



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE PREGRADO
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



✓ **TITULO:**

“LA RESILIENCIA Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO TERAPEUTICO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014- 2015”

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA**

✓ **AUTORA:**

❖ Adriana Patricia Aguilar Correa.

✓ **DIRECTORA DE TESIS:**

❖ Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

LOJA- ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Doctora Mg. Sc.

María Susana González García.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNL, Y DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación titulado “LA RESILIENCIA Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO TERAPEUTICO DE LAS PAÇIENTES CON CÁNCER DE MAMA, DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE LA CIUDAD DE LOJA,PERIODO 2014- 2015” para optar por el título de PSICOLOGA CLINICA, de autoría de Adriana Patricia Aguilar Correa, ha sido cuidadosamente revisada y dirigida de acuerdo a los reglamentos de Graduación de la Universidad Nacional de Loja, por lo autorizo su presentación.

Loja, 14 de Enero de 2016


Dra. María Susana González García. Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

III. AUTORÍA

Yo, Adriana Patricia Aguilar Correa, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis “LA RESILIENCIA Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO TERAPEUTICO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE LA CIUDAD DE LOJA.PERIODO 2014-2015” y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Firma:



Autora: Adriana Patricia Aguilar Correa.

Cedula: 1104507023

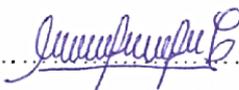
Fecha: Loja, 14 de Enero de 2016

IV. CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Adriana Patricia Aguilar Correa, declaro ser la autora de la tesis titulada “LA RESILIENCIA Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO TERAPEUTICO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2014-2015” como requisito para optar al grado de PSICÓLOGA CLÍNICA; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestren al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital, institucional.

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del País y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.
- La universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los catorce días del mes de Enero del dos mil dieseis, firma la autora.

- **FIRMA:** 
- **AUTORA:** Adriana Patricia Aguilar Correa.

- **CÉDULA:** 1104507023
- **DIRECCIÓN:** Catacocha entre olmedo y Bernardo Valdivieso
- **TELÉFONO:** 2586450 **Celular:** 0987717995
- **CORREO ELECTRÓNICO:** n_en_adri@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

- **DIRECTOR DE TESIS:** Dra. María Susana González García , Mg. Sc
- **TRIBUNAL DE GRADO:**

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc	PRESIDENTA
Lic. Diego Segundo Andrade Mejía, Mg. Sc	VOCAL
Psi. Cl. Stefany Miroslava Arévalo Cuenca Mg. Sc	VOCAL

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y a la Carrera de Psicología Clínica por formar psicólogos clínicos con valores éticos que propician la convivencia armónica y contribuyen a la solución de problemas de salud mental.

A la Sociedad de Lucha contra el cáncer (SOLCA) de la ciudad de Loja, sus directivos, personal de salud, y a las usuarias del servicio de salud, quienes me brindaron la apertura pertinente, la facilidad y colaboración necesaria para desarrollar el presente trabajo.

Mi gratitud imperecedera a todos los Docentes que fueron apoyo fundamental en mi formación académica, así mismo expreso un sincero agradecimiento a mi Directora de tesis: Dra. Susana González García Mg. Sc. que me brindó sus valiosos conocimientos y sugerencias, para culminar el trabajo investigativo con éxito.

Adriana Patricia Aguilar Correa.

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia, por permitirme la vida y darme la oportunidad de alcanzar esta etapa de mis estudios, ser mi guía y mi protección y no abandonarme en las dificultades.

A mi madre Miroslava Correa, que con sus enseñanzas y su amor constante me dieron la luz del conocimiento de aprender a vivir amando lo que uno hace, por su ejemplo de trabajo y entrega, por ser mi aliento y mi fortaleza en mi vida académica y personal.

A mi hermana Daniela Aguilar, por su apoyo y compañía, que ha permitido que este logro pueda cumplirse, dedico este esfuerzo para que de alguna manera sirva como ejemplo para su vida.

A mi abuelita Clarita Díaz, que es la impulsora de alcanzar el éxito en mi vida académica y personal.

A la memoria de mi Tía, Dra. Indira Patricia Correa Vivanco quien padeció de esta enfermedad desde este mundo terrenal hasta el cielo le dedico este trabajo.

También mis hermanos de comunidad y amigos, quienes aportaron de una u otra manera que este logro pueda cumplirse.

a. TÍTULO

“LA RESILIENCIA Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO TERAPÉUTICO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014-2015”

b. RESUMEN

La presente investigación parte de la necesidad de Establecer qué porcentaje de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama se muestran resilientes al tratamiento médico que reciben. La población que se utilizó fue de 30 pacientes pertenecientes a la sociedad de Lucha contra el cáncer SOLCA de la ciudad de Loja. Se utilizó un paradigma mixto cuali-cuantitativo, asumiendo la realización de un estudio descriptivo. Se empleó la escala de resiliencia de Wagnild y Young y una encuesta semiestructurada que determinara los niveles de resiliencia presentes en las pacientes, los factores protectores y las características personales, familiares y del entorno que favorecen a la resiliencia de la paciente. Los resultados obtenidos demuestran la existencia de un porcentaje mayor en un nivel de resiliencia media alta. Se evidencio factores protectores como la perseverancia, la satisfacción personal y la confianza en sí mismo como los más altos dentro de la escala de evaluación, así mismo se determinó que el apoyo por parte de la familia constituye una característica esencial tanto en el proceso de la enfermedad y durante el tratamiento médico de la misma. Existe la necesidad de implementar u optimizar el trabajo multidisciplinario y de psicoeducación a través de técnicas y actividades que permitan mejorar el afrontamiento de la enfermedad durante el proceso terapéutico o tratamiento médico.

Palabras clave: Resiliencia, pacientes con cáncer de mama, proceso terapéutico, Plan de psicoeducación

ABSTRACT

This research is based on the need to establish what percentage of patients diagnosed with breast cancer are resilient to the medical treatment that receive. The population used was 30 patients belonging to the fight against cancer SOLCA society of the city of Loja. We used a mixed qualitative-quantitative paradigm, assuming a descriptive study. Used scale resilience of Wagnild and Young and a semi-structured poll that will determine the levels of resiliency in the patients, protective factors and features personal, family and the environment that favor the resilience of the patient. The results show the existence of a higher percentage on a high average level of resilience. All the evidence protective factors such as perseverance, personal satisfaction and self-confidence, as the highest in the scale of assessment, was likewise determined that the support from the family is an essential feature in the disease process and during in the therapeutic process. There is need to implement or optimize the multidisciplinary work of psycho-education through techniques and activities that improve the coping of the disease during the therapeutic process.

Key words: resilience, patients with breast cancer, therapeutic process, psycho-education Plan.

c. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido avances importantes en el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria, con gran impacto en el manejo de pacientes con Cáncer de Mama; todo ello ha permitido el diagnóstico de tumores en estadio precoz, la participación de la mujer en la toma de decisiones, la disminución de la morbilidad en los tratamientos aplicados, y mejorar la supervivencia y calidad de vida de mujeres con esta patología. A pesar de ello el diagnóstico de cáncer suele ocasionar una serie de reacciones emocionales negativas y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente. Entre las reacciones más frecuentes destacan las asociadas con sintomatología ansiosa y depresiva: disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida. (Mehnert & Koch, 2008)

Según el Instituto Nacional de estadísticas (INEC) y el registro de tumores de SOLCA de la ciudad de Loja el cáncer de mama es la primera causa de muerte en el Ecuador, con un 35,4%, seguido del cáncer de piel, con un 32%. En el 2010, fallecieron 473 personas por tumor maligno de mama, de las cuales 15 son del Azuay, 14 del área urbana y una de la zona rural de la ciudad de Loja. El cantón Loja tiene el tercer puesto después de Quito y Guayaquil, la tasa de incidencia ocupa el 32% de 100.000 mujeres hasta el 2009. Estos resultados ponen como punto de mira una área investigativa fundamental: Tiene que ver con la apremiante necesidad de continuar indagando en el papel específico que ocupa cada emoción, estado de ánimo, estilo de afrontamiento o resiliencia en la modulación de los distintos estados patológicos y especialmente en el proceso terapéutico.

A partir de lo expuesto anteriormente en la investigación, se enmarcó específicamente el problema de investigación, dando cumplimiento al objetivo general: Establecer el porcentaje de pacientes con cáncer de mama se muestran resilientes al proceso terapéutico de la sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) de la ciudad de Loja.

En cuanto a los objetivos específicos, se logró determinar los niveles de resiliencia presentes y su influencia en las pacientes con cáncer de mama, así como los factores protectores en resiliencia a través de la aplicación del test de Wagnild y Young. Además se analizó las características personales, familiares y sociales que influyen en la resiliencia al proceso terapéutico a través de la aplicación de la encuesta semiestructurada. Con todos estos objetivos se elaboró un plan de psicoeducación a través de técnicas y actividades que permitan mejorar el afrontamiento de la enfermedad durante el proceso terapéutico.

Se empleó un diseño metodológico bajo el paradigma mixto de investigación cualitativa, asumiendo un tipo de estudio descriptivo y transversal. La investigación quedó estructurada en tres etapas, cada una de las cuales perseguía objetivos específicos que llevaron a la selección de las técnicas a emplear. De manera general se seleccionaron las pacientes con Cáncer de mama en un número correspondiente a 30 las mismas que acuden al área oncológica a realizarse las quimioterapias respectivas para su tratamiento.

d. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1 LA RESILIENCIA

1.1 ANTECEDENTES

“Los primeros estudios sobre la resiliencia se realizaron en individuos con esquizofrenia, en personas expuestas al estrés y pobreza extrema, y sobre el funcionamiento de los individuos que experimentaron hechos traumáticos tempranamente en sus vidas” (Cicchetti, 2003).

El origen del estudio de la resiliencia en psicología y psiquiatría procede, por tanto, de los esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de la psicopatología, especialmente de los niños en riesgo de desarrollar psicopatología debido a enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de varios de estos factores (Masten, 1999; Rutter, 1985, 1987).

“Entre los eventos vitales adversos más estudiados están el divorcio de los padres y estresores traumáticos como el abuso o abandono y la guerra” (Garmezy y Masten, 1994).

Durante las dos últimas décadas, el foco de atención se ha desplazado de la identificación de los factores protectores a la comprensión de los procesos que subyacen a dichos factores protectores. Así, más que estudiar qué factores en el niño, en la familia y en la comunidad estaban relacionados con la resiliencia, se centraron en estudiar cómo tales factores contribuyen a la adaptación positiva.

Finalmente, la idea de resiliencia como algo absoluto y global, ha cambiado en los últimos años pasando a ser considerada en este momento como algo relativo, que depende del equilibrio dinámico de factores personales, familiares y sociales y también de los

momentos del ciclo vital, y específico, generalmente circunscrito a determinadas áreas de adaptación psicológica. (Werner y Smith, 1992)

1.2 DEFINICIÓN

“La resiliencia es un proceso dinámico, que tienen lugar a lo largo del tiempo, y se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar, y puede variar en con el transcurso del tiempo y con los cambios de contexto. Implica algo más que sobrevivir, más o menos indemne, al acontecimiento traumático, a las circunstancias adversas.”. (Roberto Pereira, 2007)

“La resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas”. (E. Chávez y E. Iturralde, 2006).

“La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001).

1.3 DESARROLLO DE LA RESILIENCIA

El hecho de que la adversidad no deriva irrevocablemente en individuos dañados, se ha mostrado que la conformación de éstos, depende, no simplemente de factores condicionantes como, por ejemplo, los recursos económicos, la alimentación, el nivel educativo de los padres, la estimulación materna o la disponibilidad de material lúdico,

sino, fundamentalmente, de los mecanismos y las dinámicas que ordenan el modo cómo ellos se relacionan (Rutter 1985).

Lo que hace que un individuo desarrolle la capacidad de ser resiliente es la formación de personas socialmente competentes que tengan la capacidad de tener una identidad propia y útil, que sepan tomar decisiones, establecer metas y esto involucra lugares sociales que implican a la familia a los amigos y las instituciones de gobierno de cada país (Ramírez,1995)

Entre los mecanismos protectores por excelencia esta la relación de un adulto significativo, que reafirme la confianza en sí mismo del individuo, que lo motive, y por sobre todo le demuestre su cariño y aceptación incondicional (Sánchez ,2003).

1.4 PILARES FUNDAMENTALES DE LA RESILIENCIA

Wolin 1999 describe los siguientes:

1.4.1 Autoestima consistente.

Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, suficientemente bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

1.4.2 Introspección.

Titchener definió la introspección como la descripción de la experiencia consciente desmenuzada en componentes sensoriales elementales sin referentes externos, tiene como fundamento la capacidad reflexiva que la mente posee de referirse o ser consciente de

forma inmediata de sus propios estados. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. González Labra, J. (2009).

1.4.3 Independencia.

Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto.

1.4.4 Capacidad de relacionarse.

Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

e.1.4.5 Iniciativa.

El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes, es la cualidad personal que tiende a generar proyectos o propuestas.

1.4.6 Humor.

Se refiere a la capacidad de hacer que las adversidades puedan visualizarse de una manera cómica, si bien es cierto no cambia la realidad objetiva, pero si posee, por lo menos, el atributo de poner en evidencia su carácter paradójico.

1.4.7 Creatividad.

La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

1.4.8 Moralidad.

Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

1.4.9 Capacidad de pensamiento crítico

Es un pilar de segundo grado, fruto de las combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto (Melillo, 2002).

1.6 PERFIL DE UNA PERSONA RESILIENTE.

Una persona con características resilientes es aquella que es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, tiene un sentido de sí mismo positivo, dimensiona los problemas, tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar (Saavedra, E. 2004).

Esta persona presenta una serie de factores internos que actúan como protectores, a saber:

- Presta servicio a los otros o a una causa.
- Emplea estrategias de convivencia, es asertivo, controla sus impulsos.
- Es sociable.
- Tiene sentido del humor.
- Tiene un fuerte control interno frente a los problemas.

- Manifiesta autonomía.
- Ve positivamente el futuro.
- Es flexible.
- Tiene capacidad para aprender y conectar los aprendizajes.
- Capacidad para auto motivarse.
- Percibe competencias personales.
- Hay confianza en sí mismo.

También existirían factores ambientales que apoyarían y favorecerían las características resilientes:

- El ambiente promueve vínculos estrechos.
- El entorno valora y alienta a las personas.
- Se promueve la educación.
- Ambiente cálido, no crítico.
- Hay límites claros.
- Existen relaciones de apoyo.
- Se comparten responsabilidades.
- El ambiente es capaz de satisfacer las necesidades básicas de las personas.
- El entorno expresa expectativas positivas y realistas.
- Promueve el logro de metas.
- Fomenta valores pro-sociales y estrategias de convivencia.
- Hay liderazgos claros y positivos.
- valora los talentos específicos de cada persona.

Claramente no se espera que todos estos elementos estén presentes en el sujeto o su ambiente para que se favorezca la aparición de conductas resilientes, pero es deseable que gran parte de ellas estén total o parcialmente desarrolladas (Saavedra, E. 2004).

1.9 RESILIENCIA INDIVIDUAL Y RESILIENCIA FAMILIAR

El concepto de resiliencia familiar reafirma la capacidad de auto reparación de la propia familia y ayuda a identificar y fomentar ciertos procesos que permiten a éstas hacer frente con más eficacia a las crisis o estados persistentes de estrés, sean internos o externos, y emerger fortalecidas de ellos. (Snynder, 2000).

En primer lugar, la resiliencia familiar relaciona el proceso de la familia con los desafíos que se le plantea, evaluando el funcionamiento familiar en su contexto social y su grado de ajuste a éste según las diversas exigencias. En segundo lugar, incorpora una visión evolutiva, y no transversal, de los desafíos que enfrenta la familia y sus reacciones a lo largo del tiempo, examinando las variaciones de la resiliencia relacional en las distintas fases de adaptación y etapas del ciclo vital. El marco de la resiliencia familiar es útil para evaluar el funcionamiento de la familia tomando en cuenta su estructura, sus demandas psicosociales, sus recursos y limitaciones. (Snynder, 2000).

Walsh (1996) entiende que la familia es un foco de resiliencia pese a situaciones de alta disfuncionalidad y que al consolidar la resiliencia familiar, robustecemos a la familia como unidad funcional y posibilitamos que inculque esa capacidad en todos sus miembros.

1.10 FACTORES PROTECTORES DE LA RESILIENCIA

El concepto de factor protector alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985).

Sin embargo, esto no significa en absoluto que ellos tengan que constituir experiencias positivas o benéficas, con respecto a las que difieren en tres aspectos cruciales (Rutter, 1985):

- Un factor protector puede no constituir un suceso agradable, como se ha hecho evidente en varios estudios sobre experiencias tempranas de estrés en animales, y su asociación a la resistencia a experiencias posteriores del mismo tipo (Hennesy & Levine, 1979; Hunt, 1979; en Rutter, 1985).
- Los factores protectores, a diferencia de las experiencias positivas, incluyen un componente de interacción. Las experiencias positivas actúan en general de manera directa, predisponiendo a un resultado adaptativo.
- Los factores protectores, por su parte, manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor, modificando la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable. 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 de los primeros, disminuyendo significativamente las tasas de perturbación emocional en el hospital (Wolkind & Rutter, 1985; en Rutter, 1985).
- Un factor protector puede no constituir una experiencia en absoluto, sino una cualidad o característica individual de la persona. Las niñas, por ejemplo, parecen menos vulnerables que los niños ante diferentes riesgos psicosociales (Rutter, 1970; 1982; en Rutter, 1985).

1.11 COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD RESILIENTE

1.11.1 COMPROMISO

Es reconocerse a sí mismo como persona valiosa y capaz de lograr determinadas metas y propósitos existenciales que se proponga, el ser capaz de tomar responsablemente decisiones congruentes con los principios y valores y, como consecuencia, comprometerse con las consecuencias de las mismas. Fernández Marquez (2010)

Presupone el implicarse y no permanecer como un simple espectador en las diferentes esferas de la vida en que se participa, tanto las familiares como las laborales, sociales y recreativas. Protagoniza y hace o propicia que las cosas ocurran y se interesa en el propio bienestar y también en el bienestar de los otros.

Este concepto conlleva también un sentimiento de comunidad, una sensación de pertenecer, de disposición de ayudar a los otros, y también de recibir y beneficiarse con su apoyo cuando así lo necesite.

1.11.2 CONTROL

Es la propensión a pensar y actuar con la convicción de que son ellos, y no la casualidad o los demás, quienes deciden o pautan el curso de los acontecimientos. Asumen su propia responsabilidad, al sentirse capaces de cambiar el curso de los acontecimientos en la dirección de las propias metas y valores de aquí su estrecha relación con los compromisos anteriormente expuestos. Fernández Marquez (2010)

Las personas con limitadas cualidades de control fracasan ante los mínimos obstáculos pues al tener la creencia de falta de control renuncian a sus intentos de afrontamiento y se dan por derrotados antes de tiempo, lo que los puede conducir a un miedo generalizado a la vida en que todo lo ven como un peligro o una amenaza que desborda sus posibilidades de control. Fernández Marquez (2010).

1.11.3 CAMBIO

Asume el cambio y no la estabilidad como lo que caracteriza a la existencia humana. Las personas que poseen la cualidad de ver la vida como un reto, ven en la existencia humana y los inconvenientes que ponen a las personas ante disyuntivas de cambio, una constante oportunidad de crecimiento y mejora humano más que como un peligro o

amenaza, lo que evidentemente hace que predominen en ellas las emociones positivas que acompañan a las ganas y el coraje de vivir tal vez pueden encolerizarse, pero raramente les atrapa la depresión y la angustia y esto favorece su calidad de vida y bienestar. Fernández Marquez (2010)

2 EL CÁNCER

2.1 DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CANCER

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: un crecimiento y proliferación rápida y relativamente ilimitada de células con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, que invaden los órganos y tejidos del cuerpo y que se extienden desde el sitio de origen hacia las áreas distantes del cuerpo dando metástasis. Es un crecimiento invasivo, poderoso, que puede consumir y destruir el proceso de vida, sino se realiza un diagnóstico precoz en torno a él. (Polo, 2000)

2.2 TIPOS

Se diferencian, entonces, varios tipos de cánceres:

- **Epiteliomas o Carcinomas.** Son los más frecuentes y afectan a la piel, mucosas, labios, cuello del útero, glándulas mamarias e hígado.
- **Sarcomas** que son cánceres a los tejidos conjuntivos.
- Los **Hematosarcomas**, afectan al bazo, médula ósea, ganglios linfáticos y originan leucemias.
- El **Melanoma Maligno (MM)**, son tumores del tejido pigmentario. Los cánceres al sistema nervioso central sólo tienen extensión local y no originan metástasis. (Polo, 2000)

2.3 CÁNCER DE MAMA

2.3.1 DEFINICION

Cáncer que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan la leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen la leche). Puede

darse tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco común. *Cáncer de mama: una guía para pacientes - Guía de Práctica Clínica de la ESMO* – v.2013

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos Jorge Luis Martínez (2007).

2.3.3 FACTORES DE RIESGO

Como ocurre en otros tipos de cáncer, en el de mama existen factores que pueden estar solos o en conjunto y favorecer el desarrollo de esta neoplasia.

Pueden estar presentes durante periodos largos; algunos de estos factores tienen riesgos relativos menores. La presencia de dos o más incrementan la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. Los más importantes son:

- Edad avanzada.
- Menstruación a temprana edad (antes de los 12 años).
- Edad avanzada al momento del primer parto (34 años) o no haber dado nunca a luz.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama (hiperplasia ductal atípica).
- Madre o hermana(s) con cáncer de mama.

- Tratamiento con radioterapia dirigida a la mama/pecho 10 a 15 años previos al diagnóstico de cáncer de mama.
- Densidad mamaria aumentada en una mastografía.
- Terapia de reemplazo hormonal.
- Consumir bebidas alcohólicas.
- Alteraciones genéticas (BRCA 1 y BRCA 2 en cáncer hereditario de mama/ovario, PTEN en el síndrome de Cowden, P 53 en el síndrome de Li-Fraumeni, STK11 en el síndrome de Peutz-Jeghers, CDH1 en el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario). Jorge Luis Martínez (2007).

2.3.4 ESTADÍOS DEL CÁNCER DE MAMA

Después de tener el diagnóstico histopatológico de cáncer se realizan estudios de laboratorio y gabinete, encaminados a determinar la extensión de la enfermedad. El pronóstico y tratamiento es individualizado y dependerá de la etapa clínica, ésta se determina dependiendo del tamaño tumoral, la presencia o ausencia de metástasis ganglionares y/o a distancia Jorge Luis Martínez (2007).

Estas etapas, de manera didáctica, se dividen en enfermedad temprana, localmente avanzada y metastásica. Es imprescindible diagnosticarlo en ausencia de síntomas, cuando su tamaño no sea mayor a los 2 cm., ya que de esta forma se puede curar alrededor de ~90% de las mujeres. Jorge Luis Martínez (2007).

-Estadio 0.- las células cancerígenas se encuentran dentro de la mama y no invaden ningún tejido que está próximo.

-Estadío 1.- El tumor mide aproximadamente 2 cm o menos y uno a tres ganglios linfáticos axilares están invadidos de células anormales

-Estadío 2.- Estadío IIA El tumor mide de 2 a 5 cm y de uno a tres ganglios linfáticos axilares pueden estar invadidos. Estadío IIB el tumor en la mama mide más de 5 cm y las células anormales no han invadido los ganglios axilares.

-Estadío 3.- El tumor se ha propagado a la pared torácica y/o a la piel de la mama. Incluye el cáncer de mama inflamatorio, ganglios axilares fijos o ganglios afectados de la región mamaria

Estadío 4.- El cáncer se ha propagado a los órganos distales como hígado, huesos, el cerebro o a los pulmones.

2.3.5 TRATAMIENTO

El tratamiento es multimodal (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y radioterapia), el uso de cada una depende de la etapa clínica en la que se encuentre la paciente. La cirugía es la principal modalidad de tratamiento local del cáncer mamario, existen diversos procedimientos quirúrgicos, considerándose la mastectomía radical modificada (MRM) el tratamiento estándar, sin embargo si el cáncer de mama se detecta en una etapa clínica temprana, se puede ofrecer un tratamiento conservador (Tumorectomía), en el que la paciente puede incluso conservar su seno sin comprometer el tratamiento oncológico radical. Jorge Luis Martínez (2007).

Dependiendo del tamaño tumoral, el número de ganglios linfáticos con metástasis y de otros factores clínicos y patológicos se ofrecerá tratamiento con radioterapia, hormonoterapia y/o quimioterapia adyuvante. Estos tratamientos prolongan la

supervivencia, el período libre de enfermedad y disminuyen el riesgo de recurrencia loco-regional y a distancia. Jorge Luis Martínez (2007).

Recientemente la terapia biológica ha demostrado efectos benéficos en el tratamiento de cáncer de mama, específicamente el trastuzumab incrementa la supervivencia cuando se administra como tratamiento adyuvante a mujeres cuyos tumores expresan la oncoproteína Her-2 y asociados a quimioterapia en el cáncer de mama metastásico. Jorge Luis Martínez (2007)

2.3.8 RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

La resiliencia involucra tanto factores intelectuales, como los intrapsíquicos e interpersonales. Esta interacción produce una respuesta adaptativa y sistémica que le brinda a la persona un nivel de comprensión elevado de todas las respuestas y ramificaciones implicadas durante una enfermedad. En este caso, se logra identificar factores protectores, el propósito en la vida y hasta se ve la enfermedad como una oportunidad para crecer. García Serrablo (2008)

En otras palabras, ante los retos de la enfermedad del cáncer, se manifiestan emociones conducentes a que se le halle un beneficio a una experiencia estresante, correlacionando con un nivel positivo de ajuste. García Serrablo (2008)

Por su parte, García Serrablo (2008) revisó investigaciones que indican que, ante una enfermedad catastrófica, las personas identifican secuelas a dicha enfermedad que han sido tanto positivas, como negativas. Entre éstas se incluyen la capacidad para encontrar beneficios, el crecimiento postraumático, así como niveles de depresión, de angustia, dificultades sexuales y un mejor o peor estado de salud física y mental.

García- Serrablo, Acevedo y Ortiz (2011) mencionan que el cáncer de mama afecta emocionalmente a la mujer que lo padece. Sin embargo, tal parece que las sobrevivientes de esta condición han llegado a percibir su enfermedad de forma diferente, de modo que han llegado hasta encontrar beneficios, luego de ser diagnosticadas con la condición y haber afrontado el tratamiento de la misma.

Por otro lado, reportar beneficios ante el diagnóstico de cáncer sirve para predecir sensación de bienestar general y a una mejor calidad de vida percibida, posterior al diagnóstico en las mujeres que lo padecen, según Carver y Antoni (2004).

Esto significa que el poder evaluar los beneficios al afrontar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en mujeres, sirvió para disminuir el distrés asociado a la condición. Estos autores también identificaron menos emociones negativas, así como menos sintomatología depresiva durante el seguimiento posterior al tratamiento de cáncer. Carver y Antoni (2004).

3 TRATAMIENTO MÉDICO

3.1 IMPACTO EMOCIONAL

3.1.1 Fase de Diagnóstico

Se caracteriza por ser un periodo de mucha incertidumbre; tanto el paciente como la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso choque. Se presentan diferentes emociones, como ira negación, culpa, desesperación etc. (Fallowfield et al., 2006)

3.1.2 Fase de tratamiento.

La calidad de vida del paciente se puede ver comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que está sometido. Los resultados de los mismos varían, dependiendo de la clase de tratamiento, del tipo de cáncer, de la evolución de la enfermedad y de las características individuales del sujeto.

Algunos de los efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos son: alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros. Debido a estos y otros efectos, puede generarse una dificultad para adherirse al tratamiento, lo cual da como resultado el abandono del mismo. (Fallowfield et al., 2006)

3.1.3 Fase de intervalo libre de la enfermedad.

La amenaza de volver a presentar la enfermedad aumenta, debido a los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. Se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares, lo cual desencadena un mar de dudas y temores. (Fallowfield et al., 2006)

3.1.4 Fase de recidiva.

Se caracteriza por un estado de choque intenso que el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad; por lo tanto, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud. (Fallowfield et al., 2006)

Los tratamientos que habitualmente se utilizan en el control del cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea, entre otros, son agresivos, con múltiples efectos secundarios que en muchas ocasiones son difíciles de entender por el paciente puesto que a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico y emocional en lugar de una mejoría, sin la seguridad de obtener una curación total, solo con la esperanza de controlar la enfermedad. (Fallowfield et al., 2006)

Reacciones de ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad son habituales durante esta fase. Dichos efectos secundarios varían de una persona a otra, dependiendo de las características del fármaco y de las de personalidad del enfermo.

Señalaremos brevemente los aspectos más importantes de estos tratamientos para poder entender sus consecuencias y las alteraciones que producen.

- **Cirugía.** Es un fuerte estresor en sí misma, por el miedo a la anestesia, al dolor y, sobre todo, por sus consecuencias. Dependiendo de su localización, puede representar la pérdida de una función, de un órgano o de un miembro. Ejemplo de ello lo encontramos en la pérdida del habla como consecuencia de una laringectomía; de la función normal del intestino después de una colostomía y la pérdida de algún miembro a causa de una amputación. La pérdida de la mama en la mujer afecta tanto por lo que se refiere a su imagen corporal como a su femineidad. (Fallowfield et al., 2006)

- **Radioterapia.** El contacto con una máquina y el temor a los fallos técnicos pueden ocasionar reacciones emocionales de carácter ansioso, en algunos casos fóbicos, acompañadas de sentimiento de miedo. (Fallowfield et al., 2006)
- **Quimioterapia.** Por todos sus efectos secundarios: alopecia, náuseas y vómitos, fatiga, neuropatías, etc., es normalmente mal tolerada física y psicológicamente. Los pacientes presentan síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad de concentración, entre otros. (Fallowfield et al., 2006)

En general, los tratamientos afectan a la persona tanto en el área somática, familiar, social y psicológica, dando lugar a diferentes alteraciones y reacciones emocionales. Otra de las variables que intervienen en el proceso de toma de decisiones, aparte de la edad, el sexo y la situación personal y familiar del paciente, está relacionada con la forma de administración del tratamiento y el impacto que éste ejerce en la calidad de vida de los pacientes.

Además, los autores concluyeron que la implementación de planes que faciliten la expresión de preferencias por parte de los pacientes, aumentaba la satisfacción y mejoraba la adherencia al tratamiento (Fallowfield et al., 2006)

Por este motivo, en el momento en que los pacientes tienen la posibilidad de elegir entre distintas opciones terapéuticas, éstos valorarían la situación teniendo en cuenta no sólo el tipo de tratamiento, sino el modo en que los efectos tóxicos podrían influir o limitar sus actividades cotidianas. (Fallowfield et al., 2006)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación será de tipo descriptivo tratando de comprender, registrar, analizar e interpretar el porcentaje de pacientes que se muestran resilientes al proceso terapéutico, además será de corte transversal, con un enfoque mixto cuanti-cualitativo, que manejará métodos científicos como el inductivo-deductivo y el analítico sintético; que se apoyaran en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a investigar se centra en las pacientes con cáncer de mama que acuden al área oncológica a realizarse la Quimioterapia respectivas para su tratamiento. Y que según los datos del departamento estadístico del registro de tumores (Solca) nos dice que cuentan con un total de 432 pacientes durante el 2015, los mismos que se atienden de forma ambulatoria y en hospitalización general, situados en edades comprendidas aproximadamente entre los 20 y 24 años y de 45 a 70 años

Dicho lo anteriormente expuesto, el 100% de nuestra población estaría bordeando en promedio, alrededor de 30 pacientes como muestra de estudio.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Pacientes con cáncer de mama de 20 a 24 años y de 45 a 70 años.
- Pacientes con cáncer de mama que asisten a realizarse quimioterapia en el Instituto de la sociedad de Lucha contra el cáncer (SOLCA) de la ciudad de Loja.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con otro tipo de Cáncer.
- Pacientes que no firmaron el consentimiento Informado.

CRITERIO DE SALIDA

Que las pacientes no deseen continuar con el proceso de Investigación.

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación de campo se realizará de forma intensa y permanente los meses de Junio y Julio del 2015, en la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) que se encuentra ubicada en la Provincia de Loja, Cantón Loja, en la calle Salvador Bustamante Celi y Agustín Carrión Palacios.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para el presente trabajo investigativo se recolectará la información referente al problema que se investiga por medio de las siguientes técnicas:

Entrevista Clínica.- Esta técnica de evaluación se utilizará la comunicación verbal, realizada través de un número de preguntas indefinidas y aplicada de manera individual a cada paciente, en la presente investigación, permitirá conocer el estado actual de la paciente, la información que recabará incluye datos sociodemográficos, datos de la enfermedad, la reacción emocional al tratamiento médico, la conducta, las emociones, las cogniciones, las creencias espirituales frente a la enfermedad y el apoyo socio-familiar, posibilitando el establecimiento de hipótesis que serán comprobadas y cuyos resultados se corroborarán mediante la aplicación posterior de los reactivos psicológicos.

Encuesta Semiestructurada.- Realizada a través de 5 preguntas las cuales serán para evidenciar y analizar las características personales, específicamente sus rasgos de personalidad, familiares como el apoyo familiar y el contexto familiar en el cual se desempeñan las pacientes y sus relaciones sociales que influyen en la resiliencia al tratamiento médico que reciben.

Reactivos Psicológicos.- La aplicación y análisis de los reactivos psicológicos, como la Escala de resiliencia de Wagnild & Young.

BREVE DESCRIPCIÓN

La escala de resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, y fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos. Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993)

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Las pacientes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia. Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993)

VALIDEZ

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores. La validez del contenido se da a priori, pues los ítems

fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia. En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí. (Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993)

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación quedará estructurada en tres etapas y con cada una de ellas se pretenderá llegar a la consecución de los objetivos planteados en esta investigación.

Primera Etapa.

- Entrevista con las autoridades de la institución, para solicitar se permita realizar el trabajo de campo para el presente trabajo investigativo.
- Aplicación en forma individual de los reactivos psicológicos, los mismos que serán encaminados a la recolección de datos para evidenciar la presente investigación.

Segunda Etapa.

- Tabulación de los datos recogidos a través de los reactivos psicológicos. A más de la realización del análisis, las interpretaciones y la discusión de dichos datos. Procedimiento que se efectuará en el mes de Julio de 2015.

Tercera Etapa.

Una vez recolectada la información deseada y establecido el porcentaje de pacientes con cáncer de mama que se muestran resilientes al proceso terapéutico, además de los niveles de resiliencia y los factores protectores que presentan las pacientes y analizar las características personales, familiares y sociales que influyen a la resiliencia al proceso

terapéutico, se procederá a la elaboración de un plan de Psicoeducación a través de técnicas y actividades que permitan mejorar el afrontamiento de la enfermedad durante el proceso terapéutico.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

La interpretación de los resultados se realizara a través del análisis tanto cuantitativo, como cualitativo de los datos.

ANÁLISIS DE DATOS E INFORMACIONES

Los resultados obtenidos serán analizados cuantitativa y cualitativamente tomando en cuenta los objetivos de la investigación. Se empleará técnicas no paramétricas de estadística descriptiva tales como:

- Tablas de frecuencias absolutas y relativas, tablas de frecuencia comparativas.
- Análisis porcentual.

f. RESULTADOS

OBJETIVO Nro. 1

Determinar los niveles de resiliencia de las pacientes con cáncer de mama de la Sociedad de lucha contra el cáncer mediante la aplicación del test de Wagnild y Young.

Tabla Nro. 1

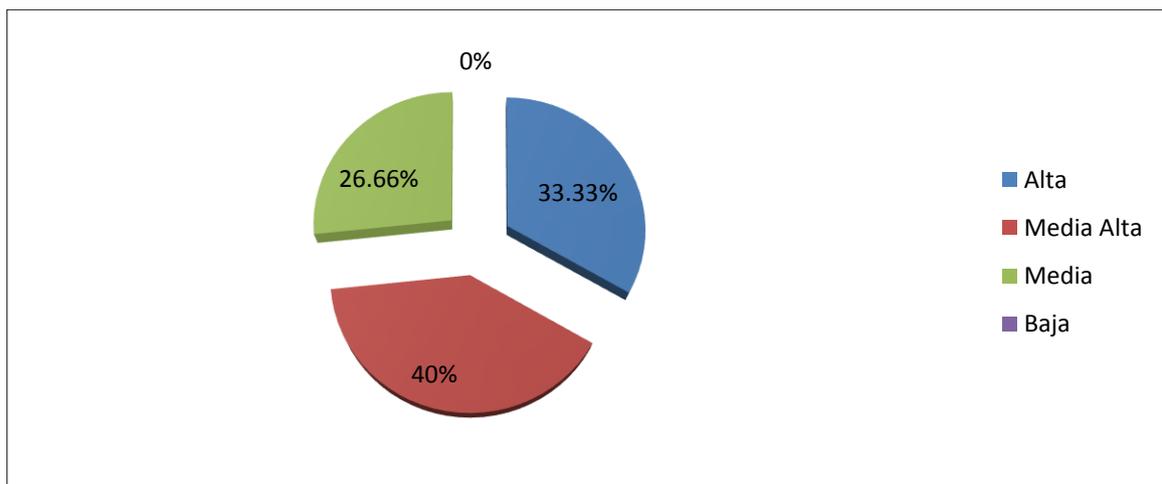
ESCALA	ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG	
	F	%
Alta	10	33.33%
Media Alta	12	40%
Media	8	26.66%
Baja	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa

Gráfico Nro. 1

NIVELES DE RESILIENCIA



FUENTE: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Una vez aplicada la escala de resiliencia de Wagnild y Young, los resultados reflejados son los siguientes: El 33.33% de las pacientes encuestadas presentan un nivel de resiliencia alto. El 40% presentan un nivel de resiliencia medio alto; y El 26.66% de las pacientes presentan una resiliencia media.

Lo que determina que la prevalencia dentro de los niveles de resiliencia constituye una escala media alta, corroborando lo que manifiestan García- Serrablo, Acevedo y Ortiz (2011) en donde mencionan que el cáncer de mama afecta emocionalmente a la mujer que lo padece; pero sin embargo, tal parece que las mujeres de esta condición han llegado a percibir su enfermedad de forma positiva, de modo que han llegado hasta encontrar beneficios, luego de ser diagnosticadas con la condición y haber afrontado el tratamiento de la misma.

OBJETIVO Nro. 2

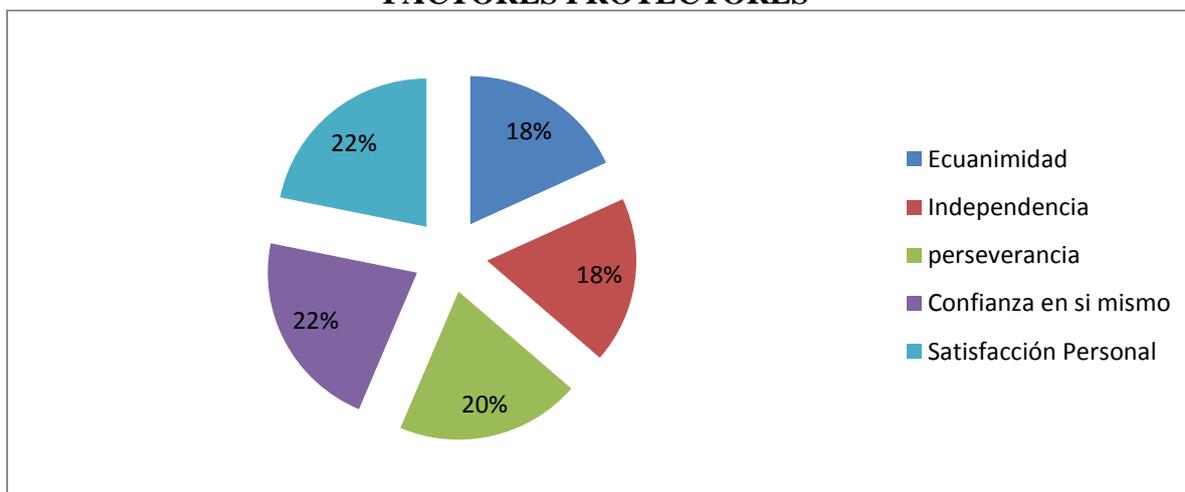
Identificar los Factores protectores de resiliencia que presentan las pacientes con cáncer de mama de la sociedad de lucha contra el cáncer

Tabla Nro. 2

FACTORES	ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG	
	F	%
Ecuanimidad	9	18%
Independencia	9	18 %
Perseverancia	10	20%
Confianza en sí mismo	11	22%
Satisfacción personal	11	22%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa.

Gráfico Nro. 2**FACTORES PROTECTORES**

FUENTE: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer,

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Mediante la aplicación del test de Wagnild y Young se determinó que un 22% de pacientes presentaron factores protectores como la confianza en sí mismo y la satisfacción personal, con un 20% se corresponden a factores como la perseverancia mientras que un 18% de pacientes demostraron poseer factores como la Independencia y ecuanimidad.

La resiliencia involucra tanto factores intelectuales, como los intrapsíquicos e interpersonales. Esta interacción produce una respuesta adaptativa y sistémica que le brinda a la persona un nivel de comprensión elevado de todas las respuestas y ramificaciones implicadas durante una enfermedad.

En este caso, se logra identificar factores protectores, como son las competencias personales, la aceptación de sí mismo y el propósito en la vida y hasta se ve la enfermedad como una oportunidad para crecer. En otras palabras, ante los retos de la enfermedad del cáncer, se manifiestan emociones conducentes a que se le halle un beneficio a una experiencia estresante, correlacionando con un nivel positivo de ajuste. (Hamill, 2003)

OBJETIVO 3.

Analizar las características personales, familiares y sociales que influyen en la resiliencia al proceso terapéutico mediante la aplicación de la encuesta semiestructurada.

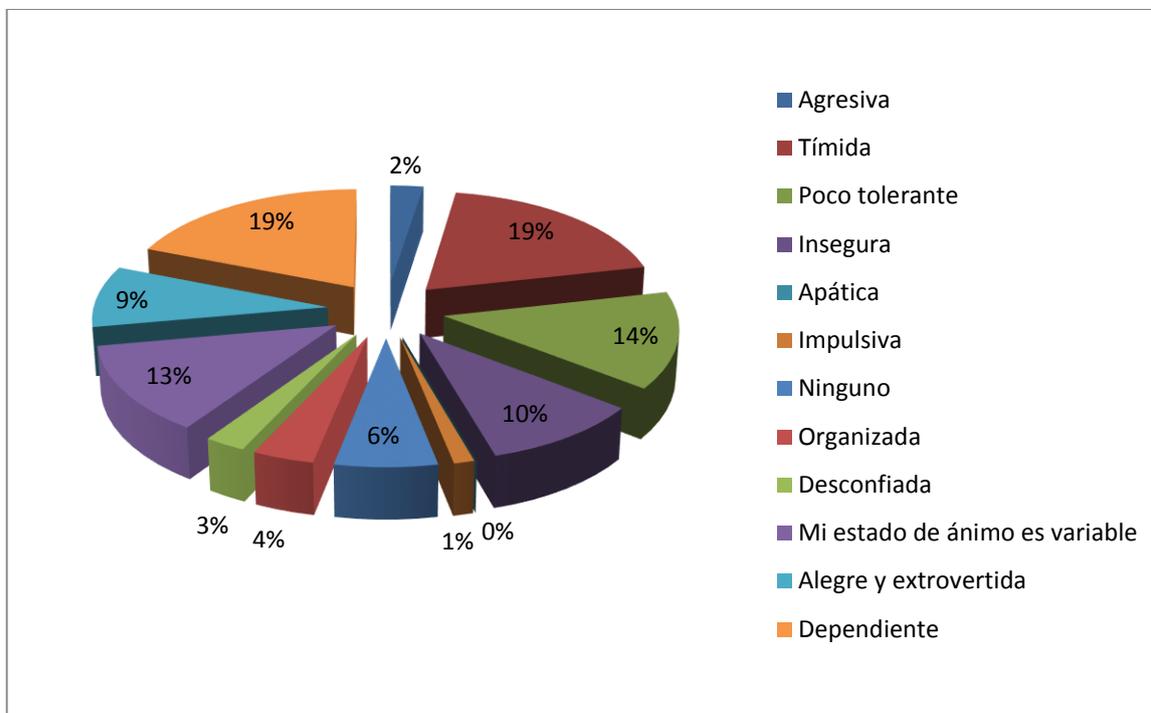
Tabla Nro. 3**CARACTERÍSTICAS PERSONALES**

ALTERNATIVAS	f	%
Agresiva	2	2%
Tímida	15	19%
Poco tolerante	11	14%
Insegura	8	10%
Apática	0	0%
Impulsiva	1	1%
Ninguno	5	6%
Organizada	3	4%
Desconfiada	2	3%
Mi estado de ánimo es variable	10	13%
Alegre y extrovertida	7	9%
Dependiente	15	19%

FUENTE: Encuesta semiestructurada aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2015

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa

Gráfico Nro. 3

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

FUENTE: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2015

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al aplicar la encuesta a las pacientes los datos obtenidos fueron los siguientes: con un 2% perteneciendo a la característica de tipo agresiva, incumben al tipo tímida y dependiente al 19% correspondientemente, al tipo poco tolerante con un 14%, Insegura un 10%, Organizada un 4%, desconfiada un 3% impulsiva un 1%, alegre y extrovertida un 9%, estado de ánimo variable un 13% ,ninguno un 6%, y no se encontraron datos que presenten características de personalidad apática.

Considerando que la característica de mayor incidencia es Tímida y dependiente con un 19%, siguiendo el 14% al rasgo poco tolerante, concluyendo que las características de la personalidad de un paciente con cáncer se modifica al presentarse el evento traumático, ya que adopta nuevas posturas que le harán frente a la enfermedad, normalmente generando una dependencia a los familiares en lo referente a su cuidado, en el caso de pacientes con cáncer de mama son más proclives a sentirse tímidas por la pérdida en algunas ocasiones de sus mamas, en la relación interpersonal de pareja y en la sociedad.

Tabla Nro. 4

CARACTERISTICAS FAMILIARES

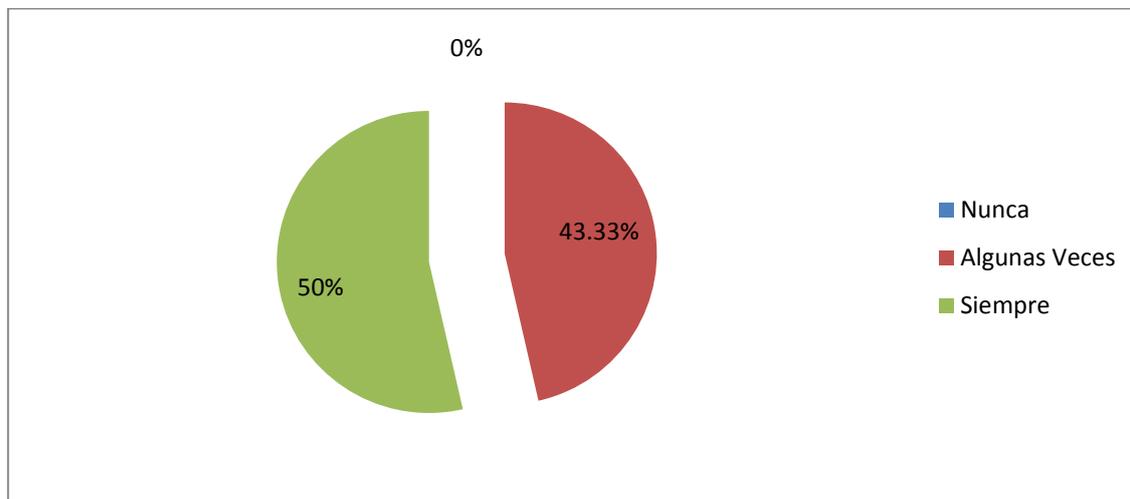
APOYO FAMILIAR

ALTERNATIVAS	F	%
Nunca	0	0%
Algunas Veces	13	43.33%
Siempre	15	50%

FUENTE: Encuesta semiestructurada aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2015

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa

Gráfico Nro. 4
APOYO FAMILIAR



FUENTE: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2015

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos obtenidos muestran que el 50% de las pacientes encuestadas Siempre cuentan con su familia mientras que el 43.33% manifestaron que Algunas veces y no hubieron datos que se reflejen que nunca reciben apoyo por parte de su familia. Revalidando lo que menciona Walsh (1996) entendiendo que la familia es un foco de resiliencia pese a situaciones de alta disfuncionalidad y que al consolidar la resiliencia familiar, robustecemos a la familia como unidad funcional y posibilita a que inculque esa capacidad en todos sus miembros.

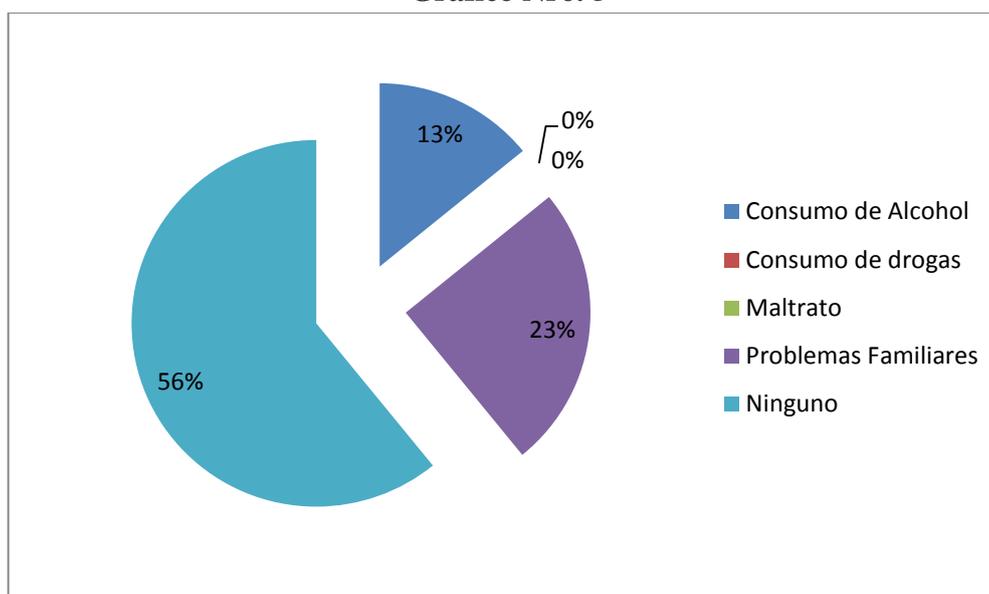
Tabla Nro. 5
DIFICULTADES EN EL MEDIO FAMILIAR

ALTERNATIVAS	F	%
Consumo de Alcohol	4	13%
Consumo de drogas	0	0%
Maltrato	0	0%
Problemas Familiares	7	23%
Ninguno	17	56%

FUENTE: Encuesta semiestructurada aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2015

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa

Gráfico Nro. 5



FUENTE: Encuesta semiestructurada aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2015

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 56% de las pacientes encuestadas manifestaron que no existe ninguna dificultad en el medio familiar, el 23% corresponden a problemas familiares y el 13% pertenecen a consumo de alcohol, no se encontraron datos de maltrato ni consumo de drogas.

Dados los datos establecidos los cuales indican que no presentan ninguna dificultad en el medio familiar siguiendo un porcentaje menor que a la vez demuestra que existen problemas en el ámbito familiar permite revelar dos aspectos fundamentales en la resiliencia a la enfermedad del cáncer como lo alude (Baider, 1995) el primero puede percibirse como potencial de peligro de desintegración o y el segundo como una oportunidad para el fortalecimiento de la familia, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y las expectativas de cada miembro familiar.

Tabla Nro. 6

RELACIONES SOCIALES

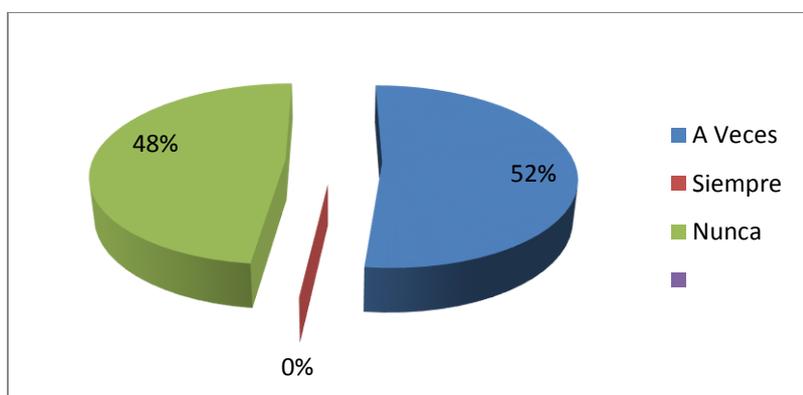
ALTERNATIVAS	F	%
A Veces	14	46.66 %
Siempre	0	0%
Nunca	13	43.33%

FUENTE: Encuesta semiestructurada aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2015

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa

Gráfico Nro. 6

RELACIONES SOCIALES



FUENTE: Encuesta semiestructurada aplicada a las pacientes con cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, 2015

ELABORACIÓN: Adriana Patricia Aguilar Correa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 52% de las pacientes encuestadas alegaron que a veces tienen dificultades para relacionarse o compartir con las personas que conoce, mientras que el 48% aluden que nunca tienen dificultades para relacionarse.

La mayor parte de las pacientes refutaron que a veces les es difícil relacionarse debido a que la naturaleza de la enfermedad y los largos tratamientos provocan que las pacientes se alejen de sus amigos, aislándoles de aquellas personas a quienes normalmente acudirían en momentos de dificultad. Siendo el cáncer una enfermedad considerada muy grave, duradera e incluso mortal para algunos grupos sociales, la representación social nos indica que produce consecuencias negativas a toda persona que la sufre. Ahora bien, aquellos que tienen familiares o amigos con cáncer consideran que se puede llevar una vida relativamente normal a pesar de la enfermedad. De entre las posibles consecuencias que genera ser enfermo de cáncer las que más se subrayan son las consecuencias de tipo familiar, las consecuencias físicas y las repercusiones en las relaciones sociales aunque estas últimas son apuntadas sobre todo por aquellos que no tienen relación con un enfermo oncológico. (Insa L. 2010)

g. DISCUSIÓN

La presente investigación se centró en torno a la consecución de los cinco objetivos planteados en la misma, los cuales constan de un general que se enfoca en establecer el porcentaje de pacientes con cáncer de mama que se muestran resilientes al proceso terapéutico, de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Loja.

Así también, la investigación se encaminó a cumplir cuatro objetivos específicos que darán la consistencia y validez al trabajo investigativo; los cuales son; Determinar los niveles de resiliencia presentes y su influencia en las pacientes con cáncer de mama a través de la aplicación del test de Wagnild y Young, identificar los factores protectores en resiliencia de las pacientes mediante la aplicación del test de Wagnild y Young, analizar las características personales, familiares y sociales que influyen en la resiliencia al proceso terapéutico a través de la aplicación de la encuesta semiestructurada y por último, elaborar un plan de psicoeducación a través de técnicas y actividades que permitan mejorar el afrontamiento de la enfermedad durante el proceso terapéutico.

Los resultados de este trabajo sugieren que el nivel de resiliencia de las pacientes es media alta, en los factores protectores internos, externos, y el apoyo por parte de la familia refiere una particularidad favorable, en cuanto a los resultados de las características de personalidad las pacientes muestran un rasgo más elevado en característica tímida, dependiente y poco tolerante concluyendo que las características de la personalidad de un paciente con cáncer se modifica al presentarse el evento traumático, ya que adopta nuevas posturas que le harán frente a la enfermedad, normalmente generando una dependencia a los familiares en lo referente a su cuidado, en el caso de pacientes con cáncer de mama son más proclives a sentirse tímidas por la pérdida en algunas ocasiones de sus mamas, en la relación interpersonal de pareja y en la sociedad. También se ha postulado la relación

existente entre el cáncer de mama y ciertos rasgos de personalidad, en concreto, con un bajo neuroticismo y ansiedad, lo que ha llevado a Eysenck (1985) a plantear su teoría sobre el efecto de "inoculación al estrés", en donde se afirma de un mayor riesgo de surgimiento de una neoplasia en sujetos con un nivel bajo de neuroticismo.

Como sucede en toda investigación se evidencian dificultades y limitaciones presentadas durante todo el desarrollo del proceso; entre ellas, fueron en cuanto al número de participantes, por lo que se recomienda ampliar la muestra, así como el factor tiempo transcurrido a partir del diagnóstico, el hecho de que la paciente estuviera sometida actualmente a tratamiento, o no lo hubiera completado, pueden ser variables importantes de considerar en futuros estudios, ya que posiblemente esto pueda tener un impacto diferencial en los resultados.

Además otra dificultad radicó en que algunas de las pacientes entrevistadas, por sus efectos adversos de la quimioterapia se mostraron poco colaboradoras.

Por otra parte, los factores protectores estudiados no cuentan con suficiente base empírica en el cáncer de mama, puesto que hay muy pocos estudios al respecto y sería necesario indagar más en ello y crear medidas de evaluación adecuadas.

Concluida la revisión de los problemas y limitaciones presentados en la investigación y generando una autocrítica de todo el proceso, a la vez que se admiten los posibles diferencias que se puedan presentarse en los resultados. La validez interna de la pesquisa se podría puntuar de forma subjetiva como media/alta considerando los antecedentes previos y las formas de solución que se buscaron para cada problema presentado.

En cuanto los aspectos en que evaluamos en la resiliencia, encontramos que las pacientes creen que la enfermedad ha significado un cambio positivo para ellas, como el

ver la vida de forma distinta, les ha servido para estar más atentas y disfrutar de las pequeñas cosas y adaptarse a cambios progresivos de la enfermedad, presentan mayor bienestar emocional y niveles adecuados de resiliencia.

Como hemos podido observar en el marco teórico, los factores internos y la resiliencia se han estudiado básicamente en relación con eventos estresantes, entre ellos, el haber tenido un cáncer.

Hay pocos estudios que investiguen la influencia de estos factores protectores en el cáncer de mama, y en ellos se destaca la importancia de observar estas variables como un mecanismo de afrontamiento que puede ser útil considerar a la hora de implementar los tratamientos psicológicos.

Nuestros resultados, reflejan la relación existente entre dichas variables y el proceso de tratamiento de la enfermedad, corroborando los resultados de otros autores que investigaron al respecto (Helgeson et al., 2004; Costanzo et al., 2009; Houet al., 2010).

En relación a otra investigación denominada El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico, Los resultados revelan cómo se desarrolla el proceso de significado dado a la enfermedad. Las participantes lucharon por superarse, desarrollando fortalezas cognitivas y emocionales durante la recuperación. Así hallaron, el propósito y los aspectos positivos en la vida y hasta vieron la enfermedad como una oportunidad para crecer y beneficiarse; corroborando con los resultados presentes en este trabajo investigativo. Leila Crespo Fernández Migna L. Rivera García, 2012.

En un estudio publicado por GONZÁLEZ-ARRATIA, N., NIETO, D., VALDEZ, J. en madres e hijos con cáncer en Madrid- España en el cual se contó con la participación de 60 individuos, de los cuales 30 son niños diagnosticados con cáncer, de ambos sexos, entre 8 y 17 años de edad, y los restantes 30 participantes corresponden a sus respectivas madres, con una edad entre 28 y 60 años, concluye que la familia es un factor de protección

indispensable para favorecer el desarrollo de la resiliencia que involucra un factor de apoyo importante dentro del tratamiento médico.

h. CONCLUSIONES

- Que el porcentaje mayor de pacientes que reciben el tratamiento médico presentan un nivel de resiliencia media alto.

- Se determinó que dentro de los factores protectores predominantes se encuentran la confianza en sí mismo y la satisfacción personal, seguido de la perseverancia y en un mínimo porcentaje de pacientes demostraron poseer factores como la Independencia y ecuanimidad, dichos resultados fueron recolectados al aplicar la escala de resiliencia de Wagnild y Young a las pacientes de la Sociedad de Lucha contra el cáncer SOLCA de la ciudad de Loja.

- Al aplicar la encuesta a las pacientes los datos obtenidos reflejan que un alto índice de pacientes presentan la característica de personalidad de tipo tímida y dependiente a diferencia de la característica de personalidad apática en la que no se evidenciaron datos.

- Al aplicar la encuesta semiestructurada muestran que un mayor porcentaje de pacientes reciben apoyo por parte de su familia y no existe ninguna dificultad en el medio familiar que impidan la resiliencia al tratamiento médico, dentro del ámbito social la mayor parte de las pacientes refutaron que a veces les es difícil relacionarse debido a que la naturaleza de la enfermedad y los largos tratamientos provocan que las pacientes se alejen de sus amigos, aislándoles de aquellas personas a quienes normalmente acudirían en momentos de dificultad.

i. RECOMENDACIONES

- La labor de atención del personal de salud dirigida a la paciente con cáncer de mama debe ser sustentando la atención desde una perspectiva sistémica y multidisciplinaria, en la cual se articula el cuidado, la educación para la salud y el seguimiento y control de los casos. En tal sentido, la educación de la paciente se convierte en un acto terapéutico donde lo importante no es “educación para el tratamiento” sino “Educación como tratamiento” que se compone de un conjunto de actividades coordinadas hacia la construcción de saberes, habilidades y estrategias de anticipación y solución de problemas.

- Para fortalecer la resiliencia a través del Plan de psicoeducación, es necesario que el personal de salud tome en consideración las habilidades y actitudes de cada paciente el nivel cultural y los conocimientos que estos poseen sobre su enfermedad; así como la forma en que cada persona construye su propia manera de ver y entender la enfermedad y como se relaciona ésta con su vida cotidiana, de esta manera el acto de educar permita la transformación de conductas insanas generadoras de salud.

- El plan de psicoeducación propuesto se desarrolle en conjunto con los familiares, cuidadores primarios y/o secundarios, así mismo se realice un seguimiento de los casos con la finalidad de abordar las necesidades presentes en las pacientes con cáncer de mama.

- Que futuras investigaciones sobre resiliencia en cáncer amplíen la muestra de estudio y además se realice un estudio comparativo en los diferentes centros de salud de la ciudad de Loja, adjuntando además los factores de riesgo en resiliencia, con el objetivo de convalidar los resultados presentes en la actual investigación; lo que ayudaría a brindar herramientas imparciales y reales para la intervención.

j. BIBLIOGRAFÍA

- BEATRIZ VERA Poseck*, Begoña Carbelo Baquero y María Luisa Vecina Jiménez la experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático pag 45 2006. Vol. 27(1), pp. 40-49
- BROCHE PÉREZ Y. Psicología.com. 2011 Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología Yunier Broche Pérez1 *, Walter Ricardo Medina pag 6-9
- CICHETTI, D. (2003). FOREWORD. En S.S. LUTHAR (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. Xix-xxvii). Cambridge, RU:
- Cambridge University Press Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 10-16.
- FRIBORG, O., HJEMDAL, O., ROSENVINGE, J. H., MARTINUSSEN, M., ASLAKSEN, P. M., Y FLATEN, M. A (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research* 61, 213-219.
- GONZÁLEZ LABRA, J. (2009). *Introducción a la psicología del pensamiento*. Madrid: Grotberg, E.H. (2006): La resiliencia en el mundo de hoy. Gedisa. Barcelona.
- GONZALEZ CASES, Juan y RODRIGUEZ GONZALEZ, Abelardo. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. Clínica y Salud [online]. 2010, vol.21, n.3, pp. 319- 332
- GROTBORG, E, MELILLO A. Y SUAREZ N. (compilación) (2001): Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas”. Paidós. Barcelona

- HEILEMANN, M.V., LEE, K. & KURY, F.S. (2003) Psychometric Properties of the Spanish Version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. Vol 11 (1) pp 61-72.
- INSA, L. I. L., MONLEÓN, M. A. B., & ESPALLARGAS, A. P. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedade*, 22(2), 318-327.
- KNAPP Psidodiagnóstico, Selección de lecturas. Editorial Felix Varela, La Habana, 2005.
- MASTEN, A.S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research.
- MASTEN, A. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. En M.C. Wang y E.W. Gordon (Eds.). *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* pag 3-25.
- MELILLO. (2002): “Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia”, en “Resiliencia y subjetividad - Los ciclos de la vida” (en prensa).
- MELILLO, A.; Soriano, R.; Méndez, A. y Pinto, P.: “Salud comunitaria, salud mental y resiliencia”, en “Resiliencia y subjetividad - Los ciclos de la vida” (en prensa).
- MELILLO: “Proyecto de construcción de resiliencia en las escuelas medias”, presentado en la Secretaría de Educación de la Ciudad de Buenos Aires, 2004.
- RUTTER, M. (2011). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, pag 598-611.
- RUTTER, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatric*, 147, 598-611.

- RUTTER, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11, N.º3, pp. 125-146, 2006
resiliencia: definición, características y utilidad del concepto BECOÑA elisardo
Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela *El Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social* Cristina Villalba Quesada
Enero 2004 Universidad Pablo de Olvide. Sevilla pag 3-4
- SAAVEDRA, E. (2004) *El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes: Estudio de Casos*, Tesis Doctoral Universidad Valladolid.
- SUÁREZ OJEDA, N.: *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*, Buenos Aires, Paidós, 2001, pág. 72 y sig.
- WALSH, F.: “*El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío*”, en *Sistemas familiares*, año 14, nº 1, marzo de 1998, pág. 11.
- WAGNILD, G.M. & YOUNG, H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. Vol 1, pp165-178.
- WERNER, E. y SMITH, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- WERNER, en WALSH, F.: “*El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío*”, en *Sistemas*.
- WOLIN, S.J. Y WOLIN, S. (1993). *The resilient self*. New York: Willard.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children´s responses to stress and disadvantages.

Documentos Electrónicos

- GONZÁLEZ-ARRATIA, N., NIETO, D., VALDEZ, J. 8, jun. 2011 *Resiliencia en madres e hijos con cáncer*. **Psicooncología**, Norteamérica,. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/21350>>. Fecha de acceso: Julio. 2015.
- MARS LLOPIS. (2010). *Intervención Psicológica*. 25-01-2015, de Psicología Online Sitio web: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/tratamientos-en-fibromialgia-una-revision/intervencion-psicologica.html>

k. ANEXOS

ANEXO 1

PLAN DE PSICOEDUCACIÓN

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia y dentro de esta los programas psicoeducativos son un proceso que logra cambios de conducta en el individuo y actúa directamente en el cerebro a través de la sinapsis. Kendel E. (2005) señaló que la conducta en sí misma puede modificar la expresión genética, las conexiones sinápticas pueden ser alteradas y fortalecidas por el aprendizaje, cada acto de aprendizaje modifica el cerebro en términos físicos, poniendo en marcha procesos moleculares que remodelan las conexiones sinápticas existentes, lo que demuestra la flexibilidad de la estructura cerebral y su plasticidad. Un entorno saludable tanto físicamente como emocional ayuda a que las conexiones de la corteza cerebral se desarrollen adecuadamente, pudiendo fortalecerse a través de la psicoeducación las vías que van de la corteza a la amígdala. Las técnicas usadas en el entrenamiento de habilidades sociales, manejo de las emociones, y de relaciones interpersonales, ayudan a establecer conexiones sólidas entre la corteza (sede de la razón) y el sistema límbico (sede de las emociones).

Las intervenciones, en un Programa Psicoeducativo incluyen apoyo emocional, resolución de problemas y otras técnicas que son de vital importancia en pacientes con cáncer, también se integra a la familia y su fin va dirigido a que la persona entienda y sea capaz de manejar la enfermedad. De igual manera se refuerzan fortalezas, recursos y habilidades propias; entendiendo que mientras más conozca el paciente acerca de su enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

ANTECEDENTES

En el campo de la salud mental a partir de 1978 autores como Goldstein (1978), Hogarty y col. (1986 – 1991), Fallon (1982 – 1985), Terrier (1988), McFarlane (1995) y Schooler (1995), con una gran cantidad de sujetos y familias estudiados, evalúan la eficacia de la psicoeducación. Todos ellos consiguen documentar un número significativamente menor de recaídas en los pacientes cuyas familias fueron tratadas, y comentan que es muy factible influir en la evolución de padecimientos mentales mediante el entrenamiento familiar (Salorio y Cols., 1999).

DEFINICION

Según Hogarty (1986), la psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cual se brinda información acerca de la enfermedad y un entrenamiento en técnicas para afrontar la situación. Las intervenciones psicoeducativas proporcionan orientación, apoyo familiar y manejo psicoeducativo comunitario; se pueden realizar en un solo individuo, una sola familia o multifamiliar cuando comparten la misma problemática.

La psicoeducación hace referencia a la educación o la información que se le brinda a las personas que sufren de algún trastorno psicológico, manejando un apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas, este tipo de intervención es adecuada para el manejo de la ansiedad y depresión, dirigida al paciente y su familia.

OBJETIVOS

- Facilitar que la paciente y su familia adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan la información adecuada y se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos psiquiátricos.

- El objetivo de la intervención es que la paciente sea capaz de manejar la enfermedad que presenta mediante el refuerzo de las fortalezas, recursos y habilidades de la paciente para que se llegue a un estado de bienestar óptimo y tenga la capacidad de tener un buen afrontamiento.
- Ayudar a que el paciente inicie a adoptar nuevas conductas y/o comportamientos que hacen que el individuo genera propias y nuevas alternativas de afrontamiento que permita la resolución del conflicto personal en que se encuentran relacionados con el cáncer.
- Aumentar el conocimiento en los pacientes acerca de su enfermedad y las formas adecuadas de afrontamiento, teniendo en cuenta las necesidades del paciente.

CONTENIDOS DEL PLAN PSICOEDUCATIVO

Los programas psicoeducativos se crean y articulan teniendo en cuenta:

- Psicoeducación sobre la enfermedad que aborda aspectos relacionados con la enfermedad como las causas, los pronósticos, síntoma, factores de riesgos para presentar recaídas, tratamiento, factores protectores, etc.
- La prevención que se relaciona con los factores de riesgo, el plan de prevención enfocada a evitar las complicaciones y manejo.
- Habilidades de manejo y autonomía que tiene que ver con la competencia, la autonomía en la toma de decisiones, el manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico, las habilidades que tiene el paciente con el profesional de salud.

METODOLOGÍA

El plan de psicoeducación se logra a partir de la metodología complementaria y de contenidos informativos.

Metodología complementaria:

Maneja un enfoque educativo direccionado a toda la información y aprendizaje con prácticas conductuales relacionado con las habilidades que puedan desarrollar los pacientes. Puede desarrollarse a nivel grupal o individual y en sesiones cortas.

Metodología de contenidos informativos:

Se basa en discusiones y diálogos entre miembros del grupo, en las cuales el profesional juega un papel educativo, ésta metodología utiliza elementos que ayuda a profundizar la información que se le está brindado al paciente, algunos elementos de apoyo que son utilizados son: prospectos de medicamentos, lecturas técnicas, videos, testimonios de usuarios recuperados, entre otros.

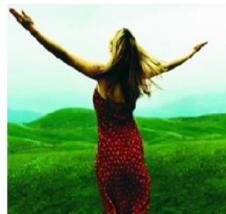
FENÓMENOS RELACIONADOS CON LA RESILENCIA

YO PUEDO, YO SOY, YO ESTOY, YO TENGO

RESILENCIA

Capacidad de sobreponerse a períodos de DOLOR EMOCIONAL Y TRAUMAS.

Es la capacidad de Resistencia en situaciones fuertes cuando hay una prolongación del estrés



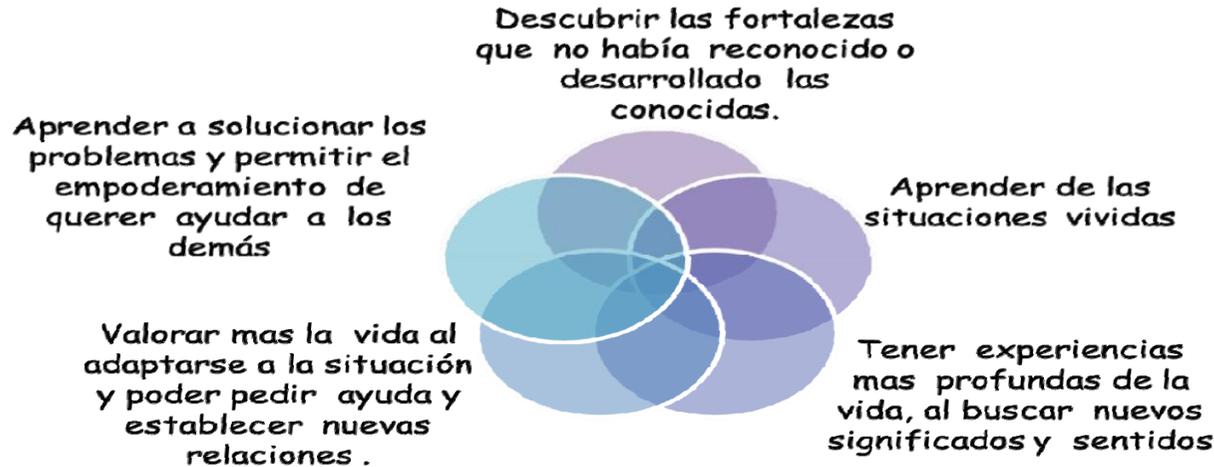
Es **vencer** las pruebas y las crisis de la vida, es decir resistirlas primero y superarlas después, para seguir viviendo lo mejor posible.

Tomado el 21 de abril de 2013 se encuentra en :
[http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Resiliencia_(psicolog%C3%ADa))

- ❖ Desarrollarse positivamente a pesar de un ambiente de riesgo.
- ❖ Tener competencias constantes ante situaciones de estrés agudo o crónico.
- ❖ Sanar de un trauma.



CONSTRUCCIÓN DE LA RESILENCIA



Se construye en el momento de la adversidad mediante el apoyo familiar, de profesionales o de las personas de la comunidad, que permitan:

CONSTRUCCIÓN DE LA RESILENCIA



En niños ee construye en el momento de la adversidad mediante el apoyo familiar, de profesionales o de las personas de la comunidad, que permitan:

SESIONES	OBJETIVO	METAS	TECNICAS	TIEMPO	MATERIALES
<p>PRIMER A SESIÓN</p>	<p>a) Dar a conocer el Programa Psicoeducativo logrando motivar la participación inicial y en todas las sesiones educativas por parte de las participantes.</p> <p>b) Proporcionar conocimientos acerca de La resiliencia y frustración teniendo en cuenta sus diferencias.</p>	<p>-Las participantes comprenderán el Programa Psicoeducativo</p> <p>-Las participantes manifestarán las expectativas que tienen frente al Programa Psicoeducativo.</p> <p>-Crear acercamiento entre las mujeres participantes e investigadora</p> <p>-Las participantes entenderán los conceptos vistos y lograrán</p>	<p>-Presentación por parte de los investigadores explicando las actividades que se realizaran durante las 4 sesiones a lo del programa Psicoeducativo.</p> <p>-Indagar a cada participante acerca de las expectativas que les genera el programa.</p> <p>-Exposición individual de conceptos Ansiedad, causas y efectos estrés, depresión, angustia, de igual forma se explicará la importancia de</p>	<p>TOTAL : 3 HORAS</p>	<p>-Consentimiento informado.</p> <p>-Cuestionarios de características sociodemográficas.</p> <p>-Esferos.</p> <p>-Marcadores.</p> <p>-Kleenes.</p>

			<p>conocer sobre los mismos, teniendo en cuenta sus similitudes y diferencias.</p> <p>-Indagar frente a las necesidades y problemas derivados del diagnóstico</p> <p>-Indagar a cada participante sobre los sentimientos manifestados después del diagnóstico, durante el tratamiento y otras situaciones de la vida cotidiana, de tal forma que puedan identificar</p>		-Folletos educativos.
	<p>c) Las participantes adoptarán las técnicas cognitivas que les permitirá modificar sus actitudes inadaptativas.</p> <p>e) Lograr que las participantes conozcan e incorporen técnicas conductuales de relajación para el manejo adecuado de la ansiedad.</p> <p>- Empleo de técnicas de asertividad y comunicación</p>	<p>-Las participantes lograrán identificar técnicas inadaptativas y aprenderán nuevas formas de actuación frente a las situaciones adversas</p> <p>-Las participantes adoptaran mínimo dos alternativas de relajación para el manejo de su ansiedad.</p>	<p>-Introducción acerca de las estrategias cognitivas para la resiliencia.</p> <p>-Implementación de estrategias cognitivas para el manejo del estrés individualmente.</p> <p>-Introducción sobre conceptos básicos en técnicas de relajación tanto</p>	-	<p>-Rotafolio.</p> <p>-Marcadores.</p> <p>-Música relajante.</p> <p>-Esencias.</p> <p>-Crema de manos</p>

			-Aplicación de técnicas relajantes progresivas y autógenas, permitiendo que las participantes se apropien de los mismos, encontrando su utilidad y los puedan aplicar a su		-Caja de kleenes.
SEGUNDA SECCION	<p>a) Proporcionar los conceptos básicos de la autoestima y resiliencia, haciendo énfasis sobre una nueva perspectiva positiva de la vida y el control cognitivo frente a la enfermedad.</p> <p>-Reconocer los obstáculos que impiden el desarrollo de las Habilidades sociales</p>	-Las participantes tomarán conciencia acerca de sus posibles proyectos de vida para continuar ellos, teniendo control de los miedos que les su situación.	<p>-Introducción de los conceptos básicos de la autoestima y Autocontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades <p>-Sesión reflexiva sobre el proyecto de vida, teniendo en cuenta los miedos de cada persona.</p> <p>-Propuesta de cada participante en actividades para retomar su proyecto de vida.</p>	TOTAL: 3 HORAS	<p>-Boletín Informativo de cada concepto.</p> <p>-kleenes.</p>
TERCERA SECCION	<p>a) Se resolverán las inquietudes que fueron generadas a lo largo del Programa Psicoeducativo a cada participante.</p> <p>b) Integrar al cuidador y a la familia en la participación activa dentro de la enfermedad, haciendo que comprenda las reacciones</p>	<p>-Cada paciente referirá interés acerca de un aspecto del que desea apoyo en su proceso de enfermedad.</p> <p>-Las inquietudes que expresaron las participantes serán resueltas de forma adecuada y clara, teniendo en cuenta todos</p>	-La participante expresará inquietudes que tenga acerca de todo el proceso para realizar la aclaración oportuna.	TOTAL: 3 HORAS	<p>-Kleenes.</p> <p>-Detalle: gel antibacterial,</p>

	<p>emocionales y genere soluciones posibles antes determinadas situaciones.</p>	<p>los conceptos vistos.</p> <p>-La familia se integrará activamente en el proceso educativo que se llevó a cabo con la participante y comprenderá la importancia del acompañamiento y de la enfermedad.</p>	<p>-Integración con familiares y/o cuidador de la participante con preguntas precisas sobre el proceso.</p> <p>-Agradecimientos por parte de la investigadora</p> <p>-Entrega de detalle por parte de la investigadora, agradeciendo la participación.</p> <p>-Despedida.</p>		<p>y frase de superación personal.</p>
--	---	--	---	--	--

ANEXO 2

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

Edad: _____ Estado civil: _____ Número de hijos: _____ Nivel de instrucción: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones referidas a diferentes aspectos de su vida, donde tendrá que leer cada una de ellas y marcar con una X que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas.

ITEMS	En desacuerdo			De acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7
1.- Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7
2.- Frente a un problema generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
3.- Dependo más de mi misma que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
4.- Es importante para mi mantenerme interesada de las cosas que suceden a mi alrededor	1	2	3	4	5	6	7
5.- Puedo estar sola si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgullosa de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7.-Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7
8.- Soy amiga de mi misma	1	2	3	4	5	6	7
9.Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10.- Soy decidida	1	2	3	4	5	6	7
11.-Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12.- Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente	1	2	3	4	5	6	7
14 Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesada en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general encuentro algo de que reírme	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí misma me permite atravesar tiempos	1	2	3	4	5	6	7

difíciles

18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20.-Algunas veces me obligo hacer cosas que no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21.- Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22.- No me la lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7
24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado	1	2	3	4	5	6	7



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
ENCUESTA



DATOS IDENTIFICATIVOS:

EDAD:

FECHA:

Estimada Paciente:

Como egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, solicito a usted muy respetuosamente se digne responder con sinceridad las siguientes preguntas, las mismas que tienen la finalidad de recabar información sobre la resiliencia; que permitirá la realización de la Tesis de Investigación. Los datos que se obtengan serán de absoluta confidencialidad.

1.- ¿Que rasgos característicos de su personalidad cree Ud. que posee? Marque con una X.

Agresiva () Poco tolerante () Apática () Ninguno () Mi
 Estado de Animo es variable () Organizada () Desconfiada () Alegre y
 extrovertida () Dependiente () Tímida () Insegura ()
 Impulsiva ()

2. ¿Puede contar con su familia cuando se presenta algún problema?

Nunca () Poco () Algunas veces () Siempre ()

3. En su familia o personas cercanas a Usted, existen problemas relacionados con:

Consumo de alcohol () Consumo de drogas () Maltrato ()
 Problemas familiares () ¿Otros? Indique.....

4. ¿Tiene dificultades para relacionarse o compartir con personas que conoce?

A VECES () SIEMPRE () NUNCA ()

5. Cómo reacciona ante las críticas destructivas de las demás personas

SOY INDIFERENTE () ME AFECTAN EMOCIONALMENTE ()

RESPONDO INADECUADAMENTE ANTE ELLAS () Otras

Cuáles?.....

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO

La información obtenida acerca de las participantes será confidencial y con fines únicamente investigativos. Los resultados de ésta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados con fines académicos, pero la identidad suya no será divulgada. La información de salud suya será mantenida tan confidencial como sea posible bajo la ley. Esta autorización servirá hasta el final del estudio, a menos que usted decida no seguir participando. Si usted cancela esta autorización, las investigadoras no usarán ni divulgarán su información personal ni de su salud.

He leído la información de ésta hoja de consentimiento en su totalidad o se me ha leído de manera adecuada. Todas las preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas:

Yo _____

con No. de cédula _____ de

_____ acepto hacer parte de este estudio de investigación atendiendo y colaborando con la investigadora.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Investigadora

Adriana Patricia Aguilar Correa

1104507023

ANEXO 5:**PROYECTO DE TESIS****a. TEMA**

LA RESILIENCIA Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO TERAPEUTICO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014- 2015

b. PROBLEMÁTICA

En la última década, el cáncer de mama ha sido el padecimiento más frecuente en las mujeres a nivel global y su incidencia está aumentando en el mundo en desarrollo, cada 30 segundos en algún lugar del mundo se diagnostica una persona con esta enfermedad debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En América Latina y el Caribe casi 300 000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. En otras palabras, esta neoplasia causa la muerte de 83 mujeres por día, es decir, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de la mama. Se detectaron ocho mil 299 casos de tumores malignos de mama en mujeres de 25 años y más, el 26.1 por ciento correspondía a mujeres de 25 a 44 años, el 16.7 por ciento a las de 45 a 49 años, 27.6 por ciento a las que tenían entre 50 a 59, 11.2 por ciento tenían entre 60 a 64 años y 18.4 por ciento entre 65 años y más. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),

El cáncer de mama es la primera causa de muerte en el Ecuador, con un 35,4%, seguido del cáncer de piel, con un 32%. En el 2010, fallecieron 473 personas por tumor maligno de mama, de las cuales 15 son del Azuay, 14 del área urbana y una de la zona rural de la ciudad de Loja. El cantón Loja tiene el tercer puesto después de Quito y Guayaquil, la tasa de incidencia ocupa el 32% de 100.000 mujeres hasta el 2009. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y el registro de tumores de SOLCA de la ciudad de Loja.

En los últimos años se han producido avances importantes en el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria, con gran impacto en el manejo de pacientes con Cáncer de Mama; todo ello ha permitido el diagnóstico de tumores en estadio precoz, la participación de la mujer en la toma de decisiones, la disminución de la morbilidad en los tratamientos aplicados, y mejorar la supervivencia y calidad de vida de mujeres con Cáncer de Mama. (Mehnert & Koch, 2008).

A pesar de ello el diagnóstico de cáncer suele ocasionar una serie de reacciones emocionales negativas y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente. Entre las reacciones más frecuentes destacan las asociadas con sintomatología ansiosa y depresiva: disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida (Mehnert & Koch, 2008).

Además del sufrimiento emocional ocasionado por el diagnóstico, varios tratamientos contra el cáncer de mama como la radiación, quimioterapia o la cirugía ocasionan reacciones extremadamente molestas como la pérdida del cabello, disfunciones sexuales, alteraciones de los órganos de los sentidos, hemorragias, trastornos cognitivos y del sueño, etc., haciendo que las pacientes puedan sentirse vulnerables y desprotegidas ante un futuro incierto por el miedo a una recaída, temor que se incrementa en las revisiones y controles rutinarios. Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa (2010).

Estos resultados ponen como punto de mira una área investigativa fundamental: Tiene que ver con la apremiante necesidad de continuar indagando en el papel específico que ocupa cada emoción, estado de ánimo, estilo de afrontamiento o resiliencia en la modulación de los distintos estados patológicos y especialmente en el proceso terapéutico. PROTOCOLO CÁNCER DE MAMA Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento (2009).

Partiendo de esta consideración la psicología positivista plantea bajo el enfoque de resiliencia *la capacidad que tiene una persona o un grupo para desarrollarse, para continuar proyectándose en el porvenir pese a la presencia de acontecimientos desestabilizadores, pese a la presencia de condiciones de vida difíciles o de hechos traumáticos que en ocasiones son graves* (Maurice Tritan ,2003).

Desde la psicología Positiva el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha sido ignorada por la Psicología durante muchos años (Park, y cols ,2002).

De acuerdo a la psicología tradicional se han enfocado sus estudios hacia la conducta del ser humano para etiquetarlas y por ende enmarcarles un diagnóstico, ignorando las fortalezas que tienen las personas para sobreponerse y adaptarse a una nueva situación, es de allí que surge la necesidad de replantear una mirada más positiva hacia el comportamiento y pensamiento humano y por ende a su manera de afrontar sus problemas. Manciaux, y cols (1999)

PROBLEMA

¿Dentro del proceso terapéutico que reciben las pacientes con cáncer de mama de la sociedad de lucha contra el cáncer SOLCA que porcentaje se muestran resilientes a su enfermedad?

c. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica debido a la importancia de conocer que la incidencia en nuestro Ecuador, específicamente en la ciudad de Loja, en relación al cáncer de mama, ha tomado un llamado de alerta a la población, considerando que desde el papel del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; se debe llevar a cabo un plan de psicoeducación, que permita favorecer el desarrollo de estilos de afrontamiento favorables, constructivos, al mismo tiempo que estimule la conformación y estructuración de pilares protectores que den origen a comportamientos resilientes frente a las adversidades.

Además se hace imprescindible el abordaje de este tema de investigación por las contribuciones que se pueden derivar en el orden teórico-práctico. Desde el punto de vista teórico la información descriptiva del porcentaje de pacientes que se muestran resilientes, los factores personales, influyentes y de riesgo que presentan las pacientes, y desde el orden práctico la implementación del plan de psicoeducación en el manejo del proceso a la adherencia al tratamiento en la sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) Loja.

Se justifica así mismo en torno a que no se han realizado estudios de esta naturaleza, por lo que no se cuentan con los datos estadísticos actuales que permitan identificar o abordar estudios sobre la presente temática.

Cabe recalcar que los resultados obtenidos en esta investigación servirán para fortalecer las habilidades de afrontamiento y aceptación y para plantar una base para futuras investigaciones, para el resto de instituciones de salud de la ciudad y como fuente informativa para los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja y para los profesionales en salud.

Por lo expuesto anteriormente es conveniente investigar el siguiente Tema:

LA RESILIENCIA Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO TERAPEUTICO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO 2014- 2015

d.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer el porcentaje de pacientes con cáncer de mama se muestran resilientes al proceso terapéutico de la sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) de la ciudad de Loja.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los niveles de resiliencia presentes y su influencia en las pacientes con cáncer de mama a través de la aplicación del test de Wagnild y Young.
- Identificar los factores protectores en resiliencia de las pacientes mediante la aplicación del test de Wagnild y Young.
- Analizar las características personales, familiares y sociales que influyen en la resiliencia al proceso terapéutico a través de la aplicación de la encuesta semiestructurada
- Elaborar un plan de psicoeducación a través de técnicas y actividades que permitan mejorar el afrontamiento de la enfermedad durante el proceso terapéutico.

e. ESQUEMA DE MARCO TEORICO

e.1 LA RESILIENCIA

e.1.1 ANTECEDENTES

e.1.2 DEFINICION

e.1.3 DESARROLLO DE LA RESILIENCIA

e.1.4 PILARES FUNDAMENTALES

e.1.5 FUENTES INTERACTIVAS DE RESILIENCIA

e.1.6 PERFIL DE UNA PERSONA RESILIENTE

e.1.7 RESILIENCIA FAMILIAR Y GRUPAL

e.1.8 RESILIENCIA COMUNITARIA

e.1.9 RESILIENCIA INDIVIDUAL

e.1.10 FACTORES PROTECTORES DE RESILIENCIA

e.1.11 COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD RESILIENTE

e.2 EL CANCER

e.2.1 DEFINICION Y DESCRIPCION DEL CANCER

e.2.2 TIPOS

e.2.3 CANCER DE MAMA

e.2.4 DEFINICION

e.2.5 TIPOS

e.2.6 FACTORES DE RIESGO

e.2.7 ESTADIOS DEL CANCER DE MAMA

e.2.8 TRATAMIENTO

e.2.9 FUNCIONES DE LA MAMA

e.2.10 IMPORTANCIA CULTURAL Y SOCIAL DE LAS MAMAS

e.2.11 RESILIENCIA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

e.3 PROCESO TERAPEUTICO

e.3.1 IMPACTO EMOCIONAL

e.3.1.1 Cirugía

e.3.1.2 Radioterapia

e.3.1.2 Quimioterapia

e. MARCO TEÓRICO

e.1 LA RESILIENCIA

e.1.1 ANTECEDENTES

“Los primeros estudios sobre la resiliencia se realizaron en individuos con esquizofrenia, en personas expuestas al estrés y pobreza extrema, y sobre el funcionamiento de los individuos que experimentaron hechos traumáticos tempranamente en sus vidas” (Cicchetti, 2003).

El origen del estudio de la resiliencia en psicología y psiquiatría procede, por tanto, de los esfuerzos por conocer la etiología y desarrollo de la psicopatología, especialmente de los niños en riesgo de desarrollar psicopatología debido a enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de varios de estos factores (Masten, 1999; Rutter, 1985, 1987).

“Entre los eventos vitales adversos más estudiados están el divorcio de los padres y estresores traumáticos como el abuso o abandono y la guerra” (Garmezy y Masten, 1994).

Durante las dos últimas décadas, el foco de atención se ha desplazado de la identificación de los factores protectores a la comprensión de los procesos que subyacen a dichos factores protectores. Así, más que estudiar qué factores en el niño, en la familia y en la comunidad estaban relacionados con la resiliencia, se centraron en estudiar cómo tales factores contribuyen a la adaptación positiva.

Finalmente, la idea de resiliencia como algo absoluto y global, ha cambiado en los últimos años pasando a ser considerada en este momento como algo relativo, que depende del equilibrio dinámico de factores personales, familiares y sociales y también de los momentos del ciclo vital, y específico, generalmente circunscrito a determinadas áreas de adaptación psicológica. (Werner y Smith, 1992)

e.1.2 DEFINICION

“La resiliencia es un proceso dinámico, que tienen lugar a lo largo del tiempo, y se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar, y puede variar en con el transcurso del tiempo y con los cambios de contexto. Implica algo más que sobrevivir, más o menos indemne, al acontecimiento traumático, a las circunstancias adversas.”. (Roberto Pereira, 2007)

“La resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas”. (E. Chávez y E. Iturralde, 2006).

“La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2001).

3.1.3 DESARROLLO DE LA RESILIENCIA

El hecho de que la adversidad no deriva irrevocablemente en individuos dañados, se ha mostrado que la conformación de éstos, depende, no simplemente de factores condicionantes como, por ejemplo, los recursos económicos, la alimentación, el nivel educativo de los padres, la estimulación materna o la disponibilidad de material lúdico, sino, fundamentalmente, de los mecanismos y las dinámicas que ordenan el modo cómo ellos se relacionan (Rutter 1985).

Lo que hace que un individuo desarrolle la capacidad de ser resiliente es la formación de personas socialmente competentes que tengan la capacidad de tener una identidad propia y útil, que sepan tomar decisiones, establecer metas y esto involucra lugares sociales que implican a la familia a los amigos y las instituciones de gobierno de cada país (Ramírez, 1995)

Entre los mecanismos protectores por excelencia esta la relación de un adulto significativo, que reafirme la confianza en sí mismo del individuo, que lo motive, y por sobre todo le demuestre su cariño y aceptación incondicional (Sánchez ,2003).

e.1.4 PILARES FUNDAMENTALES DE LA RESILIENCIA

Wolin 1999 describe los siguientes:

e.1.4.1 Autoestima consistente.

Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, suficientemente bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

e.1.4.2 Introspección.

Titchener definió la introspección como la descripción de la experiencia consciente desmenuzada en componentes sensoriales elementales sin referentes externos, tiene como fundamento la capacidad reflexiva que la mente posee de referirse o ser consciente de forma inmediata de sus propios estados. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. González Labra, J. (2009).

e.1.4.3 Independencia.

Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.

Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto.

e.1.4.4 Capacidad de relacionarse.

Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

e.1.4.5 Iniciativa.

El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes, es la cualidad personal que tiende a generar proyectos o propuestas.

e.1.4.6 Humor.

Se refiere a la capacidad de hacer que las adversidades puedan visualizarse de una manera cómica, si bien es cierto no cambia la realidad objetiva, pero si posee, por lo menos, el atributo de poner en evidencia su carácter paradójico.

e.1.4.7 Creatividad.

La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

e.1.4.8 Moralidad.

Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

e.1.4.9 Capacidad de pensamiento crítico

Es un pilar de segundo grado, fruto de la combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto (Melillo, 2002).

e.1.5 LAS FUENTES INTERACTIVAS DE LA RESILIENCIA

De acuerdo con Edith Grotberg (1997), para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes:

-“Yo tengo” en mi entorno social.

-“Yo soy” y “yo estoy”, hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales.

-“Yo puedo”, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros

e.1.5.1 YO TENGO

-Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente

-Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas

- Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder
- Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo
- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender

e.1.5.2 YO SOY

- Una persona por las que otros sienten aprecio y cariño
- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo

e.1.5.3 YO ESTOY

- Dispuesto a responsabilizarme de mis actos
- Seguro de que todo saldrá bien

e.1.5.4 YO PUEDO

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan
- Buscar la manera de resolver los problemas
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito

e.1.6 PERFIL DE UNA PERSONA RESILIENTE.

Una persona con características resilientes es aquella que es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, tiene un sentido de sí mismo positivo, dimensiona los problemas, tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar (Saavedra, E. 2004).

Esta persona presenta una serie de factores internos que actúan como protectores, a saber:

- a.- Presta servicio a los otros o a una causa.
- b.- Emplea estrategias de convivencia, es asertivo, controla sus impulsos.
- c.- Es sociable.
- d.- Tiene sentido del humor.
- e.- Tiene un fuerte control interno frente a los problemas.
- f.- Manifiesta autonomía.
- g.- Ve positivamente el futuro.
- h.- Es flexible.
- i.- Tiene capacidad para aprender y conectar los aprendizajes.
- j.- Capacidad para auto motivarse.
- k.- Percibe competencias personales.
- l.- Hay confianza en sí mismo.

También existirían factores ambientales que apoyarían y favorecerían las características resilientes:

- a.- El ambiente promueve vínculos estrechos.
- b.- El entorno valora y alienta a las personas.
- c.- Se promueve la educación.
- d.- Ambiente cálido, no crítico.
- e.- Hay límites claros.
- f.- Existen relaciones de apoyo.
- g.- Se comparten responsabilidades.
- h.- El ambiente es capaz de satisfacer las necesidades básicas de las personas.
- i.- El entorno expresa expectativas positivas y realistas.
- j.- Promueve el logro de metas.
- k.- Fomenta valores pro sociales y estrategias de convivencia.
- l.- Hay liderazgos claros y positivos.
- m.- valora los talentos específicos de cada persona.

Claramente no se espera que todos estos elementos estén presentes en el sujeto o su ambiente para que se favorezca la aparición de conductas resilientes, pero es deseable que gran parte de ellas estén total o parcialmente desarrolladas (Saavedra, E. 2004)

e.1.7 RESILIENCIA FAMILIAR Y GRUPAL

Froma Walsh (1998) propone una concepción sistémica de la resiliencia, enmarcada en un contexto ecológico y evolutivo, y presenta el concepto de resiliencia familiar atendiendo a los procesos interactivos que fortalecen con el transcurso del tiempo tanto al individuo como a la familia.

La resiliencia relacional puede seguir muchos caminos, variando a fin de amoldarse a las diversas formas, recursos y limitaciones de las familias y los grupos y a los desafíos psicosociales que se les plantean. Froma Walsh (1998)

En este sentido se pueden señalar: reconocer los problemas y limitaciones que hay que enfrentar; comunicar abierta y claramente acerca de ellos; registrar los recursos personales y colectivos existentes y organizar y reorganizar las estrategias y metodologías tantas veces como sea necesario, revisando y evaluando los logros y las pérdidas. Froma Walsh (1998)

Para esto es necesario que, en las relaciones entre los componentes del grupo familiar, se produzcan las siguientes prácticas: actitudes demostrativas de apoyos emocionales (relaciones de confirmación y confianza en la competencia de los protagonistas); conversaciones en las que se compartan lógicas (por ejemplo, acuerdos sobre premios y castigos) y conversaciones donde se construyan significados compartidos acerca de la vida, o de acontecimientos perjudiciales, con coherencia narrativa y con un sentido dignificador para sus protagonistas. Froma Walsh (1998)

En síntesis, los elementos básicos de la resiliencia familiar serían: cohesión, que no descarte la flexibilidad; comunicación franca entre los miembros de la familia; reafirmación de un sistema de creencias comunes, y resolución de problemas a partir de las anteriores premisas. Froma Walsh (1998)

e.1.8 RESILIENCIA COMUNITARIA

Se trata de una concepción latinoamericana desarrollada teóricamente por E. Néstor Suárez Ojeda (2001), a partir de observar que cada desastre o calamidad que sufre una comunidad, que produce dolor y pérdida de vidas y recursos, muchas veces genera un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante.

Eso permitió establecer los pilares de la resiliencia comunitaria: autoestima colectiva, que involucra la satisfacción por la pertenencia a la propia comunidad; identidad cultural, constituida por el proceso interactivo que a lo largo del desarrollo implica, la incorporación de costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, canciones, etcétera, proporcionando la sensación de pertenencia; humor social, consistente en la capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia para poder superarla; honestidad estatal, como contrapartida

de la corrupción que desgasta los vínculos sociales; solidaridad, fruto de un lazo social sólido que resume los otros pilares. E. Néstor Suárez Ojeda (2001)

e.1.9 RESILIENCIA INDIVIDUAL Y RESILIENCIA FAMILIAR

El énfasis en la resiliencia individual llevó a los clínicos a tratar de salvar a los sobrevivientes en forma individual sin analizar las potencialidades de su familia, o incluso a expensas de dar por perdida a ésta o considerarla impotente. Sin embargo el concepto de resiliencia familiar reafirma la capacidad de auto reparación de la propia familia y ayuda a identificar y fomentar ciertos procesos que permiten a éstas hacer frente con más eficacia a las crisis o estados persistentes de estrés, sean internos o externos, y emerger fortalecidas de ellos. (Snyder, 2000).

En primer lugar, la resiliencia familiar relaciona el proceso de la familia con los desafíos que se le plantea, evaluando el funcionamiento familiar en su contexto social y su grado de ajuste a éste según las diversas exigencias. En segundo lugar, incorpora una visión evolutiva, y no transversal, de los desafíos que enfrenta la familia y sus reacciones a lo largo del tiempo, examinando las variaciones de la resiliencia relacional en las distintas fases de adaptación y etapas del ciclo vital. El marco de la resiliencia familiar es útil para evaluar el funcionamiento de la familia tomando en cuenta su estructura, sus demandas psicosociales, sus recursos y limitaciones. (Snyder, 2000).

Walsh (1996) entiende que la familia es un foco de resiliencia pese a situaciones de alta disfuncionalidad y que al consolidar la resiliencia familiar, robustecemos a la familia como unidad funcional y posibilitamos que inculque esa capacidad en todos sus miembros.

e.1.10 FACTORES PROTECTORES DE LA RESILIENCIA

El concepto de factor protector alude a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985).

Sin embargo, esto no significa en absoluto que ellos tengan que constituir experiencias positivas o benéficas, con respecto a las que difieren en tres aspectos cruciales (Rutter, 1985):

- Un factor protector puede no constituir un suceso agradable, como se ha hecho evidente en varios estudios sobre experiencias tempranas de estrés en animales, y su asociación a la resistencia a experiencias posteriores del mismo tipo (Hennesy & Levine, 1979; Hunt, 1979; en Rutter, 1985).
- Los factores protectores, a diferencia de las experiencias positivas, incluyen un componente de interacción. Las experiencias positivas actúan en general de manera directa, predisponiendo a un resultado adaptativo.
- Los factores protectores, por su parte, manifiestan sus efectos ante la presencia posterior de algún estresor, modificando la respuesta del sujeto en un sentido comparativamente más adaptativo que el esperable. 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 de los primeros, disminuyendo significativamente las tasas de perturbación emocional en el hospital (Wolkind & Rutter, 1985; en Rutter, 1985).
- Un factor protector puede no constituir una experiencia en absoluto, sino una cualidad o característica individual de la persona. Las niñas, por ejemplo, parecen menos vulnerables que los niños ante diferentes riesgos psicosociales (Rutter, 1970; 1982; en Rutter, 1985).

e.1.11 COMPONENTES DE LA PERSONALIDAD RESILIENTE

e.1.11.1 COMPROMISO

Es reconocerse a sí mismo como persona valiosa y capaz de lograr determinadas metas y propósitos existenciales que se proponga, el ser capaz de tomar responsablemente decisiones congruentes con los principios y valores y, como consecuencia, comprometerse con las consecuencias de las mismas. Fernández Marquez (2010)

Presupone el implicarse y no permanecer como un simple espectador en las diferentes esferas de la vida en que se participa, tanto las familiares como las laborales, sociales y recreativas. Protagoniza y hace o propicia que las cosas ocurran y se interesa en el propio bienestar y también en el bienestar de los otros.

Este concepto conlleva también un sentimiento de comunidad, una sensación de pertenecer, de disposición de ayudar a los otros, y también de recibir y beneficiarse con su apoyo cuando así lo necesite.

e.1.11.2 CONTROL

Es la propensión a pensar y actuar con la convicción de que son ellos, y no la casualidad o los demás, quienes deciden o pautan el curso de los acontecimientos. Asumen su propia responsabilidad, al sentirse capaces de cambiar el curso de los acontecimientos en la dirección de las propias metas y valores de aquí su estrecha relación con los compromisos anteriormente expuestos. Fernández Marquez (2010)

Las personas con limitadas cualidades de control fracasan ante los mínimos obstáculos pues al tener la creencia de falta de control renuncian a sus intentos de afrontamiento y se dan por derrotados antes de tiempo, lo que los puede conducir a un miedo generalizado a la vida en que todo lo ven como un peligro o una amenaza que desborda sus posibilidades de control. Fernández Marquez (2010).

e.1.11.3 CAMBIO

Asume el cambio y no la estabilidad como lo que caracteriza a la existencia humana. Las personas que poseen la cualidad de ver la vida como un reto, ven en la existencia humana y los inconvenientes que ponen a las personas ante disyuntivas de cambio, una constante oportunidad de crecimiento y mejora humano más que como un peligro o amenaza, lo que evidentemente hace que predominen en ellas las emociones positivas que acompañan a las ganas y el coraje de vivir tal vez pueden encolerizarse, pero raramente les atrapa la depresión y la angustia y esto favorece su calidad de vida y bienestar. Fernández Marquez (2010)

e.2 EL CÁNCER

e.2.1 DEFINICION Y DESCRIPCION DEL CANCER

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: un crecimiento y proliferación rápida y relativamente ilimitada de células con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, que invaden los órganos y tejidos del cuerpo y que se extienden desde el sitio de origen hacia las áreas distantes del cuerpo dando metástasis. Es un crecimiento invasivo, poderoso, que puede consumir y destruir el proceso de vida, sino se realiza un diagnóstico precoz en torno a él. (Polo, 2000)

e.2.2 TIPOS

Se diferencian, entonces, varios tipos de cánceres:

- **Epiteliomas o Carcinomas.** Son los más frecuentes y afectan a la piel, mucosas, labios, cuello del útero, glándulas mamarias e hígado.
- **Sarcomas** que son cánceres a los tejidos conjuntivos.
- Los **Hematosarcomas**, afectan al bazo, médula ósea, ganglios linfáticos y originan leucemias.
- El **Melanoma Maligno (MM)**, son tumores del tejido pigmentario. Los cánceres al sistema nervioso central sólo tienen extensión local y no originan metástasis. (Polo, 2000)

e.2.3 CÁNCER DE MAMA

e.2.3.1 DEFINICION

Cáncer que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan la leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen la leche). Puede darse tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco común. *Cáncer de mama: una guía para pacientes - Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v.2013*

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos Jorge Luis Martínez (2007).

e.2.3.2 TIPOS

Existen distintos tipos de Cáncer de Mama compuestos por distintos tipos de células anormales.

Tumor primario:

- Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal
- Carcinoma Ductal in situ (DCIS)
- Carcinoma Lobular in situ (LCIS), o Neoplasia Lobular
- Tumores Invasivos Ductales y Lobulares

Según localización y forma de curso:

Cáncer de mama locorregional
 Cáncer de mama localmente avanzado
 Carcinoma inflamatorio de mama
 Cáncer de mama diseminado

El **Carcinoma in situ** o **Carcinoma Intraductal** se contiene enteramente dentro de los conductos de la mama, sin invasión de tejidos adyacentes normales. Aunque antiguamente era bastante raro, actualmente representa más del 15% de todos los cánceres del pecho diagnosticados en EE.UU., y la proporción es más alta en grupos de edad joven. Se le adjudica esta alza a mejores evaluaciones preventivas. (TMMDT, 2003)

El **Carcinoma Ductal in situ (DCIS)** representa el 43% de cánceres de pecho diagnosticado en mujeres entre 40 y 49 años y el 92% de los casos diagnosticados en mujeres entre 30 y 39 años. El DCIS ocurre en mujeres premenopausicas y postmenopausicas formando una masa palpable, y está más normalmente localizada en un cuadrante de un pecho. Se considera precursor de cáncer invasivo, pero al ser localizado puede ser totalmente removido quirúrgicamente. (TMMDT, 2003)

El **Carcinoma Lobular in situ (LCIS)**, o **neoplasia lobular**, ocurre predominantemente en mujeres premenopausicas y usualmente se descubre en forma incidental porque no forma una masa palpable. Microscópicamente, el LCIS aparece distintivamente diferente

de DCIS. Entre el 25 y el 35% de las pacientes con LCIS desarrolla CM invasivo después de una latencia de hasta 40 años. Estos cánceres invasivos ocurren con igual frecuencia bilateralmente. Muchos especialistas relacionan el LCIS con la hiperplasia atípica, considerándolo un indicativo de una propensión al CM en lugar de un verdadero precursor. (TMMDT, 2003)

Tumores invasivos ductales y lobulares son los tipos histológicos más comunes de cáncer invasivo, aproximadamente el 90%. Las pacientes que portan los tipos histológicos menos comunes, como por ejemplo, medulares o lesiones tubulares tienen una prognosis algo mejor. (TMMDT, 2003)

Carcinoma papilar Crecen en los conductos con este tipo de configuración. Representan el 1% de los carcinomas de mama. El carcinoma papilar infiltrante es una variedad rara de crecimiento lento y buen pronóstico.

Comedocarcinoma. Tienen un crecimiento denso dentro de los conductos. De forma global tiene buen pronóstico.

Carcinoma Medular. Representa el 5-7%. Suelen ser grandes y de bajo grado. Se caracterizan por invasión de linfocitos pequeños. Son de buen pronóstico, excepto el carcinoma medular atípico.

Carcinoma Tubular. (1%). Tienen mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante pero peor que el medular.

Carcinoma Mucinoso o coloide. (3%). Forman nidos de células epiteliales. Tienen crecimiento lento y suelen ser de gran tamaño. Son de buen pronóstico.

Carcinoma Inflamatorio. (1%). Se caracteriza clínicamente por edema de la piel ("Piel de naranja"), eritema, calor y endurecimiento de la mama subyacente. Para el diagnóstico es imprescindible la biopsia de la piel mamaria que debe demostrar invasión de los linfáticos dérmicos por células tumorales. Es una variedad de mal pronóstico.

e.2.3.3 FACTORES DE RIESGO

Como ocurre en otros tipos de cáncer, en el de mama existen factores que pueden estar solos o en conjunto y favorecer el desarrollo de esta neoplasia.

Pueden estar presentes durante periodos largos; algunos de estos factores tienen riesgos relativos menores. La presencia de dos o más incrementan la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. Los más importantes son:

- Edad avanzada.
- Menstruación a temprana edad (antes de los 12 años).
- Edad avanzada al momento del primer parto (34 años) o no haber dado nunca a luz.

- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama (hiperplasia ductal atípica).
- Madre o hermana(s) con cáncer de mama.
- Tratamiento con radioterapia dirigida a la mama/pecho 10 a 15 años previos al diagnóstico de cáncer de mama.
- Densidad mamaria aumentada en una mastografía.
- Terapia de reemplazo hormonal.
- Consumir bebidas alcohólicas.
- Alteraciones genéticas (BRCA 1 y BRCA 2 en cáncer hereditario de mama/ovario, PTEN en el síndrome de Cowden, P 53 en el síndrome de Li-Fraumeni, STK11 en el síndrome de Peutz-Jeghers, CDH1 en el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario). Jorge Luis Martínez (2007).

e.2.3.4 ESTADIOS DEL CÁNCER DE MAMA

Después de tener el diagnóstico histopatológico de cáncer se realizan estudios de laboratorio y gabinete, encaminados a determinar la extensión de la enfermedad. El pronóstico y tratamiento es individualizado y dependerá de la etapa clínica, ésta se determina dependiendo del tamaño tumoral, la presencia o ausencia de metástasis ganglionares y/o a distancia Jorge Luis Martínez (2007).

Estas etapas, de manera didáctica, se dividen en enfermedad temprana, localmente avanzada y metastásica. Es imprescindible diagnosticarlo en ausencia de síntomas, cuando su tamaño no sea mayor a los 2 cm., ya que de esta forma se puede curar alrededor de ~90% de las mujeres. Jorge Luis Martínez (2007).

-Estadío 0.- las células cancerígenas se encuentran dentro de la mama y no invaden ningún tejido que está próximo.

-Estadío 1.- El tumor mide aproximadamente 2 cm o menos y uno a tres ganglios linfáticos axilares están invadidos de células anormales

-Estadío 2.- Estadío IIA El tumor mide de 2 a 5 cm y de uno a tres ganglios linfáticos axilares pueden estar invadidos. Estadío IIB el tumor en la mama mide más de 5 cm y las células anormales no han invadido los ganglios axilares.

Estadio 3.- El tumor se ha propagado a la pared torácica y/o a la piel de la mama. Incluye el cáncer de mama inflamatorio, ganglios axilares fijos o ganglios afectados de la región mamaria

Estadio 4.- El cáncer se ha propagado a los órganos distales como hígado, huesos, el cerebro o a los pulmones.

e.2.3.5 TRATAMIENTO

El tratamiento es multimodal (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y radioterapia), el uso de cada una depende de la etapa clínica en la que se encuentre la paciente.

La cirugía es la principal modalidad de tratamiento local del cáncer mamario, existen diversos procedimientos quirúrgicos, considerándose la mastectomía radical modificada (MRM) el tratamiento estándar, sin embargo si el cáncer de mama se detecta en una etapa clínica temprana, se puede ofrecer un tratamiento conservador (Tumorectomía), en el que la paciente puede incluso conservar su seno sin comprometer el tratamiento oncológico radical. Jorge Luis Martínez (2007).

Dependiendo del tamaño tumoral, el número de ganglios linfáticos con metástasis y de otros factores clínicos y patológicos se ofrecerá tratamiento con radioterapia, hormonoterapia y/o quimioterapia adyuvante. Estos tratamientos prolongan la supervivencia, el período libre de enfermedad y disminuyen el riesgo de recurrencia loco-regional y a distancia. Jorge Luis Martínez (2007).

Recientemente la terapia biológica ha demostrado efectos benéficos en el tratamiento de cáncer de mama, específicamente el trastuzumab incrementa la supervivencia cuando se administra como tratamiento adyuvante a mujeres cuyos tumores expresan la oncoproteína Her-2 y asociados a quimioterapia en el cáncer de mama metastásico. Jorge Luis Martínez (2007).

e.2.3.6 FUNCIONES DE LA MAMA

Algunas de las funciones más importantes son (Bello, 1998):

- **Función Alimenticia Biológica.** En los mamíferos, el primer alimento del bebé es naturalmente mediante el amamantamiento de la madre. La mama es efector de este “dar biológico” de alimentación
- **Función Psicológica del Amamantamiento.** En el ámbito de los humanos, lo biológico y lo psicológico de dicha función, se dan combinadamente, unitariamente. Ello acontece tanto con quien recibe, como quien entrega esta forma de alimentación. Junto a la leche, recibe el contacto corporal y el afecto de la madre. Acto de generosidad biológico, espiritual logra, alcanza, encuentra la plenitud propia que brinda el sentido concreto de la maternidad.
- **Función Identificadora.** Una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. De esta diferenciación nace el arquetipo de la incompletud del ser humano, para acceder a dicha plenitud existencial se significa como requisito básico una apropiada identidad afectivo sexual en relación a otro. Identidad de base tanto biológica (órganos sexuales primarios y caracteres sexuales secundarios) como de formación psicosocial. En las mujeres, unos de los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la femineidad.
- **Función Erógena.** Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. Las mamas de la mujer constituyen por una parte un reconocido incentivo erótico para el hombre; en la mujer, a la vez su estimulación en el campo de la erotización, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa de su self erótico.

e.2.3.7 IMPORTANCIA CULTURAL-SOCIAL DE LAS MAMAS

La enfermedad no tan solo es un acontecimiento biológico sino también biográfico. El impacto psicológico va a variar de acuerdo al tipo de afección, por el significado que le implica a la persona y también por supuesto de acuerdo a la gravedad de la enfermedad.

El cuerpo es una parte importante de nuestra identidad, toma una connotación personal. Además de la connotación general positiva que toda persona le atribuye a la integridad e indemnidad de su cuerpo, hay valoraciones específicas vinculadas a la autoapreciación

personal y función concreta que los distintos órganos cumplen, tanto en el plano biológico como dentro de un horizonte más amplio que implica la vida en sociedad.

Desde esta perspectiva, podemos observar que las mamas desempeñan un conjunto de funciones imbricadas las unas con las otras, y cualquiera de ellas que se vea afectada, afecta a la vez el significado subjetivo que la persona estableció.

e.2.3.8 RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

La resiliencia involucra tanto factores intelectuales, como los intrapsíquicos e interpersonales. Esta interacción produce una respuesta adaptativa y sistémica que le brinda a la persona un nivel de comprensión elevado de todas las respuestas y ramificaciones implicadas durante una enfermedad. En este caso, se logra identificar factores protectores, el propósito en la vida y hasta se ve la enfermedad como una oportunidad para crecer. García Serrablo (2008)

En otras palabras, ante los retos de la enfermedad del cáncer, se manifiestan emociones conducentes a que se le halle un beneficio a una experiencia estresante, correlacionando con un nivel positivo de ajuste. García Serrablo (2008)

Por su parte, García Serrablo (2008) revisó investigaciones que indican que, ante una enfermedad catastrófica, las personas identifican secuelas a dicha enfermedad que han sido tanto positivas, como negativas. Entre éstas se incluyen la capacidad para encontrar beneficios, el crecimiento postraumático, así como niveles de depresión, de angustia, dificultades sexuales y un mejor o peor estado de salud física y mental.

García- Serrablo, Acevedo y Ortiz (2011) mencionan que el cáncer de mama afecta emocionalmente a la mujer que lo padece. Sin embargo, tal parece que las sobrevivientes de esta condición han llegado a percibir su enfermedad de forma diferente, de modo que han llegado hasta encontrar beneficios, luego de ser diagnosticadas con la condición y haber afrontado el tratamiento de la misma.

Por otro lado, reportar beneficios ante el diagnóstico de cáncer sirve para predecir sensación de bienestar general y a una mejor calidad de vida percibida, posterior al diagnóstico en las mujeres que lo padecen, según Carver y Antoni (2004).

Esto significa que el poder evaluar los beneficios al afrontar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en mujeres, sirvió para disminuir el estrés asociado a la condición. Estos autores también identificaron menos emociones negativas, así como menos sintomatología depresiva durante el seguimiento posterior al tratamiento de cáncer. Carver y Antoni (2004).

e.3 PROCESO TERAPÉUTICO

e.3.1 IMPACTO EMOCIONAL

e.3.1.1 Fase de Diagnóstico

Se caracteriza por ser un periodo de mucha incertidumbre; tanto el paciente como la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso choque. Se presentan diferentes emociones, como ira negación, culpa, desesperación etc.

e.3.1.2 Fase de tratamiento.

La calidad de vida del paciente se puede ver comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que está sometido. Los resultados de los mismos varían, dependiendo de la clase de tratamiento, del tipo de cáncer, de la evolución de la enfermedad y de las características individuales del sujeto.

Algunos de los efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos son: alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros. Debido a estos y otros efectos, puede generarse una dificultad para adherirse al tratamiento, lo cual da como resultado el abandono del mismo.

e.3.1.3 Fase de intervalo libre de la enfermedad.

La amenaza de volver a presentar la enfermedad aumenta, debido a los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. Se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares, lo cual desencadena un mar de dudas y temores.

e.3.1.4 Fase de recidiva.

Se caracteriza por un estado de choque intenso que el que suele experimentarse en la

fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad; por lo tanto, son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud.

Los tratamientos que habitualmente se utilizan en el control del cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea, entre otros, son agresivos, con múltiples efectos secundarios que en muchas ocasiones son difíciles de entender por el paciente puesto que a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico y emocional en lugar de una mejoría, sin la seguridad de obtener una curación total, solo con la esperanza de controlar la enfermedad.

Reacciones de ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad son habituales durante esta fase. Dichos efectos secundarios varían de una persona a otra, dependiendo de las características del fármaco y de las de personalidad del enfermo.

Señalaremos brevemente los aspectos más importantes de estos tratamientos para poder entender sus consecuencias y las alteraciones que producen.

- **Cirugía.** Es un fuerte estresor en sí misma, por el miedo a la anestesia, al dolor y, sobre todo, por sus consecuencias. Dependiendo de su localización, puede representar la pérdida de una función, de un órgano o de un miembro. Ejemplo de ello lo encontramos en la pérdida del habla como consecuencia de una laringectomía; de la función normal del intestino después de una colostomía y la pérdida de algún miembro a causa de una amputación. La pérdida de la mama en la mujer afecta tanto por lo que se refiere a su imagen corporal como a su femineidad.
- **Radioterapia.** El contacto con una máquina y el temor a los fallos técnicos pueden ocasionar reacciones emocionales de carácter ansioso, en algunos casos fóbicos, acompañadas de sentimiento de miedo.
- **Quimioterapia.** Por todos sus efectos secundarios: alopecia, náuseas y vómitos, fatiga, neuropatías, etc., es normalmente mal tolerada física y psicológicamente. Los pacientes presentan síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultad de concentración, entre otros.

En general, los tratamientos afectan a la persona tanto en el área somática, familiar, social y psicológica, dando lugar a diferentes alteraciones y reacciones emocionales. Otra

de las variables que intervienen en el proceso de toma de decisiones, aparte de la edad, el sexo y la situación personal y familiar del paciente, está relacionada con la forma de administración del tratamiento y el impacto que éste ejerce en la calidad de vida de los pacientes.

En relación a las preferencias que los pacientes tienen en cuanto a la forma de administración del tratamiento, un estudio reciente, realizado en mujeres afectadas de cáncer de mama, tratadas con terapia hormonal, evidenció que más del 60% de los pacientes preferían una administración oral diaria de píldoras, antes que una aplicación inyectable una vez al mes.

Además, los autores concluyeron que la implementación de planes que faciliten la expresión de preferencias por parte de los pacientes, aumentaba la satisfacción y mejoraba la adherencia al tratamiento (Fallowfield et al., 2006)

Por este motivo, en el momento en que los pacientes tienen la posibilidad de elegir entre distintas opciones terapéuticas, éstos valorarían la situación teniendo en cuenta no sólo el tipo de tratamiento, sino el modo en que los efectos tóxicos podrían influir o limitar sus actividades cotidianas.

f. METODOLOGÍA

La presente investigación será de tipo descriptivo tratando de comprender, registrar, analizar e interpretar el porcentaje de pacientes que se muestran resilientes al proceso terapéutico, además será de corte transversal, con un enfoque mixto cuanti-cualitativo, que manejará métodos científicos como el inductivo-deductivo y el analítico sintético; que se apoyaran en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado.

Método Inductivo-Deductivo: Consiste de una primera etapa que se caracteriza por la inducción de principios explicativos a partir de los fenómenos observados, y después en una segunda etapa, sobre estos principios se construyen enunciados que los contengan y se refieran a los fenómenos.

Método Analítico-Sintético: Ambos son correlativos, es decir, uno presupone al otro. El análisis por su lado, pretende llegar a conocer las partes básicas del objeto y que componen su realidad. La síntesis consiste en la unión de dichas partes pero como una totalidad que considera todas las relaciones implícitas entre esas partes.

La investigación quedará estructurada en tres etapas y con cada una de ellas se pretenderá llegar a la consecución de los objetivos planteados en esta investigación.

Primera Etapa.

- Entrevista con las autoridades de la institución, para solicitar se permita realizar el trabajo de campo para el presente trabajo investigativo.
- Aplicación en forma individual de los reactivos psicológicos, los mismos que serán encaminados a la recolección de datos para evidenciar la presente investigación.

Segunda Etapa.

- Tabulación de los datos recogidos a través de los reactivos psicológicos. A más de la realización del análisis, las interpretaciones y la discusión de dichos datos. Procedimiento que se efectuará en el mes de Julio de 2015.

Tercera Etapa.

Una vez recolectada la información deseada y establecido el porcentaje de pacientes con cáncer de mama que se muestran resilientes al proceso terapéutico, además de los niveles

de resiliencia y los factores protectores y de riesgo que presentan las pacientes, se procederá a la elaboración de un plan de Psicoeducación a través de técnicas y actividades que permitan mejorar el afrontamiento de la enfermedad durante el proceso terapéutico.

Contexto de la investigación

La investigación de campo se realizará de forma intensa y permanente los meses de Junio y Julio del 2015, en la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) que se encuentra ubicada en la Provincia de Loja, Cantón Loja, en la calle Salvador Bustamante Celi y Agustín Carrión Palacios.

Procedimiento general de la investigación

El estudio contará con el desarrollo fundamentalmente de una etapa que será de recolección de información a través de los instrumentos y técnicas antes mencionados, acudiendo de forma diaria al Área oncológica para la evaluación de las pacientes, sin interrumpir el trabajo del resto del personal sanitario.

Posteriormente se procederá en la etapa dos y tres a la tabulación, análisis, interpretación y discusión de los resultados, a fin de generar el plan de psicoeducación.

- Encuentros con las pacientes

Se procederá en un primer momento la entrevista con las pacientes del área oncológica que se encuentran realizando sus tratamientos, luego se procederá a la aplicación de las técnicas e instrumentos válidos para realizar la investigación de campo, previa observación del Área oncológica, permiso de las autoridades y sobre todo entrevista con las mismas, a fin de visualizar la pertinencia del trabajo de investigación. La aplicación de los reactivos y la entrevista a las pacientes se ejecutará en las jornadas matutinas de lunes a viernes conforme al horario establecido por la institución.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a investigar se centra en las pacientes con cáncer de mama que acuden al área oncológica a realizarse la Quimioterapia respectivas para su tratamiento. Y que según los datos del departamento estadístico del registro de tumores (Solca) nos dice que cuentan

con un total de 234 pacientes, los mismos que se atienden de forma ambulatoria y en hospitalización general, datos que fueron recogidos en el 2014, situados en edades comprendidas aproximadamente entre los 20 y 24 años y de 45 a 70 años.

Dicho lo anteriormente expuesto, el 100% de nuestra población estaría bordeando en promedio, alrededor de 30 pacientes como muestra de estudio.

Criterio de inclusión:

- Pacientes con cáncer de mama de 20 a 24 años y de 45 a 70 años.
- Pacientes con cáncer de mama que asisten al proceso terapéutico en el Instituto de la sociedad de Lucha contra el cáncer (SOLCA) de la ciudad de Loja.

Criterio de Exclusión

- Pacientes con otro tipo de Cáncer.
- .Pacientes menores de 20 años y mayores de 70.

Criterio de Salida

Que las pacientes no deseen continuar con el proceso de Investigación.

Definición conceptual y operacional de variables.

Con el objetivo de identificar algunas determinantes en la muestra estudiada se precisaran una serie de variables sociodemográficas, psicológicas y los indicadores evaluativos:

Variables sociodemográficas: La edad, nivel de convivencia, etc

Variables psicológicas: Estas variables serán investigadas a través de los reactivos psicológicos, se explorará el nivel de resiliencia, los factores protectores y de riesgo así como también el porcentaje de pacientes que se muestran resilientes al proceso oncológico terapéutico.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para el presente trabajo investigativo se recolectará la información referente al problema que se investiga por medio de las siguientes técnicas:

Entrevista.- es una técnica de evaluación que utiliza la comunicación verbal, escrita y gestual para obtener información, analizarla e interpretarla con fines de asesoramiento, diagnóstico y terapéuticos.

Reactivos Psicológicos.- La aplicación y análisis de los reactivos psicológicos, como el test de resiliencia de Wagnild & Young y la encuesta semiestructurada los cuales analizarán de una manera descriptiva el fenómeno de estudio y focalizará fácilmente su incidencia, causas y efectos.

Encuesta Semiestructurada.- Realizada a través de 5 preguntas las cuales serán para evidenciar y analizar las características personales, familiares y sociales que influyen en la resiliencia al proceso terapéutico en resiliencia que presentan las pacientes.

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

FICHA TÉCNICA

Nombre: Escala de Resiliencia. Autores: Wagnild, G. Young, H. (1993).

Procedencia: Estado Unidos.

Adaptación peruana: Novella (2002).

Administración: Individual o colectiva.

Duración: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.

Aplicación: Para adolescentes y adultos.

Significación: La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total.

BREVE DESCRIPCIÓN

La escala de resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, y fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos.

Para Wagnild y Young (1993), la resiliencia sería una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida.

Los factores que representan las siguientes características de Resiliencia:

a) Ecuanimidad:

Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.

b) Perseverancia:

Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.

c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.

d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.

e) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes. Relación de ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Las pacientes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia.

CONFIABILIDAD

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella, 2002). Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; 0.86 y 0.85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas; 0.90 en madres primerizas post parto; y 0.76 en residentes de alojamientos públicos. Además, con el método test-retest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de 0.67 a 0.84, las cuales son respetables.

El año 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología Educativa de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 a 18 años de edad de tercer año de secundaria de la UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.83.

VALIDEZ

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identifican 5 factores. La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicometristas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva.

La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con $r = -0.36$, satisfacción de vida, $r = 0.59$; moral, $r = 0.54$; salud, $r = 0.50$; autoestima, $r = 0.57$; y percepción al estrés, $r = -0.67$. En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario, con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

Interpretación de los resultados.

- La interpretación de los resultados se realizara a través del análisis tanto cuantitativo, como cualitativo de los datos.

Análisis de datos e informaciones

Los resultados obtenidos serán analizados cuantitativa y cualitativamente tomando en cuenta los objetivos de la investigación. Se empleará técnicas no paramétricas de estadística descriptiva tales como:

- Tablas de frecuencias absolutas y relativas.
- Tablas de frecuencia comparativas.
- Análisis porcentual.

PRESUPUESTO

BLIBLIOGRAFÍA	\$ 500.00
COMPUTADORA	\$ 800.00
TRANSPORTE	\$100.00
ANILLADOS	\$ 30.00
EMPASTADO	\$100.00
IMPRESIONES	\$ 100.00
COPIAS A COLOR Y B/N	\$ 150.00
ALQUILER DE INFOCUS	\$ 10.00
IMPREVISTOS	\$100.00
TOTAL	\$ 1.890.00

FINANCIAMIENTO

El trabajo investigativo se financiará a través de las fuentes de ingreso de la investigadora.

k.BIBLIOGRAFIA

- Cicchetti, D. (2003). Foreword. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. Xix-xxvii). Cambridge, RU: Cambridge University Press
- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 10-16.
- Masten, A.S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research.
- M.D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive Ufe adaptations* (pp.281-296). Nueva Yoik: Kluwer Academic/Plenum Press
- Masten, A. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. En M.C. Wang y E.W. Gordon (Eds.). *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* 3-25. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Werner, E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- González Labra, J. (2009). *Introducción a la psicología del pensamiento*. Madrid: Trotta
- Grotberg, E.H. (2006): *La resiliencia en el mundo de hoy*. Gedisa. Barcelona.
- Grotberg, E, Melillo A. y Suarez N. (compilación) (2001): *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*”. Paidós. Barcelona
- Wolin, S.J. y Wolin, S. (1993). *The resilient self*. New York: Willard.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children ´s responses to stress and disadvantages. En M.W. Kent y J.E. Rolf (Eds.). *Primary prevention of psychopathology*, 3, 49-74. Hanover, NH: University Press of New England.

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy.
Journal of Family Therapy, 21, 119-144.
- Melillo. (2002): “Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia”, en
“Resiliencia y subjetividad - Los ciclos de la vida” (en prensa).
- Melillo, A.; Soriano, R.; Méndez, A. y Pinto, P.: “Salud comunitaria, salud mental y resiliencia”, en “Resiliencia y subjetividad - Los ciclos de la vida” (en prensa).
- Melillo: “Proyecto de construcción de resiliencia en las escuelas medias”, presentado en la
Secretaría de Educación de la Ciudad de Buenos Aires, 2004.
- Snyder, C.R. (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 11-28.
- Suárez Ojeda, N.: *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*, Buenos Aires, Paidós,
2001, pág. 72 y sig.
- Walsh, F.: “El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío”, en *Sistemas familiares*, año
14, n° 1, marzo de 1998, pág. 11.
- Werner, en WALSH, F.: “El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío”, en *Sistemas*

- Beatriz Vera Poseck*, Begoña Carbelo Baquero y María Luisa Vecina Jiménez la experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático pag 45 2006. Vol. 27(1), pp. 40-49
- Broche Pérez Y. Psicología.com. 2011 Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología Yunier Broche Pérez1 *, Walter Ricardo Medina2 pag 6-9
- *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11, N.'3,pp. 125-146,2006
- resiliencia: definición, características y utilidad del concepto BECOÑA elisardo
- Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela
- *El Concepto de Resiliencia. Aplicaciones en la Intervención Social* Cristina Villalba Quesada Enero 2004 Universidad Pablo de Olvide. Sevilla pag 3-4

- Modelo de intervención en crisis en busca de la resiliencia personal lourdes m^a fernández márquez junio/2010 pag 12-16
- Gonzalez cases, Juan y RODRIGUEZ GONZALEZ, Abelardo. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. Clínica y Salud [online]. 2010, vol.21, n.3, pp. 319- 332
- Mitjavila Casanovas, Maria Aranzazu con dirección de el Dr. Román Pérez, D. Martiniano. Desarrollo de Capacidades en Alumnos Gitanos de Educación Primaria – Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid – Facultad de Educación., Madrid, 2005.
- Saavedra, E. (2004) El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes: Estudio de Casos, Tesis Doctoral Universidad Valladolid.

-

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
DEDICATORIA.....	vi
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
1. LA RESILIENCIA.....	6
1.1. ANTECEDENTES.....	6
1.2. DEFINICIÓN.....	7
1.3. DESARROLLO DE LA RESILIENCIA.....	7
1.4. PILARES FUNDAMENTALES.....	8
1.5. PERFIL DE UNA PERSONA RESILIENTE.....	10
1.6. RESILIENCIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR.....	12
1.7. FACTORES PROTECTORES DE RESILIENCIA.....	12
1.8. COMPONENTES DE UNA PERSONALIDAD RESILIENTE.....	13
2. EL CÁNCER.....	16
2.1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CÁNCER.....	16
2.2. TIPOS.....	16
2.3. CÁNCER DE MAMA.....	16
2.3.1. DEFINICIÓN.....	16
2.3.2. FACTORES DE RIESGO.....	17
2.3.3. ESTADÍOS DEL CÁNCER DE MAMA.....	18
2.3.4. TRATAMIENTO.....	19
2.3.5. RESILIENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.....	20
3. TRATAMIENTO MEDICO.....	22
3.1. IMPACTO EMOCIONAL.....	22
3.1.1. FASE DE DIAGNOSTICO.....	22
3.1.2. FASE DE TRATAMIENTO.....	22
3.1.3. FASE DE INTERVALO LIBRE DE LA ENFERMEDAD.....	22
3.1.4. FASE DE RECIDIVA.....	23
e. MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
f. RESULTADOS.....	30
g. DISCUSIÓN.....	41
h. CONCLUSIONES.....	45
i. RECOMENDACIONES.....	46
j. BIBLIOGRAFÍA.....	48
k. ANEXOS.....	52