la justificación que le dé lugar a la Psicología Positiva se ha hablado de que no ha habido incrementos significativos en los últimos cuarenta años en cuanto a la calidad de vida y el bienestar (Seligman, 2013). A la luz de ciertos análisis, las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos durante el siglo XX ha aumentado diez veces y de ser una patología adulta en los años sesenta (se desarrollaba alrededor de los 30 años), se ha transformado en una patología adolescente ya que la edad de inicio se observa alrededor de los 14 años (Castro, 2010). Esto podría ser congruente con la

opinión que considera que no se han hecho esfuerzos para mejorar la calidad de vida de las personas y que aquellos dirigidos al tratamiento de las enfermedades mentales no fueron suficientes, en otras palabras, que el modelo de salud centrado en la enfermedad pareciera no ser suficiente para prevenir los trastornos y alteraciones en la salud física y mental.

Salud y Psicología Positiva

Considerar a la Psicología Positiva como la única corriente desde la cual se ha puesto interés en el bienestar de las personas sería un error, esto debido a que diversas aproximaciones están orientadas hacia mejorar la vida de las personas. A pesar de lo anterior, la corriente antes mencionada sí representa la plataforma desde la cual se cuestiona si efectivamente curando la enfermedad mental se consiguen estados de funcionamiento óptimo y bienestar, en otras palabras, si se logra alcanzar la salud.

Por una serie de razones que tienen que ver con la sociología de la ciencia y con el propio desarrollo profesional de las disciplinas científicas, históricamente el foco de las intervenciones en el área de la salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez y Hervás, 2009). Esto parecer tener estrecha relación con el hecho de que el modelo de salud-enfermedad había sido explicado de manera predominante a partir del modelo biomédico, tal y como señalan Becoña, Vázquez y Oblitas (2000):

Desde el siglo XIX el modelo principal de la salud y la enfermedad ha sido el modelo biomédico. Éste explica la enfermedad en términos de parámetros físicos (...) La noción de que la enfermedad era causada por un patógeno específico estimuló el desarrollo de las drogas sintéticas y la tecnología médica (...) Sin embargo, el punto de vista de que una enfermedad se encuentra en un agente específico ha dado al campo médico una perspectiva que se focaliza más sobre la enfermedad que sobre la salud (p.69).

Este modelo es consonante con el antiguo concepto de salud que la definía como la ausencia de enfermedad debido a que “se entendía la salud como algo que hay que

conservar o curar frente a agresiones puntuales” (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990 en Becoña, et al., 2000, p.68)

Actualmente, existen diversos modelos de salud-enfermedad que son más integrales, Benítez, Salinas y Asensio (2000) explican el biopsicosocial y el etnocultural además del biomédico:

- Modelo biopsicosocial: Defiende que la salud-enfermedad es producto de la interacción entre las áreas biológicas, psicológicas y sociales.
- Modelo etnocultural: Amplía el modelo biopsicosocial con el componente cultural y las creencias que tiene el paciente. Estos aspectos determinan la forma de entender el paciente, la enfermedad y las intervenciones terapéuticas.
- Modelo biomédico: Se contrapone a los otros modelos. Está centrado en la enfermedad estableciendo que los trastornos acontecen en una esfera del sujeto (orgánico o psiquiátrico), y provocan mediante una relación lineal consecuencias en las otras áreas del sujeto. Este modelo no asume las influencias psicológicas y sociales en el proceso de enfermedad ni en la vivencia del paciente ya que todo hace referencia a problemas biológicos o psiquiátricos.

La transición del modelo biomédico al biopsicosocial para explicar el modelo de salud-enfermedad intervino en el cambio que durante las últimas décadas del siglo XX se produjo en el campo de la salud; Becoña et al. (2000) consideran que éste fue uno de los tres factores intervinientes, los otros dos: los cambios en el concepto de salud que permiten un abordaje multidimensional y la valoración de los elevados costos relacionados al cuidado de la salud.

El modelo biopsicosocial nació a partir del reconocimiento de que los factores psicológicos y sociales juegan un importante papel en la aparición y mantenimiento de las enfermedades. Por otro lado, el enfoque que caracteriza a la Psicología de la Salud también aportó importantes elementos para dirigir el foco a una nueva forma de pensar en la salud pues ésta:

Considera la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso (Martín, 2003, p.275).

La Psicología de la Salud y la Psicología Positiva se encuentran porque, si se define la salud como “el bienestar físico, psicológico y social” (Matarazzo, 1980 citado en Labiano 2010, p.15), coinciden debido a que la primera entiende a la salud como un estado positivo de bienestar y la segunda busca potenciar las capacidades humanas, buscando el bienestar en todas sus formas posibles. Un punto que las diferencia es el hecho de que la primera se contextualiza en temas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud y la segunda pretende encontrar aplicación en cualquier contexto.

Poner interés en las aportaciones que una nueva corriente realiza al conocimiento existente es relevante pues permite valorar tanto su lugar como su permanencia. En cuanto a la Psicología Positiva, Vázquez et al. (2009) consideran que favorece la investigación del papel de emociones y cogniciones positivas en el origen y mantenimiento del bienestar físico y mental y detallan diversidad de estudios que han comprobado los beneficios de pensar desde una perspectiva de bienestar al mencionar lo siguiente:

Más allá de ampliar la definición de salud y de incorporar el estudio de factores positivos asociados a la salud y el bienestar, en las últimas dos décadas se comienza a poner de manifiesto que los estados positivos a nivel psicológicos no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia en la aparición de enfermedad y problemas físicos así como en los procesos de recuperación (Vázquez et al., 2009, p. 16)

La idea de que la ausencia de trastornos psicológicos no es equivalente a tener alto bienestar o una buena calidad de vida no es nueva, sin embargo, se puede considerar novedosa debido a que la Psicología Positiva plantea que tener un buen estado de salud física o mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino en disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades, uno de estos es la capacidad de ser resiliente (Almedom y Glandon, 2007).

Origen del concepto de resiliencia

El que algunos resistan mejor a las dificultades, la adversidad⁴ y la enfermedad es un hecho admitido desde hace siglos pero que en gran parte no se ha explicado. Una de las primeras explicaciones era asumir que la característica de resistir y sobreponerse a los momentos vitales críticos o traumáticos era propia de una constitución especial individual (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik 2001). Esto inspiró investigaciones para encontrar las características que distinguen a las personas que se sobreponen a situaciones adversas, curiosamente partiendo de la creencia generalizada de que éstas enfermarían.

La resiliencia es el concepto que se utiliza para identificar los procesos y hechos que permiten a los individuos y las familias soportar desafíos y estados persistentes de estrés con éxito (Pereyra, 2010)

Snyder y López (2009) plantean que el estudio sistemático de la resiliencia en psicología emergió del estudio de niños en riesgo de presentar problemas o patologías. Existen buena cantidad de investigaciones que intentaron “descubrir las dificultades de adaptación, las manifestaciones de ansiedad, las inhibiciones y las conductas antisociales fruto de una amenaza externa” (Bourguignon, 2000 citado en Theis, 2001, pág. 47) y que aportaron a la teoría de la resiliencia, sin embargo, fueron Werner y Smith quienes condujeron el estudio más famoso, éste fue publicado en 1982 y es

⁴ La adversidad puede ser entendida como “la presencia de un acontecimiento desestabilizador” (Puig y Rubio, 2011, p. 172), pudiendo caracterizarse también por “un conjunto de riesgos de diverso tipo” (Lemaitre y Puig, 2004 citado en Puig y Rubio, 2011).

considerado por muchos autores el origen del concepto de resiliencia en las ciencias sociales. Resulta interesante tratar de rastrear cuando se recurrió por primera vez al uso de la palabra resiliencia, especialmente porque no hay unanimidad en cuanto a esto. Para Manciaux et al. (2001) el primero que usó en sentido figurado el término de resiliencia, procedente de la física de los materiales, fue Bowlby cuando la definió como “resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir”. Reyzábal y Sanz (2014) externan abiertamente:

No resulta fácil delimitar cuándo se recurrió por primera vez a la palabra “resiliencia”, considerándose mayoritariamente que fue el psiquiatra inglés Rutter uno de los primeros en emplearla en 1972, aunque no es descartable alguna referencia previa a cargo del también psiquiatra John Bowlby. Por ejemplo, (...) como antecedente lejano el artículo de Mildred C. Scoville (1942) –trabajadora social dedicada al ámbito psiquiátrico-, en el que se emplea el término “resiliencia” para aludir a la superación de situaciones amenazantes que supusieran la posibilidad de desarraigo familia, más en concreto las confrontaciones bélicas (p.34).

Melillo (2001) apunta que el punto de partida del concepto de resiliencia fue el descubrimiento de Werner que tuvo lugar durante un estudio de epidemiología social. Al ser éste considerado por muchos la base de una nueva concepción y/o cambio de paradigma; se considera importante ahondar específicamente en este estudio.

Emmy Werner fue una psicóloga de origen alemán naturalizada estadounidense que en 1955 comenzó un estudio con el objetivo de descubrir cómo se iba gestando la psicopatología al intuir que “vivir en situaciones desfavorables afectaban al desarrollo de manera irremediable” (Puig y Rubio, 2011, p. 28). Se puede considerar que en ese año se comenzó porque fue cuando nacieron en la isla Kauai, ubicada en Hawái⁵ los 698 individuos que fueron parte de la cohorte que se siguió desde los periodos perinatales a las edades de 1, 2, 10, 18, 31/32 y 40. El seguimiento que se hizo hasta la edad media de los participantes hizo posible seguirle la pista al 80% de los niños

⁵ En inglés Hawaii; en hawaiano: Hawai‘i

considerados “de alto riesgo”⁶ al haber sido expuestos a pobreza crónica, complicaciones al nacer, psicopatología parental y problemas familiares (Werner, 2004). Otros autores han detallado más aún las condiciones que fueron vividas por la cohorte, mencionando también: situaciones de estrés, disolución del vínculo parental, alcoholismo, abuso (Melillo, 2001). La investigadora observó que muchas de las personas lograron sobreponerse a las adversidades evolucionando favorablemente sin intervención terapéutica llegando a ser adultos competentes y bien integrados (Gamboa, 2008; Melillo, 2001).

El estudio de Werner no sólo es reconocido como un punto en el que muchos se empezaron a hacer cuestionamientos respecto a los paradigmas dominantes, también ha tenido nuevos aportes y sigue proporcionando directrices en la actualidad. Desde el punto de vista de Puig y Rubio, (2011) lo que sucedió “se trata de un descubrimiento casual y que no es sino una anomalía que pone en crisis el modelo teórico (...) al no poder ser explicado por éste” (p.31). La primera hipótesis que elaboraron los investigadores era que esto se debía a variables biológicas, especialmente referidas a condiciones genéticas, que los hacían *invulnerables* (Florentino, 2008) “portadores de un temperamento especial, fruto quizás de condiciones genéticas especiales, dotados con una mejor capacidad cognitiva” (Melillo, 2001, p.15). Posteriormente se constató que todos ellos se desarrollaron junto a un adulto significativo que los había apoyado incondicionalmente. Estos resultados se han relacionado también con la teoría del apego de Bowlby. Se consideró que el vínculo afectivo estaba en la base de tales desarrollos exitosos. La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su cuidador primario, en el caso óptimo, la madre. Esto es así ya que esta primera relación determina el molde biológico y emocional para todas sus relaciones futuras. Un apego saludable, construido de experiencias de vínculo repetitivas durante la infancia, provee una base sólida para futuras relaciones. Por el contrario, problemas en la vinculación y apego puede resultar en una base biológica y emocional frágil para maneras de relacionarse (Florentino, 2008). Melillo (2001) refiere que la misma Werner señaló que el hecho que se daba sin excepción en la vida de los participantes era haber gozado

⁶ Estos niños representaban una tercera parte de la corte aproximadamente.

durante su desarrollo del apoyo irrestricto de algún adulto significativo, familiar o no, sobre el que no parecía ejercer influencia determinante ningún detalle relativo a las características físicas o intelectuales del niño. Por lo anterior, el autor antes mencionado concluye que el afecto y el amor recibido constituyeron la base de tales desarrollos exitosos.

Al investigar la literatura referente a resiliencia es común encontrar diferentes ángulos desde dónde se explica su aparición en la Psicología, hay autores que no ubican específicamente el estudio que Werner realizó como punto de referencia y prefieren establecer un periodo de tiempo como lo hacen Snyder y López (2009) cuando expresan que el estudio científico de la resiliencia en los niños empezó entre los años 1960 y 1970. Ellos explican que en la década de 1960, psicólogos y psiquiatras interesados en la etiología de la psicopatología empezaron estudios longitudinales de niños que creían en riesgo para presentar serios problemas debido a factores tales como herencia biológica, peligro perinatal o sus ambientes de origen. Muchos de estos investigadores se encontraron con la observación común de que niños, supuestamente en alto riesgo para presentar problemas, se desarrollaron bastante bien, y reconocieron el significado de estos fenómenos para la intervención así como para enriquecer a la teoría científica (Snyder y López, 2009).

En la década de 1970 el objetivo de los investigadores era observar el desarrollo del *niño de riesgo* antes de que aparecieran patologías, para descubrir cómo y en qué grado moldean su vida los riesgos y no sólo eso, también las competencias y capacidades para enfrentarse y sobrevivir psicológicamente. Esta generación de investigadores se planteó la pregunta central que radicaba en encontrar la distinción entre los niños que se adaptaban positivamente de los niños que no se adaptan a la sociedad, en situaciones adversas y traumatizantes (Melillo y Suárez, citado en Quiñones 2007). Fue después de esto cuando se introdujo uno de los conceptos base: *vulnerabilidad*⁷, éste consideraba que los individuos no son iguales ante el riesgo: son vulnerables en distinto grado. Las diversas investigaciones hechas en el campo de la

⁷ Para Manciaux et al. (2001) el concepto de vulnerabilidad, con sus elementos biológicos y psicológicos y su enfoque epidemiológico, ha abierto el camino a la resiliencia.

vulnerabilidad se han centrado ante todo en el riesgo que corren algunos niños de desarrollar patologías, algunos ejemplos son: la investigación de Garmezy en 1971 en la que estudió a niños de padres esquizofrénicos para determinar los riesgos de que desarrollen a enfermedad o Neuchterlein quien estudió a niños afro-estadounidenses de bajo nivel socioeconómico (Theis, 2001).

Por su parte, Melillo (2001) explica que después de los resultados obtenidos en el estudio de Werner:

Numerosos investigadores del Norte del mundo comenzaron a estudiar en detalle las características personales y de conducta de estos sujetos a los que se considera “pilares” de su desarrollo exitoso, acentuando el carácter individual del proceso y estableciendo posibilidad y (...) plantearon la necesidad de promover las características sanas y protectoras de los sujetos para poder superar las condiciones de riesgo a las que estuvieran sometidos” (p. 16).

O como señala Grotberg (2001): “Las primeras investigaciones en resiliencia se ocuparon principalmente de identificar los factores y las características de aquellos niños que vivían en condiciones adversas y eran capaces de sobreponerse a ellas, y diferenciarlos de aquellas que vivían bajo las mismas condiciones pero sin capacidad de sobreponerse o enfrentar positivamente la experiencia” (p.20).

Al margen de lo que es considerado como el parteaguas del concepto de resiliencia o la ubicación en el tiempo que le atañen, los resultados sobre los niños que se consideraban en riesgo sorprendieron pues se empezó a observar que no toda la gente que vivió eventos traumáticos o creció rodeado de peligro enfermó física o mentalmente, fue este momento cuando se empezó a poner en cuestionamiento muchas de las teorías que algunos psicólogos han llamado “catastrofistas”.

A partir de los estudios sobre niños de alto riesgo, paralelamente al concepto de vulnerabilidad surgió la tendencia opuesta que se nombró como *invulnerabilidad*, este concepto parecía tener la bondad de clasificar a los niños de acuerdo a la capacidad de

afrontar el estrés cotidiano y eventos difíciles pero no permitió a los investigadores descubrir qué hace que la persona pueda librarse de las adversidades (Theis, 2001).

Rutter fue uno de los autores que hizo críticas al concepto de invulnerabilidad respecto a lo cual resaltan: 1) el concepto parece implicar una resistencia absoluta al daño sin embargo nadie tiene una resistencia absoluta, 2) la resistencia no se aplica por igual a todos los sujetos de riesgo, 3) la invulnerabilidad no puede ser una característica intrínseca al sujeto pues también interviene el contexto social, 4) el desarrollo propio de todo individuo influye en la resiliencia así como lo hace con otras características humanas; la invulnerabilidad sugiere la idea de una característica invariable (Theis, 2001).

El antiguo concepto de vulnerabilidad queda obsoleto pues “la teoría de la resiliencia indica que si bien la resiliencia es una capacidad naciente que tienen en cierto grado la mayoría de las personas, su desarrollo completo depende de la presencia de factores de protección en la infancia” (Breinbauer, 2008 p. 153), por lo que no se trata de una constitución genética especial, sino de la interacción de los factores de riesgo y protección. Grotberg (2001) lo explica al hablar de las conductas de resiliencia y de cómo éstas requieren factores de resiliencia y acciones y suponen la presencia e interacción dinámica de factores, y los factores en sí van cambiando en las distintas etapas de desarrollo. Por otro lado, las situaciones de adversidad no son estáticas, sino que cambian y requieren cambios en las conductas resilientes.

Como se puede observar, los antecedentes de la concepción de resiliencia fueron conceptos como resistencia, vulnerabilidad e invulnerabilidad; éstos sólo explicaban una arista del complejo proceso de soportar el estrés continuo que representa la adversidad.

Definiciones de resiliencia

El término original del que se partió es *resiliency* o *resilience*, éstos aluden a la capacidad de responder elásticamente a un choque (Reyzábal y Sanz, 2014) y se utilizó de manera inicial en el campo de la física para hacer referencia a los materiales

que, aún después de haber sido sometidos a fuerzas externas, son capaces de regresar a su forma original.

La resiliencia es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por éstas” (Grotberg, 2003, p.18). La palabra proviene del término latino *resilium* (vinculado con *salire*), que significa “volver atrás”, “volver de un salto”, “regresar al estado inicial” o “rebotar”. Reyzábal y Sanz (2014) lo explican claramente citando a Poilpot (2014):

Desde el punto de vista etimológico, proviene del latín *salire*, que podemos traducir de este modo: ‘saltar hacia atrás, rebotar, ser repelido, surgir’, con el prefijo *re*, que indica repetición, reanudación. ‘Resiliar’ es (...) rebotar, reanimarse, ir hacia delante, después de haber padecido un golpe o vivido una situación traumática (p.34).

El significado del concepto de resiliencia ha sido objeto de considerable debate, existen diversidad de definiciones y perspectivas desde los cuáles se aborda; para algunos no es un tema nuevo, para otros ha sido un parteaguas.

Es una constante encontrar en las definiciones de resiliencia el hincapié que se hace en los resultados positivos explicados como adaptación, éxito o normalidad ante circunstancias adversas como puede implicar una enfermedad, recibir maltrato o privaciones. Al estar frente a un concepto, como muchos en psicología, que no tiene unanimidad especialmente porque se sigue teorizando entorno a él, se mencionarán algunas de las definiciones que Reyzábal y Sanz (2014) compilaron de lo que se consideran algunos de los teóricos más reconocidos en el ámbito:

Tabla 1. Definiciones del concepto de resiliencia

Autor	Definición
Garnezy, 1991	Capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al producirse un efecto estresante.
Rutter, 1991	Respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, entendida como dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad, en cada situación específica y respetando las características personales
Werner y Smith, 1992	Historias de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de vida estresante; además, implica la expectativa de continuación con una baja susceptibilidad a futuros estresores
Rutter, 1993	Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan una vida “sana” en un medio insano. Tales procesos se llevan a cabo a través del tiempo, como producto de una compleja interacción entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. En ningún caso se puede concebir la resiliencia como un atributo exclusivamente individual, con el que los niños nacen o que adquieren durante su desarrollo
Vanistendael, 1994	Confluencia de dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, y más allá, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles.
Grotberg, 1995	Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado positivamente por ellas.
Cyrułnik, 1999	La noción de resiliencia trata de comprender de qué modo puede encajarse un golpe, cómo puede este provocar efectos variables y tener incluso un efecto de reanimación
Masten, 2001	Tipo de fenómeno caracterizado por los buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo.
Luthar, 2003	Manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida
Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrułnik, 2004	Es el fruto de la interacción entre el propio individuo y su entorno, entre las huellas de sus vivencias anteriores y el contexto del momento en materia política, económica, social o humana. Aparece como fruto del contrapeso ejercido entre los factores de riesgo y los factores de protección

Manciaux et al. (2001) explican características que considera básicas en el concepto de resiliencia:

- Nunca es absoluta, total, lograda para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma puede superar los recursos del sujeto.
- Varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida; puede expresarse de modos muy diversos según la cultura.
- En todo momento es fruto de la interacción entre lo propio del individuo y su entorno, entre las huellas de sus vivencias anteriores y el contexto del momento en materia política, económica, social o humana.
- Es fruto de la interacción de factores de riesgo y de factores de protección por lo que no significa ni falta de riesgo ni protección total.

Algunos autores como Quiñones (2007) han expresado que para poder llegar a ser resiliente es necesario haber vivido sucesos de vida difíciles y adversos, tal también podría ser el caso de Coleman y Hagell (2007), quienes retoman a Luthar (2003) para definir resiliencia como “los patrones de ajuste positivo en un contexto de riesgo o adversidad significativos” (p. 2). Los autores antes mencionados establecen que para que el fenómeno de resiliencia se presente tiene que valorarse la presencia de dos factores: el afrontamiento adecuado y la presencia de riesgo o adversidad significativos que superar. Para otros autores, debido a que es imposible pensar que alguna persona jamás se haya enfrentado a algún tipo de adversidad, la resiliencia es un concepto que se puede aplicar de manera universal, lo hayan puesto en práctica en mayor o menor medida. De esta manera, las aplicaciones de la resiliencia no se limitan sólo a personas que han vivido eventos traumáticos. En relación a esto Brooks & Goldstein (2004) plantean que la necesidad de apreciar la importancia de la resiliencia como una fuerza fundamental en la vida se apoya en el gran número de individuos que reconocen vivir estrés a diario por lo que este concepto debería ampliarse para convertirse en un

objetivo fundamental de las personas y no sólo a individuos que han superado grandes tensiones. Respecto a esto, considero que la resiliencia en un proceso presente en la vida de todo ser humano en mayor o menor medida, tal como señala Vanistendael (2001): “la resiliencia como capacidad humana puede existir de modo latente mucho antes de manifestarse. Eso es lo que hace posibles los efectos preventivos, sea en un programa intencionado o en la vida diaria de manera espontánea” (p.231). Pareciera ser entonces que el proceso resiliente es siempre posible, siendo importante la ocurrencia de un evento que incite al despliegue de transformaciones y crecimiento a partir de la adversidad. De esta manera, su promoción puede realizarse tal como sugiere Brooks & Goldstein (2004) en toda persona aunque no haya experimentado aún un evento de vida catastrófico.

Para Melillo, Suárez y Rodríguez (2004), al entender la resiliencia como el producto del equilibrio entre factores de riesgo y de protección, la suficiente estabilidad de dicho equilibrio para resistir los cambios adversos de las circunstancias que se viven es lo que define al sujeto como resiliente. El equilibrio estable nunca es “inmóvil”, sino dinámico. Al hablar de factores protectores o de protección se hace referencia a aquellas variables que contribuyen a prevenir o reducir las situaciones negativas pudiendo ser consideradas como fuerzas (internas o externas) que permiten al individuo mitigar el efecto de los riesgos (Puig y Rubio, 2011).

Manciaux (2001) considera protección la autoestima, la sociabilidad, el don de inspirar simpatía, sentido del humor y un proyecto de vida, en cuanto al entorno, uno o varios adultos que despierten la conciencia del niño, en quienes éste confíe y que le muestren su confianza en él; a estos adultos se les puede llamar *tutores de resiliencia*. Los procesos que posibilitan la resiliencia se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza a un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1991 citado en Florentino, 2008).

En consonancia con la concepción de la resiliencia como proceso, Melillo (2004a) señala que “la resiliencia se teje” (p.72) pues no hay que buscarla sólo en la interioridad de una persona ni en su entorno pues es intercambio ya que “anuda constantemente un proceso íntimo con el entorno social” (p.72). Entender la resiliencia como proceso es ampliamente aceptado por múltiples autores, Coleman y Hagell (2007) lo sintetizan de manera clara al decir que:

- La resiliencia no es una característica estable de la personalidad sino un proceso que resulta de la interacción entre factores de riesgo y protección
- Aunque frecuentemente la resiliencia sea vista como un resultado, no es algo que pueda estar presente o no en las personas sino una respuesta ante circunstancias difíciles
- Hay muchos tipos de resiliencia, dependiendo del individuo en particular. Algunos tipos de resiliencia pueden ser considerados más “sanos” que otros, pero esto dependerá de la situación de la persona
- La resiliencia no es estática, puede cambiar a lo largo de la vida

La persona resiliente

Para Brooks y Goldstein (2004) una mentalidad resiliente nos ayuda a estar preparados frente a adversidades futuras y facilita el potencial de cambio y el constante crecimiento personal durante nuestra vida. Los individuos resilientes son los que tienen una serie de presunciones o actitudes sobre ellos mismos que influyen en su conducta y en las habilidades que desarrollan. A su vez, estas conductas y habilidades influyen en esta serie de presunciones de forma que hay un proceso dinámico que está siempre en funcionamiento. A esta serie de presunciones se le llama “mentalidad”. Según este autor, una mentalidad resiliente está compuesta por varias características principales:

- Sentir que controlamos nuestra vida
- Saber cómo fortalecer la “resistencia al estrés”
- Tener empatía con los demás
- Desarrollar una comunicación efectiva y capacidades interpersonales

- Tener sólidas habilidades para solucionar problemas y tomar decisiones
- Establecer metas y expectativas realistas
- Aprender tanto del éxito como del fracaso
- Ser un miembro de la sociedad compasivo y contribuyente
- Llevar una vida responsable basada en valores sensatos
- Sentirse especial (no egocéntrico) mientras se ayuda a los demás a sentir lo mismo

Tener una mentalidad resiliente no implica que se esté libre de estrés, presión y conflictos, sino que se puede salir airoso de los problemas a medida que éstos van surgiendo (Brooks & Goldstein, 2004).

Cada sujeto (y aún la misma persona en momentos diversos según el contexto) experimenta un mismo acontecimiento de forma distinta según su personalidad. Y un mismo factor puede actuar en sentidos opuestos según las circunstancias y el individuo (Manciaux, 2001).

Para Melillo y Suárez, (2001 citados en Quiñones, 2007), las características más significativas en el sujeto resiliente son: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial, y habilidades cognitivas, todas ellas desplegadas frente a situaciones vitales adversas, estresantes, etcétera; que permiten atravesarlas y superarlas.

Cuando se habla de los factores que logran proteger a los seres humanos más allá de los efectos negativos de la adversidad se ha hablado de los *pilares de la resiliencia*, Melillo (2004) explica que se llegó a ellos a partir de aceptar que el individuo puede hacer y ser, independientemente de la situación adversa en la que nazca y viva, mencionando como tales los siguientes: autoestima consistente, introspección,

independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y capacidad de pensamiento crítico.

Suárez Ojeda (1997, citado en Melillo, Estamatti y Cuestas, 2001) refiere que los pilares de la resiliencia también pueden ser entendidos como los atributos que aparecen con más frecuencia en los niños y adolescentes. Es interesante puntualizar que las características definidas como pilares pueden ser promovidas, entrenadas e interiorizadas, esto implica que si una persona aún no es resiliente, puede llegar a serlo desde el punto de vista de ciertos autores. Así lo indica Reyzábal y Sanz (2014) al decir que “las actitudes y los comportamiento resilientes constituyen una potencialidad presentes en todos los seres humanos, que se desarrolla en el tiempo, y que puede ser aprendida, o más bien activada si se cuenta con las oportunidades y los catalizadores adecuados” (p.115).

Suárez Ojeda (1997, citado en Melillo et al., 2001), menciona como *pilares de la resiliencia*:

- Introspección: arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta
- Independencia: saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problema. Esto tiene que ver con la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
- Capacidad para relacionarse: habilidad para establecer lazos e intimidad con otra gente, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
- Iniciativa: gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- Humor: encontrar lo cómico en la propia tragedia
- Creatividad: capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- Moralidad: consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda humanidad y capacidad de comprometerse con valores.

- Autoestima consistente⁸: base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo.

Estos mismos autores establecen que lo que aporta el concepto de resiliencia es una mayor comprensión y conocimiento empírico de los factores que protegen al sujeto de los efectos de las malas condiciones del ambiente humano y social que lo rodean, y permite el diseño de métodos prácticos de la promoción de dichos factores, para asegurar un desarrollo favorable que prevenga la aparición de enfermedades físicas o mentales (Melillo et al., 2001).

La resiliencia y sus alcances

Para algunos, la resiliencia sólo representa una nueva forma de nombrar a lo ya conocido, sin embargo, autores como Puig y Rubio (2011) reconocen que su importancia como concepto radica en “ponerle nombre a aquello que sucede desde siempre, pero que, hasta estos últimos años, no había sido contemplado como parte de la realidad” (p. 17).

La resiliencia puede ser considerada como una nueva concepción del ser humano que pasa de estar desvalido y a merced de fuerzas superiores y externas, a considerarse capaz de enfrentarse y superar las adversidades (Puig y Rubio, 2011). Los investigadores pioneros en resiliencia argumentaron que entender este fenómeno contenía el potencial para transformar la práctica y las políticas de promoción de las competencias y prevenir o mejorar los problemas en la vida de los niños amenazados por el riesgo y adversidad. Estos pioneros inspiraron cuatro décadas de investigación en resiliencia que ha provisto modelos, métodos y hallazgos con profundas implicaciones para la teoría, la investigación y la intervención (Masten et al. 2007, en Snyder y López, 2009).

Para algunos, las investigaciones en resiliencia han cambiado la forma en que se percibe el ser humano: de un modelo de riesgo basado en las necesidades y la enfermedad se ha pasado a un modelo de prevención y promoción basado en las

⁸ La autoestima consistente fue agregada a por Vanistendeael, 1992 en Melillo et al. (2001)

potencialidades y los recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor (Infante, 2001 citado en Munist y Suárez, 2004). Surgen ideas y prácticas nuevas llamadas promoción de la salud, acompañamiento de la parentalidad y buen trato (Manciaux, 2001). La resiliencia permite una nueva epistemología del desarrollo humano en tanto enfatiza el potencial, es específica de cada cultura y hace un llamado a la responsabilidad colectiva. Un enfoque de resiliencia permite que la promoción de calidad de vida sea una labor colectiva y multidisciplinaria (Melillo, 2001 en Quiñones, 2007, p.77).

En el área de intervención psicosocial, la resiliencia intenta promover procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar la adversidad, adaptarse a la sociedad y tener una mejor calidad de vida (Infante, 2001). Melillo y Suárez (2001) establecen una relación entre resiliencia y salud mental considerándola como una alternativa para el logro de la misma (Quiñones, 2007). Promover la salud equivale a promover la resiliencia apuntando a lograr un desarrollo sano, descubriendo las propias fortalezas del sujeto para superar las adversidades. Esta aproximación complementa la estrategia de prevención de la enfermedad por disminución de los factores de riesgo que afrontan los sujetos. El reforzamiento de los factores protectores evita que sucumban a la enfermedad, como lo han demostrado investigaciones de epidemiología social (Melillo, 2004). En este sentido Vanistendeael (1992, en Melillo et al., 2001) agrega:

El concepto de resiliencia y la posibilidad de su promoción tiene la virtud de un transdisciplinaria fructífera entre el ámbito social y psicológico de la salud, abriendo perspectivas de trabajo e investigación en esta suerte de “prevención primordial”, anterior a la emergencia de una patología o problema (p.101).

Florentino (2008) explica que la perspectiva que ofrece la resiliencia es valiosa por sus posibles aplicaciones en el campo de salud, prevención y educación, así como su aporte teórico en el ámbito familiar, escolar y comunitario. Desde su punto de vista, esto se orienta a recuperar la salud, la dignidad y la condición humana de niños y adolescentes que se desenvuelven en contextos de adversidad.

Es necesario utilizar plenamente el concepto de resiliencia en las acciones educativas, sociales y de salud, que abarquen a sujetos de todas las edades, familias y comunidades, para ser asistidas por programas que promuevan y refuercen sus características resilientes (Melillo, 2002 citado en Florentino, 2008).

Grotberg (2002, citado en Florentino, 2008) afirma que la resiliencia ha sido reconocida como un aporte a la promoción de la salud mental y que la infancia temprana es un periodo excelente para comenzar con su promoción. Sostiene que la comunidad internacional se ha entusiasmado y comprometido con esta perspectiva porque resulta fecunda y enriquecedora del potencial humano, ya que la realidad muestra que no todas las personas sometidas a situaciones críticas sufren enfermedades o cuadros psicopatológicos, por el contrario, hay personas que superan la situación y encuentran otro significado a la experiencia.

Infante (2001) considera que la adaptación positiva es lo que permite identificar si ha habido o no un proceso de resiliencia, al respecto explica:

La adaptación puede ser considerada positiva cuando el individuo ha alcanzado expectativas sociales asociadas a una etapa de desarrollo, o cuando no ha habido signos de desajuste. En ambos casos, si la adaptación positiva ocurre a pesar de la exposición a la adversidad, se considera una adaptación resiliente (p.37).

La salud mental ha sido rescatada cuando se ha hablado ya sea de resiliencia o de Psicología Positiva. Por ejemplo, Grotberg (2001) ha hecho evidente el que cada día más personas consideran la resiliencia como una característica de la salud mental pues ha sido reconocida como un aporte a la promoción y al mantenimiento de ésta. Además, rescata cómo Seligman y Csikszentmihaly han explicado la forma en que la resiliencia contribuye a la constitución de la calidad de vida. En este mismo sentido, se ha descubierto que las personas resilientes son capaces de enfrentar estresores y adversidades, además de que la resiliencia en sí misma reduce la intensidad del estrés y produce el decrecimiento de signos emocionales negativos como la ansiedad, la depresión, o la rabia, al tiempo que aumenta la curiosidad y la salud emocional. A partir

de lo anterior, se puede observar cómo la resiliencia es efectiva no sólo para enfrentar adversidades sino también para la promoción de la salud mental y emocional (Hiew, Chok, Mori, Shmigu y Tominaga citados en Grotberg, 2001).

CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA Y CÁNCER

Entre los investigadores, existe desacuerdo en torno a la división de las etapas del desarrollo humano, la manera de organizarlas y lo que caracteriza a cada una de ellas. Más allá del debate o las coincidencias, todos los que se han dedicado a estudiar el ciclo evolutivo han identificado una etapa de relevancia tal que, incluso, es considerado por muchos el segundo nacimiento de todo individuo, ésta es: la adolescencia.

La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que ocurren cambios y transformaciones que están relacionadas no sólo con la estructura corporal sino también con el pensamiento, la identidad y las relaciones con la familia y la sociedad. Es evidente que el comienzo de esta etapa incide en todos los aspectos fundamentales que conforman a una persona.

Adolescere es el término en latín del que se deriva *adolescencia* y significa “crecer” o “madurar”. Las transformaciones que tienen lugar son el camino que conduce a la madurez biológica, relacionada con la llegada de la pubertad, la madurez psicológica, caracterizada por la reorganización de la identidad y la madurez social, vinculada al proceso de emancipación que permite que los jóvenes accedan a la condición de adultos (Moreno, 2007).

Uno de los primeros estudiosos del periodo adolescente fue el psicólogo Stanley Hall, quien caracterizó a la adolescencia como un período de tensión (stress) y aflicción, equiparándola con el *Sturm und Drang* –tormenta y tensión (stress)- que tanto abundó en la literatura alemana del siglo XVIII. Esta teoría sigue teniendo sus defensores, en particular los psicólogos y sociólogos de tendencia psicoanalítica (están aquellos que creen que la esencia misma del periodo de la adolescencia es el conflicto mismo). Este es el caso del sociólogo Friedenberg quien sugirió en 1959 que la identidad individual nace del conflicto que los adolescentes experimentan con sus padres y con otros personajes de autoridad, es decir, los adolescentes pueden esclarecer lo exclusivo de su propia experiencia solamente contraponiéndola a la experiencia de aquellos que los han precedido, pudiendo establecer la exclusividad de su propia individualidad e independencia mediante el conflicto con aquellos que quieren mantenerlos sumisos.

Albert Bandura, por otro lado, sostuvo en 1964 que la idea de que la adolescencia es necesariamente un periodo tormentoso, es un mito y sostiene que los adultos han prestado demasiada atención a las señales superficiales de inconformidad en los jóvenes. Afirma que son los medios masivos de comunicación los que han destacado dramáticamente este aspecto de la adolescencia y que tal vez los adolescentes mismos se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Si no se puede afirmar que ni la rebelión, ni la conformidad, ni la angustia, ni la indiferencia son algo universal durante la etapa de la adolescencia, es interesante preguntarse entonces si existe algún elemento o estructuración psicológica que explique la presencia de estas características en algunos adolescentes en distintos momentos; la respuesta parece encontrarse en la noción de identidad. Erik Erikson, en el desarrollo de su teoría sobre las etapas psicosociales, sugirió que la identidad es “la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás” (Erikson, 1950 citado en Mckinney et al., 1982, p.12). La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos de la adolescencia cuando desempeña un papel importante para el desarrollo. Por lo tanto, la rebelión en contra del grupo establecido, al igual que la conformidad, pueden ser una señal de la búsqueda de identidad (Mckinney et al, 1982).

Definiciones

La adolescencia es el periodo de transición de la niñez a la adultez, es variable en su duración y consiste en el desarrollo en los aspectos físico, psicológico, cognitivo, emocional y social (Bennett y MacKenzie, 2013). Es usualmente descrita como una edad particularmente problemática o de riesgo; sin embargo, a pesar de esta creencia generalizada, la investigación empírica ha concluido que la mayoría de los adolescentes atraviesan esta etapa con pocas dificultades mayores, incluso tomando

en cuenta al subgrupo que sí experimenta problemáticas pues éste se convierte en minoría en vez de ser la regla general (Coleman y Hagell, 2007).

La adolescencia es conceptualizada frecuentemente como una transición entre la infancia y la edad adulta (Coleman y Hendry, 2003) que requiere un ajuste considerable. Coleman y Hagell (2007) consideran que es más eficaz entenderla pensándola como una de las más grandes transiciones que suceden durante la vida, identifica además las características que debe reunir una transición: 1) un sentimiento de anticipación por lo que está por venir, 2) un sentido de pérdida por la etapa que se ha terminado, 3) experimentación de ansiedad sobre el futuro, 4) un reajuste psicológico creciente y 5) un nivel de ambigüedad de estatus durante la transición.

Los rangos en que se considera empieza y termina la adolescencia varían de manera importante dependiendo del autor que se consulte. Por ejemplo, Mckinney et al. (1982) explican que “el término adolescente se usa generalmente para referirse a un persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez” (p.3). Moreno (2007) considera que el periodo adolescente aproximadamente transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente. Dulanto (2000) por otro lado, explica que la adolescencia “abarca un largo periodo de la vida que comprende (...) de los 10 o 12 años de edad hasta los 22”. Cardozo (2005) considera a esta etapa un largo periodo que da comienzo aproximadamente a los 10/11 años y finaliza alrededor de los 19/20. Por su parte, De la Portilla (2006) plantea que la adolescencia abarca “de los 11 a los 20 años, sin considerar las adolescencias prolongadas, anómalas, que pueden durar toda la vida” (p. 31). Un rango que es generalmente utilizado es el que proporciona la Organización Mundial de la Salud que plantea que los adolescentes son aquellos que se encuentran entre los 10 y los 19 años de edad.

Una de las definiciones más citadas es la de Ingersoll quien define a la adolescencia desde una visión holística considerando al adolescente como una unidad biopsicosocial en evolución; para él esta etapa es el periodo durante el cual una persona busca establecer “identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales (...)

maduras, (...) a las exigencias de la sociedad (...), la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos” (Dulanto, 2000, p. 155), en otras palabras, “es una experiencia que es determinada biológicamente, expresada conductualmente y definida socialmente” (Bennett y MacKenzie en Steinbeck y Kohn, 2013, p. 27).

Como se puede notar en la definición de Ingersoll, al definir la adolescencia es necesario tomar en cuenta elementos fisiológicos, cognitivos, sociales y psicológicos. Su comprensión implica retos y es por esto que es dividida en periodos para su entendimiento, la manera más frecuente es hacerlo en tres fases: adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía, también llamada fase de resolución de la adolescencia. Cada una tiene un tema particular de relieve o resolución, a continuación se sintetiza según lo que manejan Bennett y MacKenzie (2013):

Tabla 2. Sub-fases de la adolescencia

Adolescencia	
Temprana	Los aspectos predominantes tienen que ver con los cambios y las sensaciones ocasionados por la pubertad. Los pares del mismo sexo se convierten en referente para la comparación y la validación, por otro lado, los pares del sexo opuesto se convierten en el indicador más importante de éxito. En esta fase son comunes altos niveles de actividad física.
Media	La mayor atención está sobre la validación de uno mismo y el desarrollo del sentido del bienestar separado de los padres y de la familia (individuación). La validación personal como individuo se convierte en la fuerza impulsora detrás de las conductas, la motivación y la comodidad social. La continua maduración cerebral es expresada en una habilidad creciente para razonar y pensar.
Tardía	La persona está orientada hacia la definición del funcionamiento de sí mismo en términos de educación, trabajo, estilo de vida y planes en sus relaciones. Hay un grado de autonomía psicológica, una imagen corporal realista y un sentido más cómodo de identidad sexual.

Al estar ligado el concepto de adolescencia con el de madurez es natural que las edades cronológicas que la encuadran sean susceptibles a variaciones derivadas de

las características individuales de cada persona así como de las condiciones sociales, culturales e históricas en las que se presenta este fenómeno. En la literatura se pueden encontrar diversidad de rangos que hacen referencia a las sub-etapas de la adolescencia, a continuación se mencionan sólo algunos:

Tabla 3. Cronología de las sub-etapas de la adolescencia según diferentes autores

Fase	Bennett y MacKenzie (2013)	Dulanto (2000)	Moreno (2007, 2010)	Domènech, Rey y De la Fuente (2010)	Bastidas, Posada y Ramírez
Temprana	10 - 13 años	12 - 14 años	11-14 años	10-13 años	10-13.5 años
Media	14 - 16 años	15 - 17 años	15-18 años	14-16 años	12-15 años
Tardía	17 – 26 años	18 - 21 años	+18 (Adolescencia tardía/juventud)	+17	14-17 años

Las definiciones de adolescencia varían dependiendo del punto al que se le quiera dar relevancia, para Dulanto (2000), en tanto abarquen y expliquen la función de la maduración cognitiva, emocional y social del adolescente pueden considerarse válidas y útiles para entender el proceso y captar mejor la esencia del significado de la etapa.

Por muchas razones el periodo de la adolescencia evade toda definición exacta, esto tiene que ver con que es una etapa de transición entre la niñez y la plena madurez de la edad adulta y se apoya en la definición de estos periodos laterales para su propio esclarecimiento. Curiosamente, la dificultad de definición de la etapa refleja una de las principales características de la adolescencia: la falta de claridad con respecto al puesto que ocupa al adolescente en la comunidad (Mckinney et al., 1982).

Una manera práctica de colocar y delimitar a la adolescencia se incluye en la siguiente definición: “periodo entre la pubertad o madurez sexual y el momento en que se establece la plena independencia y responsabilidad adulta” (Mckinney et al., 1982, p.9). Sin lugar a dudas, la pubertad es relevante no sólo como proceso físico, sino también social al marcar el punto que diferencia la etapa infantil y la adolescente.

Pubertad

La pubertad es un proceso de crecimiento y de maduración biológica que se desarrolla bajo control genético estricto por lo que aparece como consecuencia del crecimiento y desarrollo humanos en etapas previas (Dulanto, 2000). Se inicia por cambios neurohormonales que se producen debido a la interacción del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal; gracias a esto se incrementa la secreción de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), que estimula en la hipófisis la secreción de gonadotropinas (FSH y LH) que, a su vez, estimula la gónada correspondiente, promoviendo su desarrollo y maduración y el incremento en la producción de estrógenos y andrógenos (Domènech, Rey y De la Fuente, 2010)

Algunas de las manifestaciones somáticas son el crecimiento y maduración del aparato genital, aparición de los caracteres sexuales secundarios, crecimiento acelerado del sistema musculo-esquelético y la adquisición de la capacidad de procreación. Comprende los siguientes cuatro cambios básicos: 1) aceleración y desaceleración del crecimiento en la mayor parte de las dimensiones óseas y en gran parte de los órganos internos; 2) modificación de la composición corporal que comprende el crecimiento del esqueleto y los músculos, y cantidad y distribución de la grasa; 3) desarrollo de los sistemas cardiovascular y respiratorio con aumento de la fuerza y resistencia, en particular en el sexo masculino y 4) desarrollo de las gónadas, los órganos reproductores y los caracteres sexuales masculinos (Dulanto, 2000).

Durante la pubertad ocurren dos hechos significativos en el desarrollo: la menarquía en mujeres y la espermarquía en varones. La primera sucede en promedio alrededor de los 12 años de edad, con variaciones de un año aproximadamente. La segunda se presenta en la primera eyaculación espontánea nocturna, a lo que se le llama también poluciones nocturnas o sueños húmedos, ésta se observa alrededor de los 14 años de edad, también con variaciones aproximadas de un año. En la actualidad, la edad más frecuente de presentación de la pubertad en áreas urbanas de países desarrollados es de 11 años en mujeres y de 12 años en varones, existiendo en ambos casos una variación de un año antes o después en relación a la edad promedio (Dulanto, 2000).

Existen factores que intervienen en la producción de la pubertad y en el momento específico en el que ésta se presenta. Cuando se hace un análisis de los cambios relacionados a esta etapa se deben incluir tanto factores genéticos, nutricionales, psicosociales y aquellos relacionados con las condiciones de salud personal y pública. A continuación se muestra de manera sintetizada los cambios más relevantes que tienen que ver con la producción de la pubertad, se considera relevante incluirlos debido a que la muestra participante en el presente estudio experimentó alteraciones en al menos uno de los siguientes factores.

Tabla 4. Factores intervinientes en la pubertad

Tipo de factor	Características
Factores genéticos	Influyen en la determinación del inicio de la pubertad y en la velocidad de las modificaciones biológicas involucradas.
Factores nutricionales	Hacen posible el equilibrio que permite a los tejidos crecer en armonía y de manera oportuna. La alimentación mala o deficiente ocasiona alteraciones en la velocidad del crecimiento infantil y pubescente, así como en las relaciones entre diferentes segmentos del esqueleto, lo cual se traduce en imágenes corporales con falta notable de armonía.
Factores de salud	Las enfermedades crónicas de cualquier índole que afectan con gravedad la salud limitan la oportunidad de un crecimiento normal y en el tiempo adecuado para los diversos tejidos que afectan.
Factores ambientales	Todo proceso de carácter económico, cultural o psicológico que incide como fuerza limitante en el desarrollo humano en una persona, familia o grupo social, influye en aspectos biológicos o psíquicos o en ambos de manera que altera la oportunidad de la aparición o secuencia normativas de la pubertad.
Factores endocrinos	Las gónadas maduran por influencia de las hormonas foliculostimulante (FSH) y luteinizante (LH) de la adenohipófisis y, en consecuencia, los ovarios y los testículos inician su producción hormonal, con lo que se origina la evidencia somática de la pubertad.

(Dulanto, 2000)

Los cambios corporales que caracterizan a la pubertad se pueden convertir en una fuente de inseguridad y angustia cuando ocurre a un ritmo lento o cuando es precoz y acelerada en comparación con la de otros. Los diversos cambios que se presentan en

esta etapa hacen aparecer la conciencia de que la figura corporal y las cualidades que la adornan facilitan o dificultan el éxito entre los iguales (Dulanto, 2000)

Queda claro que la pubertad se refiere a la madurez biológica y es el punto que se toma como referencia para hablar de la adolescencia, un largo periodo durante el cual no sólo acontece la madurez física, sino también la búsqueda de la social y psicológica. Para entender este fenómeno es usual describir los cambios que se presentan en diferentes áreas de desarrollo, ya habiendo hablado de los aspectos relacionados con el área física, se hablará ahora de los aspectos cognitivos, sociales y emocionales que representan tres áreas fundamentales cuando se entiende al fenómeno adolescente.

Desarrollo cognitivo

Este ámbito de desarrollo es primordial ya que marca pautas diferentes en la conducta cotidiana. En lo que respecta al desarrollo del conocimiento, Jean Piaget explicó el funcionamiento intelectual como una adaptación, haciendo una analogía con el desarrollo evolutivo de las estructuras y funciones biológicas que permiten a los organismos adaptarse a su ambiente. Describió cuatro etapas principales en el desarrollo del conocimiento: etapa sensoriomotora, etapa preoperacional, etapa de operaciones concretas y etapa de operaciones formales, ésta última corresponde a la adolescencia y es cuando el individuo “aprende a formular hipótesis (...), llega a ser capaz de un razonamiento deductivo y (...) puede emprender un razonamiento causal y dar explicaciones científicas a sucesos (Mckinney et al., 1982, p.153). A partir de este momento, el individuo es capaz de desprenderse de los datos inmediatos y razonar no sólo acerca de lo real sino también acerca de lo posible, es decir, con hipótesis (Marino, 2000).

La principal manera en que la lógica del adolescente difiere de la lógica de la etapa anterior es que presta atención tanto a la forma como al contenido estructural de un argumento o problema concreto, en otras palabras, el adolescente puede razonar acerca de su propio razonamiento y esto supone una nueva separación de sujeto y objeto (Mckinney et al., 1982).

El paso del pensamiento operacional concreto al pensamiento operacional formal no tiene una edad específica al presentarse, incluso, parece que algunos adultos nunca llegan a adquirir un pensamiento operacional formal. Esto es porque las operaciones formales se refieren tanto a una etapa de desarrollo como a un estilo de razonamiento (Mckinney et al., 1982).

Durante la adolescencia el individuo puede someter a consideración no solamente las percepciones de otros sino también sus propias operaciones lógicas, puede empezar a pensar sobre sí mismo como lo harían otros al considerarse como objeto de las percepciones y pensamientos de los demás. El egocentrismo de la adolescencia tiene que ver con la creencia de ser el foco de preocupación de otros, lo cual se extiende a su conducta igual que a su apariencia (Mckinney et al., 1982).

Es evidente que los cambios físicos por los que los adolescentes están pasando los hacen más conscientes de su propio desarrollo y los preocupan hasta cierto punto, por esta razón se vuelven objeto de su propia consideración. Esta diferenciación o individuación de sí mismo con respecto a los demás es sinónimo de objetivización. La preocupación correlativa del adolescente por un público imaginario suelen conducir tanto a la crítica de sí mismo como a alabanza, ambas tienen un mismo fundamento cognoscitivo (Mckinney et al., 1982).

Desarrollo social

Pese al apoyo oportuno y positivo de los adultos en la familia o en la escuela, toda experiencia adolescente está llena de acontecimientos y vivencias matizadas de múltiples detalles que requieren del apoyo de nuevos vínculos, particularmente extrafamiliares. Por lo general, estos nacen y se conforman de manera acelerada entre los 15 y 18 años de edad (Dulanto, 2000).

El progresivo proceso de independencia hace que los adolescentes pasen cada vez más tiempo con sus compañeros y amigos; éste es el periodo en el que se otorga mucha importancia a las relaciones. Los compañeros ganan importancia porque brindan oportunidades de información sobre roles, actitudes, comportamientos y posibilidades de comparación social. Esto les crea un sentimiento de pertenencia -o no-

a un grupo de referencia, con sus normas y con el que se comparan (Domènech et al., 2010).

La elección de los amigos es un asunto complejo y refleja un importante aspecto que puede ser decisivo para la autodefinición del adolescente. Los suelen escoger porque comparten actitudes, intereses y actividades, pero también por otros motivos como condiciones o atributos que se consideran faltantes. Los amigos pueden ser una fuente de apoyo o de admiración por motivos a veces transitorios. Los aspectos íntimos del apoyo y comunicación se vuelven más importantes con relaciones intensas dentro del mismo género en la adolescencia temprana y con el otro género en la tardía. Entre las mujeres, las conversaciones íntimas son la base de la amistad, mientras que para los chicos lo son las actividades compartidas (Domènech et al., 2010).

La validez de casi todo lo que se practica está en función de lo compartido y del reconocimiento de los pares (Dulanto, 2000, p. 8). El fenómeno grupal en la adolescencia adquiere una importancia trascendental ya que el adolescente transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente mantenía con la estructura familiar y con los padres, es por esto que el grupo constituye la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta (Aberastury y Knobel, 1990).

Desarrollo emocional

Los cambios y transformaciones en la adolescencia tienen que ver con la transición a la adultez que crea sentimientos confusos y contradictorios. Durante este proceso se encuentra el dolor por la pérdida de lo conocido, el mundo de la infancia, la temida adultez y el deseo de alcanzar un nuevo estatus. El equilibrio que había en la infancia se rompe surgiendo una crisis lo que conlleva a la búsqueda de una nueva identidad, ésta se realiza a través del duelo como proceso psicológico (Hernández, 2008).

Durante la adolescencia se puede observar el desarrollo de tres duelos: por el cuerpo infantil, por la identidad y el rol infantil, y por los padres de la infancia; los temas a resolver respectivamente tienen que ver con la búsqueda de refugio en el mundo interno debido a la pérdida del cuerpo, la búsqueda de nuevos derechos, obligaciones, actitudes y normas de conducta, y la construcción de nuevos ideales y valores que den

sentido, después de la alteraciones sobre la imagen de los padres (Aberastury, 1994). Esto genera sufrimiento de gran magnitud y es importante facilitarle a los adolescentes medios y dar tiempo para que encuentren sus propias soluciones, esta etapa implica tanto para los adultos que los rodean importante comprensión y habilidad personal (De la Portilla, 2006).

La experiencia emocional en la adolescencia es diferente de la de los adultos debido a la incorporación de nuevos eventos tanto fisiológicos como cognitivos (Lewis y Rosenblum (1978). Los eventos de vida son una variable que influye en el desarrollo y tono emocional, dependiendo de su normatividad y del significado personal que tienen para el individuo. Se considera que las emociones, como sistemas que proveen significado, están ligadas a la identidad y la van definiendo al mismo tiempo que a los diferentes eventos de vida (Suárez, 2009).

Hay habilidades que se desarrollan en la adolescencia que tienen que ver con el funcionamiento emocional adulto, una de éstas es el desarrollo de la conciencia de las propias emociones, existiendo además la capacidad de distinguir entre los sentimientos y los hechos. La expresión de las emociones más intensas también se ve beneficiada cuando el adolescente comprende las consecuencias en otras personas y en sí mismo. Se desarrolla una mayor habilidad para anticipar experiencias y expresiones emocionales de otros. En el mismo continuo, el desarrollo de habilidades de regulación emocional contribuye a la experiencia y expresión de empatía que es necesaria para la capacidad de dar soporte emocional. El adolescente aprende a separar momentáneamente la experiencia emocional de su identidad y reconocer que se puede permanecer intacto y continuo a pesar de las fluctuaciones emocionales (Lewis y Rosenblum, 1978)

La identidad como logro de la adolescencia

La adolescencia es un momento del ciclo vital en el que se produce una crisis durante la cual el individuo se ve obligado a enfrentarse con su inestabilidad interior y con diversas demandas que le llegan del mundo externo en el ámbito social (amistades, alejamiento del núcleo familiar, pareja), intelectual (estudio) y vocacional (elección de

futuro). En estos procesos se deberá dar respuesta progresivamente a interrogantes que tienen que ver con cuestionamiento relacionados a las preguntas: *¿quién soy yo? ¿Qué quiero hacer? ¿Hacia dónde voy?* (Cardozo, 2005). La vivencia de experiencias que den sentido y vayan respondiendo a estas preguntas conduce a la búsqueda de identidad, elemento primordial en el proceso de ser adolescente.

La adolescencia es una época en la que el individuo lucha para determinar la naturaleza exacta de su yo, y para consolidar una serie de elecciones en un todo coherente que constituya la esencia de su persona, claramente distinta de los padres y otras influencias formativas. Sin este proceso hacia la individualidad, el adolescente puede experimentar despersonalización (Coleman y Hendry, 2003).

Erikson es una figura clave en cualquier análisis del desarrollo de la identidad, él concebía el ciclo vital como una serie de estadios con una tarea evolutiva de naturaleza psicológica. Durante el estadio correspondiente a la adolescencia, la tarea implica el establecimiento de una identidad coherente y la anulación del sentimiento de difusión de la identidad. La búsqueda de identidad se hace especialmente aguda en este estadio como resultado del rápido cambio biológico y social, así como la importancia para el individuo de tener que tomar decisiones importantes en casi todas las áreas de la vida. Erikson suponía que es necesaria alguna forma de crisis para que el joven resuelva la cuestión de la identidad y venza la difusión de la identidad (Coleman, Hendry, 2003).

La construcción de una nueva identidad se extiende a lo largo de toda la adolescencia e implica un nuevo concepto de uno mismo, la autonomía emocional, el compromiso con un conjunto de valores y la adopción de una actitud frente a la sociedad (Moreno, 2007).

Los ritos de iniciación posibilitan la asignación de un nuevo rol y un nuevo status, soporte para la autoimagen e identidad, meta final a la que llega a través de crisis emocionales que lejos de ser dañino es necesario como potencial de crecimiento. Es por esto que se ha denominado a la adolescencia como “la segunda oportunidad” que da la vida para rectificar, modificar o reconstruir desarrollos tempranos incompletos o

defectuosos, con la posibilidad de identificación con nuevos modelos (De la Portilla, 2006).

Se puede considerar a la adolescencia, tal como señala Erikson, como una crisis normal en que se acentúan los conflictos por variaciones en la fortaleza del “yo”, generando conductas “anormales transitorias”, que en otra época de la vida serían disruptivas o dañinas. Entre las conductas que se han identificado como constituyentes del *síndrome del adolescente normal* se encuentran: crisis religiosas, pseudo actitudes sociopáticas transitorias, desubicación temporo-espacial, cambios bruscos en el estado emocional, identidades transitorias, contradicciones marcadas, lucha contra los padres, despertar sexual y genital con apasionamiento y desencanto, tendencia grupal, intelectualización y fantasía, sentimientos de desamparo y dependencia, buscar reemplazar a los padres por un líder. Todas estas manifestaciones intentan disfrazar y tapar externamente la revolución interna. La gran crisis de la adolescencia la representa la búsqueda de identidad (De la Portilla, 2006).

Cuestionar y poner en tela de juicio la figura de los adultos durante la adolescencia es una actitud necesaria que de manera sistemática se usa por vez primera en la vida para conocer y analizar lo que hasta ese momento ha sido la interacción con las figuras más importantes de la niñez y que aún están presentes. Es un tránsito donde se revisan las primeras etapas de la vida, se recapturan y actualizan todos los valores que sirven de apoyo y punto de partida para iniciar la búsqueda y el encuentro de ser persona y el estilo de afirmarse como tal ante los demás (Dulanto, 2000).

Ya sea que la entendamos como una etapa de crisis o de transición, conceptos ligados pero diferentes en su génesis, la adolescencia implica retos específicos y fundamentales para el funcionamiento posterior en la vida adulta en la que el encuentro con la propia identidad marcará la pauta.

Estrés

La importancia que se le ha dado al estudio de este concepto se debe a que tiene implicaciones en la vida cotidiana de todo individuo al producir consecuencias positivas y negativas en el ámbito físico y psicológico. Lo cierto es que existen diferentes marcos

de referencia para su entendimiento y definición por lo que se pueden identificar diversos enfoques en la amplia literatura sobre el tema. Fusté-Escolano (2000) menciona tres principales:

- Estrés como factor externo que provoca una respuesta de tensión (estresor)
- Estrés como respuesta
- Estrés explicado cómo proceso interactivo entre situaciones y características del individuo (enfoque interaccionista)

Por su parte, Pereyra (2010) agrega a los antes mencionados dos más, explicando que se han generado a partir de las nuevas líneas de análisis en el tema, estos son:

- Calidad o naturaleza del estrés (*distrés* si es negativo y *eustrés* si es positivo)
- Modelos integradores multimodales

A continuación se sintetiza en la siguiente tabla cada uno de los cinco modelos mencionados anteriormente.

Tabla 5. Diferentes enfoques para explicar el concepto de estrés

Enfoque	Conceptualización de estrés
Estrés como respuesta (Teoría fisiológica)	Desarrollada por Selye quien definió al estrés como la respuesta inespecífica del organismo ante la demanda de un agente nocivo (estresor o alarmador) que atenta contra el equilibrio homeostático del organismo. Al ser una respuesta ante situaciones de peligro, bajo esas circunstancias, el organismo se prepara para combatir o huir (fight or flight)
Estrés como estímulo (Teoría de los sucesos vitales)	Los principales investigadores que aportaron a esta teoría fueron Holmes y Rahe, ellos encontraron evidencias significativas de que los cambios ocurridos en la vida de un grupo de personas incrementaron la posibilidad de contraer la enfermedad. Señalaron que: 1) la magnitud del cambio vital está alta y significativamente relacionada con la aparición de la enfermedad; 2) cuanto mayor sea el cambio vital o crisis, mayor es la probabilidad de que este cambio se asocie con la aparición de la enfermedad en la población de riesgo; 3) existe una fuerte correlación positiva entre la magnitud del cambio vital y la gravedad de la enfermedad crónica experimentada.
Definición interactiva (Teoría de la evaluación cognitiva)	Especifica que el estrés se origina en la evaluación cognitiva que hace el sujeto, en este proceso interactúan los componentes internos y los provenientes del entorno. El principal expositor de esta perspectiva derivada de la psicología cognitiva fue Richard Lazarus y Susan Folkman.
Distrés versus eustrés	Selye reconoció los aspectos positivos del estrés, diferenció entre resultados agradables y desagradables. Al que provoca resultados positivos lo denominó "eustrés" y al que produce efectos negativos "distrés". Este modelo cuestiona la identificación del estrés con el distrés, es decir, la asunción de una visión psicopatológica que desconoce la perspectiva de salud.
Modelos integradores multimodales	No existe un modelo unánimemente aceptado por todos los investigadores que explique todos los aspectos del proceso de estrés. Los múltiples modelos existentes, por lo general, parten de una concepción que reconoce la transacción entre el sujeto y el ambiente; se otorga también importancia a los procesos cognitivos implicados, las demandas psicosociales, los recursos materiales, sociales y personales, las variables disposición ales de personalidad, las estrategias de afrontamiento y las respuestas del sujeto.

(Pereyra, 2010)

El enfoque que se cita de manera clásica y que por este motivo parece ser el más aceptado es el de Lazarus y Folkman. Esto puede deberse a que integraron en su momento el estrés como estímulo y como respuesta, completando así la visión del fenómeno. Para estos autores, el estrés es “una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p.43).

La reacción de estrés depende de cómo es percibida la situación, más que de la clase de situación en sí. Debido a esto, no todo el mundo reacciona de igual manera ante situaciones semejantes. Entre la situación y la reacción personal se coloca un elemento responsable de dicha interacción, éste es la valoración cognitiva que hace la persona de la situación (Trianes, 2003).

Lazarus y Folkman destacan la existencia de dos procesos que determinan y explican las diferencias entre las personas a la hora de actuar ante situaciones similares. La primera evaluación de la situación se llama *evaluación cognitiva primaria* y permite discriminar entre una situación benigna, irrelevante o estresante. Si dicha situación puede acarrear daño, pérdida o amenaza, será percibida como estresante. La *evaluación cognitiva secundaria*, por otro lado, está dirigida a examinar los propios recursos para hacer frente a dicha situación. Estas dos evaluaciones caracterizan al primero proceso, el segundo proceso que interviene es el afrontamiento, entendido como proceso a través del cual la persona maneja las demandas o situaciones que percibe como estresantes (Trianes, 2003).

Afrontamiento

El afrontamiento es una forma de manejar el estrés con una finalidad adaptativa (Pereyra, 2010). La definición que proporciona Lazarus (1986) para este concepto es: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.246 en Pereyra, 2010).

Lazarus y Folkman reconocieron dos maneras de afrontar el estrés, uno dirigido a manipular o alterar el problema y otro a regular la respuesta emocional causada por el problema. Además, identificaron ocho estrategias específicas: tres correspondientes al modo centrado en el problema (confrontación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de soluciones) y cinco, referidas al modo centrado en la emoción (autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación). Muchos investigadores coinciden con este modelo, sin embargo, muchos otros han desarrollado los propios en los que detallan y agregan más estrategias específicas de afrontamiento (Pereyra, 2010).

Las habilidades de afrontamiento, formas características para manejar las dificultades, tienen influencia en la manera en que se identifica y se trata de resolver problemas. Las personas que tienen un afrontamiento exitoso no sólo saben cómo hacer las cosas, sino que también saben cómo enfrentar situaciones para las cuales no tienen una respuesta previa. Como consecuencia, son menos vulnerables (Sarason y Sarason, 2006).

Se consideran estrategias funcionales las orientadas a focalizarse en el problema, la búsqueda de soluciones y de apoyo social, el autocontrol, la reestructuración positiva, el afrontamiento activo, la planificación, el optimismo, el buen humor, etc. Por otro lado, se estiman disfuncionales la autoinculpación, la negación, el pesimismo, las conductas y pensamientos evasivos o de escape, el consumo de sustancias, refugiarse en la fantasía o recurrir al pensamiento mágico, entre otras (Pereyra, 2010). Estas estrategias inciden tanto en la experimentación de estrés en el individuo como en la forma de manejarlo.

El proceso de afrontamiento comprende varios factores que interactúan entre sí: los recursos para el afrontamiento, la vulnerabilidad y la percepción del apoyo social disponible. Todos ellos son producto de la personalidad del individuo y sus experiencias anteriores (Sarason y Sarason, 2006).

Cáncer como suceso de vida en el adolescente

Aunque la mayoría de los adolescentes que participaron en este estudio no enfermaron de cáncer durante esta etapa del ciclo vital, este acontecimiento puede estar interviniendo en el proceso de búsqueda de identidad característico de esta etapa, más para aquellos que lidian actualmente con alguna secuela que se derivó del tratamiento lo que podría estar siendo generador de estrés en el presente.

Ya que el estrés tiene efectos perjudiciales en la conducta, el pensamiento y el funcionamiento del organismo ha existido el interés por cuantificar qué tan estresantes son ciertas experiencias en la vida y se ha intentado encontrar maneras para evaluar el estrés. Debido a que las experiencias recientes con frecuencia ejercen una influencia más poderosa y se recuerdan con mayor facilidad que aquellas que sucedieron muchos años atrás, se hace un esfuerzo por cuantificar los cambios estresantes de la vida durante periodos específicos. Se han elaborado cuestionarios no sólo para evaluar si determinados eventos sucedieron en el pasado reciente, sino también la forma en que el individuo percibió el suceso y sintió su efecto. En tanto que la ocurrencia de uno de estos sucesos en particular quizá no ponga a una persona en mayor riesgo de un resultado adverso, la ocurrencia de varias clases de eventos juntos durante un cierto periodo representaría un riesgo agregado y significativo (Sarason y Sarason, 2006).

La ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes es uno de los factores de riesgo para el ajuste adolescente citados con más frecuencia por los investigadores y existe una amplia evidencia empírica sobre el aumento de problemas emocionales y depresivos en respuesta a la ocurrencia de algunos de estos acontecimientos (Aseltine, Gore y Colten, 1994; Ge, Lorenz, Conger, Elder y Simmons, 1994; Kim, Conger, Elder y Lorenz, 2003; Kraaij et al., 2003 en Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008).

A pesar de lo anterior, al estudiar a los sucesos de vida se ha observado que los seres humanos tienen una enorme capacidad de adaptación, tanto ante sucesos positivos como negativos pues, tras una alteración temporal de la satisfacción vital percibida, ésta vuelve a sus niveles previos después de cierto tiempo. Algunos autores han sugerido que el temperamento de cada persona puede intervenir en el establecimiento de un punto de anclaje de bienestar alrededor del cual se oscila según la naturaleza de los acontecimientos. De acuerdo a esta aproximación, cuando un acontecimiento negativo o positivo altera el nivel de bienestar, determinados mecanismos de regulación se encargan de volver al estado previo de bienestar que marca determinado temperamento. Sin embargo, la investigación ha observado también que el punto de anclaje es modificable debido a que ciertas experiencias traumáticas parecen reducir de forma significativa los niveles de felicidad, desafiando las capacidades adaptativas del ser humano (Diener, Lucas y Scallan, 2006 en Vázquez y Hervás, 2009). Por otra parte, se ha observado de forma preliminar que ciertos entrenamientos positivos pueden elevar de forma permanente el bienestar de los participantes (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005, citados en Vázquez y Hervás, 2009).

Resulta interesante considerar que la concepción de estrés, adversidad y resiliencia no se puede separar del contexto sociocultural de cada momento histórico. Esto tiene que ver de manera importante con lo que menciona Melillo (2004b) al debatir el concepto de “adaptación” en la definición de resiliencia pues él considera que en lo que se refiere al ajuste social, “la propia sociedad [puede ser] la que representa la adversidad para el sujeto” (p.89). En este continuo, la observación de que no todas las personas se ven afectadas de igual manera por los estresores vitales se ha explicado de diversas maneras, una de ellas tiene que ver con lo que se denomina como factores protectores y factores de riesgo.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo han sido definidos como todas aquellas conductas, ambientes o condiciones sociales, económicas o biológicas, que causan o se asocian con un incremento en la susceptibilidad para una enfermedad específica,

una salud deficiente o alguna lesión (OMS; 1998 en Cardozo y Dubini, 2005). También se pueden describir como las características detectables en un individuo, familia o comunidad que implican una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño (Cardozo y Dubini, 2005). Su identificación interviene en la implementación de estrategias y/o acciones encaminadas a promover la salud.

Se ha distinguido entre lo que pueden ser llamados factores de riesgo independientes y no independientes; los primeros se definirían como aquellos eventos fuera del control del individuo: muerte de un ser querido o un desastre natural son algunos ejemplos. Los factores de riesgo no independientes se refieren a los eventos que se relacionan con la conducta de la persona, como ejemplos se puede mencionar a las dificultades para relacionarse o tomar riesgos relacionados con la salud (Coleman y Hagell, 2007); la ocurrencia de este tipo de factores incrementa con la edad (Gest, Reed y Masten, 1999 citado en Coleman y Hagell, 2007)

Otra aproximación para entender los factores de riesgo es identificándolos ya sea dentro del contexto individual, familiar o comunitario (Coleman y Hagell, 2007). A pesar de que este enfoque no puede contener a la totalidad de los factores de riesgo existentes, los autores antes citados mencionan:

Tabla 6. Factores de riesgo

Factores	
Individuales	Temperamento ansioso, baja inteligencia, salud pobre, hiperactividad, baja tolerancia a la frustración
Familiares	Enfermedad parental, conflicto parental, involucramiento criminal parental, inconsistencias en la disciplina, pérdida de un padre por muerte o divorcio, hermanos disruptivos
Comunitarios	Desventaja económica, malas condiciones de vivienda, calidad de la educación y otros servicios, tasa de criminalidad, nivel de abuso de sustancias, falta de modelos de conducta dentro la comunidad

Otro acercamiento alternativo es el que se origina de la literatura clínica, particularmente aquella que trata del estudio del estrés. El término “estresor” trata con variables que son similares a aquellas descritas por otros como factores de riesgo. Un importante contribuyente a este tipo de literatura es Bruce Compas; él señala que el estrés varía a lo largo de ciertas dimensiones, incluyendo si es normativo o atípico, largo o corto en magnitud, y crónico o agudo en su naturaleza. Este autor distingue tres categorías de estresores: estrés normativo o genérico, agudo y crónico. Al respecto de la adolescencia, señala que toda la gente joven experimenta algún grado de estrés a medida que se mueve a través de esta etapa, esto puede incluir cambios de escuela, pérdida de amigos, problemas cotidianos con los adultos, entre muchas otras, lo anterior son algunos ejemplos de lo que se conoce como estrés normativo. En cuanto al estrés agudo señala que algunos jóvenes tendrán que enfrentar estresores más serios y como ejemplos señala a los accidentes o la muerte de un padre. Por último, los estresores crónicos consistirían en pobreza, racismo, conflicto parental, *bullying* entre otras dificultades a largo plazo. Dos factores clave son el tiempo de ocurrencia de los eventos y el número de estresores experimentados a la vez, estos dos factores interactúan entre sí. La manera en que los eventos normativos y no normativos se agrupan es un factor clave al determinar la habilidad de afrontamiento del individuo (Coleman y Hagell, 2007).

Donas Burak (1998, citado en Cardozo y Dubini, 2005) analizó los factores de riesgo en la adolescencia y distinguió entre factores de riesgo de amplio espectro y factores de riesgo que son específicos para un daño. Entre los factores de riesgo amplio pueden considerarse: familia con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, autoestima baja, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, deserción escolar, proyecto de vida débil, locus de control externo, bajo nivel de resiliencia. Por otro lado, se consideran factores de riesgo específico algunos como: portar un arma blanca, no usar casco protector en moto, tener una hermana o amigas adolescentes embarazadas, el consumo de alcohol, la ingesta excesiva de calorías, la depresión, etc.

Todos los estudiosos en el campo de los factores de riesgo coinciden en que a mayor cantidad de riesgos mayor será también la probabilidad de un pobre resultado (Appleyard, Egeland, Van Dulmen y Sroufe, 2005 citados en Coleman y Hagell, 2007).

Conducta de riesgo

Si bien los factores de riesgo son las variables que pueden contribuir a malos resultados, los comportamientos de riesgo se refieren a aquellas actividades que son potencialmente dañinos, algunos ejemplos son: consumo de alcohol, consumo de tabaco, uso de sustancias, diferentes tipos de conducta antisocial y conducta sexual de riesgo. Uno de los problemas particulares con el concepto de conducta de riesgo es que da pauta a un estereotipo negativo de la gente joven pues no todos los adolescentes se involucran en conductas de riesgo y muchos de los que sí, sólo lo hacen en un nivel mínimo y no perjudicial (Coleman y Hagell, 2007).

Es importante establecer una diferencia clara entre factores de riesgo y conductas de riesgo, aunque puede haber situaciones en las que tienen puntos de encuentro. Aquellas personas que se enganchan en conductas de riesgo no necesariamente serán aquellos que hayan experimentado un número elevado de factores de riesgo en su desarrollo, esto se debe a que ambas nociones son conceptualmente distintas entre sí. En relación a lo anterior resulta interesante como algunos autores han propuesto un cambio en la terminología en relación a las conductas de riesgo. Por ejemplo, Michaud (2006, en Coleman y Hagell, 2007) considera que sería mejor si términos como “exploratorio” o “experimental” fueran usados para describir conductas que son comunes en la adolescencia pero que no necesariamente conducen a un daño o peligro. Ejemplos de tales conductas podrían incluir uso moderado del alcohol, tabaquismo moderado, sexo protegido con una pareja conocida y en la que se confía, entre otras. A pesar de los beneficios que traería esta nueva acepción, las dificultades que traería para definir hasta qué punto una conducta entraría en los límites de experimental para convertirse en perjudicial también implica importantes retos y pautas para debate (Coleman y Hagell, 2007).

Factores de protección

Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo humano de individuos, familias, grupos o comunidades. Intervienen en el mantenimiento o recuperación de la salud y, en muchos casos, pueden reducir los efectos de circunstancias desfavorables (factores o conductas de riesgo), reduciendo la vulnerabilidad general o específica. Se pueden diferenciar entre aquellos que son externos e internos, los primeros se refieren a las condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños, algunos ejemplos son el apoyo de un adulto y la integración social y/o laboral. Por otro lado, los factores protectores internos se refieren a atributos del sujeto y entre ellos se puede nombrar al autoestima positiva, la confianza en sí mismo y la asertividad (Cardozo y Dubini, 2005).

Los factores protectores se diferencian de las experiencias simplemente positivas o benéficas. Según Rutter (1985 citado en Cardozo y Dubini, 2005), un factor protector puede no constituir un suceso agradable, en ciertas circunstancias los eventos no placenteros y potencialmente peligrosos pueden fortalecer a los individuos frente a eventos similares, sin embargo, también puede darse el efecto contrario: los eventos estresantes actúan como factores de riesgo, sensibilizando frente a futuras experiencias de estrés.

Por otro lado, los factores protectores, a diferencia de las experiencias positivas que se caracterizan por actuar en general de manera directa, incluyen un componente de interacción debido a que manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor, modificando la respuesta del individuo en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperado. Este proceso ha sido observado, por ejemplo, en el efecto que han tenido varios programas preventivos de preparación de los niños y sus familias para enfrentar los eventos de hospitalización, disminuyendo significativamente las tasas de perturbación emocional (Rutter, 1985 citado en Cardozo y Dubini, 2005).

Un tercer aspecto sumamente relevante que diferencia los factores protectores de las experiencias positivas es que pueden no constituir una experiencia en absoluto, sino una cualidad o característica individual de la personalidad. Las niñas, por ejemplo, parecen menos vulnerables que los niños ante diferentes riesgos psicosociales (Rutter, 1970 en Cardozo y Dubini, 2005)

Los factores protectores también se pueden clasificar en individuales, familiares y comunitarios. Esta distinción fue inicialmente descrita por dos de los más grandes estudiosos de este campo: Michael Rutter y Norman Garmezy quienes mencionan como factores protectores individuales: buenas habilidades intelectuales, temperamento positivo, puntos de vista positivos de uno mismo; como factores protectores familiares: calidez, cohesión, alta expectativa, participación de los padres y, por último como factores comunitarios: buenas escuelas, recursos en el vecindario, fuertes redes sociales (Rutter, 1985 en Cardozo y Dubini, 2005).

La relación entre factores protectores y de riesgo no es clara, aún existe debate en relación a si los factores que contribuyen a la protección y aquellos que contribuyen al riesgo y a la vulnerabilidad pertenecen al mismo continuo o son cualitativamente diferentes. Además de esto aún está en pie el cuestionamiento de si los factores protectores contribuyen a la competencia de la mayoría de las personas sea o no que hayan experimentado adversidad seria, o si son factores protectores específicos que son relevantes sólo ante la adversidad (Coleman y Hagell, 2007).

Es de interés la observación de que no todas las personas que han experimentado un número elevado de factores de riesgo en su historia han tenido resultados malos. Los estudios más importantes de riesgo y resiliencia realizados por Werner y Fergusson señalan que hay quienes, a pesar de estar expuestos a gran adversidad presentan buen funcionamiento y dan muestras de resiliencia remarcable. Una forma de explicar estos fenómenos es la que proporciona John Bynner al explicar que los factores protectores “trabajan sobre los componentes más maleables del desarrollo, reflejando los diferentes tipos de recursos que pueden ayudar al niño a resistir la adversidad. Comprenden las influencias

emocionales, educativas, sociales y económicas en la vida del niño operando de manera individual, o más usualmente, en interacción entre sí” (en Coleman, 2007, p.11)

Entre los factores que se vuelven protectores, y se han identificado en muchos estudios como la pauta que diferencia a los niños y adolescentes que resisten de aquellos que muestran desajustes, se encuentran los factores de carácter contextual tales como el apoyo social, la presencia de padres/cuidadores competentes, un clima familiar positivo caracterizado por vínculos emocionales estrechos, cohesión emocional y adaptabilidad; todos éstos intervienen en el impacto negativo que tienen los acontecimientos vitales estresantes como un factor de riesgo para el ajuste adolescente tanto interno como externo. También se ha hecho referencia al papel protector de otras variables como las relaciones del adolescente con el grupo de iguales y determinadas características o rasgos del sujeto, como las estrategias de afrontamiento o la autoestima (Oliva et al., 2008); sin embargo, la presencia de un adulto significativo ha sido descrito como un elemento esencial para que se dé el fenómeno de resiliencia (Melillo, 2004).

Definición de cáncer y aspectos generales de su tratamiento

El cáncer parece ser una enfermedad tan antigua como lo es la vida de los organismos multicelulares en nuestro planeta, es testimonio de esto los tumores encontrados en los huesos de fósiles de dinosaurios o en las momias humanas descubiertas en Egipto y Perú; su estudio y tratamiento han sido objeto de gran interés desde épocas remotas y en distintas culturas (Cortinas, 1991).

Un dato curioso es que el nombre de *cáncer* se inspiró en la observación de los tumores de mama que al crecer toman forma de un cangrejo, según se explica en el tratado *Definitiones medicaes*, atribuido en el pasado a Galeno (Cortinas, 1991).

De manera más concreta, se puede decir que bajo denominación de cáncer se engloban distintas enfermedades que varían en sus manifestaciones clínicas y en su respuesta a las medidas terapéuticas (Cortinas, 1991); sin embargo, comparten la característica de crecimiento sin control y propagación de células anormales del

cuerpo. Las células normales se caracterizan por crecer, dividirse y morir de forma ordenada; su división es muy rápida en los primeros años de vida y posteriormente se lleva a cabo sólo para reemplazar células desgastadas o moribundas así como para reparar lesiones. La singularidad de las células cancerosas es que continúan su división y se acumulan formando tumores que se comprimen, invaden y destruyen el tejido normal. Además, pueden desprenderse y viajar a través de la sangre o el sistema linfático a otras partes del cuerpo, donde se establecen y continúan creciendo en un proceso conocido como metástasis (Méndez, Orgilés, López-Roig y Espada, 2004),

Die Goyanes y Die Trill (2003) explican que el cáncer es:

“un grupo de enfermedades (...) que tienen en común (...) que se inician por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan (...) de forma polifásica para formar un tumor que crece de forma indefinida, invade tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente si no ha habido ningún tratamiento efectivo” (p.41)

El término neoplasia significa nuevo crecimiento. Las células neoplásicas tienen una capacidad de proliferación mayor que la de los tejidos normales y no responden a los inhibidores endógenos de la proliferación celular (Die Goyanes y Die Trill, 2003).

El cáncer infantil tiene características propias que le diferencian del cáncer en los adultos, por lo que exige un tratamiento específico. Los tipos de cáncer que más afectan a los niños son la leucemia, el linfoma, el tumor cerebral y los sarcomas de hueso y de tejidos blandos (Méndez et al., 2004).

El tratamiento óptimo del cáncer es multidisciplinario pues intervienen distintas especialidades médicas oncológicas como son cirugía, radiaciones y tratamiento médico. Deben establecerse protocolos terapéuticos elaborados por los distintos especialistas, a los que se unirán patólogos, radiólogos, entre otros (Die Goyanes y Die Trill, 2003).

Los tipos de tratamiento más usados para tratar el cáncer son: cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y trasplante de médula o de progenitores hematopoyéticos. La mayoría de los niños reciben una terapia combinada que incluye más de una modalidad de tratamiento (Celma, 2009).

El apoyo psicológico como parte de la atención sanitaria que se ofrece en los centros hospitalarios se ha convertido en una necesidad más que en una opción debido al impacto emocional que la noticia implica a la familia como sistema, del que el paciente infantil es parte.

Son numerosos los estudios que confirman la imposibilidad de afrontar el cáncer pediátrico desde un abordaje exclusivamente médico. La magnitud del impacto del diagnóstico, las características de los pacientes, la alteración del funcionamiento del núcleo familiar, entre otros, dibuja una realidad compleja (Celma, 2009), esto requerirá un abordaje integral que tome en cuenta no sólo lo físico sino también lo emocional, pues estos dos factores interaccionan de forma constante y se retroalimentan, de esta manera, el éxito de un tratamiento oncológico dependerá también de lo que acontece en el plano psicológico y emocional.

Psicooncología

A finales de la década de los sesenta la tasa de supervivencia del cáncer mejoró generando que la población en general fuera menos pesimista con respecto al pronóstico de diversos padecimientos oncológicos. Esto permitió que el diagnóstico de cáncer fuera revelado más frecuentemente a los pacientes. Según Holland y Murillo (2003), los factores que contribuyeron a la aparición de la psicooncología fueron:

- Los cambios sociales en las actitudes menos pesimistas hacia el cáncer
- La mayor atención al cuidado paliativo y de soporte
- El incremento en la frecuencia de explicarle mal paciente su diagnóstico de cáncer

- El aumento en la preocupación por la autonomía del paciente y en los aspectos humanos del cuidado prestado
- El reconocimiento de influjos psicológicos y de comportamiento en el riesgo de cáncer, detección temprana y prevención
- El surgimiento de la psiquiatría de enlace de la psicología médica con énfasis en el cuidado psicológicos del paciente gravemente enfermo

La década de 1975 a 1985 marcó el comienzo de la psicooncología en la mayoría de los países. Durante este lapso de tiempo relativamente corto, el interés y el trabajo en el área psicosocial de la oncología emergieron en casi todos los países del mundo (Holland y Murillo, 2003). En México se reconocen los primeros pasos de esta área en el año 1980 con la visión del médico psiquiatra Juan Ignacio Romero Romo en el Instituto Nacional de Cancerología (Alvarado, Genovés y Zapata, 2009).

La psicooncología abarca dos dimensiones psicológicas concernientes al paciente con cáncer; la primera es la respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en todas las diferentes etapas de la enfermedad; la segunda toma en cuenta los factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales que pudieran influir en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer. De esta manera la primera se puede considerar con un enfoque psicosocial y la segunda un enfoque psicobiológico.

Las funciones de un psico-oncólogo se pueden englobar bajo las categorías de prevención, evaluación y diagnóstico, tratamiento psicooncológico, docencia e investigación. El objetivo será identificar las reacciones apropiadas de los enfermos ante el cáncer y sus tratamientos, y distinguirlas de las que son expresión de un trastorno médico, psiquiátrico o psicológico. Puede proporcionar el tratamiento psicológico adecuado a dichas reacciones en cada momento del proceso oncológico, identificando las alteraciones emocionales que se desarrollan en los familiares del enfermo oncológico, distinguiendo aquellas respuestas normales de las patológicas. De manera que puede proporcionar ayuda

psicológica adecuada no sólo al paciente sino también a los familiares de éste (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

La identificación de las alteraciones emocionales que pueden surgir en los miembros del personal sanitario que trabaja en oncología implica otra función del psicooncólogo y el interés estará también dirigido a proporcionar ayuda psicológica adecuada a los miembros del equipo asistencial (Remor et al., 2003).

Tabla 7. Atención en psicooncología

Área	Objetivo
Paciente	Evaluación y el tratamiento psicológico en las diferentes fases de la enfermedad: recién diagnóstico, tratamiento activo, remisión, recidiva, etapa terminal o fase de vigilancia o supervivencia al cáncer.
Familia	Conocer funcionamiento de la familia, el impacto de la enfermedad sobre ella, la calidad del apoyo que ofrece al paciente y evaluar e implantar terapias familiares que faciliten la aceptación y adaptación de los diferentes miembros de la familia a las distintas fases de la enfermedad
Personal sanitario	Establecer lazos de comunicación, facilitar el trabajo del médico y de la enfermera a través de la colaboración mutua, identificar situaciones de difícil manejo para el personal sanitario, proporcionarles información acerca del funcionamiento psicológico del paciente y de la familia, y compartir la responsabilidad del cuidado.

(Remor et al., 2003)

*“Lo hermoso del desierto es que en cualquier parte esconde un pozo”
(Antoine de Saint-Exupéry)*

CAPÍTULO 3. RESILIENCIA EN ADOLESCENTES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER

Panorama actual de supervivencia al cáncer infantil

En las últimas décadas, los tratamientos contra el cáncer han mejorado de tal forma que el aumento en la supervivencia de niños y adolescentes con alguna enfermedad oncológica se ha visto beneficiada de forma directa (Vance, Eiser y Horne, 2004 en Wallace, Harcourt, Rumsey y Foot, 2007). Es posible constatarlo al revisar las tasas de supervivencia que son reportadas en diferentes estudios. De manera general, los rangos que se manejan van desde el 70% al 80%, estas cifras son las que refieren Greenfield, Absolom, Davies, Ross y Eiser (2003) al hablar del porcentaje de niños que se espera que sobrevivan al cáncer y a su tratamiento.

Botha y Kruger (2012) explican que el pronóstico de pacientes con cáncer que tienen menos de 15 años ha mejorado notoriamente durante los últimos 30 años pues más del 80% sobrevive más de 5 años y más del 70% se convertirá en sobreviviente de largo plazo. Es especialmente esperanzador poner atención a la anotación que hacen al mencionar las estadísticas de cáncer en Estados Unidos entre 1970 y 1980 pues éstas indicaron que la tasa de curación de todos los tipos de cáncer combinados se colocó entre el 70 y el 90%.

Por su parte, Goldsby, Taggart y Ablin (2006) mencionan que la supervivencia de 5 años de niños diagnosticados con cáncer ha incrementado del 20%, que se observaba en los años cincuenta, hasta casi el 80% en la década de los noventa. Otro ejemplo es el que plantea que las tasas de supervivencia de cinco años después del diagnóstico oncológico en pacientes pediátricos se ubican entre el 75 y el 80% (Seitz et al., 2011).

Más específicamente, la Leucemia Linfoblástica Aguda, la enfermedad más común entre la población infantil, alcanza hoy en día una tasa de supervivencia de 5 años de alrededor del 80% (Mannix y Boergers, 2010).

En México no se cuenta con una cifra oficial en cuanto a sobrevivientes de cáncer infantil, sin embargo, para establecer un punto de referencia, Goldsby et al. (2006) reportaron que en Estados Unidos existían 250,000 sobrevivientes de cáncer pediátrico y se estimaba que uno de cada 570 adultos⁹ tenía esa condición (Botha y Kruger, 2012; Goldsby et al., 2006). Algunos autores refieren cifras incluso más altas como es el caso de Schulmeister (2004) que al citar a Reis (2002) habla de alrededor de 270,000 sobrevivientes, añadiendo que esa cifra es similar a la reportada en Canadá y Europa.

Se espera que los índices de supervivencia aumenten cada vez más a medida que las terapias mejoran. Esto refuta la creencia casi automática que había en el pasado de que cáncer era sinónimo de muerte. Sin embargo, curar parece no ser suficiente en la actualidad debido a que lo que parece primordial es que el sobreviviente, además de superar la enfermedad, pueda llevar una vida satisfactoria y dentro de la normalidad en relación al bienestar y a la calidad de vida.

Es común encontrar en la literatura de manera indistinta los términos *sobreviviente*¹⁰ o *superviviente*¹¹ para referirse a las personas que han superado la experiencia oncológica; ambos son correctos según la Real Academia Española (RAE). Es importante mencionar que, a pesar de lo anterior, los términos de *sobrevivencia* y *supervivencia* no son equiparables pues el primero no está reconocido hasta la fecha por la RAE a pesar de que es frecuente encontrarlo en

⁹ Goldsby et al. (2006) especifican que esta cifra se refiere a jóvenes entre los 20 y los 34 años.

¹⁰ Según la 22.ª edición del diccionario de la Real Academia Española, sobreviviente se deriva de sobrevivir y tiene por significado: “que sobrevive”

¹¹ Según la 22.ª edición del diccionario de la Real Academia Española superviviente proviene del latín *supervivens*, *superviventis* que significa: “qué sobrevive”.

la información referente al cáncer. En el presente trabajo se ha optado por la utilización de los términos *supervivencia* y *sobreviviente*.

Secuelas del tratamiento oncológico

Las enfermedades oncológicas son también llamadas malignas no porque sean sinónimo de muerte, sino porque atentan contra la vida de una persona si la enfermedad no es atendida. Cualquier diagnóstico oncológico, por lo tanto, se convierte en una situación de urgencia médica debido a que la multiplicación de células cancerígenas y su propagación se dan a un ritmo sumamente acelerado.

La atención médica oncológica persigue como objetivo primario devolver la salud al paciente, sin embargo, las implicaciones del tratamiento llevan frecuentemente al equipo sanitario a complejas disyuntivas.

El precepto hipocrático de “primero no dañar” es un principio vigente en la actualidad, de éste se desprende el principio ético de no maleficencia, fundamental en la ética médica. La beneficencia, por otro lado, se refiere a las acciones que promueven el bienestar en otros. En el manejo de una enfermedad tan seria como es el cáncer se presenta frecuentemente un conflicto entre estos dos principios. La obligación de no dañar suele ser más estricta que la obligación de ayudar a los demás, pero en un esfuerzo por curar el tratamiento puede causar un daño significativo (Botha y Kruger, 2012). De esta manera, los efectos tardíos graves y dañinos de los tratamientos se han vuelto un tema preponderante cuando se habla de conseguir la curación de una persona.

Es importante definir a qué se refieren los términos *efectos secundarios*, *secuelas* y *efectos secundarios tardíos* debido a sus repetidas referencias dentro de la literatura. El concepto de *efectos secundarios* se aplica para denotar situaciones agudas y/o temporales a raíz de la aplicación de algún tratamiento para atacar el cáncer. Por otro lado, las *secuelas* se refieren a los trastornos o lesiones que prevalecen ya sea por la enfermedad y/o por su tratamiento. Por último, según Mannix y Boergers (2010), los efectos del tratamiento contra el cáncer que llegan a aparecer meses o años después de finalizado el tratamiento se conocen como

efectos tardíos. De esta manera, los efectos secundarios tardíos y las secuelas serían equiparables.

El tipo de secuelas que un sobreviviente puede llegar a presentar depende del tipo de tratamiento que recibió. La mayoría de los niños con cáncer son tratados con una combinación de cirugía, radiación y/o quimioterapia y, más recientemente, con inmunoterapia dirigida o terapia molecular. Cada modalidad terapéutica induce un daño específico, las consecuencias agudas de éstas se tienen identificadas y han sido ampliamente descritas (Goldsby et al., 2006). Por otro lado, es conocido que los protocolos intensivos de tratamiento para el cáncer infantil tienen efectos tardíos, lo que quiere decir que éstos se presentan meses o incluso años después; entre ellos se puede nombrar: deficiencias neurocognitivas, problemas endocrinos, segundas neoplasias, infertilidad, deterioro cardiopulmonar, renal o de otro sistema de órganos (Mannix y Boergers, 2010; Schulmeister, 2004).

A decir de Seitz et al. (2011) los problemas más comunes a consecuencia de los tratamientos agresivos asociados con la quimioterapia, radioterapia o su combinación son: trastorno funcional endocrino, función gonadal alterada, dificultad neuropsicológica, cardiomiopatía, obesidad, osteopenia¹² y/o una segunda neoplasia maligna.

Las secuelas no se limitan únicamente al ámbito médico, Mannix y Boergers (2010) refieren que los sobrevivientes de cáncer están en riesgo de presentar problemas psicológicos, educacionales, ocupacionales y sociales, derivados de su experiencia oncológica y su tratamiento.

Debido a que es importante tener en cuenta las dificultades a largo plazo que podrían presentar los sobrevivientes, se describen a continuación los efectos tardíos neurocognitivos, socioemocionales y psicológicos. Tener conocimiento de éstos permitirá contemplar las posibles implicaciones en cada una de las áreas posibles y proporcionar el seguimiento psicológico pertinente.

¹² Densidad mineral ósea reducida

Efectos tardíos neurocognitivos

Los efectos neurocognitivos tardíos representan un foco principal tanto en la investigación como en la práctica clínica. Las terapias que afectan directamente al sistema nervioso central son las más asociadas con este tipo de efectos, sin embargo, algunos sobrevivientes de tumores cerebrales también sufren impedimentos debido a la invasión primaria del tumor o a una resección quirúrgica (Mannix y Boergers, 2010) y no sólo debido al tratamiento recibido.

A la luz de algunas investigaciones, los pacientes más jóvenes -particularmente aquellos debajo de los 4 años de edad- y las niñas son más vulnerables a los efectos cognitivos tardíos por el tratamiento. Se puede hablar de que hasta el 40% de los sobrevivientes ha demostrado disfunción neurocognitiva en al menos un dominio. Los efectos neurocognitivos más comunes incluyen debilidades en la atención, memoria de trabajo -especialmente no verbal-, velocidad de procesamiento, habilidades viso-espaciales y el funcionamiento ejecutivo global. La memoria de trabajo parece ser muy vulnerable a la irradiación craneal, por lo que las debilidades más severas en la memoria podrían verse en sobrevivientes de tumores cerebrales. También hay una pequeña pero estadísticamente significativa disminución en el coeficiente intelectual global, aunque la mayoría de los sobrevivientes obtienen puntajes en el rango normal (Mannix y Boergers, 2010).

Es importante señalar que en el contexto escolar, los niños y adolescentes que han sobrevivido al cáncer pueden asemejarse a niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (Mannix y Boergers, 2010). Esto pone en evidencia la interrelación que la mayoría de los efectos tardíos tienen en toda la realidad del sobreviviente y que, de no ser tomados en cuenta y atendidos de la manera pertinente, podrían generar incluso otras dificultades, haciendo más compleja la inserción del niño o adolescente a su contexto después de superada la enfermedad.

Efectos tardíos socioemocionales

Los problemas socioemocionales son menos frecuentes que los efectos tardíos cognitivos en los niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer, aunque se presentan en ciertos rubros. Algunos han teorizado que este tipo de problemas son el resultado de un decremento en las habilidades de regulación emocional, además de que la afectación cognitiva general puede impactar de manera negativa también el funcionamiento social. Nuevamente los sobrevivientes de tumores cerebrales están en mayor riesgo para este último rubro, es decir, es mayor la incidencia de dificultades sociales en su caso (Mannix y Boergers, 2010).

El impacto físico que se traduce en deformaciones en el cuerpo o cicatrices resultantes del tratamiento se consideran como factor que aumenta el riesgo de experimentar dificultades en las relaciones con los pares, esto es lo que refieren Reiter-Purtill y Noll (2003 en Wallace et al., 2007) cuando hablan de adolescentes cuyos tratamientos oncológicos impactaron sobre su sistema nervioso central o en su apariencia física.

Las competencias sociales se han identificado como áreas específicas de debilidad para los sobrevivientes de cáncer. Se estima que están 1.5 veces más propensos de tener déficit entorno a ellas al compararlos con sus pares. Uno de los factores que podría tener que ver con la falta de habilidades en el ámbito social son las ausencias escolares prolongadas que muchos de los sobrevivientes tuvo que vivir a lo largo del tratamiento; esto pudo implicar en niños y adolescentes una pérdida de oportunidad en cuanto al aprendizaje social con sus pares. En relación a esto, estudios han recolectado reportes de padres de sobrevivientes que refieren, después de finalizar el tratamiento, que su niño o adolescente se aísla, tiene pocos amigos o es blanco de burlas y/o de intimidaciones en la escuela (Mannix y Boergers, 2010).

Tener en cuenta las dificultades en el ámbito social permite no sólo dibujar con más claridad los retos a los que se pueden estar enfrentado con más frecuencia los niños o adolescentes, también permite diseñar y establecer programas de intervención adecuados y dirigidos específicamente para esta población. Mannix y

Boergers (2010) consideran que ante las problemáticas previamente mencionadas, el entrenamiento en habilidades sociales es fundamental, esto se ha desglosado y se ha puesto en práctica a través de la enseñanza de asertividad, el manejo de burlas, el hacer nuevos amigos, la cooperación, la empatía y la resolución de conflictos.

Efectos tardíos psicológicos

A diferencia de los efectos mencionados anteriormente que son más frecuentes en sobrevivientes de tumores cerebrales, en este rubro los sobrevivientes de Leucemia Linfoblástica Aguda han mostrado indicios de estar en mayor riesgo de presentarlos.

Es común encontrar que la mayoría de los sobrevivientes no reportan niveles clínicamente significativos de depresión o ansiedad¹³, aunque un subconjunto de los sobrevivientes sí experimenta dificultades emocionales. En este sentido, mientras que los sobrevivientes de tumores cerebrales parecen estar en riesgo más elevado de efectos tardíos neurocognitivos y sociales, los sobrevivientes de Leucemia Linfoblástica Aguda parecen tener este riesgo en lo relativo a efectos tardíos psicológicos (Mannix y Boergers, 2010). Algunos de los estudios que han aportado al conocimiento de estos datos han sido aquellos en los que se ha trabajado con padres de sobrevivientes; éstos reportan que al hacer la comparación con sus hijos sanos, aquellos que superaron el cáncer son percibidos como más propensos a tener depresión, ansiedad y/o problemas sociales o interpersonales. (Schultz et. al., 2007). El autor citado específicamente menciona que aquellos sobrevivientes con antecedentes de leucemia, tumores en el sistema nervioso central o neuroblastoma pueden estar en mayor riesgo de deficiencias en el ámbito conductual y social, por lo que establece que es una prioridad el aumento de la vigilancia de esta población, combinada con el desarrollo de estrategias de intervención.

¹³ De manera similar, niños y adolescentes en tratamiento oncológico activo niegan síntomas de distrés psicológico

Afortunadamente, aunque hasta este momento se ha hablado exclusivamente de efectos tardíos negativos, parece también haber presencia de efectos relacionados con el crecimiento personal. Se pueden considerar positivos porque, aunque fueron generados a partir de una experiencia desestabilizadora, implican movilización y desarrollo de recursos personales que no existían previamente a la experiencia de cáncer.

Mannix y Boergers (2010) y Schulmeister (2004) explican que el estrés postraumático y sus síntomas se han estudiado en sobrevivientes de cáncer infantil, esto debido a que se considera a la experiencia oncológica como una experiencia traumática. Según González-Arratia, Nieto y Váldez (2011), la amenaza que el cáncer representa para la vida, los procedimientos médicos invasivos y dolorosos, el tratamiento con efectos secundarios adversos, los cambios físicos y funcionales, las frecuentes hospitalizaciones, la separación del grupo de pares, la alteración de la dinámica familiar, entre otras, colocan a la población oncológica en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto y largo plazo.

A decir de Mannix y Boergers (2010), las tasas de desorden de estrés postraumático en sobrevivientes son generalmente comparables a los de sus pares sanos, a pesar de esto, es común la presencia de síntomas subclínicos¹⁴ de estrés postraumático. Estos sobrevivientes con síntomas subclínicos son propensos a beneficiarse de las intervenciones que permiten procesar la experiencia del cáncer y que además promueven el afrontamiento adaptativo.

No sólo en los adolescentes sobrevivientes se ha registrado experimentación de crecimiento postraumático, también en sus padres. Este crecimiento se caracteriza por incluir cambios positivos en el individuo y en las relaciones con los otros como resultado de la experiencia traumática (Mannix y Boergers, 2010). Este cambio que parece darse en el binomio cuidador-paciente también es reportado por

¹⁴ Subclínico: Indica la fase de una enfermedad que precede a la manifestación de los síntomas (Melloni, 1983)

investigadores como González-Arratia, Nieto y Váldez (2011) quienes reportaron relación entre el nivel de resiliencia materna y la de su hijo enfermo. En el siguiente apartado se ahondará más en estos aspectos al hablar de resiliencia en sobrevivientes de cáncer.

La literatura muestra que es más probable que los adolescentes sobrevivientes que eran más grandes cuando fueron diagnosticados y además percibieron su tratamiento como muy intenso reporten tanto síntomas de estrés postraumático como de crecimiento postraumático. Esto es consistente con una tarea central del desarrollo en la que ellos exploran y forman su identidad, de esta manera, el cáncer parece tener efectos de larga duración en la manera en que los sobrevivientes se definen a sí mismos (Mannix y Boergers, 2010).

A lo largo del desglose de los diferentes tipos de efectos tardíos se ha visto que la realidad de la población sobreviviente es compleja y se construye como un proceso dinámico en el que interaccionan los aspectos relacionados con la enfermedad, el tratamiento y las secuelas médicas, sociales y psicológicas.

Tener en cuenta los posibles efectos tardíos del tratamiento oncológico permitirá, desde momentos tempranos, establecer un plan de intervención que permita el aprendizaje, desarrollo y/o práctica de diversas habilidades que intervienen en la adaptación del sobreviviente.

Desafortunadamente, algunos efectos tardíos pueden interferir en aspectos relacionados con el proyecto de vida de un sobreviviente. Un ejemplo es la posible infertilidad que ciertos tratamientos pueden producir, en este sentido como bien señalan Botha y Kruger (2012), los altos índices de supervivencia se traducen en un mayor número de personas con un historial de cáncer que llegarán a ser adultos con la posible necesidad de ser padres.

Tener en cuenta la infertilidad como efecto tardío permite actuar pensando en el futuro incluso antes de que el tratamiento tenga inicio. Los autores antes mencionados explican que debido a que la fertilidad puede verse comprometida por la terapia del cáncer, es importante considerar en varones la recolección de

una muestra de semen antes de la iniciación de la quimioterapia. La criopreservación¹⁵ de espermatozoides es una técnica bien conocida y tiene excelentes resultados. En el caso de las mujeres, existen casos en los que los ovarios estarán expuestos a altas dosis de quimioterapia agresiva; en tales situaciones, una posible alternativa es remover el tejido ovárico durante el período de tratamiento. La preservación del tejido ovárico antes del tratamiento del cáncer y su posterior trasplante cuando finaliza el tratamiento tóxico, puede restaurar la función hormonal y, en ocasiones, incluso la fertilidad. Este ejemplo de manejo ante una posible secuela ilustra de manera clara el papel de la intervención integral en el ámbito hospitalario, el papel del psicólogo en este caso radicaría en proporcionar orientación y apoyo emocional tanto al paciente como a su familia.

A continuación, se incluye una síntesis de los efectos tardíos potenciales de acuerdo a Goldsby et al. (2006):

¹⁵ La criopreservación tiene como objetivo el mantenimiento de la viabilidad y funcionabilidad celular a temperaturas bajas (Ávila et al., 2006)

Tabla 8. Secuelas potenciales del tratamiento oncológico

Efecto tardío	Implicaciones	Etiología
<p>Segunda neoplasia maligna</p>	<p>Sarcomas, cánceres epiteliales (mama, piel u otro), tiroides, padecimiento hematológicos (LLA, LMA, LNH)</p>	<p>Radiación, quimioterapia (etopósido, tenipósido, ciclofosfamida, ifosfamida, clorambucil, lomustina, melfalán, busulfán, tiotepa, dacarbazina, procarbazona, mercaptopurina, dexametasona)</p>
	<p>Baja estatura</p>	<p>Radiación craneal, radiación espinal, irradiación total de cuerpo</p>
	<p>Anormalidades tiroideas, obesidad</p>	<p>Radiación craneal, cirugía SNC, quimioterapia</p>
	<p>Maduración sexual retrasada (mujeres y hombres)</p>	<p>Altas dosis de radiación al eje hipotálamo-hipófisis o de las gónadas</p>
<p>Disfunción endocrina</p>	<p>Maduración sexual prematura (mujeres)</p>	<p>Baja dosis de radiación al eje hipotálamo-hipófisis</p>
	<p>Infertilidad femenina (menopausia temprana)</p>	<p>TMO, radiación a los ovarios o al eje hipotálamo-hipófisis, quimioterapia (etopósido, tenipósido, ciclofosfamida, ifosfamida, clorambucil, lomustina, carmustina, melfalán, busulfán, cisplatino, citarabina, dacarbazina, procarbazona, vinblastina)</p>
	<p>Infertilidad masculina</p>	<p>TMO, radiación a los testículos o al eje hipotálamo-hipófisis, quimioterapia (similar a los agentes tóxicos gonadales para las mujeres)</p>
<p>Efectos neurológicos</p>	<p>Cognitivas, neuropáticas, psiquiátricas, disfunción neurológica</p>	<p>Radiación, tumores cerebrales, quimioterapia (metotrexato, citarabina, ciclofosfamida, cisplatino, fludarabina, tiotepa), cirugía SNC</p>

Efecto tardío	Implicaciones	Etiología
Efectos cardíacos	Cardiomiopatía, arritmias	Radiación al corazón, quimioterapia (antracilinas, doxorubicina, daunorrubicina, idarrubicina, epirubicina, ciclofosfamida en dosis altas)
Efectos pulmonares	Función pulmonar disminuida, tos crónica, disnea, fibrosis pulmonar	Radiación a los pulmones, quimioterapia (bleomicina, nitrosoureas, ciclofosfamida, busulfán)
Efectos renales	Disfunción renal	Radiación a los riñones, quimioterapia (ifosfamida, cisplatino, metrotexato)
Efectos hepáticos	Hepatopatía	Radiación al hígado, quimioterapia (metrotexato, dactinomicina, tioguanina, mercaptopurina)
Resistencia ósea	Osteopenia, osteonecrosis, disminución de la mineralización ósea	Esteroides, quimioterapia (metrotexato), radiación, cirugía
Efectos en la visión		Radiación, cirugía
Efectos en la audición		Quimioterapia (cisplatino, carboplatino), radiación
LLA= Leucemia Linfoblástica Aguda	LMA= Leucemia Mieloide Aguda	SNC= Sistema Nervioso Central
TMO= Trasplante de Médula Ósea	LNH= Linfoma No Hodgkin	

(Goldsby et al., 2006)

Resiliencia y experiencia oncológica

Numerosos datos muestran que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001 en Vera, Carbelo y Vecina, 2006). La experiencia oncológica, como suceso de vida no normativo y de riesgo, ha recibido atención en diversas partes del mundo como una oportunidad de estudiar el desarrollo del proceso resiliente.

Existen una larga trayectoria del estudio del cáncer y su interacción con procesos psicológicos, sin embargo, son más numerosos aquellos que ponen atención al desarrollo de estados que reducen la salud y el bienestar de la persona. En contraposición a esto, existen también estudios que se centran en resultados positivos; estos estudios permiten ampliar la comprensión del complejo fenómeno de la resiliencia. Como ejemplo se puede nombrar el trabajo de Taylor, Lichtman y Word (en Vera et al., 2006) en el que se preguntó a personas adultas diagnosticadas con cáncer, si su vida había experimentado cambios y cuáles habían sido éstos. El 70% contestó afirmativamente a la primera pregunta, de ellos un 60% consideró positivos los cambios. En la mayoría de los casos los pacientes informaron haber aprendido a tomarse la vida de otra forma y a disfrutar más de ella. El funcionamiento adaptativo de una persona mientras se encuentra en tratamiento activo contra la enfermedad implica diversas estrategias de afrontamiento activas, en el caso de pacientes pediátricos, se puede hablar de importante impacto en todas las áreas posibles, entre ellas se puede mencionar: cambios en la dinámica familiar, identidad personal y familiar, roles parentales, sentido de vida y calidad de vida a corto, mediano y largo plazo para el paciente y su núcleo primario.

Muchos de los estudios realizados a personas que han atravesado alguna situación oncológica se han centrado en la medición de la calidad de vida. En relación a esto, diversos autores han señalado que los investigadores tienden a buscar signos de desajuste o inadaptación (Dahlquist, 2003 en Wallace et al., 2007) encontrándose que esas preconcepciones podrían ser equivocadas, lo que se ha evidenciado por el

reciente movimiento que se aleja de la investigación y la práctica clínica centrada en el déficit, para hacer un énfasis en la resiliencia de aquellos que enfrentan el cáncer, así como las maneras en que lo logran (Brazier, Duff, 2005 en Wallace et al., 2007).

Es de especial interés encontrar como es reportado por algunos autores que el porcentaje de personas expuestas a sucesos traumáticos que desarrollan patologías posteriormente es mínimo. Del porcentaje de individuos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología, la mayoría se va recuperando de forma natural y en un breve espacio de tiempo manifiesta un nivel normal de funcionalidad (Vera et al., 2006). En este sentido, Bonnano (2004, en Vera et al., 2006) refiere que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue un proceso de recuperación natural y no desarrolla ningún tipo de trastorno. Por otro lado, existen también reportes del riesgo elevado al que están expuestas personas que se enfrentan al estrés de manera constante lo que conlleva a un decremento en su funcionamiento óptimo y potencial personal.

Estudiar a fondo todos los posibles resultados de un evento traumático se vuelve de especial importancia, especialmente cuando se habla de la etapa de la adolescencia que en sí misma es un suceso en la vida que trae consigo una inmensa cantidad de retos. Se tiene bien identificado cómo en el marco de los cambios y tareas evolutivas que tiene lugar en esta etapa, la ocurrencia de algunos acontecimientos vitales puede suponer una dosis añadida de estrés que disminuya la satisfacción vital y aumente el riesgo de desarrollar problemas emocionales en adolescentes (Oliva et al., 2008).

Gran parte de la investigación realizada alrededor de la experiencia oncológica en población adolescente se ha hecho con aquellos que enfrentaban el cáncer al momento de la evaluación. Los estudios centrados en los sobrevivientes existen pero son menores en número, sin embargo aportan conocimiento a la forma en que se vive y enfrenta un suceso de vida tan desestabilizador y de riesgo, permitiendo también hacer conclusiones respecto al ajuste posterior en la etapa de vigilancia, valorando la adaptación a otra condición de la que puede resultar resultados positivos o negativos. En relación a esto, a lo largo del estudio de la resiliencia se ha identificado de manera

particular la presencia de ciertos factores que, presentes en el momento adecuado, explican la resiliencia incluso en situaciones límite y de riesgo.

En estudios con niños, uno de los factores que más evidencia empírica acumula en su relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Richters y Martínez, 1993; Masten et al., 1999; Masten, 2001; Manciaux et al., 2001 en Vera et al., 2006). Se ha visto que estos factores también tienen importante peso cuando se trata de un paciente adolescente.

Sería un error reducir a determinados sucesos de vida el desarrollo de resiliencia pues se ha visto ya que su proceso es dinámico y surge de la interacción de factores de riesgo y factores de protección. A pesar de esto, el cáncer como experiencia de vida reúne diversos tipos de retos en diferentes ámbitos de la vida, esto lo convierte en un suceso de vida potencialmente desestabilizador y, como mencionan muchos autores, con potencial de riesgo para el desarrollo óptimo de niños y adolescentes.

A continuación se presentan diversos estudios que dibujan el panorama en relación a la resiliencia y el cáncer en dos momentos: durante el enfrentamiento a la enfermedad y durante la etapa de superación de ésta que se conoce como vigilancia.

Resiliencia durante la experiencia de cáncer

Los resultados obtenidos en relación al impacto psicológico que la experiencia de cáncer tiene en niños y adolescentes aún no son homogéneos, por un lado están aquellos estudios que señalan resultados negativos producidos por la experiencia de cáncer; entre éstos se han señalado niveles elevados de ansiedad, depresión y una baja autoestima en pacientes oncológicos. Por otro lado, estudios en niños como el de Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez Bernardos y Urbano (2008) señalan ausencia de menor autoestima, peor concepto físico y malestar emocional en términos de depresión y ansiedad. Sus resultados los alinean con muchos otros estudios que han encontrado un buen ajuste psicológico ante la enfermedad y sus tratamientos, apuntando a que los niños con cáncer afrontan la enfermedad y el tratamiento de manera adaptativa con poco desgaste psicológico.

Una de las explicaciones que se han dado a los resultados positivos de enfrentar el cáncer ha sido la utilización de estrategias de adaptación defensivas (negación) o evitativas de malestar emocional por parte de los niños con cáncer, esto los llevaría a informar menos síntomas emocionales de los que realmente experimentan. Por otro lado, otra explicación establece que el malestar emocional de los niños con cáncer puede verse mitigado por el apoyo y el cuidado que reciben de los adultos (padres y personal sanitario); se considera que esto les permitiría soportar grandes dosis de estrés y hacerse emocionalmente fuertes, esto último referido por autores como Noll en 1999 y Von Essen en el año 2000 (en Bragado et al., 2008).

El apoyo y contención externa que los niños pueden encontrar en su contexto implican un factor protector principal que marca la pauta para que el proceso de resiliencia se ponga en marcha y se mantenga. Esto es justo lo que refiere Hasse (2004, citado en Bragado et al., 2008) al explicar que el apoyo psicológico familiar o sanitario es fundamental para que el niño se sienta psicológicamente mejor pues ocupa un lugar primordial entre los factores de protección frente a los problemas psicológicos y, a decir de Blanco y Díaz (2005, en Bragado et al., 2008), se vincula con el bienestar subjetivo y la salud mental.

Otro factor que se ha resaltado de manera importante es la autoestima, ésta se ha asociado con el bienestar psicológico así como al empleo de estrategias de adaptación positivas, menos depresión, autoconcepto, más salud, menos ansiedad y presencia de resiliencia, convirtiéndose en elemento clave en la adaptación psicológica del niño a la enfermedad (Bragado et al., 2008).

Específicamente hablando de la experiencia oncológica durante la adolescencia, se sabe que el cáncer diagnosticado y tratado durante esta etapa trae consigo dificultades únicas. Esta fase evolutiva está marcada usualmente por el logro de una autoimagen estable, una creciente autonomía e independencia de la familia, una conciencia creciente de la sexualidad y la capacidad para pensar en términos más abstractos (Roberts, Turney y Knowles en Wallace et al., 2007), todo esto se ve permeado por la experiencia oncológica. Un adolescente con cáncer tiene la carga añadida de tratar con

una enfermedad potencialmente mortal, tratamientos, la interrupción que éstos causan y cualquier cambio físico consecuente (Enskar, Carlsson, Golsater, Hamrin, 1997; Kopel, Eiser, Cool, Grimer, Carter, 1998 en Wallace et al., 2007).

La adolescencia es generalmente una fase de desarrollo que implica una mayor vulnerabilidad al estrés emocional que podría verse seriamente agravada por la experiencia del cáncer. Por este motivo, ha resultado de interés descubrir qué factores benefician un buen funcionamiento durante la enfermedad específicamente en esta población. Uno de los indicios que se ha encontrado tiene que ver con las expectativas optimistas del futuro, éstas parecen tener el potencial de ayudar a los jóvenes a enfrentar la experiencia oncológica al mismo tiempo que otras tareas de su desarrollo normativo. Este hallazgo tiene que ver con que las expectativas optimistas están asociadas con una gran variedad de resultados positivos en los adultos con cáncer (Carver et al 1994, 2006; Allison et al 2000; Schou et al 2005 en Smorti, 2012), por este motivo, se considera que es probable que los pacientes oncológicos adolescentes con una actitud optimista tengan un mejor ajuste a la enfermedad.

Las expectativas optimistas sobre el futuro actúan como mecanismos protectores psicológicos ayudando a los adolescentes con cáncer a hacer frente a la enfermedad. Las expectativas optimistas se refieren a una tendencia general a esperar resultados positivos y reflejan una orientación cognitiva hacia la vida; en parte, estas expectativas positivas pueden ser resultado de la creencia de la persona de que puede controlar los buenos resultados (Gillham y Reivich, 2004 citado en Smorti, 2012).

Smorti (2012) llevó a cabo un estudio que tuvo por objetivo evaluar las expectativas del futuro, su relación con la resiliencia y las estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes que estaban recibiendo tratamiento para cáncer de hueso. Los resultados, al ser comparados con los de un grupo control, mostraron expectativas más

optimistas del futuro, menor apertura a nuevas experiencias, mayor control de los impulsos, menor ego - resiliencia¹⁶ global y mayor uso de estrategias de evitación.

Se ha comparado el funcionamiento de diferentes pacientes dependiendo de su edad, en este sentido, la evidencia indica que los adolescentes y adultos jóvenes que tienen cáncer o que se están recuperando de éste están en mayor riesgo de tener peor funcionamiento psicológico comparados con sus pares o que incluso comparados con niños y/o adultos con cáncer (Seitz, Besier, Debatin et al., 2010 en Cardozo y Alderete (2009). Se ha hablado de que los adolescentes y adultos jóvenes con cáncer pueden cumplir menos con el régimen de su tratamiento (Butow, Palmer, Pai, Goodenough, Lockett, y King, 2010 en Wakefield, Patterson, McDonald, Wilson, Davis y Sansom-Daly, 2013) y es más probable que se ocupen en conductas de riesgo como fumar o tener sexo sin protección durante o después de su tratamiento (Haase, Phillips, 2004; Morgan, Davies, Palmer, Plaster, 2010 en Wakefield, 2013). Esto pueden significar factores que afecten la transición de esta población a un buen funcionamiento durante la supervivencia (Wakefield et al., 2013).

Uno de estos modelos que intenta explicar el ajuste durante la enfermedad oncológica es el Modelo de Resiliencia Adolescente¹⁷. La resiliencia, dentro del contexto de adolescentes experimentado el cáncer se define como un proceso para identificar y desarrollar recursos o fortalezas para manejar tensiones y conseguir resultados positivos de la experiencia (Haase, Heiney, Ruccione, Stutzer, 1999 en Wallace, et al., 2007). Haase propone que la resiliencia es influenciada por componentes protectores y de riesgo incluyendo a la enfermedad, la familia y los factores sociales relacionados, afrontamiento individual y el significado derivado (Haase, 2004 en Wallace et al., 2007).

Una de las cosas que se ha dicho en relación a los pacientes que están atravesando por un proceso oncológico durante su adolescencia es el hecho de que las alteraciones

¹⁶ La escala que mide este concepto lleva por nombre *The Ego resilience scale* y define el *yo resiliente* como las habilidades de un individuo para autocontrolarse en respuesta a las demandas de su entorno (Ospina, 2007)

¹⁷ Adolescent Resilience Model-ARM

en su apariencia, resultado del tratamiento oncológico, implican importantes preocupaciones durante el tratamiento y repercuten en la autoestima, pensamientos y comportamiento de los adolescentes, principalmente lo relacionado con la interacción con sus pares. Sin embargo, con el tiempo experimentan un cambio en la manera en que perciben y manejan su apariencia y su percepción del valor de ésta como un medio para evaluarse tanto a ellos como a otros. Además, la experiencia de ser diferente activa un grado de individualidad nunca antes explorado por ellos (Wallace et al., 2007).

La adaptación exitosa a la experiencia de cáncer requiere que los pacientes adolescentes manejen eficazmente sus emociones y comportamiento, interactúen con su entorno social y mantengan flexibilidad en sus cogniciones respecto a su enfermedad con el fin de ser capaz de alterar o afectar las fuentes de estrés. Todos estos procesos están ligados a la resiliencia y al afrontamiento (Smorti, 2012).

Resiliencia durante la etapa de vigilancia

El proceso oncológico no termina al conseguir el estatus de sobreviviente debido a que la adaptación a la etapa posterior del tratamiento también implica vivencia de sucesos estresantes en muchos de los casos. Según Wills y O'Carroll (2012), entre las dificultades emocionales que un sobreviviente puede experimentar se encuentra la incertidumbre, es decir, la preocupación persistente sobre la reincidencia del cáncer. También se ha descrito la experimentación de aislamiento debido a que aquellos que han superado el cáncer vivieron algo que las demás personas que conforman su red social no conocen (Ezer, Chachamovich, Saad, Aprikian y Souhami, 2011 en Wills y O'Carroll, 2012) e incluso del que quizá tengan falsas ideas preconcebidas.

La importancia que se le ha dado a la investigación sobre la adaptación a la nueva condición de supervivencia se debe a que se tienen bien identificado el riesgo que los sobrevivientes tienen para padecer secuelas y efectos tardíos a raíz no sólo de la enfermedad sino del tratamiento. Tal como señala Wallace et al. (2007), todos los tratamientos para combatir el cáncer impactan en la apariencia: la cirugía puede

resultar en cicatrices, desfiguramientos y una posible pérdida de una extremidad; la radioterapia puede afectar el crecimiento y el desarrollo, así como la aparición normal de la pubertad y ocasionar pérdida temporal o permanente de cabello; la quimioterapia puede ocasionar pérdida temporal de cabello así como pérdida o aumento de peso. Al respecto, Erman, Todorovski y Jereb (2012) señalan que las modalidades de tratamiento que incluyen cirugía incrementa de manera significativa el cociente de riesgo de secuelas mientras que aquellas basadas en la quimioterapia lo reducen de manera significativa. Por este motivo, el cambio en las modalidades de tratamiento en términos de reemplazo de la cirugía y la radioterapia por quimioterapia es la razón principal del decremento en la incidencia y riesgo de secuelas tardías del tratamiento del cáncer infantil. Por otro lado, el riesgo de las secuelas también tiene que ver con la edad de diagnóstico pues los niños más pequeños son más susceptibles a los efectos del tratamiento (Erman et al., 2012).

Existe una creciente población de sobrevivientes de largo plazo de cáncer infantil que están en riesgo elevado de efectos adversos graves de largo plazo debido a los protocolos de tratamiento agresivo. Los efectos tardíos se presentan en todos los sistemas de órganos, los más comunes son los problemas ortopédicos, segundos tumores, obesidad, trastornos de la fertilidad, trastornos psicosociales o cognitivos, así como neurológicos, trastornos endocrinos, y los efectos cardiovasculares (Seitz et al., 2011).

El tema de las secuelas se vuelve relevante al observar el incremento en el número de sobrevivientes de cáncer infantil. Conocer y reconocer cuales son las secuelas tardías y la calidad de vida es una preocupación importante pues se ha señalado que aproximadamente el 50% de los niños curados de cáncer desarrollará una o más secuelas somáticas retardadas y, cerca de una tercera parte, presentarán complicaciones severas y amenazantes para la vida¹⁸. En consecuencia de esto existe un acuerdo general de la necesidad de un seguimiento a largo plazo para los

¹⁸ Schukmeister (2004) cita a IOM National Research Council (2003) y señala que es una cuarta parte de los sobrevivientes.

adolescentes y adultos sobrevivientes de cáncer infantil (Erman et al., 2012; Goldsby et al., 2006).

En el intento que se ha hecho por dar un seguimiento apropiado y marcar directrices específicas para la población sobreviviente, la investigación psicosocial ha examinado el impacto del cáncer en personas jóvenes, incluidos los efectos tardíos del tratamiento del cáncer, como el impacto en el desarrollo cognitivo y su funcionamiento, el crecimiento y la fertilidad, el funcionamiento social y la autoestima. De manera reciente se ha concluido que los sobrevivientes de cáncer infantil no presentan niveles más altos de depresión y ansiedad o niveles más bajos de autoestima que los grupos control o la población normativa, aunque se han reconocido algunas inconsistencias en los resultados relacionados al funcionamiento emocional de los sobrevivientes (Wallace et al., 2007).

Bragado et al. (2008) refieren que hay autores que han sugerido que el impacto psicológico de la enfermedad podría aumentar al finalizar el tratamiento pues es en este momento en que los niños vuelven a su rutina cotidiana y pueden percibir mejor los cambios y las limitaciones físicas. En este sentido, aunque los estresores y desafíos de afrontamiento en sobrevivientes han sido documentados, existen muchos reportes que se apoyan entre sí y hablan de resultados benéficos que son producto de la experiencia oncológica, uno de ellos es contar con puntos de vista y experiencias de apoyo que no habrían podido adquirir antes del diagnóstico (Jansen, Hoffmeister, Chang-Claude, Brenner y Arndt, 2011 en Wills y O'Carroll, 2012). También se ha encontrado que el tratamiento contra el cáncer conduce a un cambio en las prioridades, éstas pueden ser benéficas y dirigidas a un interés renovado en el cuidado de la salud (Denmark-Wahnefried et al., 2005 en Wills y O'Carroll, 2012). Aunado a esto, otros estudios muestran en sus resultados que niños sobrevivientes están bien adaptados psicológicamente y son valorados por profesores y compañeros durante los dos primeros años posteriores al tratamiento (Bragado et al., 2008). En el mismo marco de estudio, Pendley y colaboradores no encontraron diferencias al evaluar en

sobrevivientes de cáncer y un grupo control los niveles de satisfacción en la imagen corporal, soledad y ansiedad social (Wallace et al., 2007).

En sobrevivientes de cáncer se ha medido también calidad de vida, diversos estudios han mostrado en sus resultados que los adultos jóvenes sobrevivientes se ajustan generalmente bien y no reportan ningún deterioro o incluso reportan mejores puntuaciones de calidad de vida respecto a los grupos controles sanos o a la población normal. Por otro lado, también existen algunos estudios que describen un deterioro en la calidad de vida de sobrevivientes de cáncer infantil, pero las diferencias parecen ser insignificantes (Seitz et al., 2011).

Hay datos que apuntan a que, a pesar de que los aspectos emocionales de la calidad de vida no se ven afectados por las secuelas de la experiencia de cáncer, lo referente a lo físico se ve reducido presumiblemente debido a los efectos tardíos adversos. Sin embargo, existen estudios que refieren lo contrario, como es el caso del que realizó Van-Dongen-Melman; él encontró que los adolescentes sobrevivientes de cáncer, al ser comparados con grupos controles, obtuvieron mayores puntajes en la competencia relacionada con la apariencia (1995 en Wallace et al., 2007). A pesar de los sobrevivientes se enfrentan a limitaciones físicas y psicosociales funcionales, parecen estar generalmente satisfechos con su vida presente y futura, cuando se les pregunta directamente.

Estos hallazgos pueden ser interpretados como una adaptación a la experiencia traumática del cáncer en términos de afrontamiento positivo o crecimiento postraumático. Alternativamente, podría ser posible que ocurra un efecto de *sesgo de respuesta* con una tendencia a minimizar problemas o un *cambio de respuesta*, según el cual los sobrevivientes están comparando su calidad de vida actual a su estado anterior de enfermedad y la valoran, en consecuencia, favorables (Seitz et al., 2011).

El constructo de cambio en la respuesta se puede definir como el cambio de los estándares internos, valores y conceptualización de la calidad de vida que ocurre cuando las personas experimentan un cambio en su estado de salud y necesitan acomodar esto (Wallace et al., 2007). Sin embargo, autores como Schwartz y

Langeveld, sugieren que los estándares y valores pueden estar reducidos como resultado del cambio en la respuesta, por lo que incluso cuando los sobrevivientes de cáncer reportan una calidad de vida similar a los grupos controles saludables, esto puede no ser un reflejo de su calidad de vida, debido a sus bajas expectativas. En este mismo sentido, los jóvenes podrían reportar alta satisfacción con su apariencia después del cáncer porque sus expectativas acerca de su apariencia pueden estar reducidas, dejando así más satisfechos como la manera en la que lucen (Wallace et al., 2007).

La edad en la que se recibió el diagnóstico y el tratamiento tienen implicaciones en la adaptación futura en la etapa de supervivencia. En el estudio de Seitz et al. (2011) se comprobó que los sobrevivientes de cáncer en la adolescencia presentan menor satisfacción de vida relacionada a la salud en comparación que la muestra de comparación. Respecto a sus conclusiones sobre el bienestar psicológico, establecen que los sobrevivientes de largo plazo de cáncer con inicio en la adolescencia corren un gran riesgo de síntomas clínicamente relevantes de la depresión, la ansiedad y estrés postraumático. Incluso años después del tratamiento médico exitoso, los adultos sobrevivientes de cáncer adolescente experimentan menos satisfacción de vida que la población general. Especialmente los sobrevivientes con problemas mentales de salud como síntomas de depresión o ansiedad y aquellos con efectos tardíos somáticos, están en mayor riesgo de menor satisfacción con la vida. Además, los sobrevivientes que no han sido capaces de encontrar un sentido más profundo o significado en la sobreviviente o en su enfermedad previa también pueden experimentar satisfacción con la vida reducida.

Muchas teorías han intentado explicar el crecimiento personal saludable reportado por aquellos que han experimentado un evento de vida traumático como es el cáncer (Wallace et al., 2007). El concepto de resiliencia presupone que las personas pueden superar las dificultades y tener un mejor ajuste cuando utilizan fortalezas y habilidades que ya poseen (Luthar et al. 2006 en Smorti, 2012). En este contexto, la resiliencia

individual y familiar podría dotar de mecanismos eficaces para sobrellevar y superar con éxito las dificultades que es probable se presenten.

El aumento en la población de sobrevivientes de cáncer hace posible vislumbrar nuevos retos, uno de ellos se refiere a la necesidad de trabajar en la mejora en la calidad de vida del niño y del adolescente. Como lo mencionan Greenfield et al. (2003), el aumento significativo en las tasas de supervivencia combinado con la incidencia de efectos tardíos significa que los servicios de salud están enfrentándose al reto de proporcionar atención para los sobrevivientes en su transición de la niñez, a la adolescencia y a la vida adulta. Estos mismos autores refieren que existen fallas en el seguimiento a largo plazo que se le da a esta población debido a factores relacionados con la incertidumbre del paciente acerca de la necesidad de seguimiento, la falta de voluntad del paciente para el seguimiento y las dificultades en localizar a adultos sobrevivientes, esto contextualizado en Estados Unidos. Esto implica no sólo un seguimiento deficiente en el ámbito físico, también en el psicológico. Detectar estas situaciones se vuelve relevante pues la atención multidisciplinaria es requerida no sólo mientras el tratamiento oncológico está activo sino también en la etapa de vigilancia.

El seguimiento adecuado de los sobrevivientes con el objetivo de monitorear los efectos tardíos físicos y psicosociales es una necesidad que se remarca de manera constante (Schulmeister, 2004). La resiliencia se vuelve relevante no sólo durante el enfrentamiento con la enfermedad o a la etapa correspondiente a los primeros años de supervivencia en el adolescente pues es posible que los efectos tardíos permeen al alcanzar la adultez, un ejemplo es la posible infertilidad que el sobreviviente pueda padecer. Esto ejemplifica de manera clara la importancia del seguimiento médico y psicológico integral.

A modo de cierre, en lo que concierne a estudios hechos en sobrevivientes, aquellos realizados sobre resiliencia en pacientes oncológicos jóvenes han demostrado que los sobrevivientes de cáncer a menudo manifiestan una notable resiliencia a la enfermedad, a pesar de experimentar eventos de vida difíciles o catastróficos (Hardy et al 2004; Rowland & Baker 2005; Kim Yoo y 2010 en Smorti, 2012).

CAPÍTULO 4. MÉTODO

Tipo de estudio

Partiendo de la clasificación de Ruíz, Gómez & Londoño (2001) se trata de un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo.

Objetivo

Identificar si existen diferencias en el nivel de resiliencia entre adolescentes que padecieron cáncer y aquellos que no han padecido una enfermedad crónica a lo largo de su vida.

Pregunta de investigación

¿El nivel de resiliencia que se tiene en la adolescencia es diferente al haber vivido cáncer, identificado éste como suceso de vida estresante y adverso?

Hipótesis (*diferencia entre grupos*):

Los adolescentes sobrevivientes de cáncer tendrán mayor nivel de resiliencia que los adolescentes que no han padecido una enfermedad crónica en su vida.

Variables de estudio

- Supervivencia al cáncer: estado de una persona que ha padecido un trastorno oncológico y lleva libre de tratamientos y de enfermedad un periodo mínimo de un año (Kornblith, 1998 citado en Die Trill y Vecino, 2003).
- Resiliencia: Capacidad de las personas para enfrentar situaciones difíciles, generadoras de estrés y para sobreponerse a ellas, preservando la salud emocional (González-Arratia, Valdez, Oudhof & González, 2009)

Diseño

Estudios de casos y controles (Ruíz et al., 2001)

Selección de la muestra

Características de la población de estudio: Adolescentes sobrevivientes de cáncer

Grupo de adolescentes sobrevivientes

- Criterios de inclusión: Adolescentes de 13 a 18 años de edad que fueron tratados por una enfermedad oncológica, por lo que estuvieron uno o más años en tratamiento y hasta la fecha de la evaluación llevaban un año o más sin indicios de células cancerígenas en su organismo
- Criterios de exclusión: Adolescentes con problemáticas cognitivas o de comprensión lectora debido a que se utilizó un instrumento de autoinforme

Grupo de adolescentes que no han padecido enfermedad crónica:

- Criterios de inclusión: Adolescentes de 13 a 18 años que no habían padecido alguna enfermedad crónica hasta el momento de la evaluación
- Criterios de exclusión: Adolescentes que no acepten participar en la investigación

Muestreo: No probabilístico, por conveniencia, 100% de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Contexto y escenarios

La muestra de sobrevivientes adolescentes de cáncer se obtuvo de dos hospitales pediátricos de tercer nivel pertenecientes a la Secretaría de Salud ubicados en la Ciudad de México. Ambos hospitales proporcionan servicios a población proveniente de diversos estados de la República Mexicana que se caracterizan generalmente por tener un nivel socioeconómico medio-bajo.

Para la muestra de adolescentes que no enfermaron debido a una enfermedad crónica en la infancia se acudió a una escuela secundaria perteneciente a la Secretaría de Educación Pública (SEP) ubicada en la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México. La población que reside en los alrededores de la zona de esta institución educativa

proviene de diversos estados del país caracterizándose generalmente por tener un nivel socioeconómico medio-bajo.

Procedimiento

- Se acudió a la sala de espera de la consulta externa de los hospitales para solicitar la participación de los adolescentes sobrevivientes de cáncer que acudían a su cita de seguimiento en vigilancia. Se les explicó de manera concisa en qué consistía la investigación, garantizándoles confidencialidad, buen manejo de los datos obtenidos, teniendo su consentimiento informado, se procedió a darles los cuestionarios correspondientes.

Los participantes que formaron parte de esta muestra se obtuvieron entre el 10 de Junio de 2013 al 8 de Julio de 2013.

- Por otro lado, se acudió a la escuela secundaria dónde se obtuvo la muestra de adolescentes que no habían sido diagnosticados con alguna enfermedad entre el 10 de Junio de 2013 y 8 de Julio de 2013, para fines de control de variables extrañas (de tipo temporal).

En ambos se les explicó a los participantes que los datos serían procesados de manera global no dando en ningún caso nombres o datos de identificación.

Instrumentos

- *Cuestionario de resiliencia* de González-Arratia, (2011), es un instrumento de autoinforme desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg (2003); éstos están organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica), yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre). La varianza que se reporta es de 37.82%, y el Alpha de Cronbach total es igual a 0.9192. Del análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal (varimax) se cumple el criterio de Kaiser (KMO= 0.90, $p= 0.001$). González-Arratia y Valdez han reportado consistencia interna alta

con los 32 ítems en sus investigaciones (2012a; 2012b) siendo éstas iguales a $\alpha=0.885$ y $\alpha=0.923$, respectivamente.

El cuestionario está dividido en tres dimensiones que son:

- Factores protectores internos: mide habilidades para la solución de problemas ($\alpha=0.8050$ con 14 reactivos).
- Factores protectores externos: Evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo ($\alpha=0.7370$ con 11 reactivos).
- Empatía: se refiere a comportamiento altruista y prosocial ($\alpha=0.7800$ con 7 reactivos).

González-Arratia (2011) entiende la resiliencia como el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social, escolar y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

La prueba busca evaluar las habilidades, actitudes y atributos clave que se encuentran en las personas resilientes. La autora refiere en su libro *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes* (2011) que se ha podido corroborar el uso del cuestionario en diferentes contextos, individuos de diferentes edades, sexo y nivel socioeconómico. El instrumento puede ser usado en niños a partir de 7 años y se ha aplicado en individuos de hasta 18 años (González-Arratia, Reyes, Valdez y González, 2011; González-Arratia, Nieto y Valdez, 2011; González-Arratia y Valdez, 2012a; González-Arratia y Valdez, 2012b).

La calificación del instrumento está dada por la suma del puntaje total, en donde los valores altos indican mayor resiliencia, es decir, que los individuos que presentan alto puntaje en los tres factores que integran el instrumento, indica que poseen habilidades para la solución de problemas, cuentan con redes de apoyo para la superación de los problemas así como comportamiento altruista y prosocial los cuales son componentes indispensables para la resiliencia (González-Arratia, 2011). Para consultar el instrumento ver **Apéndice A**.

- *Sucesos de vida* de Lucio y Durán (2003), es un inventario de autoinforme que consta de 129 reactivos y una pregunta abierta referidos a los sucesos experimentados durante el último año de vida del adolescente para evaluar siete áreas: familiar, social, personal, problemas de conducta, logros y fracasos, salud y escolar.

Detecta problemas emocionales en adolescentes dando un nivel de *riesgo emocional*¹⁹ a partir de los sucesos estresantes a los que el individuo se ha enfrentado y la evaluación efectiva que hace de esos sucesos. Por otro lado, el medir sucesos de vida positivos, también ofrece la posibilidad de calcular el *nivel de experiencias positivas*²⁰.

Evalúa tanto sucesos negativos como positivos y aborda las áreas más importantes en el desarrollo del adolescente.

En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, Lucio y Durán (2003) reportan un índice de confiabilidad global Kuder-Richardson de .89. En cuanto a la confiabilidad, los reactivos positivos tienen .76 y los negativos de .88, lo que significa que el cuestionario puede considerarse un instrumento confiable, aunque el nivel de confiabilidad es mayor para los sucesos negativos. La validación del instrumento, por otro lado, se llevó a cabo a través del método de jueces en el que participaron 18 expertos que clasificaron a cada uno de los reactivos del instrumento a partir de dos criterios:

- Sucesos normativos o no normativos
- Reactivos positivos o negativos de acuerdo con la carga afectiva de los mismos

Las autoras reportan buena validez de constructo a través de un análisis mediante la prueba *t* de Student entre el grupo con las puntuaciones más altas y las más bajas. Los

¹⁹ Término propuesto en esta investigación

²⁰ Ídem

resultados muestran diferencias significativas en todos los reactivos, excepto el 54, lo que indica que el instrumento posee una buena validez de constructo.

Se eligió este instrumento por haber sido diseñado especialmente para adolescentes (de 13 a 18 años) además de estar validado y estandarizado en población mexicana, su función consistió en fungir como un instrumento de medición de variables extrañas (sucesos de vida diferentes al cáncer). Una de sus limitantes en relación específica a este estudio, fue el hecho de que sólo considera los sucesos que acontecieron en el último año.

Al ser evidente que las enfermedades no son el único evento adverso que se puede presentar en la vida de una persona, resultó primordial medir qué otros sucesos acontecieron a lo largo de la vida de los adolescentes participantes. Para convertirse en sobreviviente de cáncer se debe haber estado en vigilancia un periodo mínimo de un año por lo que en todos los casos el proceso de enfermedad se presentó hace un año o más partiendo del momento de evaluación, por este motivo, se consideró importante solicitar a todos los participantes reportar si algunos sucesos fueron vividos hace más de un año, buscando una medida más confiable de lo que los participantes han enfrentado a lo largo de su vida.

Cada uno de los reactivos fue clasificado por Lucio y Durán (2003) dentro de una de las siguientes categorías, cada una de ellas otorga una determinada puntuación:

- Normativo positivo: puntúa 1
- No normativo positivo: puntúa 2
- Normativo negativo: puntúa 3
- No normativo negativo: puntúa 5

Son 35 los reactivos que pertenecen a la categoría de sucesos de vida positivos (normativos y no normativos) y 94 reactivos los que constituyen la medición de sucesos de vida negativos (normativos y no normativos).

Respecto a los sucesos normativos, Lucio y Duran (2003) explican que éstos incluyen eventos como cambios de escuela, variaciones en las relaciones con los padres y cambios corporales, los cuales se presentan aproximadamente al mismo tiempo entre adolescentes de la misma edad y que además son típicos de esta etapa de desarrollo. Estos sucesos son fáciles de predecir y bastante frecuentes, por lo que se perciben como medianamente estresantes y controlables. En cuanto a los sucesos no normativos, señalan que éstos pueden definirse como eventos de vida significativos y críticos, como son la muerte de algún familiar, asaltos o golpes, que aumentan la probabilidad de producir un desajuste en el adolescente. Estos sucesos son poco frecuentes, difíciles de predecir y abrumadores. Dado que son poco controlables e influenciables, para el adolescente es muy complicado prepararse para enfrentarlos.

Además de la normatividad, esta prueba también toma en cuenta la dirección de los sucesos de vida, pudiendo ser éstos positivos o negativos. Lucio y Durán (2003) definen a los sucesos negativos en su prueba como aquellos que implican perjuicio o malestar en función de adolescente, por su parte, los reactivos positivos son aquellos que por sí mismos denotan beneficio o bienestar en función del adolescente.

Otra de las características del instrumento es la posibilidad de que el adolescente valore de manera personal si el suceso que vivió fue *bueno*, *malo* o *indiferente* para él o ella, esto puede significar que su valoración difiera de la que la prueba establece como suceso positivo o negativo, por ejemplo: para la prueba el suceso de vida “*Perdí mi empleo*” es un suceso no normativo negativo con valor de 5 puntos, sin embargo un(a) adolescente pudo haber contestado que esto para él/ella fue bueno o indiferente. Cabe señalar que esta valoración personal no influye en el cálculo de *riesgo emocional* para las siete áreas que conforman el instrumento.

Para consultar los reactivos que conforman el instrumento consultar **Apéndice B**.

Análisis de datos

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el Paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 20. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de la población para obtener la distribución de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas de ambas muestras. Posteriormente, se elaboró un perfil de resiliencia y sucesos de vida tanto de adolescentes sobrevivientes como de sanos. Finalmente, para realizar una comparación a partir de los instrumentos utilizados, y de acuerdo al nivel de medición de las variables, se utilizó la prueba *t* de Student para obtener las diferencias de las medias entre sobrevivientes y sanos, así como el análisis de varianza, éste último con el fin de identificar de forma más específica las diferencias entre los grupos.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados que se presentan muestran la forma en que dos grupos de adolescentes –unos, sobrevivientes de cáncer y otros que no habían sido diagnosticados con ningún tipo de enfermedad crónica en su vida- respondieron a una escala de resiliencia y a una escala de sucesos de vida.

Lo obtenido se desglosó en cuatro partes a lo largo de este capítulo. En el primer apartado se encuentra la descripción de cada grupo a partir de los datos sociodemográficos recabados y de las variables médicas exclusivas del grupo de adolescentes sobrevivientes. La segunda parte muestra los perfiles de resiliencia y sucesos de vida de ambos grupos. El tercer apartado contiene el análisis descriptivo que se obtuvo a partir de las especificidades del instrumento *Sucesos de vida*. Para finalizar, en el último apartado se encuentran las pruebas de hipótesis con el objetivo de hacer comparaciones inter-grupos.

Descripción de las muestras

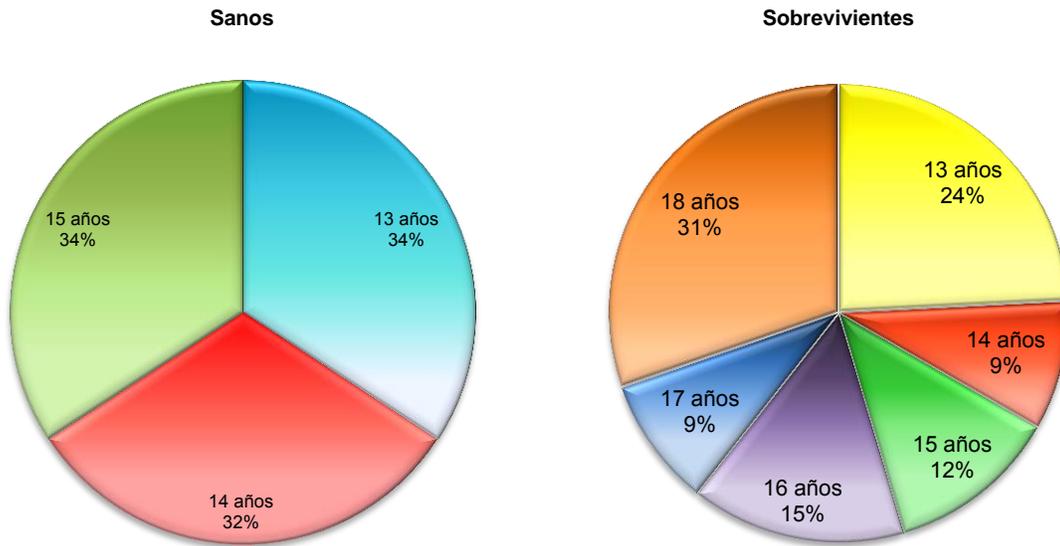
La muestra total estuvo compuesta por 71 adolescentes, de los cuáles 33 (46.5%) fueron sobrevivientes de cáncer y 38 de ellos (53.5%) no habían sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica en su vida.

Edad

En general, la edad de los 71 participantes fluctuó entre los 13 y los 18 años de edad cumplidos, con una $\bar{X}=14.77$ y una $s=1.7$. En el grupo de sobrevivientes de cáncer, la edad varió desde los 13 hasta los 18 años de edad, con una $\bar{X}=15.67$ y una $s=1.995$; por su parte, en el grupo de *adolescentes sanos*²¹, la edad varió de los 13 a los 15 años de edad, con una $\bar{X}=14$ y una $s=.838$. De manera gráfica se concentran estos datos en la siguiente figura:

²¹ Por fines prácticos se llamará así al grupo de adolescentes que no habían sido diagnosticados con una enfermedad crónica en su vida.

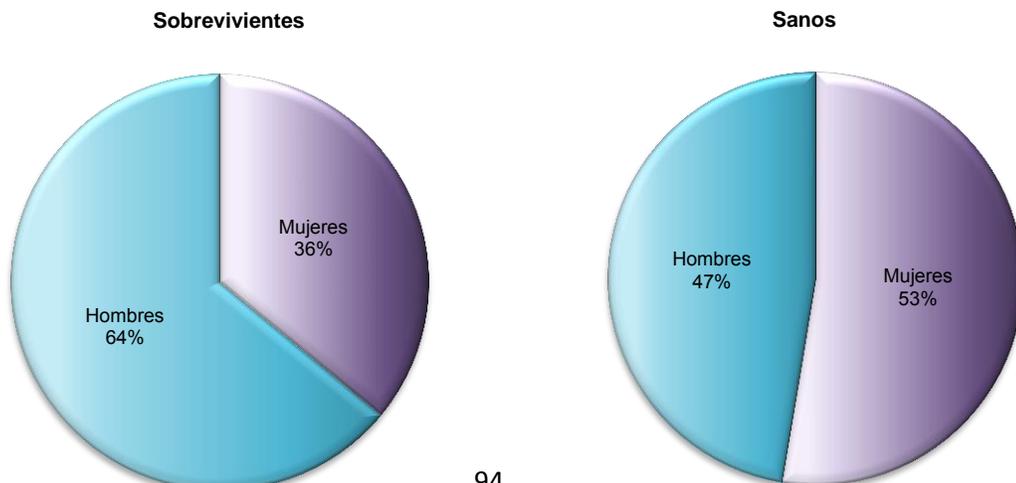
Figura No. 1. Distribución por edad de los grupos participantes



Sexo

En cuanto al sexo de los 71 participantes, 32 fueron mujeres (45.1%) y 39 fueron hombres (54.9%). Comparando, se observó que en el grupo de adolescentes sobrevivientes hubo 36.4% de mujeres y 63.6% de hombres. Por otro lado, el grupo de adolescentes sanos estuvo formado por 52.6% de mujeres y 47.2% de hombres.

Figura No. 2. Distribución por sexo de los grupos participantes



Escolaridad

En el grupo de adolescentes sobrevivientes, el último grado de estudios terminado varió del primer año de secundaria hasta el primer año de educación superior. Por su parte en el grupo de adolescentes sanos, la variación se presentó desde primero hasta tercero de secundaria. A continuación se muestran las tablas que detallan la frecuencia en ambos grupos:

Tabla 9. Distribución de la muestra por escolaridad

Grupo	Último año terminado	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Primero de secundaria	5	15.2
	Segundo de secundaria	6	18.2
	Tercero de secundaria	6	18.2
	Primero de bachillerato	6	18.2
	Segundo de bachillerato	5	15.2
	Tercero de bachillerato	4	12.1
	Primer año de educación superior	1	3
Sanos	Primero de secundaria	8	21.1
	Segundo de secundaria	17	44.7
	Tercero de secundaria	13	34.2

Dado que el grupo de sobrevivientes se integró de adolescentes que habían recibido tratamiento médico, se evaluaron en este grupo, además de las variables sociodemográficas, algunos aspectos relacionados con la atención médica que recibieron para superar la enfermedad. Las variables exclusivas del grupo de adolescentes sobrevivientes se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 10. Hospital de pertenencia

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
Hospital 1	22	66.7
Hospital 2	11	33.3
Total	33	100

Tabla 11. Diagnóstico oncológico

Diagnóstico oncológico	Frecuencia	Porcentaje
<i>Retinoblastoma</i>	7	21.2
<i>Linfoma de Hodgkin</i>	6	18.2
<i>Leucemia Linfoblástica Aguda</i>	6	18.2
<i>Teratoma maduro de ovario</i>	2	6.1
<i>Tumor testicular</i>	2	6.1
<i>Leucemia Mieloide Aguda</i>	1	3
<i>Sarcoma Granulocítico</i>	1	3
<i>Disgerminoma de ovario</i>	1	3
<i>Sarcoma Sinovial</i>	1	3
<i>Ganglioneuromamediastinal</i>	1	3
<i>Teratoma inmaduro de ovario</i>	1	3
<i>Astrocitoma</i>	1	3
<i>Rabdomiosarcoma de piso pélvico</i>	1	3
<i>Linfoma no Hodgkin</i>	1	3
<i>Tumor de Wilms</i>	1	3
Total	33	100

Tabla 12. Tratamiento recibido

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	6	18.2
Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía	5	15.2
Quimioterapia y Radioterapia	7	21.2
Quimioterapia y Cirugía	3	9.1
Cirugía	10	30.3
Radioterapia y cirugía	1	3
Quimioterapia y trasplante de médula ósea	1	3
Total	33	100

Es importante señalar que en el caso de los participantes que fueron diagnosticados con *retinoblastoma*, todos tuvieron como parte del tratamiento una cirugía que consistió en la extracción del ojo, lo que se conoce como *enucleación ocular*.

Figura 3. Tiempo de tratamiento en años y meses

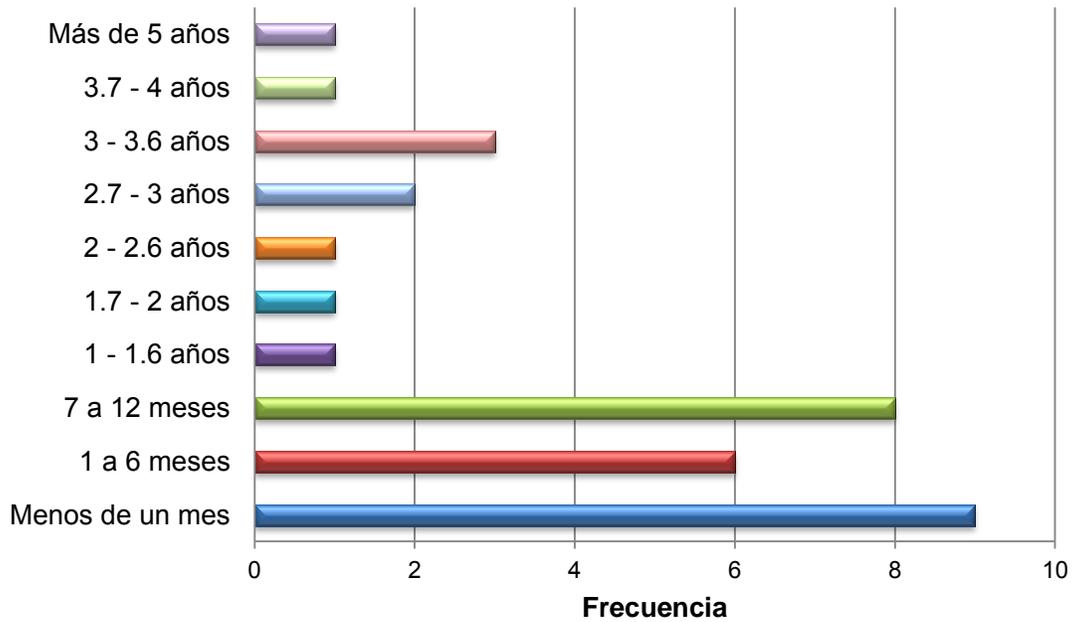


Tabla 13. Tiempo de vigilancia de los adolescentes sobrevivientes

Años de vigilancia	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5	15	45.5
5 a 10	7	21.2
10 a 15	11	33.3
Total	33	100

Cuatro de los participantes sobrevivientes presentaron recidiva, en su caso, la vigilancia se contó a partir de la superación del segundo cáncer o recaída. Ellos representaron el 12.1% de la muestra de adolescentes sobrevivientes, de éstos, uno llevaba hasta el momento de la evaluación 4 años de vigilancia y los otros tres llevaban 5 años.

Perfil de Resiliencia y Sucesos de vida

Perfil de resiliencia

El concepto de resiliencia hace referencia a la capacidad de sobreponerse a la adversidad, entendiéndose ésta como la experimentación de sucesos de vida hostiles o desafiantes potencialmente de riesgo o desestabilizadores.

En esta investigación, la resiliencia se midió haciendo uso del instrumento *Cuestionario de resiliencia*, (González-Arratia, 2011) compuesto por tres factores: *Factor Protector interno* (FPI), *Factor Protector Externo* (FPE) y *Empatía*.

Nivel de Resiliencia global

Ambos grupos de participantes obtuvieron un puntaje total equivalente a resiliencia moderada y alta. En ambos grupos la mayoría de los participantes obtuvo puntajes de *Resiliencia global* alto, siendo los adolescentes sobrevivientes quienes alcanzaron mayor porcentaje de este nivel.

Tabla 14. Nivel de *Resiliencia global*

Grupo	Nivel de resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Moderado	7	21.2
	Alto	26	78.8
Sanos	Moderado	14	36.8
	Alto	24	63.2

Los factores protectores interno, externo y empatía se explican a continuación.

Nivel de resiliencia en Factor Protector Interno (FPI)

Este factor se refiere a las funciones que se relacionan con las habilidades para la solución de problemas (González-Arratia, 2011). Ambos grupos puntuaron lo

equivalente a nivel moderado y alto, siendo los adolescentes sobrevivientes quienes alcanzaron mayor porcentaje de este último.

Tabla 15. Nivel de resiliencia en *Factor Protector Interno*

Grupo	Nivel de resiliencia en FPI	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Moderado	9	27.3
	Alto	24	72.7
Sanos	Moderado	12	31.6
	Alto	26	68.4

Nivel de resiliencia en Factor Protector Externo (FPE)

Este factor se refiere al apoyo percibido de la familia y/o personas significativas para el individuo (González-Arratia, 2011). Ambos grupos puntuaron lo equivalente a alto y moderado siendo los sobrevivientes quienes obtuvieron mayor porcentaje en nivel alto.

Tabla 16. Nivel de resiliencia en *Factor Protector Externo*

Grupo	Nivel de resiliencia en FPE	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Moderado	2	6.1
	Alto	31	93.9
Sanos	Moderado	10	26.3
	Alto	28	73.7

Nivel de resiliencia en Factor Empatía (FE)

El *Factor Empatía* hace referencia al comportamiento altruista y prosocial del individuo (González-Arratia, 2011). Los adolescentes sobrevivientes obtuvieron puntajes equivalentes a nivel moderado y alto, por su parte, los sanos obtuvieron lo equivalente

a nivel bajo, moderado y alto, es decir, los adolescentes sobrevivientes tendieron a obtener puntajes más elevados.

Tabla 17. Nivel de resiliencia de *Factor Empatía*

Grupo	Nivel de resiliencia en FE	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Moderado	14	42.4
	Alta	19	57.6
Sanos	Bajo	2	5.3
	Moderado	18	47.4
	Alta	18	47.4

Perfil de sucesos de vida

En esta investigación se hizo uso del instrumento *Sucesos de vida* (Lucio y Durán, 2003) que tiene como objetivo detectar el riesgo de desarrollar problemas emocionales a partir de los sucesos de vida estresantes a los que el individuo se ha enfrentado y la evaluación afectiva que hace de tales sucesos. Evalúa siete áreas: *Familiar, Social, Personal, Problemas de conducta, Logros y fracasos, Salud y Escolar*. Cada una de estas áreas se evalúa a partir de sucesos positivos y negativos, exceptuando *Problemas de conducta* que únicamente contiene sucesos negativos.

Lucio y Durán (2003) advierten que la evaluación de los sucesos de vida negativos constituye la parte más confiable del instrumento y proporcionan ejes para la interpretación a partir de éstos. Agregan que respecto a los sucesos de vida positivos aún hace falta investigación. En el presente trabajo los sucesos de vida positivos se tomaron en cuenta debido a que pueden representar en la vida de los participantes factores protectores.

La prueba sugiere clasificaciones en cuanto al riesgo de padecer algún problema o trastorno emocional ejemplificando que una puntuación *T* entre 65 y 69 “indicaría que el

joven se ha encontrado expuesto a más sucesos estresantes de lo esperado y (...) pudiera estar en riesgo de presentar alguna alteración emocional en el área donde se halla la elevación” (Lucio y Durán, 2003, p.15). Señalan también que si la puntuación *T* es superior a 69, la probabilidad de alteración emocional se elevaría. En el presente trabajo se manejó la clasificación de riesgo como *riesgo emocional* pudiendo ser éste *bajo* (*T* 0 a *T* 64), *considerable* (*T* 65 a *T* 69) o *alto* (*T* 70 a *T* 120) en cada una de las áreas negativas del instrumento.

En cuanto a los sucesos de vida positivos, las autoras no sugieren ejes claros de interpretación, sin embargo en el presente trabajo los rangos que se utilizaron fueron: *bajo* (*T* 0 a *T* 40), *medio* (*T* 41 a *T* 69) y *alto* (*T* 70 a *T* 120)²² para la variable que se definió como *Nivel de experiencias positivas*.

Nivel de riesgo emocional en las áreas de la prueba

Área familiar negativa

Esta área se refiere a sucesos que ocurren dentro de la dinámica de la familia, tanto nuclear como extensa del adolescente. Abarca también sucesos relacionados con la comunicación y formas de interacción de los miembros de la familia con el adolescente. Explora sucesos como divorcios, enfermedades, conflictos y problemas (Lucio y Durán, 2003).

Se observa que en ambos grupos predomina el riesgo emocional bajo, sin embargo, el grupo de sobrevivientes presenta un nivel más bajo que el de adolescentes sanos por 11.4 puntos. Por otro lado, mayor número de adolescentes sanos presentan riesgo emocional alto con un 28.9% contrastado con un 12.1% de riesgo alto en los adolescentes sobrevivientes.

²² Estos rangos se obtuvieron a partir de un ejemplo que Lucio y Durán (2003) dan en el manual del instrumento.

Tabla 18. Nivel de riesgo emocional en el área Familiar negativa

Grupo	Riesgo emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Bajo	22	66.7
	Considerable	7	21.2
	Alto	4	12.1
Sanos	Bajo	21	55.3
	Considerable	6	15.8
	Alto	11	28.9

Área social negativa

En el instrumento esta área pretende investigar sucesos que tienen que ver con las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar. Investiga los roles que el adolescente desempeña en los grupos (Lucio y Durán, 2003).

En ambos grupos predomina el riesgo emocional bajo, siendo aún más bajo en el grupo de sobrevivientes. En cuanto al riesgo alto, la diferencia es notoria pues mientras que en los sobrevivientes el riesgo alto es de 6.1%, en los adolescentes sanos es de 18.4%.

Tabla 19. Nivel de riesgo emocional en el área Social negativa

Grupo	Riesgo emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Bajo	29	87.9
	Considerable	2	6.1
	Alto	2	6.1
Sanos	Bajo	27	71.1
	Considerable	4	10.5
	Alto	7	18.4

Área personal negativa

Esta área considera los eventos que se relacionan con la vida emocional y sexual del adolescente, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos (Lucio y Durán, 2003).

Nuevamente en ambos grupos el porcentaje predominante corresponde al riesgo bajo, siendo los sobrevivientes los que presentan el más bajo. También es rescatable el hecho de que los adolescentes sanos tienen un porcentaje mayor de riesgo emocional alto con un 18.4% comparado con el de los sobrevivientes que presentan sólo el 6.1%.

Tabla 20. Nivel de riesgo emocional en el área Personal negativa

Grupos	Riesgo emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Bajo	29	87.9
	Considerable	2	6.1
	Alto	2	6.1
Sanos	Bajo	28	73.7
	Considerable	3	7.9
	Alto	7	18.4

Área problemas de conducta

Esta área se refiere a situaciones relacionadas a problemas con las autoridades y violación de normas, así como sus consecuencias. Incluye desde normas relacionadas con la escuela, hasta aquellas que implican problemas legales (Lucio y Durán, 2003).

Los adolescentes sobrevivientes al igual que los sanos obtuvieron predominantemente puntajes equivalentes a un riesgo emocional bajo para esta área. Por otra parte, el riesgo emocional alto fue en los sanos de 23.7% y en los sobrevivientes de 9.1%.

Tabla 21. Nivel de riesgo emocional en el área Problemas de conducta

Grupo	Riesgo emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Bajo	26	78.8
	Considerable	4	12.1
	Alto	3	9.1
Sanos	Bajo	27	71.1
	Considerable	2	5.3
	Alto	9	23.7

Área logros y fracasos negativa

Esta área explora el alcance o no de metas del adolescente en diferentes actividades y áreas de su vida, así como pérdidas materiales (Lucio y Durán, 2003). En los dos grupos predomina el riesgo emocional bajo y, nuevamente, en el grupo de sobrevivientes, el riesgo emocional alto (3%) es menor comparado con el grupo de adolescentes sanos en el que el riesgo emocional alto fue de 7.9%

Tabla 22. Nivel de riesgo emocional en el área Logros y fracasos negativa

Grupo	Riesgo emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Bajo	29	87.9
	Considerable	3	9.1
	Alto	1	3
Sanos	Bajo	30	78.9
	Considerable	5	13.2
	Alto	3	7.9

Área salud negativa

Esta área considera las situaciones de vida del adolescente relacionadas con sus hábitos e higiene personal y cómo éstos afectan su salud (Lucio y Durán, 2003). Se observa una vez más que el riesgo emocional alto en esta área es mayor en el grupo de adolescentes sanos (15.8%) comparado con el grupo de sobrevivientes (6.1%)

Tabla 23. Nivel de riesgo emocional en el área Salud negativa

Grupo	Riesgo emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Bajo	30	90.9
	Considerable	1	3
	Alto	2	6.1
Sanos	Bajo	29	76.3
	Considerable	3	7.9
	Alto	6	15.8

Área escolar negativa

Concierne a sucesos de vida dentro del contexto escolar en el que se desenvuelve el adolescente, éstos tienen que ver con su desempeño académico, su relación con maestros y compañeros, y con cambios dentro del ámbito escolar (Lucio y Durán, 2003). Ambos grupos mostraron en general un riesgo emocional bajo y, en este caso, los adolescentes sanos presentaron un riesgo más bajo que los sobrevivientes, aunque esta diferencia no parece ser significativa.

Tabla 24. Nivel de riesgo emocional en el área Escolar negativa

Grupo	Riesgo emocional	Frecuencia	Porcentaje
Sobrevivientes	Bajo	30	90.9
	Considerable	2	6.1
	Alto	1	3
Sanos	Bajo	35	92.1
	Considerable	3	7.9
	Alto	0	0

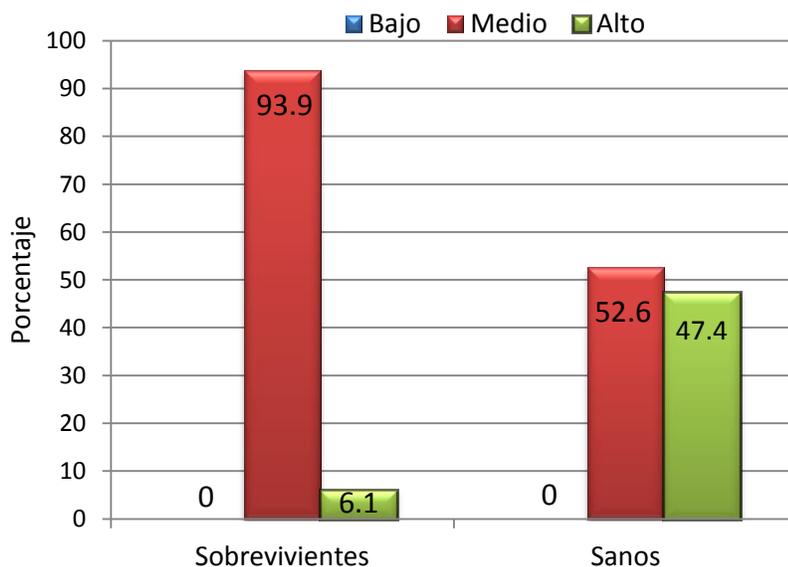
Nivel de experiencias positivas en las áreas de la prueba

A pesar de que Lucio y Durán (2003) señalan que los sucesos positivos se encuentran en fase experimental, señalan que “una puntuación elevada (...) indicaría que tal vez el joven cuenta con experiencias positivas que podrían funcionar como factores protectores” (p.15). Por este motivo, se consideró importante tomar en cuenta los resultados del análisis de frecuencias de las puntuaciones respecto a los sucesos positivos de la prueba para cada grupo. La variable para concentrar el *puntaje T* de los sucesos de vida positivos fue *Nivel de experiencias positivas*. Se estableció como nivel bajo el puntaje que iba de 0 a 40, medio el de 41 a 69 y alto el de 70 a 120. En todas las áreas de ambos grupos la moda correspondió al nivel medio, excepto en el área de *Salud* en el que el nivel alto fue el predominante para el grupo de adolescentes sanos. A continuación se presentan gráficas que concentran los resultados de ambos grupos.

Área familiar positiva

El 93.9% de los adolescentes sobrevivientes y 52.6% de los adolescentes sanos obtuvieron un puntaje medio, éstos últimos obtuvieron un nivel alto superior al de los sobrevivientes.

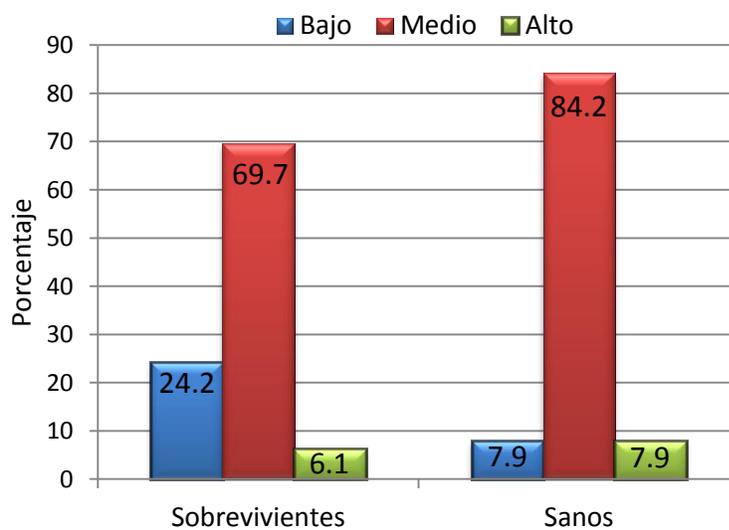
Figura 4. Nivel de experiencias positivas en área Familiar



Área social positiva

Ambos grupos obtuvieron en su mayoría nivel medio de experiencias positivas. Los sanos fueron los que vivieron mayor número de sucesos positivos en esta área.

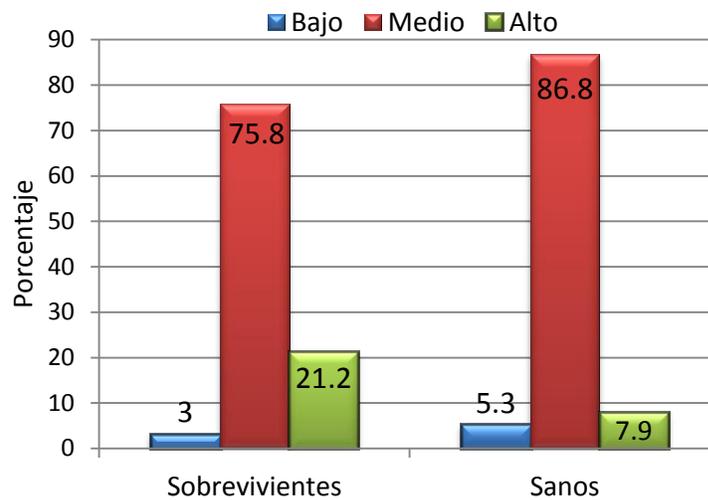
Figura 5. Nivel de experiencias positivas en área Social



Área personal positiva

Los adolescentes sobrevivientes obtuvieron mayor porcentaje de nivel alto que los sanos, mientras que éstos últimos superaron en la obtención de nivel medio.

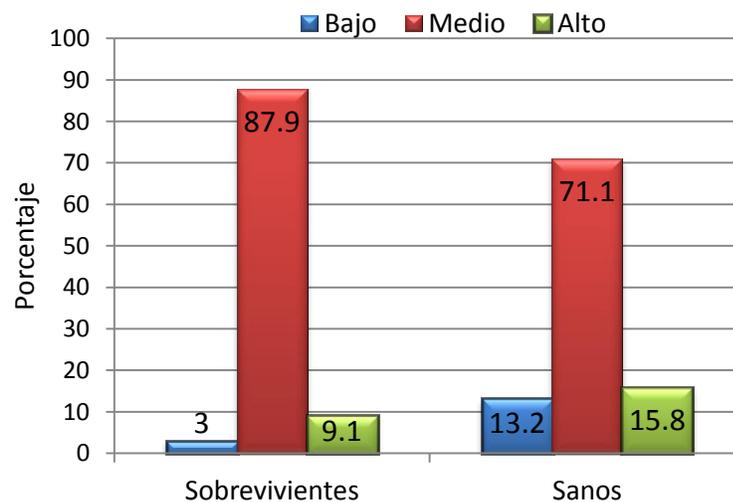
Figura 6. Nivel de experiencias positivas en área Personal



Área logros y fracasos positiva

Ambos grupos obtuvieron en su mayoría nivel medio, siendo los adolescentes sanos quienes obtuvieron mayor porcentaje en nivel alto.

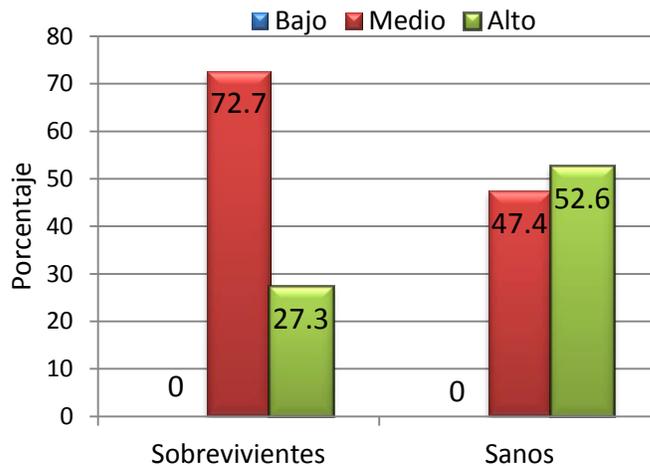
Figura 7. Nivel de experiencias positivas en área logros y fracasos



Área salud positiva

Los sobrevivientes obtuvieron en su mayoría nivel medio y los sanos, nivel alto.

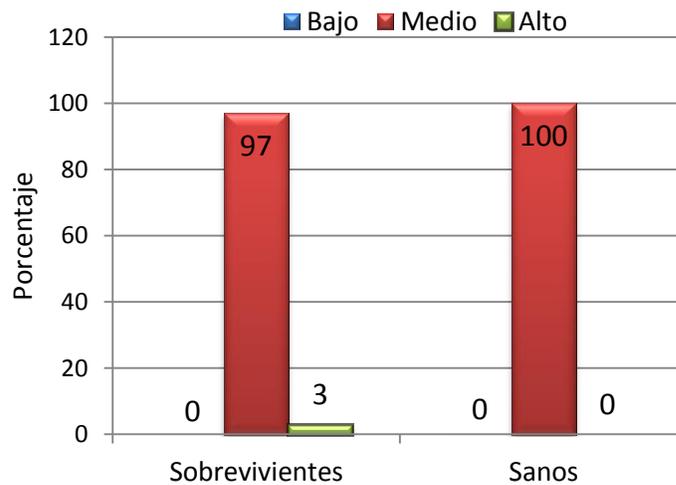
Figura 8. Nivel de experiencias positivas en área salud



Área escolar positiva

Los adolescentes sanos obtuvieron en su totalidad nivel medio de experiencias positivas, por otro lado, los sobrevivientes obtuvieron en su mayoría este nivel diferenciándose por haber obtenido en un pequeño porcentaje también de nivel alto.

Figura 9. Nivel de experiencias positivas en área salud



Una vez que se llevó a cabo la descripción sobre los niveles que fueron más frecuentes en los grupos en cuanto al *Riesgo emocional* y al *Nivel de experiencias positivas*, se consideró importante incluir la información que se obtuvo a partir de las especificidades del instrumento²³, se presenta a continuación.

Análisis descriptivo del instrumento *Sucesos de vida*

La información que se presenta se basó en dos elementos que se pueden diferenciar; el primer apartado se realizó a partir de la valoración de los adolescentes e incluye el número total de sucesos de vida vividos de acuerdo a su opinión personal²⁴. El segundo apartado se realizó tomando como referencia la clasificación que otorga la prueba a cada suceso²⁵, éste incluye la cantidad de sucesos y las áreas de pertenencia de los que más frecuentemente fueron valorados de manera congruente o diferente a la clasificación predeterminada por el instrumento.

En relación al primer apartado, cabe mencionar que al momento de la evaluación se pidió a los participantes que reportaran si habían experimentado algún suceso de vida de la lista hace más de un año²⁶, el objetivo fue tomar en cuenta lo que el adolescente vivió a lo largo de toda su vida. Esto también hizo posible contrastar si el número de sucesos de vida negativos²⁷ cambiaba de manera importante al pedir que se reportara lo acontecido en el último año en comparación con los sucesos de vida negativos vividos hace más de un año. La variable que midió únicamente lo que les sucedió en el último año fue *Total de sucesos negativos/positivos vividos de acuerdo a la prueba* y la que consideró los acontecimientos pasados fue *Total de sucesos de vida negativos/positivos vividos a lo largo de toda la vida*, esta variable resultó al sumar el

²³ Posibilidad de valorar de manera personal si el suceso de vida fue bueno, malo o indiferente para el adolescente

²⁴ Sucesos positivos valorados buenos, malos o indiferentes y sucesos negativos valorados como buenos, malos o indiferentes

²⁵ 94 sucesos de vida negativos y 35 positivos

²⁶ *Sucesos de vida* mide los acontecimientos que sucedieron únicamente en el último año

²⁷ Los sucesos de vida negativos son la base para el cálculo de riesgo emocional por área

Total de sucesos negativos/positivos vividos hace más de un año a los sucesos de vida vividos de acuerdo a la prueba.

Debido a que la prueba permite la valoración personal del participante²⁸, hubo ciertos sucesos de vida que fueron considerados como buenos, malos o indiferentes independientemente de la clasificación predeterminada por el instrumento.

Las siguientes variables son las que se consideraron para medir la cantidad de sucesos de vida experimentados:

Tabla 25. Variables consideradas para medir la cantidad de sucesos de vida vividos a partir de la valoración personal

SUCESOS NEGATIVOS	Total de sucesos de vida negativos vividos como malos
	Total de sucesos de vida negativos vividos como buenos
	Total de sucesos negativos vividos hace más de un año
	Total de sucesos de vida negativos vividos de acuerdo a la prueba
	Total de sucesos de vida negativos vividos a lo largo de toda la vida
SUCESOS POSITIVOS	Total de sucesos de vida positivos vividos como buenos
	Total de sucesos de vida positivos vividos como malos
	Total de sucesos positivos vividos hace más de un año
	Total de sucesos de vida positivos vividos de acuerdo a la prueba
	Total de sucesos de vida positivos vividos a lo largo de toda la vida

A continuación se desarrollan los datos más significativos de cada una de las variables anteriores:

²⁸ Esta se considera la parte cualitativa de la prueba, la cuantitativa se refiere al cálculo de *Riesgo emocional* por área y el *Nivel de experiencias positivas*

Sucesos negativos

- *Total de sucesos de vida negativos vividos como malos*

En el grupo de adolescentes sanos se vivieron más sucesos de vida negativos considerados malos reportando hasta 33, en comparación con el grupo de sobrevivientes en el que lo máximo fue de 23.

- *Total de sucesos de vida negativos vividos como buenos*

Resultó interesante observar que no todos los adolescentes valoraron como malos algunos sucesos de vida catalogados como negativos por la prueba. En el grupo de adolescentes sanos hubo presencia de hasta 19 sucesos de vida negativos vividos como buenos y en el de sobrevivientes hubo hasta 11.

- *Total de sucesos de vida negativos vividos hace más de un año*

La mayoría de los participantes de ambos grupos reportaron que no habían vivido sucesos de la lista anteriores a su último año de vida (72.7% de los sobrevivientes y 84.2% de los sanos). En el caso de los sobrevivientes, el máximo de sucesos anteriores fue de 2 y en el grupo de los sanos fue hasta 4.

- *Total de sucesos de vida negativos vividos de acuerdo a la prueba*

El número más frecuente de sucesos vividos por persona fue 4 y 15, ambos correspondientes al 12.1% del grupo de sobrevivientes. En cuanto al grupo de sanos, el número más frecuente fue de 5, 11 y 18, los tres correspondientes al 7.9%.

- *Total de sucesos de vida negativos vividos a lo largo de toda la vida*

En el grupo de sobrevivientes el número más frecuente de sucesos vividos por persona fue de 15, correspondiente al 15.2% del grupo de sobrevivientes. En cuanto al grupo de sanos, el número más frecuente de sucesos vividos fue de 5, 11, 17 y 18, los cuatro correspondientes al 7.9%

Sucesos positivos

- *Total de sucesos de vida positivos vividos como buenos*

El número de este tipo de sucesos fue similar, en ambos grupos se presentaron hasta 21 sucesos positivos vividos como buenos por participante. Se considera que esto se debe a que hay más consenso en relación a lo que es bueno que a lo que es malo.

- *Total de sucesos de vida positivos vividos como malos*

En el grupo de sobrevivientes el 57.6% no consideró como malo ningún reactivo clasificado como positivo, el resto consideró de 1 a 3 sucesos como malos. En el grupo de sanos se presentó más variación pues 26.3% no considero como malo ningún reactivo clasificado como positivo, el resto consideró de 1 a 9 sucesos como malos.

- *Total de sucesos positivos vividos hace más de un año*

La mayoría de los participantes de ambos grupos reportaron no haber vivido algún suceso positivo hace más de un año, en el caso de los sobrevivientes el porcentaje fue igual a 66.7% y en el grupo de los sanos fue de 92.1%. Lo anterior permite calcular que el 24.2% de los sobrevivientes vivieron de 1 a 3 sucesos positivos anteriores a un año y los sanos vivieron de 1 a 2 sucesos anteriores, lo que equivalió al 7.9% del grupo.

- *Total de sucesos de vida positivos vividos de acuerdo a la prueba*

Tomando en cuenta sólo el último año de vida de los participantes, el número más frecuente de sucesos positivos vividos por persona para los sobrevivientes fue de 15, es decir, lo correspondiente al 12.1% del grupo. En cuanto a los sanos, el número más frecuente fue de 13, correspondiente al 18.4% del grupo.

- Total de sucesos de vida positivos vividos a lo largo de toda la vida

El número más frecuente de sucesos positivos vividos por persona en el grupo de sobrevivientes fue de 15, es decir, lo correspondiente al 12.1% del grupo. En cuanto a los sanos, el número más frecuente fue de 13, correspondiente al 18.4%. Lo anterior nos muestra que las tablas *Total de sucesos de vida positivos vividos de acuerdo a la*

prueba y Total de sucesos de vida positivos vividos a lo largo de toda la vida son casi idénticas.

Cantidad de sucesos de vida vividos a partir de la clasificación que otorga la prueba

Resulta interesante analizar qué sucesos fueron más frecuentemente valorados de forma diferente o contraria a la clasificación de la prueba.

Se describirán a continuación las respuestas que dieron ambos grupos de adolescentes en relación a:

1. Los sucesos de vida más frecuentemente considerados contrarios a su dirección predeterminada, es decir, los sucesos positivos valorados como malos y los sucesos negativos valorados como buenos.
2. Los sucesos de vida que más frecuentemente fueron considerados como indiferentes, independientemente de su dirección predeterminada (sucesos positivos y negativos valorados como indiferentes)
3. Los sucesos de vida que más frecuentemente coincidieron con la dirección asignada predeterminadamente, es decir, los sucesos de vida positivos valorados como buenos y los sucesos negativos valorados como malos.
4. Los sucesos de vida que no fueron vividos por más del 80% de la muestra de cada grupo.

Para obtener los sucesos correspondientes a cada sección se consideró lo siguiente:

1. Sucesos de vida contrarios a su dirección predeterminada: Aquellos sucesos que tuvieron en uno o ambos grupos el 15% o más de este tipo de respuesta, calculado a partir del total de participantes por grupo (33 sobrevivientes y 38 sanos). Posteriormente, se describió el porcentaje obtenido de cada suceso únicamente partiendo del número de adolescentes que lo vivió.
2. Sucesos de vida considerados como indiferentes: Aquellos sucesos que tuvieron en uno o ambos grupos el 15% o más de este tipo de respuesta, calculado a partir del total de participantes por grupo (33 sobrevivientes y 38 sanos).

Posteriormente, se describió el porcentaje obtenido de cada suceso únicamente partiendo del número de adolescentes que lo vivió.

3. Sucesos de vida que sucedieron con más frecuencia: fueron aquellos coincidentes con su dirección predeterminada (positivos valorados como buenos y negativos valorados como malos). En cuanto a los sucesos positivos, se incluyeron aquellos que se vivieron por el 50% del total de uno o ambos grupos y para los negativos lo equivalente al 30% del total de uno o ambos grupos. Posteriormente, se describió el porcentaje obtenido de cada suceso únicamente partiendo del número de adolescentes que lo vivió.
4. Sucesos que no fueron vividos por el 80%, porcentaje obtenido a partir de la muestra total de cada grupo (33 sobrevivientes y 38 sanos).

El **Apéndice C** contiene la información sintetizada respecto a los siguientes apartados.

Sucesos de vida contrarios a su dirección predeterminada

Los sucesos correspondientes a esta sección se obtuvieron al considerar aquellos que tuvieron en este tipo de respuesta el 15% o más de la muestra total de uno o ambos grupos. En el caso del grupo de los adolescentes sobrevivientes este porcentaje equivalió a 5 adolescentes (4.95) y para el grupo de adolescentes sanos a 6 (5.7).

Hubo cuatro reactivos pertenecientes a los sucesos positivos valorados como malos, de éstos, uno pertenecía al área *Escolar*, uno a *Social* y dos a *Personal*. En cuanto a los negativos valorados como buenos, hubo tres, distribuyéndose de la siguiente forma: dos al área *Personal* y uno a *Familiar* (Ver tabla 1 en Apéndice C).

Sucesos de vida considerados como indiferentes

Se tomaron en cuenta aquellos sucesos que tuvieron en este tipo de respuesta el 15% o más de la muestra de uno o ambos grupos. En el caso del grupo de los adolescentes sobrevivientes este porcentaje equivalió a 5 adolescentes (4.95) y para el grupo de adolescentes sanos a 6 (5.7).

Hubo sólo un reactivo, perteneciente a los sucesos positivos, considerado como indiferente, éste correspondiente al área *Personal*. En cuanto a los sucesos negativos valorados indiferentes, hubo once sucesos, éstos pertenecientes a todas las áreas excepto a *Salud*, ubicando tres sucesos en el área *Personal*, tres en la *Familiar*, dos en *Problemas de conducta*, y uno en cada una de las áreas *Logros y Fracazos*, *Escolar* y *Social* (Ver tabla 2 en Apéndice C).

Sucesos de vida que sucedieron con más frecuencia

Para este rubro se consideraron aquellos sucesos que fueron valorados por los adolescentes de la misma forma que el instrumento los clasifica.

En el caso de los sucesos positivos, se incluyen aquellos considerados buenos por alrededor del 50% (16.5 sobrevivientes y 19 sanos) o más de los adolescentes de uno o ambos grupos. En este rubro, hubo 13 sucesos pertenecientes a todas las áreas excepto *Salud* y *Problemas de Conducta*; seis sucesos correspondieron al área *Social*, tres al área *Personal*, dos a *Logros y fracasos*, uno a *Familiar* y uno a *Escolar*.

En el caso de los sucesos negativos, se consideraron aquellos que fueron catalogados por los adolescentes como malos y fueron vividos por el 30% (9.9 sobrevivientes y 11.4 sanos) de la muestra de uno o ambos grupos. Hubo 15 sucesos pertenecientes a todas las áreas excepto *Salud* y *Escolar*; seis sucesos correspondieron al área *Personal*, tres al área *Social*, tres al área *Logros y fracasos*, dos al área *Familiar* y uno al área *Problemas de conducta* (Ver tabla 3 en Apéndice C).

El análisis descriptivo que hasta este momento ha conformado el presente capítulo ha contenido: 1) los datos sociodemográficos de la muestra total, 2) los perfiles de resiliencia y sucesos de vida y 3) las especificidades del instrumento *Sucesos de vida*. Estos tres apartados permitieron poner de manifiesto que los grupos comparten características, sin embargo, presentan diferencias que los distinguen entre sí. A continuación se presenta las pruebas de hipótesis para corroborar si las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas.

Prueba de hipótesis: *t* de Student

- **Cuestionario de resiliencia**

En cuanto al instrumento de resiliencia la comparación de medias muestra una diferencia estadísticamente significativa para todas las variables excepto para *Factor Empatía*.

En cuanto a la *Resiliencia global* los adolescentes sobrevivientes obtuvieron puntajes más altos, con una diferencia de 5.040 comparado con el grupo de los sanos. Para los factores *Protector interno* y *Protector externo*, los sobrevivientes mostraron puntajes más elevados que los adolescentes sanos. En el *Factor Empatía* los adolescentes sobrevivientes superaron en puntaje obtenido a los sanos, sin embargo, la diferencia no resultó ser estadísticamente significativa.

Tabla 26. Comparación de medias entre grupos para el *Cuestionario de resiliencia*

Variable	Grupo	Media \bar{X}	Desviación estándar	t	Grados de libertad	Diferencia de medias	Significancia
Puntaje de Resiliencia global	SOBREVIVIENTES	130.3	13.38	1.268	65.203	5.04	0.007
	SANOS	125.26	19.853				
Puntaje de Factor Protector Interno	SOBREVIVIENTES	56.48	7.517	0.782	67.434	1.643	0.05
	SANOS	54.84	10.136				
Puntaje de Factor Protector Externo	SOBREVIVIENTES	47.58	4.388	1.963	63.211	2.681	0.012
	SANOS	44.89	6.978				
Puntaje de Factor Empatía	SOBREVIVIENTES	26.24	4.809	0.578	69	0.716	0.427
	SANOS	25.53	5.53				

- Sucesos de vida
 - Diferencia de medias en las áreas negativas

Las diferencias entre medias que resultaron estadísticamente significativas fueron para las variables *Social* y *Salud*, en ambas los adolescentes sanos obtuvieron puntajes más elevados que los sobrevivientes, es decir, vivieron mayor número de sucesos negativos. Otras de las áreas en las que los adolescentes sanos vivieron más sucesos negativos pero la diferencia no resultó ser significativa fueron: *Familiar*, *Personal*, *Problemas de conducta*, *Logros y fracasos*, *Total de sucesos de vida negativos vividos como malos*, *Total de sucesos de vida negativos vividos como buenos*, *Total de sucesos de vida negativos vividos como indiferentes*, *Suma de sucesos negativos de acuerdo a la prueba* y *Suma de sucesos negativos en toda la vida*.

Las variables en las que los adolescentes sobrevivientes vivieron más sucesos negativos, es decir, obtuvieron puntajes más elevados fueron *Escolar* y *Total de sucesos de vida negativos vividos hace más de un año*, ninguna de estas diferencias resultó estadísticamente significativa.

Tabla 27. Comparación de medias entre grupos para las áreas negativas del instrumento

Sucesos de vida

Variable	Grupo	Media \bar{X}	Desviación estándar	t	Grados de libertad	Diferencia de medias	Significancia
Área Familiar negativa	SOBREVIVIENTES	57.85	12.54	-1.290	69	-4.441	0.372
	SANOS	62.29	15.951				
Área Social negativa	SOBREVIVIENTES	53.64	9.27	-0.616	66.209	66.209	0.011
	SANOS	55.29	13.223				
Área Personal negativa	SOBREVIVIENTES	52.52	10.66	-1.843	69	-5.195	0.169
	SANOS	57.71	12.783				
Área Problemas de conducta	SOBREVIVIENTES	54.45	11.014	-1.635	69	-5.309	0.06
	SANOS	59.76	15.566				
Área Logros y Fracasos negativa	SOBREVIVIENTES	50.94	9.624	-1.282	69	-3.219	0.382
	SANOS	54.16	11.289				
Área Salud negativa	SOBREVIVIENTES	52.67	9.8	-1.880	64.477	-5.57	0.044
	SANOS	58.24	14.928				
Área Escolar negativa	SOBREVIVIENTES	51.55	10.82	0.674	69	1.572	0.915
	SANOS	49.97	8.815				
Total de sucesos de vida negativos vividos como malos	SOBREVIVIENTES	8.91	5.939	-1.691	69	-2.828	0.101
	SANOS	11.74	7.845				
Total de sucesos de vida negativos vividos como buenos	SOBREVIVIENTES	2.82	3.015	-0.154	69	-0.129	0.471
	SANOS	2.95	3.918				
Total de sucesos de vida negativos vividos como indiferentes	SOBREVIVIENTES	3.58	3.606	-0.031	69	-0.03	0.328
	SANOS	3.61	4.246				
Total de sucesos de vida negativos vividos hace más de un año	SOBREVIVIENTES	0.42	0.751	0.263	69	0.056	0.982
	SANOS	0.37	0.998				
Suma de sucesos negativos de acuerdo a la prueba	SOBREVIVIENTES	15.3	6.89	-1.468	69	-2.986	0.076
	SANOS	18.29	9.765				
Suma de sucesos negativos <i>en toda la vida</i>	SOBREVIVIENTES	15.73	7.059	-1.411	69	-2.931	0.066
	SANOS	18.66	9.947				

- Diferencia de medias en las áreas positivas

Los adolescentes sobrevivientes obtuvieron medias promedio más altas en las áreas *Personal, Escolar, Total de sucesos de vida positivos vividos como buenos, Total de sucesos positivos vividos como indiferentes*, y *Total de sucesos positivos vividos hace más de un año*, resultando estadísticamente significativa sólo en el último caso.

Por otro lado, las variables en las que los adolescentes sanos obtuvieron una media promedio más alta que los sobrevivientes fueron *Familiar positiva, Total de sucesos positivos vividos como malos, Social, Logros y Fracazos, Salud, Suma de sucesos positivos de acuerdo a la prueba y Suma de sucesos positivos en toda la vida*, estas diferencias fueron significativas sólo en los dos primeros casos.

Tabla 28. Comparación de medias entre grupos para las áreas positivas del instrumento

Sucesos de vida

Variable	Grupo	Media \bar{X}	Desviación estándar	t	Grados de libertad	Diferencia de medias	Significancia
Familiar positiva	SOBREVIVIENTES	49.7	8.256	-5.465	59.936	-15.119	0.001
	SANOS	64.82	14.573				
Social positiva	SOBREVIVIENTES	52.94	11.099	-0.892	69	-2.297	0.715
	SANOS	55.24	10.574				
Personal positiva	SOBREVIVIENTES	58.88	13.038	1.266	69	3.721	0.431
	SANOS	55.16	11.723				
Logros y fracasos positiva	SOBREVIVIENTES	52.79	10.055	-0.315	69	-0.949	0.076
	SANOS	53.74	14.519				
Salud positiva	SOBREVIVIENTES	54.09	15.251	-2.127	69	-7.83	0.128
	SANOS	61.92	15.663				
Escolar positiva	SOBREVIVIENTES	54.06	8.422	1.270	69	2.455	0.394
	SANOS	51.61	7.855				
Total de sucesos de vida positivos vividos como buenos	SOBREVIVIENTES	11.36	4.506	0.313	69	0.311	0.242
	SANOS	11.05	3.869				
Total de sucesos positivos vividos como malos	SOBREVIVIENTES	0.58	0.792	-3.460	49.822	-1.214	0.000
	SANOS	1.79	1.989				
Total de sucesos positivos vividos como indiferentes	SOBREVIVIENTES	1.3	1.879	0.224	69	0.093	0.444
	SANOS	1.21	1.597				
Total de sucesos positivos vividos hace más de un año	SOBREVIVIENTES	0.55	0.938	2.292	45.85	0.414	0.000
	SANOS	0.13	0.475				
Suma de sucesos positivos de acuerdo a la prueba	SOBREVIVIENTES	13.24	4.016	-0.851	69	-0.81	0.609
	SANOS	14.05	3.986				
Suma de sucesos positivos en toda la vida	SOBREVIVIENTES	13.79	4.144	-0.415	69	-0.396	0.471
	SANOS	14.18	3.889				

Después de haberse presentado las pruebas de hipótesis en las que se compararon los grupos a partir de la variable de supervivencia al cáncer, se consideró importante crear otra variable que permitiera probar si las diferencias encontradas se debían a la supervivencia y no al sexo de los participantes por lo que, al cruzar estas variables, se crearon cuatro grupos: mujeres sobrevivientes, mujeres sanas, hombres sobrevivientes y hombres sanos.

Se realizaron las pruebas de hipótesis para comparar las medias de los cuatro grupos utilizando el análisis de varianza. Lo encontrado se presenta en la siguiente sección.

Prueba de hipótesis: análisis de varianza

- Cuestionario de resiliencia

Al igual que en el análisis previo, los rubros *Resiliencia global*, *Factor Protector Interno* y *Factor Protector Externo* resultaron nuevamente significativos en cuanto a las diferencias inter-grupos.

En relación a las mujeres, fue una constante que las mujeres sobrevivientes obtuvieran puntajes más altos en todos los rubros del instrumento de resiliencia, siendo la diferencia significativa en todos excepto en Factor Empatía.

En cuanto a los hombres, los adolescentes sanos superaron a los sobrevivientes en: *Resiliencia global*, *Factor Protector Interno* y *Factor Empatía*, siendo la diferencia estadísticamente significativa en los dos primeros casos. El único rubro donde los hombres sobrevivientes superaron a los sanos fue en el *Factor Protector Externo*, siendo éste estadísticamente significativo.

El *Factor Protector Externo* fue el único en el que ambos grupos de sobrevivientes superaron a los sanos. Después de este análisis es notorio que las medias obtenidas por las mujeres sobrevivientes fue lo que elevó las medias generales del grupo de sobrevivientes y permitió que éstos superaran en puntaje a los sanos, es decir, sí existe una diferencia al ser mujer u hombre sobreviviente.

Tabla 29. Prueba de ANOVA para el *Cuestionario de resiliencia*

Variable	Grupo	Media \bar{X}	Desviación estándar	F	Grados de libertad	Significancia
Resiliencia global	MUJERES SOBREVIVIENTES	127.33	16.467	3.369	3	0.024
	MUJERES SANAS	118.2	19.573			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	132	11.358			
	HOMBRES SANOS	133.11	17.486			
Factor protector interno	MUJERES SOBREVIVIENTES	54.33	9.247	3.543	3	0.019
	MUJERES SANAS	50.95	10.18			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	57.71	6.246			
	HOMBRES SANOS	59.17	8.375			
Factor protector externo	MUJERES SOBREVIVIENTES	46.25	5.786	3.117	3	0.032
	MUJERES SANAS	43	7.42			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	48.33	3.276			
	HOMBRES SANOS	47	5.961			
Factor empatía	MUJERES SOBREVIVIENTES	26.75	3.769	1.027	3	0.386
	MUJERES SANAS	24.25	5.437			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	25.95	5.38			
	HOMBRES SANOS	26.94	5.428			

- Sucesos de vida
 - Diferencia de medias en las áreas negativas

En cuanto a las áreas negativas de *Sucesos de vida*, ninguna resultó estadísticamente significativa a pesar de presentarse la constante de que los grupos de hombres y mujeres sanos superaron en puntaje a los grupos de mujeres y hombres sobrevivientes en las siguientes áreas: *Familiar, Social, Personal, Problemas de conducta, Logros y fracasos, Salud y Escolar*, ésta última diferenciándose debido a que fue la única en la que las mujeres sobrevivientes superaron a las sanas.

Esto resultó ser diferente en cuanto al análisis previo de estas áreas, pues anteriormente la diferencias había resultado estadísticamente significativa en las áreas *Social y Salud*, esto nos permite saber que las diferencias que se mostraron con anterioridad no tuvieron que ver con el sexo del participante sobreviviente.

Tabla 30. Prueba de ANOVA para las áreas negativas del instrumento *Sucesos de vida*

Variable	Grupo	Media \bar{X}	Desviación estándar	F	Grados de libertad	Significancia
Área Familiar negativa	MUJERES SOBREVIVIENTES	59.92	13.42	1.721	3	0.171
	MUJERES SANAS	66.15	14.816			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	56.67	12.187			
	HOMBRES SANOS	58	16.475			
Área Social negativa	MUJERES SOBREVIVIENTES	56.67	11.007	1.056	3	0.374
	MUJERES SANAS	57.45	14.021			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	51.9	7.886			
	HOMBRES SANOS	52.89	12.218			
Área Personal negativa	MUJERES SOBREVIVIENTES	51.25	10.217	1.566	3	0.206
	MUJERES SANAS	59.65	13.279			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	53.24	11.086			
	HOMBRES SANOS	55.56	12.215			
Área Problemas de Conducta	MUJERES SOBREVIVIENTES	53.67	12.558	0.995	3	0.401
	MUJERES SANAS	60.95	17.151			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	54.9	10.334			
	HOMBRES SANOS	58.44	13.967			
Área logros y fracasos negativa	MUJERES SOBREVIVIENTES	49.58	10.013	0.697	3	0.557
	MUJERES SANAS	54.85	8.641			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	51.71	9.556			
	HOMBRES SANOS	53.39	13.882			
Área Salud negativo	MUJERES SOBREVIVIENTES	52.42	8.185	1.084	3.	0.362
	MUJERES SANAS	58.20	12.751			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	52.81	10.806			
	HOMBRES SANOS	58.28	17.415			
Área Escolar negativo	MUJERES SOBREVIVIENTES	50.83	6.351	0.847	3	0.473
	MUJERES SANAS	47.85	7.989			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	51.95	12.832			
	HOMBRES SANOS	52.33	9.305			

- Diferencia de medias en las áreas positivas

En cuanto a las áreas positivas del instrumento, en las áreas en las que ambos grupos de sanos superaron en puntaje ambos grupos de sobrevivientes fueron las áreas *Social, Salud y Familiar*, siendo la diferencia estadísticamente significativa sólo para la última. Las áreas en las que ambos grupos de sobrevivientes superaron en puntaje a los sanos fueron: *Personal y Escolar*, siendo la primera la que fue significativa. En cuanto a *Logros y fracasos*, las mujeres sanas superaron a las sobrevivientes en puntaje, siendo al revés para el grupo de los hombres en la que los sobrevivientes superaron a los sanos.

Tomando como referencia el análisis que se hizo previamente, resultó nuevamente significativa la diferencia en el área *Familiar*, acentuando la idea de que los sanos vivieron más sucesos positivos dentro de su familia. Por otro lado, el área *Personal* no había resultado estadísticamente significativa anteriormente, lo que muestra que la diferencia la hace el sexo del participante más que el estatus de supervivencia.

Tabla 31. Prueba de ANOVA para las áreas positivas del instrumento *Sucesos de vida*

Variable	Grupo	Media \bar{X}	Desviación estándar	F	Grados de libertad	Significancia
Área Familiar Positiva	MUJERES SOBREVIVIENTES	52.25	9.753	10.14	3	0.000
	MUJERES SANAS	62.45	15.024			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	48.24	7.113			
	HOMBRES SANOS	67.44	14.001			
Área Social positiva	MUJERES SOBREVIVIENTES	55.75	8.237	1.092	3	0.359
	MUJERES SANAS	57.05	12.02			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	51.33	12.342			
	HOMBRES SANOS	53.22	8.586			
Área Personal positiva	MUJERES SOBREVIVIENTES	63.42	13.957	5.65	3	0.002
	MUJERES SANAS	61.2	11.524			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	56.29	12.059			
	HOMBRES SANOS	48.44	7.748			
Área Logros y fracasos positiva	MUJERES SOBREVIVIENTES	49	4.431	1.201	3	0.316
	MUJERES SANAS	56.3	16.595			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	54.95	11.724			
	HOMBRES SANOS	50.89	11.606			
Área Salud positiva	MUJERES SOBREVIVIENTES	56.25	17.073	1.602	3	0.197
	MUJERES SANAS	61.5	15.313			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	52.86	14.402			
	HOMBRES SANOS	62.39	16.475			
Área Escolar positivo	MUJERES SOBREVIVIENTES	54.5	7.416	0.736	3	0.534
	MUJERES SANAS	50.65	8.94			
	HOMBRES SOBREVIVIENTES	53.81	9.114			
	HOMBRES SANOS	52.67	6.535			

Después de haber llevado a cabo las pruebas de hipótesis se puede resaltar que en cuanto a la resiliencia las diferencias entre grupos en el puntaje de *Resiliencia global*, *Factor Protector Interno* y *Factor Protector Externo* fueron evidentes en ambas pruebas de hipótesis, siendo el *Factor Protector Externo* el aspecto en el que los sobrevivientes mujeres y hombres obtuvieron puntajes más altos de manera consistente.

Por otro lado, en lo referente al instrumento de *Sucesos de vida*, las diferencias significativas encontradas permitieron hacer evidente que en el área *Familiar positiva* tanto hombres como mujeres sanas vivieron más sucesos positivos. En cuanto a las áreas *Social* y *Salud negativa* los adolescentes sanos vivieron más sucesos, no mostrando diferencias en cuanto a ser hombre o mujer. Por último, en cuando al área *Personal positiva*, las dos muestras de mujeres superaron a sus pares hombres en la experimentación de este tipo de sucesos; resalta además que al comparar entre los dos grupos de sobrevivientes y los dos grupos de sanos, los primeros superaron a los últimos.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio de la resiliencia como la capacidad de recuperarse de eventos vitales y salir fortalecido de ellos, se ha convertido en el foco de atención de las últimas décadas (Vázquez y Hervás. 2009). Existe una amplia lista de lo que es considerado como un evento vital adverso, entre ellos se considera padecer una enfermedad crónica y entre la gama de enfermedades crónicas podemos encontrar a los padecimientos oncológicos que afectan a la población pediátrica.

En la mayoría de los casos se asume que el cáncer infantil es una experiencia traumática tanto para los pacientes como para sus familias; esto es así debido a las numerosas situaciones a las que se tiene que hacer frente en el transcurso de la enfermedad, mismas que representan una amenaza para la vida y la integridad física. Entre algunos de los ejemplos que se pueden nombrar, se encuentran: los procedimientos médicos invasivos y dolorosos, los tratamientos con efectos secundarios adversos, los cambios físicos y funcionales, las frecuentes hospitalizaciones, la separación del grupo de iguales y la alteración de la dinámica familiar. Todas estas condiciones colocan a la población oncológica en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto y largo plazo. De esta manera, los efectos del cáncer infantil y de su tratamiento pueden ir desde el impacto psicológico positivo de haber emergido exitosamente de la experiencia, hasta el padecimiento de una segunda neoplasia maligna.

En la presente investigación se tomaron en cuenta los sucesos de vida de dos grupos de adolescentes en el que la diferencia radicó en la experimentación de un suceso de vida relacionado con la superación de una enfermedad oncológica, a partir de esta variable, se separó a los adolescentes participantes y se midieron los niveles de resiliencia y el número de sucesos de vida experimentados.

Las hipótesis primarias planteadas en un inicio respecto al constructo de resiliencia se cumplieron pues, como grupo, los adolescentes sobrevivientes de cáncer puntuaron más alto en tres de los cuatro factores que el instrumento utiliza para medir la

resiliencia, éstos fueron: *Resiliencia global*, *Factor Protector Interno* y *Factor Protector Externo*. Cabe señalar que la mayoría de los participantes pertenecientes al grupo de adolescentes sanos obtuvo un nivel de *Resiliencia global* alto, es decir, a la mayoría de los participantes de este grupo también se les puede identificar como resilientes.

Los diversos autores que se han dedicado al estudio de la resiliencia explican que el proceso resiliente no es inherente a determinados sucesos de vida sino que puede presentarse ante cualquier experiencia generadora de estrés o en cualquiera que sea vivida como adversa. En este sentido, Edith Henderson Grotberg (2003) señala: “la resiliencia se activa cuando experimentamos una adversidad que necesita ser enfrentada y superada” (p. 43). Los adolescentes sanos, a pesar de no haber experimentado una enfermedad oncológica, catalogada por muchos como una experiencia traumática, son resilientes. Los resultados arrojaron que ellos vivieron eventos estresantes como la pérdida del trabajo de sus padres, la muerte de un amigo cercano, fracasos escolares, salida del padre del hogar, disminución del ingreso de la familia, etcétera; se sabe que estos sucesos también requieren de movilización de recursos internos.

A pesar de lo anterior, los puntajes más elevados en los sobrevivientes, y la diferencia estadísticamente significativa que esto representó, se podrían explicar a partir de los efectos a largo plazo que generan las demandas de todo proceso oncológico y las aparentes secuelas positivas que esto genera. Este proceso y su superación requiere la participación activa de la familia, como lo señalan Oliva et al. (2008) al explicar que la diversa afectación ocasionada por los sucesos estresantes es mediada por las relaciones familiares positivas, mismas que al caracterizarse por la cohesión emocional y la adaptabilidad, actúan para algunos sujetos como un “factor protector de ajuste comportamental en presencia de una dosis significativa de adversidad” (p.60); esto parece haberse presentado en el grupo de sobrevivientes.

En cuanto a la información que se tiene de los adolescentes sanos sobre su familia, se puede observar que los sucesos de vida implicaron mayor riesgo emocional. En el área *Familiar negativa* los sobrevivientes reportaron menor presencia de estresores y, a

pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente significativas a la luz de las dos pruebas de hipótesis, el tipo de reactivos que construyen el área *Familiar negativa*, permite pensar que cualquier elevación resulta relevante y significativa cuando se compara entre dos grupos, especialmente porque la diferencia entre sobrevivientes y sanos se puede observar tanto en la prueba *t* como en el análisis de varianza.

Los resultados obtenidos apuntan a que los grupos se diferencian de manera marcada en relación a la percepción de redes de apoyo, esto se hace evidente en las diferencias significativas consistentes en *Factor Protector Externo* inter-grupo. Como se mencionó anteriormente, este factor evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas. Esto es especialmente importante al entender las características de cada muestra pues, como lo menciona González-Arratia, Nieto y Valdéz (2011), la familia es un factor de protección indispensable para favorecer el desarrollo de la resiliencia infantil. Estos autores especifican que el rol especialmente de la madre es necesario cuando se trata de un niño con cáncer. En este sentido, es común encontrar en la literatura la importancia del cuidador primario en el desarrollo saludable de un individuo, así lo menciona Marrone (2001, citado en Melillo, 2004a) al decir que los padres o cuidadores sustitutos como mediadores con el medio social ejercen una acción neutralizadora de los estímulos amenazantes. Por su parte, Keltner y Walker (2003) señalan:

Las patologías crónicas fuerzan ciertos cambios en el estilo de vida. No todos aquellos que se ajustan a los cambios en su estilo de vida se vuelven resilientes (...) para los niños y jóvenes, las controversias e inquietudes combinadas con la preocupación y supervisión de los cuidadores y médicos generan una situación en la cual el niño o adolescente puede fácilmente volverse temeroso o frágil. (p. 211)

Esto significaría que en ocasiones la supervivencia al cáncer puede ocasionar preocupaciones en torno a la salud y sobreprotección de los padres, tal como señalan Mannix y Boergers (2010) cuando hablan de los riesgos relacionados con la supervivencia al cáncer. Ellos mencionan que pueden presentarse problemas

psicológicos, educacionales, ocupacionales y sociales, derivados de la experiencia oncológica y su tratamiento. Sin embargo, el presente estudio refleja que en los grupos estudiados, la experimentación de una enfermedad oncológica se relaciona a largo plazo con elementos positivos que es posible identificar.

En cuanto a los sucesos de vida, otra diferencia importante que distingue entre sí a los sobrevivientes de los sanos fue la diferencia estadísticamente significativa en el área *Salud negativa*. Los sanos reportaron más experimentación de hábitos y conductas que pueden atentar contra la salud e integridad física actual y futura (consumo de alcohol y drogas). Esto coincide con lo encontrado en estudios realizados en otras partes del mundo en las que se ha descrito cómo los adolescentes sobrevivientes presentan conductas de autocuidado, autorregulación y moderación de experiencias nuevas que podrían resultar nocivas. Un estudio que se puede rescatar es el de Denmark-Wahnefried et al., (2005 en Wills y O'Carroll, 2012) quienes señalan que el tratamiento contra el cáncer conduce a un cambio en las prioridades, éstas pueden ser benéficas y dirigidas a un interés renovado en el cuidado de la salud.

En el *Área social negativa* se presentó una diferencia entre grupos: los adolescentes sanos presentaron un puntaje más alto que resultó estadísticamente significativo. Tomando en cuenta los reactivos que conforman esta área (10. *Murió un(a) amigo(a) cercano(a)*; Fui *asaltado(a) o golpeado(a)*; 50. *Rompí con mi novio(a)*; 55. *Un amigo(a) de la familia se suicidó*; 79. *Se fue mi mejor amigo(a) (se cambió)*; 86. *Un amigo de la familia se está muriendo*; 96. *Empeoraron las relaciones con mi novio(a)*; 111. *Empeoraron las relaciones con mis amigos(as)*; 114. *Dejé de ver algunos amigos(as)*; 116. *Me empecé a juntar con malas compañías*) se observa que los adolescentes sanos han vivido estresores que ponen en riesgo su interacción cotidiana con el medio.

En el área *Personal positiva*, tanto las mujeres como los hombres sobrevivientes superaron a los sanos, debido a esto es importante considerar qué reactivos son los que construyen esta área: 27. *Tuve relaciones sexuales por primera vez*, 29. *Empecé a trabajar medio tiempo*, 51. *Menstrué por primera vez*, 59. *Empiezo a cambiar físicamente*, 69. *La curiosidad sexual me llevó a mi primera relación sexual*, 117. *Tengo*

más responsabilidades y 120. Tengo más libertades. Estos resultados pueden obedecer al hecho de que los adolescentes sobrevivientes fueron en promedio más grandes que los sanos, sin embargo, resulta relevante observar que aparentemente este grupo está pudiendo experimentar acontecimientos normativos lo que podría apoyar la hipótesis de que los sobrevivientes no están siendo sobreprotegidos después de la experiencia, como ha sido reportado en otras investigaciones. Es importante tomar en cuenta esto porque el papel de la familia es fundamental en lo que respecta a la obtención de resultados positivos que conduzcan a la adaptación, la satisfacción y el sentido de logro para los sobrevivientes en esta etapa evolutiva.

Por otro lado, la diferencia también resultó significativa en las áreas *Familiar positiva*, *Total de sucesos positivos vividos como malos* y *Total de sucesos positivos vividos hace más de un año*. En las dos primeras, los adolescentes sanos en conjunto obtuvieron una puntuación media promedio mayor a la de los sobrevivientes. En relación a lo familiar, esto se puede deber a los reactivos que el instrumento utiliza para medir esta área, los cuáles son cuatro: *Nacimiento de un hermano*, *Me dieron permiso para salir con un muchacho(a) por primera vez*, *Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa* y *Mis papás que estaban separados, se volvieron a casar o a vivir juntos*. Es evidente que estos reactivos no son lo suficientemente exhaustivos para medir el *Nivel de experiencias positivas* en su totalidad pues tres de ellos no son normativos, lo que significa que más bien responden a una reacomodación que puede traer resultados positivos, pero no permite hacer una comparación objetiva con un grupo que no haya vivido estos mismos acontecimientos. En este sentido, los reactivos no parecen evaluar factores protectores dentro de la familia, sino un reajuste que aparentemente podría ser positivo, especialmente en lo que respecta al reactivo *Mis papás que estaban separados, se volvieron a casar o a vivir juntos*: esto parece apoyar las evidencias de que el grupo de adolescentes sanos experimentó más factores de riesgo en relación al área familiar.

En cuanto a los sucesos positivos vividos como malos, se encuentra congruente con la etapa de desarrollo que están viviendo los adolescentes y con los eventos adversos

que reportaron. Con base en los resultados que arrojó esta investigación se puede decir que experimentar una enfermedad potencialmente mortal cambia la manera de valorar muchos de los acontecimientos que pasan posteriormente en la vida, en este sentido, es esperado que los adolescentes que nunca han atravesado por una situación que atente directamente contra su vida puedan percibir como malos otros sucesos de vida que son en teoría buenos pues los valoran partiendo de un momento específico y puntual en su vida, debido al egocentrismo característico de la etapa adolescente, y no de manera global como los adolescentes sobrevivientes parecen hacerlo. Por último, los sobrevivientes reportaron más sucesos positivos vividos hace más de un año, se considera que esto puede deberse a que los sobrevivientes de cáncer fueron en promedio más grandes que los sanos, es congruente entonces que debido a esto algunos sucesos los hayan vivido con anterioridad.

Ya se explicó anteriormente en esta investigación que, para encontrar las diferencias específicas entre los dos grupos de adolescentes evaluados, se realizó el análisis estadístico correspondiente utilizando el análisis de varianza para comparar los cuatros grupos que resultaron de la combinación de las variables supervivencia y sexo. Las variables que resultaron estadísticamente significativas se presentaron en *Resiliencia global*, *Factor Protector Interno* y *Factor Protector Externo*. En cuanto a la resiliencia global las mujeres sobrevivientes obtuvieron puntajes mayores que las sanas y los hombres sanos superaron a los sobrevivientes. En lo que respecta al *Factor Protector Interno*, las mujeres sobrevivientes obtuvieron puntajes mayores que las sanas y los hombres sanos superaron a los sobrevivientes, además nuevamente los hombres sanos se caracterizaron por obtener el puntaje mayor y las mujeres sanas por obtener el menor. Por último, en cuanto al *Factor Protector Externo* tanto mujeres como hombres sobrevivientes superaron a sus pares sanos, siendo interesante que de nuevo las mujeres sanas fueron las que obtuvieron el menor puntaje.

En este momento resulta preciso considerar los sucesos negativos que se vivieron en cada grupo. Al hacer la comparación intra-grupo por género fue posible observar que en el grupo de sobrevivientes, las mujeres vivieron más sucesos negativos en las áreas

Familiar y Social y los hombres vivieron más acontecimientos negativos en las áreas *Personal, Problemas de conducta, Logros y fracasos y Escolar*. Al hacer esta misma comparación entre los adolescentes sanos, las mujeres vivieron más sucesos negativos en las áreas *Familiar, Social, Personal, Problemas de conducta y Logros y Fracasos*, siendo el área *Escolar* la única en la que los hombres vivieron mayor número de acontecimientos negativos. Al relacionar lo anterior con los puntajes en resiliencia que los cuatro grupos obtuvieron se puede decir que en cuanto a los adolescentes sobrevivientes, los hombres reportaron mayor experimentación de sucesos adversos y, coincidentemente, éstos obtuvieron puntajes más elevados que las sobrevivientes en las áreas del instrumento de resiliencia que resultaron estadísticamente significativas: *Resiliencia global, Factor Protector Interno y Factor Protector Externo*. En el grupo de los sanos, fueron las mujeres quienes reportaron mayor experimentación de sucesos negativos pero, en este caso, también fueron los hombres quienes obtuvieron mayores puntajes de resiliencia en los tres factores anteriormente mencionados

De lo anterior se pueden obtener dos datos importantes, el primero se refiere a que el género parece marcar una diferencia en cuanto a resiliencia, pues en estos resultados, ser hombre parece ser un predictor de puntuaciones más elevadas independientemente de si se vivió mayor o menor cantidad de sucesos de vida. Por otro lado, cuando se hace la comparación inter-grupos, las mujeres sobrevivientes superaron en puntajes de resiliencia a las sanas en los tres factores en las que la diferencia resultó ser estadísticamente significativa. Esto permite poner en manifiesto que no existe homogeneidad en los resultados debido a que los datos que arrojan cambian dependiendo del lugar desde donde se interpreten, de manera sintética:

- Las mujeres sobrevivientes resultaron tener mayor nivel de *Resiliencia global* sólo al compararlas con las mujeres sanas, pues los hombres sobrevivientes y sanos obtuvieron puntajes globales mayores a éstas.
- En cuanto a la *Resiliencia global* y al *Factor Protector Interno*, se encontró de manera homogénea que los hombres sanos fueron los que obtuvieron mayor puntaje, seguidos de los hombres sobrevivientes, para ocupar el tercer lugar las

mujeres sobrevivientes y por último las mujeres sanas, éstas últimas con los puntajes más bajos.

- El análisis del *Factor Protector Externo* muestra que tanto mujeres como hombres sobrevivientes obtuvieron puntajes más altos que sus pares, esto es sumamente relevante pues es la característica que homogeniza a ambos grupos de sobrevivientes, corroborando diferencias significativas en cuanto a la percepción de redes de apoyo.

En cuanto al *Factor Empatía* no se presentó diferencia entre grupos por lo que resulta interesante observar que los reactivos que construyen la medición de este factor (2. *Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás*; 3. *Soy agradable con mis familiares*; 7. *Yo soy acomedido y cooperador*; 8. *Soy amable*; 9. *Soy compartido*; 19. *Estoy siempre tratando de ayudar a los demás*; 22. *Comúnmente pienso en ayudar a los demás*) tienen que ver con los mecanismos presentes al momento de relacionarse con el otro.

Brooks y Goldstein (2004) explican que la empatía implica la apreciación y valoración del punto de vista de los otros, siendo más fácil tener empatía hacia la gente cuyas ideas coinciden o son semejantes. La definición más utilizada para explicar el concepto según Sánchez-Queija, Oliva y Parra (2006) define a la empatía como “reacción emocional elicitada y congruente con el estado emocional del otro y que es idéntica o muy similar a lo que la otra persona está sintiendo o podría tener expectativas de sentir” (p.260). Al rescatar aportaciones entorno a la empatía y la adolescencia establecen:

En lo referente a las diferencias a las diferencias de edad y género en empatía y conducta prosocial [se encuentran] divergencias. Estudios como el de Pakaslahti *et al.* (2002) informan de una disminución de la prosocialidad a lo largo del periodo adolescente, tanto a nivel cognitivo como comportamental. Sin embargo, en el metaanálisis realizado por Eisenberg y Fabes (1998) hallan que, aunque hay un incremento importante en prosocialidad entre los años escolares y los adolescentes, no hay diferencias entre los 13 y los 17 años. Por último, según la teoría

de Kohlberg los niveles de prosocialidad aumentan durante la adolescencia al hacerse más complejos los razonamientos morales y, al mismo tiempo, aumentar la necesidad de coherencia entre pensamiento y comportamiento (Shaffer, 2002) (Sánchez-Queija et al., 2006, p.261).

En esta investigación el *Factor Empatía* representó el área en donde ambas muestras resultaron más parecidas, lo que parece obedecer a la etapa del desarrollo en que los participantes se encuentran. Se podría decir al respecto que los adolescentes sobrevivientes y los sanos se asemejan en cuanto a la respuesta emocional al relacionarse con el otro, en ambos casos los resultados obtenidos correspondieron a una clasificación moderada y alta.

El papel que tienen las experiencias vividas tiene relación directa con la forma en que cada individuo percibe sus capacidades y potencialidades. Ya se ha hablado del papel primordial que tiene la construcción de identidad durante la adolescencia, en este sentido parece probable que la experiencia de cáncer tenga influencia en el grupo de sobrevivientes tomando en cuenta que la identidad se edifica a partir de la respuesta a las preguntas *¿Quién soy?*, *¿Cómo me veo con respecto a otros de mi edad?*, *¿Cómo son mis nuevas relaciones con mis padres (y otras figuras de autoridad)?*, *¿Qué he logrado?*, y a partir de aquí, *¿hacia dónde continuó mi camino?*. En este sentido, los adolescentes sobrevivientes se podrían percibir con capacidades personales que permiten el afrontamiento de un evento potencialmente mortal lo que influye en su sentido de superación de desafíos, pudiendo además identificarse como poseedores de una nueva oportunidad. Lo anterior es congruente con Wallace et al. (2007), ellos señalan que la experiencia de cáncer marca diferencias entre el sobreviviente y la población general, esto debido a que considerarse diferente activa un grado de individualidad. En esta misma línea Mannix y Boergers (2010) señalan que el cáncer parece tener efectos de larga duración; estos autores específicamente hablan del proceso de exploración y formación de identidad en aquellos adolescentes sobrevivientes que tienen recuerdos intensos de la enfermedad y el tratamiento; esto parece tener que ver con la resiliencia posterior a la experiencia adversa.

Los retos entorno a la experiencia oncológica no concluyen cuando se alcanza el estatus de sobreviviente, ante esto, el papel de la familia es fundamental para lograr la adaptación posterior. Cuando el medio inmediato del adolescente sobreviviente promueve procesos normativos en él y potencializa sus capacidades, se puede hablar de la presencia de factores protectores relacionados con el ámbito familiar. Por otro lado, existen también factores de riesgo no sólo en los casos en los que exista una dinámica alterada y caracterizada por sucesos estresantes sino también cuando hay presencia de sobreprotección o falta de interés para apoyar al adolescente en los aspectos en los que presente cierto déficit. Esto implica un reto no sólo para la familia sino también para el sistema sanitario. En este punto se hace evidente la necesidad de acompañar al paciente no sólo durante el tratamiento activo de la enfermedad, sino también en la etapa de sobrevivencia.

En mi experiencia personal de trabajo con población oncológica, en el ámbito hospitalario las demandas de atención psicológica de parte del equipo médico hospitalario así como de las familias de los adolescentes sobrevivientes se presentan pero no con tanta frecuencia comparada con niños o adolescentes que se encuentran en tratamiento oncológico activo. En general, al observar un adolescente sobreviviente se puede percibir un sentido de logro al identificarse como tal. Sin duda se pueden encontrar elementos a trabajar, de manera general se puede hablar de habilidades sociales que permitan facilitar la interacción con los otros en los casos en las que el aspecto físico haya sufrido alguna alteración. En lo que respecta a este estudio, la mayoría de los sobrevivientes habían padecido *Retinoblastoma* y tenían una prótesis ocular que era evidente a la vista.

De manera más amplia, se considera esencial tomar en cuenta la necesidad de crear programas de evaluación periódica para los sobrevivientes mexicanos siendo importante la creación de clínicas de sobrevivientes dentro de los escenarios hospitalarios que faciliten la atención interdisciplinaria de esta población, tanto para monitorear los efectos tardíos físicos y psicosociales como para intervenir terapéuticamente.

El presente trabajo tuvo interés de realizar una aportación al estudio de los adolescentes sobrevivientes de cáncer en México a partir de un enfoque positivo que permitiera explorar cómo es que una experiencia adversa no produce irremediablemente resultados negativos. De la experiencia obtenida, se considera que es primordial tomar en cuenta el enfoque de la resiliencia como una alternativa para promover la salud mental; esto es una herramienta invaluable para la prevención de trastornos en múltiples contextos y escenarios.

El estudio de la resiliencia es complejo e implica la identificación de múltiples variables que se tienen que tomar en cuenta. Debido a esto, resalta la necesidad de contar con un instrumento que pueda medir los factores protectores de manera válida y confiable, pues la visión completa de las fortalezas y dificultades de un adolescente no puede obtenerse únicamente atendiendo al riesgo. Además, es importante contar con un instrumento que permita evaluar la cantidad de sucesos estresantes que un adolescente ha vivido a lo largo de toda su vida. Esto conllevaría a tener un mayor entendimiento del proceso resiliente no sólo en situaciones de cáncer, sino en cualquier situación que requiera valorar los esquemas previos antes de experimentar una transformación positiva. Considero de manera personal que una de las características más valiosas del enfoque de la resiliencia es la aplicación que tiene en diferentes sistemas y contextos, además del enfoque que considera que su promoción es posible y factible para atender al riesgo existente dentro de muchos núcleos de la sociedad.

Alcanzar la curación del cuerpo no implica necesariamente la obtención de bienestar en las etapas subsecuentes de la vida. El estatus de sobreviviente debe englobar no sólo ausencia de cáncer si no también los conceptos de funcionalidad y calidad de vida, ésta última necesita ser evaluada de manera integral y no sólo observando la ausencia de síntomas clínicos. Retomando los objetivos de la Psicología Positiva de los que se hizo mención al inicio, lo que se debiera perseguir es el bienestar y en el amplio sentido, la felicidad; cuando se logre esto será evidente que el objetivo básico de salvar la vida de un individuo no implica sólo los aspectos orgánicos y existiría así congruencia

entre la atención que se da de parte de los sistemas sanitarios y el modelo actual que define la salud.

Limitaciones y sugerencias

El estudio de la resiliencia entorno a la experiencia oncológica resulta complejo debido a la multiplicidad de variables, considero importante para futuras investigaciones segmentar a la población de sobrevivientes a partir de variables como: años en vigilancia, diagnóstico, tiempo de tratamiento, presencia o ausencia de recaída, edad en la que se recibió diagnóstico y redes de apoyo. Además, incluir alguna batería que mida variables como autoestima, autoeficacia y/o calidad de vida daría pie a la correlación de los puntajes de resiliencia.

En cuanto a la medición de resiliencia, contar con otra evaluación que apoyara al instrumento del autoinforme sería importante para poder obtener una comprensión integral del proceso resiliente. Esto podría realizarse a partir de entrevistas semiestructuradas al sobreviviente y/o a su familia.

Por otro lado, sería sumamente enriquecedor que se establecieran líneas institucionales que hicieran posible el aprovechamiento de este tipo de estudios en los diversos escenarios hospitalarios en los que se atiende a la población oncológica y sobreviviente infantil en México.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1994). *La adolescencia normal: un enfoque analítico*. México: Paidós.
- Aberastury, A. & Knobel. (1990). *La adolescencia normal*. México: Paidós.
- Almedom, A., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Alvarado, A., Genovés, S., & Zapata, M. (2009). La psicooncología: un trabajo multidisciplinario. *Cancerología*, 4(1), 47-53.
- American Cancer Society (2012), Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre Hispanos/Latinos 2012-2014. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer.
- Ávila, L., Madero, J., López, C., León, M., Acosta, L., Gómez, M., Delgado, L., Gómez, C., Lozano, & J. Reguero, M. (2006). Fundamento de criopreservación. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 4(57), 291-300.
- Basta, N.O., James, P.W., Gomez-Pozo, B., Craft, A.W., & McNally, R.J.Q. (2011). Survival from childhood cancer in northern England, 1968-2005. *British Journal of Cancer*, 105, 1402-1408. doi: 10.1038/bjc.2011.341
- Bastidas, M., Posada, A., & Ramírez, H. (2005) Crecimiento y desarrollo del lactante. En Posada, A., Gómez, J. & Ramírez, H. (Eds), *El niño sano* (pp. 11-525). Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=k0wodPSaT4cC&pg=PA8&dq=el+ni%C3%B1o+sano,+bastidas&hl=es&sa=X&ei=0HKvVK2IH8WZyAS-54KQAw&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q=el%20ni%C3%B1o%20sano%2C%20bastidas&f=false>
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. (2000). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? En Oblitas, L. y Becoña, E. (Eds.), *Psicología de la salud*. (pp. 9-258). Recuperado de <http://books.google.com.mx/books?id=Blc6XLFCfVsC&pg=PA69&dq=modelo+salud->

enfermedad&hl=es&sa=X&ei=LTGRU_njCllLqgaY7YKgAQ&ved=0CDsQ6AEwBA#v=onepage&q=modelo%20salud-enfermedad&f=false

Benítez, M., Salinas, M. & Asensio, A. (2000). Valoración multidimensional en cuidados paliativos. En Benítez, M. & Salinas, A. Cuidados paliativos y atención primaria. Aspectos de organización. (pp.). Recuperado de http://books.google.com.mx/books?id=kKQbWoVLQJIC&pg=PA207&dq=modelo+salud-enfermedad&hl=es&sa=X&ei=LTGRU_njCllLqgaY7YKgAQ&ved=0CDQQ6AEw#v=onepage&q=modelo%20salud-enfermedad&f=false

Bennett, D. & MacKenzie, R. (2013). Normal Psychosocial Development in Adolescence. En Steinbeck, K. & Kohn, M. *A clinical handbook in adolescent medicine: a guide for health professionals who work with adolescents and young adults*. (pp.27-39). New Jersey: World Scientific.

Botha, M.H., & Kruger, T.F. (2012). A review of the incidence and survival of childhood and adolescent cancer and the effects of treatment on future fertility and endocrine development. *South African Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 18(2), 48-53.

Bragado, C., Hernández-Lloreda, M., Sánchez-Bernardos, L. & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 3(20), 413-419

Breinbauer, C. (2008). Jóvenes, opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Brooks, R. & Goldstein, S. (2004). El poder de la resiliencia: cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz. Barcelona: Paidós.

Cardozo, G. (2005). El rol de la escuela en la promoción de conductas resilientes en adolescentes. En Cardozo, G. (Coord.) *Adolescencia: promoción de salud y resiliencia*. (pp.15-41). Argentina: Brujas

- Cardozo, G. & Dubini, P. (2005). Factores de riesgo y protección. Su incidencia en la conducta de los adolescentes. En Cardozo, G. (Coord), *Adolescencia. Promoción de salud y resiliencia*. (pp.43 - 62). Argentina: Editorial Brujas
- Cardozo, G. & Alderete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a09>
- Castro, A. (2010). Fundamentos de Psicología Positiva. Buenos Aires: Paidós
- Celma, A. (2009). Psicooncología infantil y adolescente. *Psicooncología*. 6(2-3), 285-290. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220285A/15116>
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.
- Coleman, J. & Hagell, A. (2007). Adolescence, risk and resilience: against the odds. Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Cortinas, C. (1991). Cáncer: herencia y ambiente. México: Fondo de Cultura Económica.
- Dama, E., Pastore, G., Mosso, M.L., Maule, M.M., Zuccolo, L., Magnani, C., & Merletti, F. (2006). Time trends and prognostic factor for survival from childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Registry of Piedmont (Italy). *European Journal of Pediatrics*, 165(4), 240-249. doi: 10.1007/s00431-005-0034-7
- De la Portilla, S. (2006). Bases teóricas de la psiquiatría infantil. Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
- Die Goyanes, A. & Die Trill, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. En Die Trill, M. (Coord.). *Psico-oncología*. (pp.41-52). España: ADES ediciones
- Die Trill, M. & Vecino, S. (2003). El superviviente de cáncer. En Die Trill, M. (Coord.). *Psico-oncología*. (pp.125-141). España: ADES ediciones

Domènech, L., Rey, F. & De la Fuente, J. en Soutullo, C.; Mardomingo, M. (2010). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Dulanto, E. (2000). El adolescente. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Erman, N., Todorovski, L. & Jereb, B. (2012). Late somatic sequelae after treatment of childhood cancer in Slovenia. *BMC research Notes*, 5 (254), 2-10. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/254>

Florentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y salud. *Suma psicológica*, 15(1), 95-114. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604004>

Fusté Escolano, A., & Ruiz Rodríguez, J. (2000). Análisis de la relación entre personalidad, estrategias de afrontamiento, estrés autopercebido y respuesta inmune a una prueba de hipersensibilidad retardada. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 169-189

Gamboa, S. (2008). Juego – Resiliencia. Resiliencia – Juego. Buenos Aires: Bonum.

Goldsby, R., Taggart, D. & Ablin, A. (2006). Surviving Childhood Cancer. The Impact on Life. *Pediatr Drugs*, 8(2), 71-84.

González Arratia, N. (2011). Resiliencia y Personalidad. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis. Universidad Autónoma del Estado de México.

González-Arratia, N., Reyes, M., Valdez, J. & González, S. (enero-junio, 2011). Resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes con antecedente de maltrato: *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*. 51-62. Recuperado de <http://cumex.org.mx/pdf/RevistaDigital.pdf#page=51>

González-Arratia, N., Nieto, D. & Valdéz, J. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 113-123. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC1111120113A/35037>

- González-Arratia, N., Valdez, J., Oudhof, H. & González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3), 247-253. Recuperado de <http://ergosum.uaemex.mx/PDF%2016-3/05%20Norma%20Ivonne.pdf>
- González-Arratia, N. & Valdez, J. (2012a). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Ciencia Ergo Sum*, 19(3), 207-214. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10423895002>
- González-Arratia, N. & Valdez, J. (2012b). Resiliencia y convivencia escolar en adolescentes mexicanos. *Rev. Psicol. Trujillo (Perú)*, 14(2), 194-207. Recuperado de <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rp/v14n2/a05v14n2.pdf>
- Greenfield, D., Absolom, K., Davies, H., Ross, R. & Eiser, C. (2003). Childhood cancer survivors: transitions from pediatric to adult care. *Current Medical Literature: Gh & Growth Factors*, 4(18), p.83
- Grotberg, E. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo, A. & Suárez, E. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (19-30). Buenos Aires: Paidós.
- Grotberg, E. (2003). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa
- Hernández, B. (2008). *Aserción en crisis de desarrollo en la adolescencia y en la toma de decisiones*. Tesis (Licenciatura en Psicología). México, Distrito Federal, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Holland, J. & Murillo, M. (2003). Historia internacional de la psico-oncología. En Die-Trill, M. (Coord). *Psico-oncología* (pp. 21-40). Madrid: Ades Ediciones.
- Infante, F. (2001). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En Melillo, A., Suárez, E. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp.31-53). Buenos Aires: Paidós.

- Keltner, B. & Walker, L. (2003). La resiliencia para aquellos que necesitan cuidados de la salud. En: Grotberg, E. (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy* (pp.209-234). Barcelona: Gedisa, 2006.
- Labiano, M. (2010). Introducción a la psicología de la salud. En Oblitas, L. (Ed), *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp.3-21). México: CENGAGE Learning.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lewis, M. & Rosenblum, L. (1978). The development of affect. New York: Plenum Press
- Lucio, E. & Durán, C. (2003). Sucesos de vida. México: Manual Moderno.
- Marino, M. (2000). Desarrollo intelectual. En Dulanto, E. *El adolescente* (pp. 185-192). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. & Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En Manciaux, M. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp.17-27). Barcelona: Gedisa.
- Mannix, M. & Boergers, J. (2010). Late effects of childhood cancer: Neurocognitive, psychological, educational, and socioemotional. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 26(4), 5-7. doi: 10.1002/cbl.20117
- McKinney, J., Fitzgerald, H. & Strommen, E. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Moderno.
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*, 29(3), 275-281. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>
- Manciaux, M. (2001). La resiliencia: resistir y rehacerse. España: Gedisa
- Melillo, A., Suárez, E. & Rodríguez, D. (2004). Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida. Argentina: Paidós

- Melillo, A. (2004a). Realidad social, psicoanálisis y resiliencia. En Melillo, A., Suárez, E. & Rodríguez, D. *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* (pp.63-76). Buenos Aires, Paidós.
- Melillo, A. (2004b). Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia. En Melillo, A., Suárez, E. & Rodríguez, D. *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* (pp.77-90). Buenos Aires, Paidós.
- Melillo, A. (2001). Prefacio. En: Melillo, A. & Suárez, E. (Comps.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (15-18). Buenos Aires: Paidós.
- Melillo, A., Estamatti, M. y Cuestas, A. (2001). Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. En Melillo, A., Suárez, E. (Comps.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (pp.83-102). Buenos Aires: Paidós.
- Méndez, X., Orgilés, M., López-Roig, S. & Espada, J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-153
- Melloni, D. (1983). Diccionario medico ilustrado. España: Reverté
- Moreno, A. (2007). La adolescencia. Barcelona: Editorial UOC.
- Moreno, A. (2010). En Coll, C. (Coord.). Desarrollo, aprendizaje y enseñanza en la educación secundaria. Barcelona: Editorial Graó
- Munist, M. & Suárez, E. (2004). Resiliencia en los adolescentes. En Melillo, A., Suárez, E. & Rodríguez, D. (Comps.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* (pp.137-153). Buenos Aires, Paidós.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á., Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales Estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente*, 13 (1), 53-62
- Ospina, D. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 58-65. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100006

- Padrós, F., Martínez, M., Gutiérrez, C. & Medina, M. (2010). La psicología positiva. Una joven disciplina científica que tiene como objeto de estudio un viejo tema, la felicidad. *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 30-40. Recuperado de http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_14_030-040.pdf
- Parry, C. (2003). Embracing uncertainty: an exploration of the experiences of childhood cancer survivors. *Qualitative Health Research*, 13(2), 227-246
- Pereyra, M. (2010). Estrés y Salud. En Oblitas, L. (Coord.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 248-213). México: Cengage Learning
- Puig, G. & Rubio, J. (2011). Manual de resiliencia aplicada. España: Gedisa
- Quiñones, M. (2007). Resiliencia: resignificación creativa de la adversidad. Bogotá, Fondo de Publicaciones: Universidad Distrital Francisco José de Caldas, 2007
- Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (2003). El psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Desclée de Brouwer.
- Reyzábal, M. & Sanz, A. (2014). Resiliencia y acoso escolar. La fuerza de la educación. Madrid: La Muralla.
- Ruíz, A., Gómez, C. & Londoño, D. (2001). Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada. Colombia: CEJA
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A. & Parra, A. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la Adolescencia. *Revista de Psicología Social* 21(3), 259-271. Recuperado de <http://personal.us.es/oliva/prosocial.pdf>
- Sarason, I. & Sarason, B. (2006). Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Pearson Educación
- Schulmeister, L. (2004). Childhood Cancer Survival: The Good News and the Not-So-Good News. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 1(8), p11

- Schultz, K., Ness, K., Whitton, J., Recklitis, C., Zebrack, B., Robison, L., Zeltzer, L., & Mertens, A. (2007). Behavioral and social outcomes in adolescent survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J Clin Oncol*, 25(24),3649-3656
- Seitz, D., Hagmann, D., Besier, T., Dieluweit, U., Debatin, K., Grabow, D., Kaatsch, P., Henrich, G. & Goldbeck, L. (2011). Life satisfaction in adult survivors of cancer during adolescence: what contributes to the later satisfaction with life?. *Qual Life Res*, 20. 225-236. doi: 10.1007/s11136-010-9739-9
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. Recuperado de <http://www.ppc.sas.upenn.edu/ppintroarticle.pdf>
- Seligman, M. (2002). La auténtica felicidad. España: Zeta
- Seligman, M. (2013). Ideas At The House: Martin Seligman - Well-Being and Happiness. Conferencia recuperada de https://www.youtube.com/watch?v=SRqYQhjKO_0
- Servitzoglou, M., Papadatou, D., Tsiantis, I. & Vasilatou-Kosmidis, H. (2008). Psychosocial functioning of Young adolescent and adult survivors of childhood cancer. *Support Care Cancer*, 16(1), 29-36.
- Smorti, M. (2012). Adolescents' struggle against bone cancer: an explorative study on optimistic expectations of the future, resiliency and coping strategies. *European Journal of Cancer Care*. 21(2). 251-258
- Snyder, C. & López, S. (2007). Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. California: SAGE.
- Snyder, C. & López, S. (2009). Oxford handbook of positive psychology. Oxford: Oxford university Press.

- Suárez, L. (2009). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. Tesis (Licenciatura en Psicología). México, Distrito Federal, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Theis, A. (2001). La resiliencia en la literatura científica. En Manciaux, M. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp.45-59). Barcelona: Gedisa.
- Trianes, V. (2003). Estrés en la infancia, su prevención y tratamiento. Madrid: Narcea
- Vanistendael, S. (2001). La resiliencia en lo cotidiano. En Manciaux, M. (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp.45-59). Barcelona: Gedisa.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y Salud*, 5, 15-28. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Vera, B., Carbelo, B. & Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2009). La ciencia del bienestar, fundamentos de una Psicología Positiva. Madrid: Alianza Editorial.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la Psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1279>
- Wakefield, C., Patterson, P., McDonald, F., Wilson, H., Davis, E. & Sansom-Daly, U. (2013). Assesment of psychosocial outcomes in adolescents and young adults with cancer: a systematic review of available instruments. *Clinical Oncology in Adolescents and Young Adults*, 3, 13-27
- Wallace, M., Harcourt, D., Rumsey, N. & Foot, A. (2007). Managing appearance changes resulting from cancer treatment: resilience in adolescent females. *Psycho-Oncology*. 16. 1019-1027. doi: 10.1002/pon.1176

Werner, E. (2004). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery. *Pediatrics*. 114 (2), p. 492.

Wills, T. & O'Carroll, E. (2012). Social support, self-regulation, and resilience in two populations: general-population adolescents and adult cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, (31) 6, 568-592

APÉNDICE A

Cuestionario de resiliencia

(González-Arratia, 2011)

Reactivo	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1. Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás					
2. Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás					
3. Soy agradable con mis familiares					
4. Soy capaz de hacer lo que quiero					
5. Confío en mí mismo					
6. Soy inteligente					
7. Yo soy acomedido y cooperador					
8. Soy amable					
9. Soy compartido					
10. Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente					
11. Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo					
12. Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro					
13. Cerca de mí hay amigos en quien confiar					
14. Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga					
15. Tengo deseos de triunfar					
16. Tengo metas a futuro					

Reactivo	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
17. Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos					
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas					
19. Estoy siempre tratando de ayudar a los demás					
20. Soy firme en mis decisiones					
21. me siento preparado para resolver mis problemas					
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás					
23. Enfrento mis problemas con serenidad					
24. Yo puedo controlar mi vida					
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas					
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos					
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida					
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos					
29. Puedo cambiar cuando me equivoco					
30. Puedo aprender de mis errores					
31. Tengo esperanza en el futuro					
32. Tengo Fe en que las cosas van a mejorar					

Calificación

1. Se darán uno de los siguientes valores a cada una de las respuestas:
 - Siempre: cinco (5)
 - La mayoría de las veces: cuatro (4)
 - Indeciso: tres (3)
 - Algunas veces: dos (2)
 - Nunca: uno (1)

Tabla 1. Reactivos por factor

Factor	Reactivo	Total de reactivos
Protector interno	25,21,20,27,24,18,17,30,28,26,23,29,31,32	14
Protector externo	13,15,12,4, 14,16,10,6,1,11,5	11
Empatía	22,19,7,8,9,2,3	7

2. Para obtener el puntaje de resiliencia total se sumará el puntaje de todos los reactivos.
3. Para obtener el puntaje de cada factor se sumará el valor de los reactivos que lo conforman y que se desglosan en la tabla 1.
4. Se clasificarán los puntajes obtenidos a partir de las siguientes tablas:

Tabla 2. Interpretación nivel de resiliencia total

Nivel de resiliencia	Puntaje
Bajo	32 a 74 puntos
Moderado	75 a 117 puntos
Alto	118 a 160 puntos

Tabla 3. Interpretación nivel de resiliencia por factores

Factor	Baja	Moderada	Alta
Protector interno	14-32	33-51	52-70
Protector externo	11-25	26-40	41-55
Empatía	7-16	17-26	27-35

APÉNDICE B

Reactivos correspondientes al instrumento Sucesos de vida

(Lucio y Durán, 2003)

1. Nacimiento de un hermano
2. Cambié de escuela
3. Mejoraron mis relaciones con otras personas
4. Obtuve mi permiso o licencia de manejo
5. Mi papá perdió su trabajo
6. Dejé de fumar
7. Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela
8. Algún hermano(a) se fue de casa
9. Empecé la secundaria o la preparatoria
10. Murió un(a) amigo(a) cercano(a)
11. Abusaron sexualmente de mí o fui violado(a)
12. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad)
13. Mi mamá perdió su trabajo
14. Me enviaron con un psicólogo o terapeuta
15. Robé algo valioso
16. Me casé
17. Mi padre se fue de la casa
18. Me expulsaron de la escuela o de algún curso
19. Fui asaltado(a) o golpeado(a)
20. Tuve una desilusión amorosa
21. Disminuyeron los ingresos de mi familia
22. Estoy en libertad condicional
23. Casi no tengo tiempo libre
24. Mi madre se fue de la casa
25. Tuve problemas en la escuela con algún(os) maestro(s)
26. Comparto más tiempo con mis amigos(as) o compañeros(as)
27. Tuve relaciones sexuales por primera vez
28. Perdí mi empleo
29. Empecé a trabajar medio tiempo
30. Subí mucho de peso
31. Fui encarcelado por robar
32. El trabajo de mi papá cambió y está más tiempo fuera de casa
33. Reprobé o repetí un año escolar
34. Tuve u contacto sexual con una persona de mi mismo sexo
35. No duermo lo suficiente
36. Conseguí mi primer empleo de tiempo completo

37. Bajé mucho de peso
38. Tomé drogas
39. Reprobé un examen o curso importante
40. Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa
41. Me suspendieron de la escuela
42. Empecé a tener novio(a)
43. Me embaracé o embaracé a mi novia
44. Tuve un logro personal sobresaliente
45. No tengo dinero
46. Tuve un accidente
47. Abusé del alcohol
48. Un miembro de la familia se suicidó
49. Mis padres se separaron o divorciaron
50. Rompí con mi novio(a)
51. Menstrué por primera vez
52. Gané un premio deportivo importante
53. Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital
54. Me peleé en la escuela
55. Un amigo(a) de la familia se suicidó
56. Mi papá se casó de nuevo
57. Me fui de pinta
58. Me dieron permiso de salir con un(a) muchacho(a) por primera vez
59. Empiezo a cambiar físicamente
60. Empecé a fumar
61. Tuve cambios negativos en mi forma de ser
62. Perdí algo muy preciado
63. Mi hermano(a) fue encarcelado
64. Estuve condicionado(a) en la escuela
65. Dejé de robar
66. Mi papá fue enviado a prisión por un año o más
67. Soy lastimado(a) o alguien abusa de mí físicamente
68. Siento el rechazo de algunos maestros
69. La curiosidad sexual me llevó a mi primera relación sexual
70. Empecé a consumir drogas
71. Me castigaron por haber robado
72. Perdí la calma y le hice daño a alguien
73. Mi mamá fue enviada a prisión por un año o más
74. Tuve un hijo
75. Dejé de consumir drogas
76. He pensado en matarme
77. Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa
78. Saqué mi certificado

79. Se fue mi mejor amigo(a) (se cambió)
80. Mi mamá se casó de nuevo
81. Tengo problemas con las drogas
82. Un miembro de la familia tiene un enfermedad grave
83. Muerte de algún abuelo(a)
84. Abandoné la escuela
85. Me hospitalizaron por sobredosis
86. Un amigo de la familia se está muriendo
87. Los pleitos entre mis papás empeoraron
88. Ingresé a un nuevo equipo de juego
89. Murió mi papá
90. Participé en un evento académico
91. Me deprimí
92. Un miembro de la familia se está muriendo
93. Murió mi mamá
94. Participé en un evento deportivo
95. No he podido conseguir lo que he querido
96. Empeoraron las relaciones con mi novio(a)
97. Provoqué un accidente
98. Mis amigos(as) me indujeron a las drogas
99. Murió un hermano(a)
100. Conocí nuevos(as) amigos(as)
101. Abandoné mi trabajo
102. Tuve serios desacuerdos con mi papá, mamá o ambos
103. Dejé de frecuentar malas compañías
104. Mis papás, que estaban separados, se volvieron a casar o volvieron a vivir juntos
105. Tuve un reencuentro con mis amigos(as)
106. Mi papá tuvo un problema emocional que requirió tratamiento
107. Me corrieron de la casa
108. Mi papá o mamá fue hospitalizado(a) por una enfermedad seria
109. No me dan permiso de salir con mis amigos(as)
110. Empecé a realizar una actividad que no me gustaba sólo por darle gusto a mis papás
111. Empeoraron las relaciones con mis amigos(as)
112. Fui golpeado por algún miembro de mi familia
113. Mi mascota se enfermó
114. Dejé de ver algunos amigos(as)
115. Una hermana soltera se embarazó o un hermano soltero embarazo a su chica
116. Me empecé a juntar con malas compañías
117. Tengo más responsabilidades
118. Mi mamá tuvo un problema emocional que requirió tratamiento
119. Un(a) hermano(a) fue hospitalizado(a) por una enfermedad seria
120. Tengo más libertades

121. Mejoraron las relaciones con mi novio(a)
122. Me fui de la casa
123. Salí de vacaciones
124. Se murió mi mascota
125. Cambié de novio(a)
126. Me castigaron injustamente
127. Mi padre tuvo una enfermedad importante o estuvo enfermo por un largo periodo
128. Conocí a alguien que me da buenos consejos
129. Tuve un aborto provocado o mi novia tuvo un aborto provocado

APÉNDICE C

Cantidad de sucesos de vida vividos a partir de la clasificación que otorga la prueba

Tabla 1. Sucesos de vida contrarios a su dirección predeterminada

Tipo de suceso	Área	Suceso	Porcentaje respecto a la muestra total		Porcentaje respecto a los que vivieron el suceso	
			Sobrevivientes (n=33)	Sanos (n=38)	Sobrevivientes	Sanos
POSITIVOS VALORADO	ESCOLAR	2. Cambié de escuela	6%	15.70%	13.3% (n=15)	46.1% (n=13)
	SOCIAL	42. Empecé a tener novio(a)	9%	15.70%	15.7% (n=19)	20% (n=30)
	PERSONAL	51. Menstrué por primera vez	9%	21%	37.5% (n=8)	53.3% (n=15)
		117. Tengo más responsabilidades	9%	18.40%	10.7% (n=28)	33.3% (n=21)
NEGATIVOS VALORADOS BUENOS	PERSONAL	20. Tuve una desilusión amorosa	15.10%	5.20%	20.8% (n=24)	8.3% (n=24)
		23. Casi no tengo tiempo libre	21.20%	10.50%	50% (n=14)	17.3% (n=23)
	FAMILIAR	40. Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa	21.20%	2.60%	53.8% (n=13)	20% (n=5)

Tabla 2. Sucesos de vida considerados como indiferentes

Tipo de suceso	Área	Suceso	Porcentaje respecto a la muestra total		Porcentaje respecto a los que vivieron el suceso	
			Sobrevivientes (n=33)	Sanos (n=38)	Sobrevivientes	Sanos
POSITIVOS VALORADOS INDIFERENTES		59. Empiezo a cambiar físicamente	18.10%	18.40%	24% (n=25)	21.2% (n=33)
NEGATIVOS VALORADOS INDIFERENTES	PERSONAL	20. Tuve una desilusión amorosa	24.20%	21%	33.3% (n=24)	33.3% (n=24)
		35. No duermo lo suficiente	12.10%	15.70%	25% (n=16)	30% (n=20)
		76. He pensado en matarme	3%	15.70%	33.3% (n=3)	42.8% (n=14)
		LOGROS Y FRACASOS	12. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad)	18.10%	2.60%	42.8% (n=14)
	ESCOLAR	25. Tuve problemas en la escuela con algún(os) maestro(s)	21.20%	10.50%	50% (n=14)	26.6% (n=15)
	FAMILIAR	40. Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa	15.10%	2.60%	38.74% (n=13)	20% (n=5)
		102. Tuve serios desacuerdos con mi papá, mamá o ambos	21.20%	13.10%	53.8% (n=13)	35.7% (n=14)
		126. Me castigaron injustamente	15.10%	0%	41.6% (n=12)	0% (n=5)
	PROBLEMAS DE CONDUCTA	54. Me peleé en la escuela	12.10%	15.70%	36.3% (n=11)	40% (n=15)
		57. Me fui de pinta	18.10%	5.20%	42.8% (n=14)	18.1% (n=11)
	SOCIAL	114. Dejé de ver algunos amigos(as)	21.10%	10.50%	24.1% (n=29)	19% (n=21)

Tabla 3. Sucesos de vida que sucedieron con más frecuencia

Tipo de suceso	Área	Suceso	Porcentaje respecto a la muestra total		Porcentaje respecto a los que vivieron el suceso	
			Sobrevivientes (n=33)	Sanos (n=38)	Sobrevivientes	Sanos
POSITIVOS VALORADOS BUENOS	FAMILIAR	1. Nacimiento de un hermano	6%	57.80%	15.30% (n=13)	84.60% (n=26)
	SOCIAL	3. Mejoraron mis relaciones con otras personas	78.70%	76.30%	86.60% (n=30)	90.60% (n=32)
		26. Comparto más tiempos con mis amigos(as) o compañeros(as)	63.60%	71%	91.30% (n=23)	84.30% (n=32)
		42. Empecé a tener novio(a)	42.40%	57.80%	77.70% (n=18)	73.30% (n=30)
		100. Conocí nuevos(as) amigos(as)	78.70%	73.60%	92.80% (n=28)	87.50% (n=32)
		105. Tuve un reencuentro con mis amigos(as)	57.50%	34.20%	100% (n=19)	81.20% (n=16)
		128. Conocí a alguien que me da buenos consejos	60.60%	50%	100% (n=20)	90.40% (n=21)
	ESCOLAR	9. Empecé la secundaria o la preparatoria	78.70%	68.40%	92.80% (n=28)	96.20% (n=27)
	LOGROS Y FRACASOS	44. Tuve un logro personal sobresaliente	48.40%	28.90%	76.10% (n=21)	84.60% (n=13)
		123. Salí de vacaciones	54.50%	42.10%	85.70% (n=21)	80% (n=20)
	PERSONAL	59. Empiezo a cambiar físicamente	57.50%	57.80%	76% (n=25)	66.60% (n=33)
		117. Tengo más responsabilidades	69.60%	31.50%	82.10% (n=28)	57.10% (n=21)
		120. Tengo más libertades	66.60%	42.10%	95.60% (n=23)	80% (n=20)

Tipo de suceso	Área	Suceso	Porcentaje respecto a la muestra total		Porcentaje respecto a los que vivieron el suceso	
			Sobrevivientes (n=33)	Sanos (n=38)	Sobrevivientes	Sanos
NEGATIVOS VALORADOS MALOS	FAMILIAR	21. Disminuyeron los ingresos de mi familia	36.30%	36.80%	80% (n=15)	93.30% (n=15)
		83. Muerte de algún abuelo(a)	24.20%	42.10%	88.80% (n=9)	84.20% (n=19)
	PERSONAL	20. Tuve una desilusión amorosa	33.30%	36.80%	45.80% (n=24)	58.30% (n=24)
		23. Casi no tengo tiempo libre	15.10%	36.80%	35.70% (n=14)	60.80% (n=23)
		35. No duermo lo suficiente	30.30%	34.20%	62.50% (n=16)	65% (n=20)
		45. No tengo dinero	18.10%	34.20%	50% (n=12)	68.40% (n=19)
		61. Tuve cambios negativos en mi forma de ser	39.30%	55.20%	86.60% (n=15)	84% (n=25)
		91. Me deprimí	30.30%	36.80%	83.30% (n=12)	70% (n=20)
	SOCIAL	50. Rompí con mi novio(a)	15.10%	36.80%	38.40% (n=13)	60.80% (n=23)
		79. Se fue mi mejor amigo(a) (se cambió)	42.40%	23.60%	87.50% (n=16)	75% (n=12)
		114. Dejé de ver algunos amigos(as)	63.60%	39.40%	72.40% (n=29)	71.40% (n=21)
	LOGROS Y FRACASOS	62. Perdí algo muy preciado	24.20%	34.20%	88.80% (n=9)	72.20% (n=18)
		12. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad)	21.20%	39.40%	50% (n=14)	83.30% (n=18)
		95. No he podido conseguir lo que he querido	33.30%	28.90%	73.30% (n=15)	64.70% (n=17)
	PROBLEMAS DE CONDUCTA	41. Me suspendieron de la escuela	9%	28.90%	37.50% (n=8)	64.70% (n=17)