



UNIVERSIDAD
Gabriela Mistral

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**FACTORES DE RESILIENCIA PRESENTES
EN PACIENTES EN ESTADO DE REMISIÓN
DE CÁNCER, PERTENECIENTES A LA
FUNDACIÓN VI-DA, SAN FERNANDO,
CHILE.**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

AUTORES : González Pavéz, Romina Estefanía del Carmen

Palacios Moya, Karina Andrea

DOCENTE GUÍA : Ana Calderón, Psicóloga y Docente universidad
Gabriela Mistral

SANTIAGO, ENERO DE 2018



UNIVERSIDAD
Gabriela Mistral

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**FACTORES DE RESILIENCIA PRESENTES
EN PACIENTES EN ESTADO DE REMISIÓN
DE CÁNCER, PERTENECIENTES A LA
FUNDACIÓN VI-DA, SAN FERNANDO,
CHILE.**

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología

AUTORES : González Pavéz, Romina Estefanía del Carmen

Palacios Moya, Karina Andrea

DOCENTE GUÍA : Ana Calderón, Psicóloga y Docente universidad

Gabriela Mistral

FIRMA : _____

SANTIAGO, ENERO DE 2018

Dedicatoria

Dedicamos esta investigación a nuestras familias, quienes, con amor y confianza, han sido el pilar y motor esencial en nuestras vidas.

Grupo Resiliencia en pacientes en remisión de cáncer

“La resiliencia no está en los seres excepcionales sino en las personas normales y en las variables naturales del entorno inmediato”. (Vanistaendel, 2002)

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a toda mi familia en especial a mi madre valorando el gran esfuerzo por ayudarme en esta etapa de mi vida, a mis hermanas (o) por darme animo para seguir adelante, a mi compañero de aventuras quien a sido un apoyo importante en este proceso soportando los cambios emocionales que he vivenciado en este proyecto, agradecer a mi tata que se, desde el cielo esta cuidándome y dándome valor para salir adelante, a ti kari que fuiste incondicional al continuar este proceso conmigo, por la paciencia y tu gran tolerancia frente a todo lo que tuvimos que pasar para llegar a esta instancia y por fin terminar esta etapa tan significativa en nuestro proceso universitario...

Romina González P.

A mi pequeña ratoncito, mi hermosa Emilia, quien me acompaña y da fuerzas cada día para seguir adelante, despertándome cuando siento que caigo e iluminando mi mundo con sus sonrisas y travesuras; a mi amado Fidel, mi pareja, mi compañero y mi apoyo, por la confianza incondicional a través de todo este proceso y la vida misma, por sus desvelos, por desafiarme a ser más, por luchar a mi lado sin importar lo que pase y por tanto amor; a mis tías Nena, Sonia, Nelly e Hilda que sin ser madres me han guiado y acompañado siendo pilares fundamentales a cada paso, gracias por creer en mí y por cuidarme desde la tierra y el universo.

A mis docentes y amigos que han avanzado junto a mí a lo largo de mi carrera; a muestra docente guía, la Srta. Ana quien con paciencia y alegría nos enseñó y guio en este proceso.

Agradezco a las personas que fueron parte de nuestra investigación permitiéndonos acceder a un despacito de sus vidas; y a mi compañera Romina, quien avanzo paso a paso a mi lado, llorando y riendo de emoción y cansancio.

Finalmente agradezco a la vida, por permitirme conocer gente maravillosa y darme la fuerza para continuar con lo que amo.

Karina Palacios M.

Índice

Dedicatorias.....	3
Agradecimientos	4
Resumen.....	8
Introducción	9
Capítulo 1. Planteamientos básicos.....	11
1.1 .Pregunta de investigación	12
1.2. Objetivo general	13
1.3. Objetivos especificos	13
1.4.Hipótesis	¡Error! Marcador no definido.3
Capítulo 2. El cáncer	14
2.1. Concepción de salud y enfermedad.....	14
2.2. La enfermedad de cáncer	15
2.3. Remisión del cáncer	16
2.4. Calidad de vida en los pacientes con cáncer	17
2.5.Impacto psicosocial del cáncer.....	18
Capítulo 3. Resiliencia	21
3.1. Concepto de resiliencia	21
3.2. Factores de la resiliencia	22
3.3. Características del comportamiento resiliente	24
Capítulo 4. Resiliencia en personas con cáncer	26
4.1. Afrontamiento	26
4.2. Optimismo.....	28
4.3. Autoeficacia	29
4.4. Emociones positivas	30
4.5. Control personal	33
4.6. Apoyo social	34

4.7. Autoestima	37
Capítulo 5. Referentes metodológicos	39
5.1. Marco metodológico	39
5.2. Participantes: descripción y obtención de los participantes	39
5.3. Elaboración de la muestra	39
5.4. Procedimientos y/o instrumentos para recolección de datos	41
5.5. Aspectos éticos.....	42
5.6. Estrategia de análisis de datos.....	42
Capítulo 6. Resultados y analisis conclusivos:Factores de resiliencia en pacientes en estado de remisión de cáncer.....	44
6.1. Afrontamiento	44
6.2. Optimismo.....	47
6.3. Autoeficacia	49
6.4. Emociones positivas	52
6.5. Control personal	56
6.6. Apoyo social	59
6.7. Autoestima	64
Capítulo 7. Conclusiones y discusión	67
Bibliografía	73
Anexos o apéndices	
1) Anexo 1: <i>Cuestionario entrevista</i>	81
2) Anexo 2: <i>Carta autorizada</i>	82
3) Anexo 3: Figuras pilares de la resiliencia.....	83
Figura 1.....	83
Figura 2	84

Resumen

El presente proyecto investigativo tiene como objetivo explorar la presencia de los factores de la resiliencia en los pacientes que pasaron por el proceso de la enfermedad de cáncer (no especificado) y que actualmente se encuentran en estado de remisión. Respondiendo a una investigación de tipo cualitativo-fenomenológica; por lo que se estableció una muestra no probabilística homogénea orientada hacia la investigación, consistente en 3 sujetos que cumplen con los criterios mencionados y mantienen tratamiento psicológico y/o seguimiento por parte de dicha fundación.

Para ello se realizó una entrevista cualitativa semiestructurada, con el fin de efectuar un análisis exhaustivo del lenguaje verbal de los sujetos de estudio.

Pudiendo comprobarse que los factores de resiliencia tales como afrontamiento, optimismo, autoeficacia, emociones positivas, control personal, apoyo social y autoestima; se encuentran presentes en la experiencia de vida de los sujetos de investigación.

A través de esta investigación se puede concluir que los factores de la resiliencia contribuyeron de manera efectiva en el proceso de tratamiento y remisión oncológica de las entrevistadas.

Palabras claves: afrontamiento, optimismo, autoeficacia, emociones positivas, control personal, apoyo social y autoestiman

Introducción

La motivación que nos impulsa a desarrollar nuestro proyecto de tesis, titulada *Factores de resiliencia presentes en pacientes en estado de remisión de cáncer, pertenecientes a la fundación Vi-Da, San Fernando, Chile*; nace como un interés personal, desde nuestra formación profesional como psicólogos, por averiguar la o las características personales y/o sociales que permitirían que una persona que atravesó una situación en la que su vida fue puesta en riesgo, particularmente el cáncer, pueda salir adelante no solo desde la superación de la enfermedad de manera física sino que pudiendo obtener una connotación positiva de la situación vivida y/o resignificando su experiencia; para ello nos basaremos en el concepto de resiliencia, del cual hablaremos más adelante .

En la actualidad, la enfermedad del cáncer constituye un problema a nivel mundial, sin hacer distinción entre grupos etarios, socioeconómicos ni culturales, llegando a ser considerada la segunda enfermedad con mayor índice de mortalidad; sin embargo, aún con la cantidad de estudios y evidencias científicas enfocadas en su recuperación, tratamiento y el mejoramiento de la calidad de vida de quienes la padecen, sigue siendo considerado socialmente como un tema “tabú”.

La enfermedad en si misma representa un alto costo tanto económico como físico en las personas que lo padecen, mas también significa un abrupto cambio de vida y daño emocional en todos los involucrados desde el momento mismo del diagnóstico, lo que según los planteamientos de Camacho (2003), influiría en las reacciones psicológicas ante la enfermedad pueden alterar negativamente la calidad de vida quien la padece.

Por este motivo, decidimos enfocar nuestro objetivo de investigación en las cualidades harían posibles que ciertas personas logren sobreponerse a situaciones adversas y

establezcan una diferencia frente a quienes se ven superados por los obstáculos de la vida.

La resiliencia no está en los seres excepcionales sino en las personas normales y en las variables naturales del entorno inmediato. Por eso se entiende que es una cualidad humana universal presente en todo tipo de situaciones difíciles y contextos desfavorecidos, guerra, violencia, desastres, maltratos, explotaciones, abusos, y sirve para hacerlos frente y salir fortalecido e incluso transformado de la experiencia (Vanistaendel, 2002).

A través de nuestro proyecto, pretendemos explorar la presencia de los factores de la resiliencia, por medio de una investigación fenomenológica realizada a tres pacientes pertenecientes a la fundación Vi-Da, ubicada en la comuna de San Fernando, que en la actualidad se encuentran en estado de remisión de cáncer; indagando a través de sus relatos vivenciales el modo en que experimentaron el cáncer y los factores que influyeron en el proceso de recuperación a su enfermedad.

Finalmente, con este trabajo, se requiere analizar cada variable que abarca el factor resiliencia, tales como el optimismo, el afrontamiento, la autoeficacia, el apoyo social, entre otros; centrándonos y la posible influencia de estos en el proceso de tratamiento del cáncer.

Capítulo 1. Planteamientos básicos

Cáncer es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo. Es una enfermedad crónica y altamente dolorosa que puede agravarse, mantenerse, curarse o finalizar con la muerte. En Chile, constituye a la segunda enfermedad de mayor tasa de mortalidad aumentando progresivamente en los últimos años (Minsal, 2016).

La enfermedad en si misma representa un alto costo tanto económico como físico en las personas que lo padecen, mas también significa un abrupto cambio de vida y daño emocional en todos los involucrados desde el momento mismo del diagnóstico, lo que según los planteamientos de Camacho (2003), influiría en las reacciones psicológicas ante la enfermedad pueden alterar negativamente la calidad de vida quien la padece e incluso ser desencadenantes de diversos trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión, lo que a su vez dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad. Más aún cuando podemos determinar algunos patrones de comportamiento frecuentes en el modo en que las personas vivencian proceso de adaptación al cáncer y los factores estresores que el padecimiento de este conlleva, existen también factores individuales que nos impiden formular un modo único de afrontar la enfermedad.

La palabra resiliencia surge en la física y se refiere a la capacidad de los cuerpos para regresar a su forma original luego de haberse deformado por la fuerza aplicada en ellos (Suárez, 2004), desde la psicología como la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas, adquiere un valor significativo en las personas en proceso mismo del tratamiento y rehabilitación oncológica.

Autores como Luthar y Zigler (1991) concuerdan en que el ambiente continuamente predispone factores estresores de mayor o menor intensidad, estos podrían convertirse en obstáculos que pudiesen o no ser superados, resiliencia, según estos, aparece como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva frente a contextos de adversidad, distinguiendo tres aspectos: la adversidad, la adaptación positiva y el

proceso de mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el desarrollo humano. Dicho proceso adaptativo a la adversidad supone no una negación de las difíciles experiencias de la vida, sino como la habilidad para seguir adelante más allá de ello. La herida o el daño es un hecho real, más a pesar de las heridas infringidas, para muchos el trauma también ha sido instructivo y correctivo (Rutter, 1993).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, indican que las instituciones de salud tienen un rol clave en este ámbito: “organizando sistemas que articulen el acceso y continuidad de la asistencia en salud”. Estos sistemas debieran dar herramientas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y cuidados paliativos contra estas enfermedades. (2011)

A través de este proyecto exploraremos los factores de la resiliencia, que pudiesen estar presentes en un grupo de adultos en estado de remisión cáncer pertenecientes a la Fundación Vi-Da, en la comuna de San Fernando VI región Chile; la cual es una institución privada sin fines de lucro que busca ayudar a personas que se encuentran en las diversas etapas de cáncer, perpetuando de esta forma la memoria de Nidia Viviana Fernández Sarpi, quien a corta edad presentó un cáncer avanzado, el que a pesar de todos los intentos y tratamientos, le arrebató la vida a los 19 años de edad. Sin embargo, Viviana nunca dudó en sonreír y ayudar a quienes compartían el dolor de sobrellevar esta enfermedad. De este modo la misión de la fundación es ayudar y apoyar a personas con cáncer de escasos recursos entregándoles las herramientas necesarias para su cuidado personal, formativo, social y espiritual, favoreciendo su autoestima y mejorando su calidad de vida a través de un equipo multidisciplinario que se encarga de proporcionar una atención integral tanto a los pacientes oncológicos como a sus familias.

1.1. Pregunta de investigación

¿Es posible observar factores de la resiliencia presentes en los pacientes de la fundación Vi-Da que se encuentran en estado de remisión de cáncer?

1.2. Objetivo general

Explorar la presencia de los factores de la resiliencia en los pacientes que en la actualidad se encuentran en estado de remisión de cáncer.

1.3. Objetivos específicos

- Describir las características de control personal, que los pacientes con cáncer en estado de remisión identifican como relevantes para el proceso de tratamiento del cáncer.
- Explorar la autoeficacia presente en los pacientes con cáncer en estado de remisión.
- Describir la visión que tenían, los pacientes con cáncer en estado de remisión, sobre sí mismos cuando se encontraban en tratamiento.
- Identificar las emociones que, según los pacientes, influyeron positivamente en el resultado del tratamiento.
- Describir la disposición frente al tratamiento contra el cáncer, que las personas que lo padecieron y se encuentran en estado de remisión, reportan haber tenido.
- Describir los estilos de afrontamiento de los pacientes que tuvieron cáncer y que se encuentran en estado de remisión.
- Explorar la relevancia que, según los pacientes, tuvo el apoyo social en el resultado del tratamiento.

1.4 Hipotesis

Según lo planteado por Williams, Unrau y Grinnell (2005), en raras ocasiones se establecen antes de ingresar en el ambiente y comenzar la recolección de los datos, sino más bien, es durante el proceso que el investigador va generando hipótesis de trabajo que se perfeccionan paulatinamente conforme se obtienen datos, por tanto las hipótesis

corresponden a uno de los resultados del estudio. De este modo, la hipótesis no es relevante para los objetivos de nuestra investigación.

Capítulo 2. El cáncer

2.1. Concepción de salud y enfermedad

La enfermedad es un proceso que está caracterizado por una alteración del estado de salud, las cuales pueden ser provocadas por diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo.

Generalmente, se entiende la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración de un sistema.

Sanz (2004), expresa que cuando la persona enferma, lo hace de forma integral, no en parcelas ni a plazos, todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. Además, propone que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor y la disnea; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono (Sanz, 2004)

En general, las «personas enfermas» actúan de una forma especial frente a su estado. La conducta de enfermedad implica cómo el enfermo controla su organismo, define e interpreta sus síntomas, adopta acciones y hace uso del sistema sanitario. Existe una gran variabilidad en la forma en la que las personas reaccionan frente a la enfermedad, tanto la propia como la ajena. La conducta de enfermedad puede convertirse en anómala cuando es desproporcionada respecto al problema presente y la persona persiste en el papel de enfermo.

2.2. La enfermedad de cáncer

El cáncer es una enfermedad genética que resulta de alteraciones en el material hereditario, es decir, cambios estructurales a nivel del ADN, los cuales pueden ser en parte heredados y en parte adquiridos en el transcurso de la vida (Arraztoa, 2004).

Este ser comprendido, como un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo. Es una enfermedad crónica y altamente dolorosa que puede agravarse, mantenerse, curarse o finalizar con la muerte. Figurando en Chile como segunda enfermedad con mayor índice de mortalidad, aumentando progresivamente en los últimos años (Minsal, 2016) y representando una prioridad de salud pública a nivel mundial y nacional.

Las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado. Sin embargo, la célula cancerosa o tumoral “pierde” la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Tal multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas tumores, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales. (Seom, 2017). Los tumores benignos son aquellos que se encuentra en una zona bien localizada y se pueden curar mediante una extirpación quirúrgica sin efectos secundarios, mientras que los tumores malignos son aquellos que pueden infiltrar las estructuras destruyéndolas; o propagarse y ocasionando, así, una muerte casi segura (Curie, 2014).

La respuesta al tratamiento puede ser completa, si se ha producido la desaparición de todos los signos y síntomas de la enfermedad, o parcial, si existe una disminución significativa de todas las lesiones mensurables. Mas dada la incapacidad actual de la ciencia para curar los tipos de cáncer más agresivos en estados avanzados de evolución, en algunas ocasiones es preferible renunciar a la intención curativa y aplicar un

tratamiento paliativo que proporcione el menor grado posible de malestar y conduzca a una muerte digna (Camargo, 2016).

El tipo de tratamiento determinará en gran medida la calidad de vida del enfermo. El tratamiento del cáncer es multidisciplinar, es decir, las distintas modalidades terapéuticas se combinan para proporcionar al enfermo el plan de tratamiento más adecuado que permita aumentar las posibilidades de curación de la enfermedad en función del tipo de tumor, las características del paciente, etc. Las principales modalidades de tratamiento son: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Aunque también puede administrarse otro tipo de terapias específicas para algunos tumores como la hormonoterapia, la inmunoterapia, el tratamiento, etc.

2.3. Remisión del cáncer

Se llama remisión a la respuesta del tumor al tratamiento. Generalmente se entiende como la eliminación del cáncer, pero ese no es siempre el caso; esta puede ser parcial, la que podríamos concebir como un período de tiempo en el que el cáncer está respondiendo al tratamiento o está controlado, es decir, el tumor se reduce, pero no desaparece por completo o total, siendo cuando el tumor desaparece por completo, tampoco aparecen signos ni síntomas de la enfermedad ni es posible encontrar células cancerosas mediante alguna de las pruebas utilizadas, no obstante, por las propias características del cáncer, a pesar de que la enfermedad se encuentre en remisión total existen una serie de secuelas propias de la misma e incluso de los tratamientos invasivos a los que se somete a los pacientes que hace que se hable más bien de enfermedad crónica, también por las posibilidades de recaída.

En el proceso y tratamientos del cáncer es más habitual hablar de tasa de supervivencia, la que consideraría la cantidad de pacientes que siguen vivos después de los cinco años

del diagnóstico, sin embargo, no establece que el cáncer no pueda regresar o que de hacerlo este requiera y responda al mismo tipo de tratamiento.

La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida como proporción de casos que logran sobrevivir un tiempo preestablecido es el indicador más importante de la eficacia del sistema asistencial en la lucha contra el cáncer, puesto que este permite reflejar en qué medida los casos son diagnosticados en un estadio potencialmente curable, así como el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos.

2.4. Calidad de vida en los pacientes con cáncer

Toda situación patológica interfiere de manera particular con la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades, la calidad de vida guarda una relación directa con la medida en que dichas necesidades son satisfechas (Arraztoa, 2004), es por tanto, que independiente del pronóstico de la enfermedad es indudable que uno de los objetivos asistenciales fundamentales debe ser la correcta calidad de vida del enfermo durante el tiempo que dure la enfermedad.

Carmona y Villegas, (2009) plantean que la mayoría de pacientes al recibir el diagnóstico de enfermedades crónicas, como el cáncer, sufren un gran impacto que altera sus procesos psíquicos, debido a que experimentan malestar emocional y que puede presentarse por un periodo corto de tiempo; o por el contrario, continúa y termina en un trastorno psiquiátrico, siendo el más común la depresión (Carmona y Villegas, 2010).

Hernández (2010), aludiendo a Beck describe que la depresión es un trastorno que altera el estado de ánimo y que puede manifestarse en diferentes grados de intensidad. Su diagnóstico depende de la existencia durante un tiempo prolongado de determinados síntomas típicos que producen malestar psicológico y dificultan en alguna medida la vida normal de las personas.

El diagnóstico oncológico, particularmente, instaura en la vida del paciente y de su familia una situación especial de pruebas, tratamientos agresivos, limitaciones físicas, cambios psicosociales, de hábitos de vida.

Piña y Sánchez (2009), plantean que cuando una persona debe afrontar una enfermedad utiliza una serie de operaciones cognitivas que repercutirá en su actitud hacia sí mismo, ante la vida y ante los demás

Frente a este tipo de escenario la Asociación Americana de Psicología (2010) indica que las intervenciones psicológicas son de muy eficaces para ayudar a las pacientes a sobrellevar el dolor y los síntomas de la enfermedad y los efectos del tratamiento, señalando que los mecanismos utilizados por los psicólogos pueden reducir considerablemente la ansiedad antes de someterse a cirugía y acompañar la quimioterapia, explicando que las intervenciones psicológicas también pueden ayudar a la mayoría de los pacientes con cáncer que {el paciente adopte nuevas conductas y así facilitar el reingreso en el mundo real una vez finalizado el tratamiento médico. Por otro lado, también señalan que el cáncer no solo afecta a la persona que padece la enfermedad, sino también, indirectamente a la familia completa.

2.5. Impacto psicosocial del cáncer

Como mencionamos en capítulos anteriores, la calidad de vida de una persona que padece cáncer puede cambiar radicalmente, no solo desde el deterioro físico provocado por la enfermedad en sí misma, sino que también implica múltiples reacciones en quien la padece. En consideración de ello, Meseguer (2003) propone diez experiencias inmediatas que el cáncer despierta entre los adultos cuando enferman, encontrándose entre ellas:

- **La pérdida de identidad.** Aunque sea de manera transitoria, los síntomas de la enfermedad, la hospitalización, el deterioro secundario causado por los

tratamientos, la baja laboral, el cese temporal de roles sociales, familiares, académicos o en el tiempo libre, tienen una consecuencia negativa en el autoconcepto. La que puede ser o no temporal, en la que adulto con cáncer deja de valorarse a sí mismo como solía hacerlo antes del diagnóstico de su enfermedad.

- **La pérdida de control.** Ocurre cuando las consecuencias de la administración de los tratamientos oncológicos, en relación con la salud y la propia vida, no dependen de las acciones voluntarias del enfermo, sino que queda fuera de su capacidad de control.
- **La pérdida de relaciones.** Aun cuando puede no ocurrir un aislamiento físico, en una primera instancia, el hecho de que su entorno no logre compartir los sus estados emocionales durante la enfermedad suele generar un aislamiento emocional y de pertenencia, siendo la consecuencia final la pérdida de relaciones.
- **La pérdida de experiencias sexuales en el futuro.** La autora, plantea que este temor es muy frecuente en pacientes de cualquier edad e independientemente del tratamiento. Sin embargo, quienes presentan más temores a perder su vida sexual gratificante suelen ser los pacientes a los que se les administra ciertos tratamientos como los hormonales en cáncer ginecológico o genitourinario, cirugías genitourinarias, o algunas digestivas.
- **La pérdida de la imagen de sí mismo.** Los pacientes con tumores de cabeza y cuello, y algunos que portan ostomías o reciben durante un largo periodo de tiempo tratamientos con esteroides e interferón, ven claramente empeorada su autoimagen. Esto, en el peor de los casos, lleva al enfermo a evitar el contacto social y cambiar su estilo de vida, lo que supone una disminución drástica de reforzadores y gratificaciones, ejerciendo un efecto perjudicial en el estado de ánimo. En este sentido, las mujeres enfermas sienten mayor malestar psicológico y peor calidad de vida que los hombres (Hagedoorn y Buuk, 2000)

- **La pérdida del estilo de vida.** Consiste en el miedo a no poder recuperar en un futuro el estilo y ritmo de vida que tenían antes de que se les diagnosticara la enfermedad. Se da producto de la interrupción de los hábitos de vida.
- **La pérdida de la capacidad de procreación,** sobre todo en parejas que se han formado otorgándole un valor central a la procreación, mostrando dificultades para contemplar otras realidades como puede ser la adopción.
- **La pérdida del proyecto vital o de futuro.** Muchos adultos ven truncada su carrera profesional por no poder competir en el momento necesario al estar en fase de tratamiento, o el proyecto de consolidar un matrimonio y una familia a medio o largo plazo se puede precipitar o anular por tomas de decisiones derivadas de la intolerancia a la excesiva incertidumbre que rodea el periodo activo de tratamiento oncológica.
- **La pérdida del sentimiento de igualdad de condiciones.** Los adultos que se habían construido unas pautas de vida más rígidas, valorando los convencionalismos sociales, como son la posición social o económica, suelen manifestar su intenso malestar por perderse esa íntima y reforzante convicción que habían de ser como todo el mundo antes de la enfermedad.
- La pérdida del esquema de valores prioritarios. A partir de la enfermedad y del proceso de tratamiento, los pacientes empiezan a valorar otros aspectos y detalles de su vida y entorno.

Capítulo 3. Resiliencia

3.1. Concepto de resiliencia

Es interesante examinar el como para una misma situación pueden emerger múltiples respuestas, como la existencia de personas que ante los riesgos e infortunios logren sobresalir, fortalecerse y crecer, mientras que otras cedan frente a las adversidades. Este fenómeno ha incitado a la búsqueda de una explicación que nos permita comprender la raíz de estas variaciones.

Walsh (2004) establece una mirada a la resiliencia desde la capacidad del individuo para superar la adversidad, resultando fortalecido y obteniendo mayores recursos personales. Sin embargo, el fenómeno de resiliencia, se relaciona con la capacidad de emerger positivamente en una situación traumática, abordando esta concepción como un conjunto de habilidades intrínsecas, dinámicas, innatas y aprendidas que pueden manifestarse en el momento en que la persona atraviese una situación de crisis y operaría desde la primicia de que la vida cada día supone escenarios en los que nuestra salud física y psicológica son puestas a prueba, pudiendo desarrollarse para todos los aspectos de la vida.

La resiliencia no está en los seres excepcionales sino en las personas normales y en las variables naturales del entorno inmediato. Por eso se entiende que es una cualidad humana universal presente en todo tipo de situaciones difíciles y contextos desfavorecidos, guerra, violencia, desastres, maltratos, explotaciones, abusos, y sirve para hacerlos frente y salir fortalecido e incluso transformado de la experiencia (Vanistaendel, 2002). Esto supone un cambio en los modos de atender y entender el trauma, considerando a la persona como un individuo activo y fuerte, capaz de sobreponerse, no estableciendo la resiliencia como absoluta ni permanente sino como una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo, que varía desde las

circunstancias y se expresa de diferentes formas según la interacción entre sujeto y entorno.

El concepto de resiliencia, sin embargo, suele ser confundido con otras terminologías que presentan ciertas similitudes en sus características, encontrándose entre ellas “La competencia social”, el cual es un concepto unido y central a la resiliencia puesto que ambos están relacionados dentro de un constructo de adaptación que representa “un buen desempeño del individuo” (Luthar, *Resilience in development: A synthesis of research across five decades.*, 2006), sin embargo, la competencia social se establece en relación a lo que la sociedad espera de una persona, mientras que la resiliencia es definida en torno a lo que se espera de una persona después de vivir un riesgo en particular; “La ego-resiliencia”, la que corresponde a un tipo de personalidad que refleja ingenio, fortaleza de carácter, flexibilidad en el funcionamiento y respuestas ante una variedad de circunstancias ambientales (Eisenberg y otros, 2004), siendo una característica de la personalidad que puede proteger a los individuos contra las experiencias estresantes (Cicchetti y Rogosch, 1997); y la “personalidad resistente” (Kobasa, 1982), que comparte con la resiliencia el atributo que presupone un riesgo pero con un grupo específico de rasgos de los individuos, más que a la combinación de riesgos, competencias y factores o recursos de protección, como ocurre en la resiliencia. Se ha encontrado que las personas con altas puntuaciones en personalidad resistente afrontan de modo adecuado el estrés, la enfermedad y a las condiciones adversas de la vida, además suelen promover estilos de vida saludable (Kobasa, 1979).

3.2. Factores de la resiliencia

Existe cierto acuerdo respecto a los recursos que potencian este factor resiliente. Autores como Greve y Staudinger (2006) y Brandtstadter y Greve (1994), señalan algunos de ellos como:

- **Afrontamiento.** Aunque el afrontamiento es una variable relacionada estrechamente con la resiliencia, sin ser sinónimo de ella; aunque Greve y Staudinger (2006) apuntaron que puede observarse una conexión entre ellas. Sin embargo, los recursos de afrontamiento carecen de factores protectores y de riesgo, siendo más una parte del proceso y de la constelación de variables que favorecen la resiliencia (Greve y Staudinger, 2006).

- **Optimismo.** Es una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y se relaciona con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peterson y Bossio, 1991). Peterson (2000), considera que el optimismo involucra componentes cognitivos, emocionales y motivacionales. Según Avia y Vázquez (1998), el optimismo es algo constitutivo de la vida y por lo tanto es posible aprenderlo. Lo definen como la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables, entendiéndolo como una dimensión de la personalidad relativamente estable; que está determinado, en parte, por la herencia y por experiencias tempranas, pero es posible en etapas maduras, aprender a visualizar las cosas de otra manera. Además, diferencian entre un optimismo absoluto e incondicional al que consideran una forma de escape patológico (Avia y Vázquez, 1998); El optimismo es una fortaleza importante que ayuda a afrontar las adversidades y tiene beneficios en la salud (Seligman, 2003). Además, tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, y actúa como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant., 1988).

- **Autoeficacia.** Bandura (1999) señala que, la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento, la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Un bajo sentido de autoeficacia se asocia con depresión, ansiedad y desamparo. Un alto sentido de eficiencia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo (Bandura, 1977)

- **Emociones positivas.** Son estados de ánimo que nos hacen sentir bien; como la gratitud, el amor, y el perdón, y pueden proporcionar a las personas experiencias

subjetivas placenteras y sensaciones de paz (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003). Se ha encontrado que las emociones positivas tienen gran importancia en los procesos de adaptación que buscan alcanzar un equilibrio, ya que facilitan las estrategias de afrontamiento adaptativas, la obtención de recursos sociales y favorecen el bienestar. Además, experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2001). Estudios han manifestado que las personas más resilientes suelen experimentar elevados niveles de felicidad y de interés por las cosas en momentos de gran ansiedad provocados experimentalmente (Fredrickson (2001); Tugade y Fredrickson, (2004)).

- **Control personal.** Refiere a las conductas utilizadas por las personas para establecer y alterar sus metas personales, optimizar sus motivaciones y recursos emocionales para poder alcanzarlas y, finalmente, mantener un control sobre su propio ambiente. (Heckhausen, 2001)

- **Apoyo social.** Esta provee recursos a través de una red social compuesta por personas cercanas y que a su vez son parte significativa de sus vidas, compuesta por miembros de la familia, amigos, pacientes, compañeros de trabajo, profesionales de la salud, esta herramienta se convierte para las pacientes en algo imprescindible en tiempos de crisis (Broche y Medina, 2011).

Las características del entorno también influyen en el desarrollo personal y en el bienestar familiar, ayudando a la construcción de la capacidad resiliente. Entre esas características destacan las condiciones de salud, la estabilidad de la residencia, la existencia de modelos positivos y los recursos, formales e informales, disponibles (Cabanyes, 2010).

- **Autoestima,** es la actitud de la persona respecto a ella misma.

3.3. Características del comportamiento resiliente

Leal (2006), propone que una persona con resiliencia poseería las siguientes características.

- **Iniciativa**

Consiste en la acción de dar comienzo a algo accediendo por voluntad propia, anticipándose a cualquier motivación externa o ajena a la propia. Se le denomina iniciativa, a la capacidad de hacerse cargo de las situaciones adyacentes ejerciendo un control positivo sobre ellos, para la cual actúa como una motivación personal hacia el realizar acciones que produzcan un sentimiento de satisfacción.

- **Capacidad de relacionarse con los demás**

Se refiere a la habilidad para balancear la necesidad propia de afecto con la actitud de brindarles a otros esa misma necesidad con el fin de establecer lazos íntimos y afectivos con otras personas más allá de su entorno. En caso contrario se espera aislamiento, como producto de una autoestima baja o extremadamente alta. En caso de autoestima baja, se puede apreciar un comportamiento de autoexclusión y en caso de ser demasiado alta puede generar rechazo.

- **Capacidad de relacionarse con uno mismo**

Según Leal, el comprenderse a sí mismo permitiría desarrollar la personalidad y fortalecer las propias debilidades, favoreciendo el ser tolerantes no solo ante situaciones simples de la vida, sino también frente a eventos traumáticos.

Según Floren (2004), disminuir la connotación negativa a las situaciones conflictivas permite el surgimiento de alternativas que permitan solucionar dichos problemas. Del mismo modo, propone que la resiliencia es una respuesta inherente al ser humano y deriva de la existencia de recursos internos de ajustes, ya sean estos innatos o adquiridos.

Capítulo 4. Resiliencia en personas con cáncer

4.1. Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento y su influencia en la salud y la oncología, ha intentado ser definida por diferentes autores.

Pelechano (2000), por ejemplo, señala a las estrategias de afrontamiento como formas particulares y específicas que movilizan a las personas con el fin de manejar a los agentes estresores; siguiendo esta línea, estas estrategias, se refieren en los pacientes con cáncer, como el proceso en que los sujetos se adaptan mediante la utilización de los procesos cognitivos y conductuales para intentar modificar la situación, ajustando efectos y emociones a modo que les permitan significar la enfermedad y poder hacer frente a la impotencia e incertidumbre sobre su futuro, así como a las dificultades para alcanzar objetivos de vida y a los cambios físicos y psicológicos. (Cieslak, Pawlukiewicz y Kleka, 2013).

Herrera y Rodríguez (2009) y Mera y Ortiz (2012), proponen que la utilización de estrategias de afrontamiento, permitirán adquirir una capacidad estabilizadora ante una situación de estrés. Por su parte Haber (2000), con relación a estudios con mujeres con cáncer de mama, señala que el modo en que la mujer logra afrontar las situaciones estresantes o traumáticas será el principal indicado para determinar cómo sobrellevará su enfermedad; y Robert y otros (2010) manifiestan que la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento en el caso del cáncer reduce la aparición de problemas en el transcurso de la enfermedad. Siguiendo esta línea Dalnim, Crystal y Thomas (2013), indican la existencia de datos que confirman que el afrontamiento emocional resulta efectivo en el proceso de ajuste a la enfermedad oncológica.

Vargas (2009) clasifica los mecanismos de adaptación como cognitivos, afectivos y conductuales. A su vez, distingue, dentro de las estrategias de afrontamiento, entre aquellas que “son adaptativas” y las “no adaptativas”.

- **Afrontamiento adaptativo:** Dentro de las adaptativas incluye la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional.

- **Afrontamiento no adaptativo:** Dentro de las no adaptativas contempla la evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. Existen estudios que muestran que las mujeres que padecen cáncer de mama y ponen en marcha estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (como son la expresión emocional y apoyo social) y centradas en el problema (como la reestructuración cognitiva), mejoran su calidad de vida y por tanto su bienestar (Mera y Ortiz, 2012).

Martín, Zainer y García (2003) identificaron que el afrontamiento pasivo, origina a un deterioro en la calidad de vida de pacientes con cáncer, relacionándose a acelerado progreso de la enfermedad y a un incremento en la tensión emocional (Manne, Glassman, y Du Hamel, 2000). Por lo que se puede deducir que el hacer frente de manera activa y buscar soluciones a las situaciones adversas de las enfermedades graves, podría ser un predictor de bienestar, mientras que afrontar de manera pasiva, aceptando la situación sin poner en marcha recursos para modificarla, tendrían el efecto contrario.

Además de los registros ya mencionados Ocampo y otros (2011), sugieren que se ha encontrado una relación positiva entre pacientes que comunicaron utilizar estrategias de afrontamiento con análisis lógico, resolución de problemas, aceptación y resignación con un mayor nivel de calidad de vida.

Según los estudios de Ortiz y otros (2014), de las estrategias de afrontamiento, las ha sido puestas en marcha más frecuentemente en los pacientes con cáncer eran la religión, la reevaluación positiva, solución de problemas y búsqueda de apoyo social.

4.2. Optimismo

Peterson (2000), considera que el optimismo involucra componentes cognitivos, emocionales y motivacionales.

El optimismo, según Fredrikson y otros, es un estado de ánimo en el que priman las emociones positivas y los pensamientos que nos hacen sentir bien; (2003). Fernández-Abascal (2013), define las emociones positivas como “un cambio fásico, concertado, generalmente adaptativo, de múltiples sistemas fisiológicos en respuesta a la evaluación de un estímulo que es valorado como agradable”. Por su parte, Avia y Vázquez (2009), postulan que las emociones son positivas, cuando la experiencia subjetiva es placentera, produce bienestar y favorecen la práctica de metas personales.

El optimismo manifiesta a través de estimulaciones diarias, pensamientos, visiones de vida, inclusive nuestra capacidad para sostenernos cuando estamos frente a adversidades (Vaughan, 2004)

Patells y Font (2014), evidenciaron que el pensar con optimismo promueve la flexibilidad en el pensamiento y la resolución de problemas basándose en estudios en pacientes con cáncer de mama, demostrando que aquellas que suelen evidenciar pensamientos positivos como quejase menos de dolencia física, presentan buena predisposición al trato médico e incluso un mayor crecimiento o resiliencia tras la recuperación. E incluso presentan menos preocupaciones relacionadas con la salud, centrándose más en el apoyo social recibido (Pastells y Font, 2014).

Vecina (2006), plantea que se ha comprobado la utilidad de las emociones positivas en la prevención de enfermedades, de modo que sería posible reducir su intensidad y duración, además de llegar a niveles altos de bienestar subjetivo. Estos efectos positivos se mantienen en el tiempo una vez que las emociones positivas cesan (Fernández-Abascal, 2013). Y permiten modificar pensamientos pesimistas, y llegar a desarrollar personalidad optimista. (Mora y Quintana, 2010).

Según Vera (2006), el optimismo calma el sufrimiento en personas que sufren enfermedades graves y favorece al bienestar en personas que no padecen dolencias. Una persona optimista experimenta un mayor bienestar y una mejora en su calidad de vida, aun sin sufrir trastorno alguno; una persona optimista tiende a ajustarse a la enfermedad y con ello a recobrar la calidad de vida que poseía antes de padecer la enfermedad (Pastells y Font, 2014)

Pastells y Font (2014), afirman que el optimismo se relaciona con una mejor resistencia a los efectos psicológicos sufridos por el cáncer. Además, ser optimista implicaría un aumento de los hábitos saludables y una disminución del sufrimiento en las mujeres que padecen esta enfermedad (Mora y Quintana, 2010).

Sin embargo, el optimismo es más que solo la actitud frente a las adversidades de la vida, al conflicto sin solución, es también la perspectiva de vida que favorece la búsqueda y la aplicación de soluciones dotadas de sentido que muchas veces puede considerarse insuperables (Anolli, 2010), el optimismo está ligado con la capacidad de construir y sostener ilusiones o proyecciones por las que nos motivamos a batallar y alcanzar objetivos.

4.3. Autoeficacia

Bandura (2001), señala que el verdadero activador de la agencia humana son las creencias de eficacia, ya que la creencia de las personas de que ellas pueden, a través de sus acciones, obtener resultados deseados y prevenir aquellos que les sean perjudiciales, incentiva sus actos y les permite perseverar a pesar de las dificultades. Así, el sentido de eficacia determinara, en gran medida, los desafíos que van a emprender, cuánto esfuerzo van a gastar en el intento, cuánto tiempo van a perseverar frente a los obstáculos y fracasos y si estos fracasos son motivadores o desmoralizadores para ellas.

Lev y Owen (2000) señalan que el incremento de la autoeficacia está asociado a un incremento de las conductas de autocuidado y calidad de vida, y a una disminución de los síntomas de angustia.

Hirai y otros (2002) proponen la existencia de una fuerte relación entre el sentido de autoeficacia y ajuste psicológico, señalando que la autoeficacia actúa como mediador positivo entre la condición física y el ajuste psicológico, incluso en enfermos terminales de cáncer.

La autoeficacia puede influir también en la salud a través de sus efectos emocionales, pues actúa en gran medida como modulador del impacto emocional y la reactividad fisiológica inducida por los estresores psicosociales. Es decir, esta vía alude a la capacidad de la autoeficacia para aminorar la reacción orgánica ante el estrés (Gil, 2003)

Porter y otros (2008), plantean que una alta autoeficacia en el paciente está relacionada con bajos niveles de dolor, fatiga, angustia psicológica y alta calidad de vida. Este estudio muestra también la influencia de la autoeficacia de los cuidadores en los enfermos a los que atienden y viceversa. Así, observan que cuando paciente y cuidador tienen una autoeficacia más baja, los pacientes presentan un mayor nivel de ansiedad y peor calidad de vida que cuando ambos tienen una alta autoeficacia; y, que pacientes con cuidadores con alta autoeficacia presentan un mayor bienestar físico y funcional y bajos síntomas depresivos, que pacientes con cuidadores con baja autoeficacia

4.4. Emociones positivas

Para Gross y Thompson (2007) y Porro y otros (2012) , la emoción comienza con una evaluación tanto de las señales contextuales que se encuentran presentes en el entorno, como de las internas al propio individuo. Una vez atendidas y evaluadas, estas señales desencadenan un conjunto coordinado de respuestas que involucran a la experiencia

subjetiva, el sistema fisiológico y el conductual. Tras esto, tales respuestas se pueden modular de diversas maneras.

Sroufe (2000), define a la emoción como una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente caracterizado por cambios de orden fisiológico, experiencial y conductual. Destacando la característica subjetiva de la emoción y connota una relación entre la persona y el suceso, acentuando la valoración subjetiva del individuo; precisando que un mismo suceso puede despertar diferentes reacciones emocionales en diversas personas o incluso en la misma persona a través del tiempo y en contextos diferentes. Siguiendo esta misma línea, Lazarus (2000), señala que la emoción es el resultado de un proceso de evaluación cognitiva sobre el contexto, sobre los recursos de afrontamiento y sobre los posibles resultados de dichos procesos. Las emociones estresantes o negativas se originan por la imposibilidad de alcanzar un objetivo y las emociones positivas resultan de los progresos hechos en dirección hacia la gratificación del objetivo. El autor además plantea que Algunas emociones positivas como la alegría, la felicidad, la serenidad y la satisfacción personal, surgen como consecuencia de vivir situaciones favorables, otras, como la esperanza y el alivio, son desencadenadas por condiciones vitales desfavorables y otras, como la simpatía y la gratitud son consecuencia de empatizar con las respuestas o reacciones de los otros (Lazarus, 2000).

Una de las estrategias que mayor apoyo empírico y experimental ha presentado es la supresión de la expresión emocional proponen Porro y otros (2012); Esto consistiría en la inhibición del curso expresivo conductual de la experiencia emocional. (John y Gross, 2004).

Los autores Gross y John (2003) indican que, el utilizar determinadas estrategias de regulación emocional resulta un componente fundamental del bienestar psicológico. Por ejemplo, el uso crónico de la supresión emocional se ha asociado con resultados contraproducentes para dicho bienestar psicológico, mientras que la expresividad emocional, entendiéndose como cambios conductuales que suelen ir acompañados de las

emociones, incluyendo el rostro, la voz, los gestos, la postura y el movimiento del cuerpo; ha producido el resultado contrario.

Porro y otros (2012) estudiando a pacientes enfermos de cáncer y a personas sin diagnóstico de tal enfermedad, obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la frecuencia de uso tanto de la supresión, como de la expresión emocional. Los pacientes oncológicos utilizaban más la supresión emocional como estrategia de regulación emocional que el grupo de comparación. A su vez, expresaban menos sus emociones negativas que los no diagnosticados de dicha enfermedad. Esto podría ser indicativo de que el suprimir las emociones y no expresar abiertamente las emociones negativas, podrían constituir un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

De dicho estudio concluyen, que la supresión emocional ha sido considerada una variable psicológica que notoriamente afecta el ajuste psicosocial en personas con cáncer, y que podría mediar en los resultados de su padecimiento a nivel físico y por tanto ha sido una de las variables que más interés ha despertado en la investigación psicosocial en pacientes con cáncer (Porro, Andrades y Rodríguez, 2012)

Mora y Quintana (2010) añaden que otro de los beneficios de las emociones positivas tiene que ver con la salud directamente, ya que producen un mayor bienestar, calidad de vida y supervivencia. Fernández-Abascal (2013) también habla de la capacidad que poseen las emociones positivas, creando pensamientos más flexibles, entendiendo de manera más sencilla situaciones complejas y produciéndose un mayor distanciamiento emocional de sucesos negativos, que conllevan estrés. Arrayales y otros (2015) , hablan de la disminución significativa de los niveles de cortisol, y la mejora de la función del sistema inmune, a partir de la experimentación de emociones positivas.

Por su parte Vecina (2006), afirma que las consecuencias de las emociones negativas se ven reducidas al sentir emociones positivas y, por tanto, hay menos deterioro del sistema cardiovascular. El autor apoya la idea de que las emociones positivas crean reservas de recursos para enfrentarnos al futuro, afirmando que las emociones positivas ayudan tanto

a mejorar la capacidad de afrontamiento, como la resistencia personal y la resiliencia psicológica, cuando la persona se encuentra ante situaciones adversas. (Vecina, 2006)

4.5. Control personal

El control personal ha sido planteado como la activación y uso de determinadas estrategias que las personas ponen en marcha para transformar o modificar el curso, la intensidad, la calidad, duración y la expresión de las experiencias emocionales en pos del cumplimiento de objetivos personales (Cole, Martin y Dennis, 2004).

Visdómine y Luciano (2006), intentan relacionar las teorías de reforzamiento y las teorías cognitivas, destacando las expectativas de los individuos, las competencias percibidas y la autorregulación.

Heckhausen (2001), describen que los esfuerzos destinados para equilibrar el curso de la vida y su ambiente son circunstanciales a las conductas de las personas para establecer y modificar sus metas personales, optimizar sus motivaciones y recursos emocionales, así como hacer lo necesario para alcanzar dichas metas y, finalmente, mantener un control sobre su propio ambiente.

Además, propone un modelo en el que distingue dos formas principales de control, el primario y el secundario. El control primario se refiere a seleccionar las necesidades y compensar las consecuencias negativas de las pérdidas y del fracaso, esto a su vez ayudará a alcanzar el control secundario, el que está dirigido al mundo interno del individuo y pretende optimizar sus motivaciones y regular sus emociones.

Para ello, es requerido activar mecanismos de regulación que permitan guiar los esfuerzos hacia objetivos alcanzables, soltándose de aquellos que no lo sean. Con ello postula que si bien, dichas acciones no son adaptativas en sí mismas, si lo serian en un contexto de oportunidades y limitaciones en el que el control primario ocurre; y por

tanto, el sistema de control no puede funcionar adaptativamente sin un proceso de orden superior al que denomina “optimización” y que es el encargado de seleccionar y dirigir dichos esfuerzos posibilitando la activación de estrategias de control (Heckhausen, 2001).

El proceso de optimización planteado por Heckhausen (2001), se basaría en tres principios:

1. Seleccionar y adaptar objetivos, tomando en cuenta las consecuencias a largo plazo y las posibilidades de llevarlos a cabo.
2. La necesidad de evaluar y considerar lo positivo y lo negativo de las opciones disponibles.
3. La existencia de múltiples opciones posibles, para evitar la vulnerabilidad que podría ocasionar el fracaso de alguna de ellas.

4.6. Apoyo social

El proceso del tratamiento oncológico, así como el sufrimiento que este conlleva, señalan Pérez y Rodríguez (2006), genera en el paciente el la sensación de que cualquier acción que se realice, resulte de suma importancia y va a ser recibida como algo de gran valor, por tanto, el apoyo social funciona como un importante “amortiguador” frente al estrés, sirviendo como una herramienta importante de ayuda. Relatan además que durante el tratamiento se genera un desorden que afecta el diario funcionamiento del individuo, pudiendo perturbar el desempeño en el trabajo, en las interacciones sociales, relaciones familiares y en los propios sentimientos que tenga el individuo sobre sí mismo.

Gómez y Lagoueyte (2004) y Saucedo y Maldonado (Saucedo y Maldonado, 2003), concuerdan en que la familia, aun en medio de esta situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento al problema, teniendo como resultado el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. De este modo, la familia misma, proporciona un ambiente favorable para enfrentar la situación, permitiendo la participación de sus miembros y la colaboración.

La dinámica familiar, constituye un rol importante para la atención durante la enfermedad y el tratamiento, y también actuaría como un factor determinante para los resultados positivos o negativos de la recuperación. Para Días y Vásquez (2012), absolutamente todos los elementos de la dinámica familiar operarían tanto en factores positivos como negativos al proceso de recuperación que viven las pacientes.

Los componentes del apoyo social; el concepto de soporte social y su operacionalización puede ser organizada en tres categorías amplias: redes sociales, soporte social percibido, y soporte social efectivo.

Redes sociales: es el concepto referido a las conexiones que los individuos tienen para significar a otros en su medio ambiente social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad.

Soporte social: Las teorías sobre el soporte social están de acuerdo en considerar que las redes sociales proveen un número de funciones de soporte a los cuales los individuos recurren cuando la necesitan; tales como los amigos, la pareja, los parientes, etc. Aun cuando algunas de ellas no necesariamente den soporte, la vinculación significativa a un conjunto de personas provee de seguridad para afrontar la vida personal. (Alonso, Menedez y Castro, 2013); El apoyo social percibido se refiere a confianza de saber que tendrá apoyo social si la persona lo necesitase. Y finalmente, el apoyo social efectivo: Acciones que otros realizan para dotar de asistencia a una persona concreta

Por otro lado, el apoyo social también puede ser comprendido en dos grandes dimensiones:

Según Alonso y otros (2013), el apoyo social estructural, más conocido como red social, se refiere a la cantidad de relaciones sociales o el número de personas a las que puede recurrir el individuo y la interconexión entre estas redes para ayudarle a resolver los problemas que le surjan, además, la red social de cada persona tendrá unas características diferentes en cuanto a composición, densidad, parentesco, tamaño, etc. y dependiendo de las misma podrán solventarse unas necesidades u otras. Además, se debe tener en cuenta la importancia de las características estructurales de la red social (tamaño de la red, porcentaje de familiares, densidad de la red, etcétera) para poder comprender el contexto interpersonal en el que el apoyo social tiene lugar, pues si bien es cierto que las redes sociales amplias tienen un potencial mayor para proporcionar apoyo, no es menos cierto que también puede implicar mayores demandas, presiones y responsabilidades (Gracia, Herrero y Musitu, 2002) El apoyo social funcional está relacionado con la percepción subjetiva de la persona en cuanto a disponibilidad de los demás hacia ellas y la percepción de ser querido o tener la sensación de pertenencia a esa red. Este tipo de apoyo está conformado por cinco componentes distintos, aunque no todos los autores están de acuerdo en esto.

Alonso y otros (2013) y Garcia y otros (2002) Las dimensiones son las siguientes:

- **Apoyo emocional:** relacionado con el cariño y empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.
- **Apoyo informativo:** se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

- **Apoyo instrumental:** es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.
- **Apoyo afectivo:** se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.
- **Interacción social positiva:** la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc.

Noll y Kupts (2007) y González-Arratia, Nieto y Valdez (2011) , plantean en estudios en niños con enfermedades oncológicas, que el apoyo parental actuaría como factor de protección que ayuda al niño a soportar los retos que plantea la enfermedad y hacerles emocionalmente más fuertes. Este apoyo incondicional de los padres, observado por los niños, puede ser la clave que les permita abrirse hacia ellos y expresarles sus sentimientos y preocupaciones.

4.7. Autoestima

Raich (2000), propone la idea de imagen corporal como la percepción que tienen las personas tanto de su cuerpo a nivel global, como de cada una de sus partes, del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, y valoraciones que se llevan a cabo, se sienten y el modo de comportarse derivado de dichas cogniciones y sentimientos.

La autoestima implicaría la valoración positiva o negativa que una persona tiene de sí misma, los sentimientos y significaciones que establece sobre las características personales y la valencia afectiva de estos, es decir, el grado de satisfacción que una persona tiene consigo mismo (Mora y Raich, 2010).

Existen evidencias de que las mujeres enfermas de cáncer de mama que son sometidas a cirugía conservadora presentan mejores niveles de autoestima, que las que se someten a Mastectomía (Die, A. y Die, J, 2003).

Sebastián (2003), realiza un estudio de la enfermedad en mujeres con cáncer de mama, dando cuenta de la influencia tanto física o emocional que ocasiona el proceso mismo del tratamiento, afirmando que los tratamientos que reciben las mujeres con cáncer de mama, como son la quimioterapia o la radioterapia, también tienen una importante repercusión en la imagen corporal de las mujeres, además de en su libido y fertilidad, disminuyendo por tanto, sus niveles de autoestima. Con ello busco abordar no el decremento en la autoestima por los cambios físicos que produce la quimioterapia, sino también a los efectos secundarios que tiene, tales como fatiga, cansancio o de la libido, lo cual les hace sentirse menos satisfecha consigo misma.

(Font y Cardoso, 2009), enfocándose también en los estudios de mujeres con cáncer de mama, señala que es frecuente que el diagnóstico de cáncer de mama y los tratamientos que se aplican a las pacientes para paliarlo afecten a su autoestima, con ideas de distorsión de su imagen corporal, subvaloración, disminución o pérdida de la libido, rechazo inicial ante el apoyo emocional de la pareja y familias, así como los sentimientos de inferioridad que aparecen al compararse con mujeres que no padecen la enfermedad, y por ende no presentan los cambios físicos provocados por los tratamientos.

Capítulo 5. Referentes metodológicos

5.1 Marco metodológico

- **Diseño de investigación**

La presente investigación responde a una investigación cualitativa- fenomenológica, con el fin de explorar los factores de la resiliencia presentes en pacientes de la fundación Vi-Da, ubicada en la comuna de San Fernando, que tuvieron cáncer y que pasaron por el proceso de la enfermedad, encontrándose actualmente en estado de remisión y la posible relación con la resiliencia.

5.2. Participantes: descripción y obtención de los participantes

- **Población**

- Personas que se encuentra en proceso de remisión de cáncer y tratamiento psicológico en la fundación VI-Da, San Fernando, Chile.
- Unidad de análisis: Pacientes con remisión de cáncer y seguimiento psicológico, pertenecientes al centro VI-DA, de la comuna de san Fernando, Chile.

5.3. Elaboración de la muestra

- **Muestra**

- Se determinó un tipo muestra no probabilístico-homogéneo orientado hacia la investigación

- Se consideró una muestra de tres sujetos que se encuentra en estado de remisión de cáncer (no especificado), que mantienen tratamiento psicológico y/o seguimiento por parte de la fundación mencionada y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.
- Los participantes de esta constituían una muestra homogénea, dado que todos se encontraban en estado de remisión de cáncer y formaban parte de la institución mencionada.

La cantidad de sujetos que participaron como muestra de nuestra investigación fue determinada por la capacidad operativa de recolección y análisis, influido por los plazos en los que pudimos realizar dichas entrevistas y la disponibilidad de los sujetos en las fechas planteadas, por otro lado, las respuestas obtenidas mediante las entrevistas lograron obtener un entendimiento del fenómeno de estudio de nuestra investigación al responder a nuestros objetivos determinados.

Criterios de inclusión

- Personas que padecieron cáncer y que se encuentran en proceso de remisión en el momento de muestreo, pertenecientes al centro VI-DA, de la comuna de San Fernando, Chile

Criterio de exclusión:

- Pacientes de la fundación que en la actualidad se encuentren en una etapa frágil emocionalmente del tratamiento psicológico, según psicólogo tratante, el que podría tener efectos negativos sobre ellos.
- Personas que lleven menos de un mes dentro de la fundación VI-DA.
- Personas que llevan un período menor a un mes en remisión del cáncer.

5.4. Procedimientos y/o instrumentos para recolección de datos

Se realizó una entrevista cualitativa-semiestructurada en profundidad a una muestra constituida por tres de los pacientes de la fundación VI-DA, ubicada en la localidad de San Fernando, Chile, los cuales en la actualidad se encuentran en estado de remisión de cáncer (No especificado) y mantienen tratamiento psicológico y seguimiento por parte de dicha institución. Este método de recolección de datos se sustenta en los propósitos de nuestra investigación dado que pretendemos comprender más que explicar y obtener respuestas subjetivamente honestas que nos permitan flexibilidad en la exploración de la investigación.

Los pacientes que participaron de la entrevista fueron seleccionados por el vicepresidente de la fundación según los criterios de selección que designamos. Estos fueron citados por las investigadoras vía contacto telefónico proporcionado por el establecimiento, con el fin de coordinar una entrevista voluntaria, individual, confidencial, la cual fue realizada dentro de la misma institución.

La entrevista se realizó en la fundación misma puesto que constituye en un lugar privado y tranquilo en que los pacientes pudieran sentirse a gusto y tuvo una duración aproximada de 30 minutos y está compuesta por una lista de preguntas hacia los participantes, las cuales fueron variando según el relato de estos, con el fin de recopilar la mayor información posible respecto a su experiencia personal en el proceso de remisión del cáncer. (Listado de preguntas en anexo 1).

Puesto que una de las integrantes del grupo, trabaja como psicóloga dentro de la fundación, aclaramos que los sujetos que cooperaron como entrevistados para nuestra investigación no son pacientes de dicha investigadora.

5.5. Aspectos éticos

Solicitamos, mediante un documento, permisos a las autoridades pertinentes (Gerente del área Médica y social de la fundación VI-DA, de la comuna de san Fernando, Chile, Katalina Duarte Paredes), para proceder a realizar entrevistas a los pacientes ya seleccionados. Además, se les proporcionó a los participantes un consentimiento informado en el que se les explicó tanto el procedimiento a llevar a cabo, como los propósitos de la investigación y notificó que dicha entrevista corresponde a un proceso voluntario del que podían retirarse cuando lo desearan sin tener consecuencias negativas para ellos. A los pacientes que estuvieron de acuerdo con dicho consentimiento informado, se les solicitó firmar dejando un registro de ello.

La entrevista fue grabada y guardada de forma segura en un computador, siendo transcrita de forma anónima (sin ocupar los nombres de los pacientes), se guardará por un período de 6 meses y luego será destruida. No obtuvieron recompensas ni a los sujetos ni a la institución, sin embargo, se dejará una copia de nuestro proyecto de investigación a disposición de la fundación para ser utilizado según lo deseen.

5.6. Estrategia de análisis de datos

Nuestro proceso de estudio se basó en la “reducción” e “interpretación” de datos, mediante un análisis de tipo fenomenológico centrado en sujetos que hayan padecido cáncer y en la actualidad se encuentren en estado de remisión y considerando a aquellos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Una vez obtenidos los datos requeridos, se efectuó una transcripción de las entrevistas documentadas, con el fin de desarrollar un análisis exhaustivo del lenguaje verbal de los sujetos de estudio; conjunto a ello, se elaboró una bitácora de análisis con las observaciones y alcances personales que surgieron durante el proceso de transcripción.

Posteriormente discriminamos la información obtenida a través de un proceso de codificación y categorización de los datos de acuerdo a los conceptos de los factores de la resiliencia determinados por el marco teórico de nuestra investigación siendo estos: control personal, autoeficacia, autoestima, emociones positivas, optimismo, afrontamiento y apoyo social; los que a su vez originaron subcategorías, generando un análisis más íntegro hacia sus relaciones, separando la información relevante y eliminando la que no lo es, es decir, relacionamos los resultados obtenidos con antecedentes teóricos y empíricos presentados.

Durante dicho proceso los conceptos categorizados fueron subrayados por medio de colores, que nos facilitó su división y reasignación a la categoría correspondiente.

Finalmente ejecutamos un análisis crítico de la información, apoyada en los elementos de las entrevistas y de los criterios propios de los investigadores, estudiando por párrafos según la temática conceptual asignada, efectuando un estudio reflexivo de este a través de un análisis del contenido de las narraciones de los pacientes de dicha fundación, con énfasis en la experiencia personal de cada entrevistado explorando el pensamiento humano y la valoración de los relatos redefinidos por ellos.

Capítulo 6. Resultados y análisis conclusivos: Factores de resiliencia en pacientes en estado de remisión de cáncer

6.1. Afrontamiento

De lo acuerdo al análisis de los relatos obtenidos, podemos evidenciar que el afrontamiento, aparece como una respuesta condicionada a la probabilidad de obtener resultados positivos hacia el tratamiento y no como una característica innata a los sujetos de estudio, sin embargo, si actúa como un factor importante tanto para su tratamiento y recuperación desde su apreciación personal, moviéndola hacia acciones concretas como acceder y/o permanecer a los procedimientos médicos para su recuperación.

Se menciona: “...lo tome en dos partes ósea el extremo que es muy negativa y después cuando vi los resultados que tenían estos y empecé a investigar y ahí positiva cien por ciento, me entregue entera a lo que fue al proceso de recuperación a todo a la parte médica a todo, todo, todo, las comidas todo, mi familia igual me apoyaba en eso en que tenía que estar comiendo ciertas cosas, eh y entera y todo marchábamos al cien por ciento de mi enfermedad y de mi recuperación”. (Entrevistada 1)

Siguiendo los planteamientos de Pelechano (2000), las estrategias de afrontamiento como formas particulares y específicas que movilizan a las personas con el fin de manejar a los agentes estresores; estas estrategias, en los pacientes, se refieren con cáncer, como el proceso en que los sujetos se adaptan mediante la utilización de los procesos cognitivos y conductuales para intentar modificar la situación.

“aceptación también, aceptación , pero una aceptación analizada, ósea me preocupe de saber mucho, haber, yo siempre le he planteado a los oncólogos y a los médicos, radiólogos por ejemplo, que me han tenido que ver que de que a mí me ponen las cartas sobre la mesa ya, para ver que riesgos y que otras consecuencias podía traer, etc.,

informarme mucho, y esto entonces el informarme mucho me dio herramientas para poder trabajar mi cáncer, en forma volvemos a la palabra actitud positiva”. (Entrevistada 2)

Además, podemos establecer que las personas pueden exteriorizar tanto un estilo de afrontamiento no adaptativo como adaptativo en el proceso de la enfermedad, pudiendo esto estar influenciado por el desconocimiento de la misma y el miedo; y pudiendo no siempre ser conscientes de la existencia de un cambio de actitud.

Como podemos observar en el Entrevistado 3, el afrontamiento puede no aparecer como una respuesta inmediata:

“entonces sobresalía más el poroto ya no era un poroto, era un huevo con venitas y duro, muy duro, llego a medir 6 centímetros, bueno cuando me dijeron que tenía cáncer, tenía como milímetros empezó media 23 milímetros, todo te lo ponen en milímetros y en la ecotomografía mamaria parecía como un riñón por dentro, la forma de un riñoncito para mí, hacia adentro y hacia afuera era una pelota, así que napo, apechugar al tiro no más” (Entrevistada 3).

Mas esto no sería concluyente para fijarlo como un estilo de afrontamiento único o determinante para los sujetos de análisis.

“Llegaba aquí como pirinola como tres días después de tres días caí como, tampoco me caí, sino que era esa sensación de cuando te da gripe, los dolores del cuerpo, desganaada estuve tres días, pero yo igual me levantaba hacia mis cosas trataba de no hacer mucha fuerza, pero era eso, de la gripe y después al cuarto día yo re bien”. (Entrevistada 3)

Para Cieslak Pawlukiewicz & Kleka (2013), las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer, apuntan al proceso de adaptación mediante el cual se utilizan procesos cognitivos y conductuales para intentar cambiar la situación, ajustando efectos y emociones a modo que les permitan significar la enfermedad y poder hacer frente a la

impotencia e incertidumbre sobre su futuro, así como a las dificultades para alcanzar objetivos de vida y a los cambios físicos y psicológicos.

“Busque solución me opere en Santiago...me fui la quimio al todo salí también de eso y después que salí de ahí recupere mi voz y dije no”. (Entrevistado 1)

Por otro lado, el estilo de afrontamiento de los pacientes estudiados no actuaría como un factor independiente, sino que estaría directamente relacionado con otros factores como el apoyo social, la autoeficacia, el optimismo, entre otros.

“Mi hija me pregunta: ¿Mama tú tienes cáncer?- Y ahí mi hija se me pone a llorar- ellos son totalmente diferentes, y ahí dije: yapo esta es la hora entonces... le dije: saben, si tengo cáncer - y yo firme, fuerte, nada de lágrimas y tenía que hacerlo para darle contención a ellos - y le digo: ya vamos a conversar de esto - mi hija llorando al lado y mi hijo ahí pálido - y les digo: se acuerdan que me salió un porotito que me salió en la pechuga saben que, si tengo cáncer”

De acuerdo con las evidencias presentadas con anterioridad, a través de las entrevistas y relacionándolas con marco teórico de la investigación, se puede identificar la presencia del afrontamiento como factor de la resiliencia presente en el caso, además de determinar que el afrontamiento constituye un factor clave tanto para el inicio como para el desarrollo del tratamiento.

Haciendo distinción entre dos conceptos:

- Afrontamiento cognitivo: *“Llegaba aquí como pirinola como tres días después de tres días caí como, tampoco me caí, sino que era esa sensación de cuando te la gripe, los dolores del cuerpo, desganaada estuve tres días, pero yo igual me levantaba hacia mis cosas trataba de no hacer mucha fuerza pero era eso, de la gripe y después al cuarto día yo re bien”. (Entrevistada 3)*
- Afrontamiento conductual: *“Busque solución me opere en Santiago...me fui la quimio al todo salí también de eso y después que salí de ahí recupere mi voz y dije no”. (Entrevistado 1)*

6.2. Optimismo

Según el relato de las entrevistadas se puede comprender que el optimismo forma parte fundamental en sus vidas y en su lucha contra la enfermedad de cáncer, actuando como un factor motivador, favoreciendo la salud mental y permitiéndoles aceptar la enfermedad como algo que forma parte de sus cuerpos pero que no las define, además de impulsarles a predisponerse a los elementos positivos del entorno y resignificar las condiciones adversas.

Los antecedentes propuestos en el marco teórico indicarían, que las pacientes con cáncer de mama que suelen evidenciar pensamientos positivos suelen quejarse menos de dolencia física, presentan buena predisposición al trato médico e incluso un mayor crecimiento o resiliencia tras la recuperación. E incluso presentan menos preocupaciones relacionadas con la salud, centrándose más en el apoyo social recibido.

Podemos observar, que esto aparece el en relato de la entrevistada, cuando ella menciona:

“dije: esto no me la va ganar y empecé a buscar soluciones”. “Perdí amigas, pero gane la fundación que es mi segunda casa, mi segunda familia, entonces eso se valora también po es lo que yo veo. (Entrevistado 1)

El factor optimismo en la paciente, aparece como un motor que la ayuda a visualizar lo bueno que puede emerger de la situación adversa vivida, centrándose en el apoyo social, en la confianza su capacidad personal de sobreponerse y en el poder tener los recursos necesarios como una “suerte” por sobre la posibilidad de otros; como se puede observar en su narración:

“dije no, esto tiene solución y solución parte de uno, yo sé que hay gente que no tiene los medios para tratarse”. (Entrevistado 1)

En la narración, además, podemos identificar que su disposición a la superación de la enfermedad se encontraría sustentada por el apoyo social recibido, los sentimientos hacia sus seres queridos y por el objetivo de luchar no solo por sí mismos, sino también por su entorno y por las personas que se encuentran en la misma situación de la enfermedad, otorgándole a su vez la connotación de “ser posible” y enviando un mensaje hacia aquellos que no se sienten capaces.

Vecina (2006), ha comprobado, la utilidad de las emociones positivas en la prevención de enfermedades, de modo que sería posible reducir su intensidad y duración, además de llegar a niveles altos de bienestar subjetivo.

En el relato de la entrevista 3 podemos apreciar el cómo el optimismo, los pensamientos positivos y la autoeficacia, influyen positivamente en su modo de enfrentarse a la enfermedad, permitiéndole visualizarse como alguien capaz de superar la adversidad de su situación.

Desde esta perspectiva para la paciente el sentido de optimismo está relacionado según lo que Pastells y Font (2014) en la que el optimismo estaría sustentado con una mejor resistencia a los efectos psicológicos sufridos por el cáncer. Además, ser optimista implicaría un aumento de los hábitos saludables y una disminución del sufrimiento en las mujeres que padecen esta enfermedad (Mora y Quintana, 2010)

“ehm, yo creo que estoy enfrentando súper bien el que estoy llegando a la última etapa de mi vida no, por edad me refiero, lo estoy enfrentando bastante bien” (Entrevistada 2)

Además, por lo recopilado en el texto, se puede apreciar que el factor optimismo está relacionado con sentido de lucha y la disposición a superar los obstáculos y superar la enfermedad. en buscar iniciativas propias por ella misma para llevar sus objetivos y alcanzar sus metas.

“Súper positiva, súper alegre, súper luchadora, eh con ganas, con toda la pachorra que puedo dar y puedo sacar” (Entrevistado 3)

“llegaba donde mi mama y le decía mama llegue bien, estoy súper bien ,me fue súper, como si fuera una visita de cualquier otra cosa, después me venía aquí a la fundación, aquí me llenaba, me reía, conversaba, venía a los talleres, me olvidaba del asunto que tenía q entre comillas lo había pasado mal, porque no lo pase mal, en mi experiencia no lo pase mal, llore lo que tenía que llorar, pero en el momento de lo que tenía que ver con quimio radio yo lo pase bien, por eso te digo en la primera quimio se redujo al máximo, así a la primera, entonces no lo podían creer los doctores” (Entrevistado 3)

6.3. Autoeficacia

En el relato presente a través de la entrevista, podemos identificar características de autoeficacia alta y baja. Apareciendo tres elementos fundamentales de autoeficacia que marcarían una diferencia en los componentes de las narraciones, siendo estos: Sentido de autoeficacia alto, sentido de autoeficacia alto y el nivel de autoeficacia de los cuidadores o entorno cercano.

Un sentido bajo de autoeficacia aparece en las primeras partes de la narración de la entrevistada 1, como, por ejemplo, cuando ella relata:

“yo pensaba que me iba a morir de esto”, con lo que también da cuenta de las características de un sentido de autoeficacia bajo (mencionados en el marco teórico), siendo estas manifestadas tanto emocional como físicamente”. (Entrevistada 1)

“estuve 3 meses muda eso me paso la cuenta, y nada po salí estuve con una depresión horrible”. “...para mí fue muerte...muerte, porque lo asociamos al cáncer con muerte, pero no es así hoy en día no es así pero también yo creo que va en la parte anímica de uno como lo tome...” (Entrevistada 1)

Mientras, que, por otro lado, la entrevistada 2, evidencio mantener un sentido de autoeficacia enfocado a la realidad y sus capacidades personales.

La autoeficacia puede influir también en la salud a través de sus efectos emocionales, pues actúa en gran medida como modulador del impacto emocional y la reactividad fisiológica inducida por los estresores psicosociales (Gil, 2003).

“eh, es una pregunta compleja porque esto es un proceso en realidad, no es que uno parta teniendo en este caso una actitud positiva, sino que se va uno asumiendo la enfermedad y analizando de qué manera lo puede enfrentar, ya, pero yo diría que la actitud positiva es muy importante, desde luego la serenidad frente a un diagnóstico tan terrible como es la palabra cáncer eh, un deseo de vivir pero de vivir bien, con alegría de vivir... ehm... un tratar, una evolución espiritual que le ayude también a uno el soportar esta dramático diagnóstico, yo diría que por ahí va la cosa.” (Entrevistada 2)

“sigo haciendo cosas, sigo siendo muy activa, me muevo por todas partes sola, viajo a Santiago una o dos veces al mes sola, hago todas mis cosas sola”. (Entrevistada 2)

Lev y Owen (2000) señalan que el incremento de la autoeficacia está asociado a un incremento de las conductas de autocuidado y calidad de vida, y a una disminución de los síntomas de angustia.

“...cambio, yo no dije no po dije no, voy a salir adelante, voy a seguir, voy a seguir, y seguí ,seguí hasta aquí gracias a Dios...en todo , todo, en mi actuar mi pensar la manera de ver la vida, claro que hay días que uno se decae porque eh la tiroides es una enfermedad de mierda persona la expresión, pero a ti te colapsa de repente hay días que uno que anda súper bien y otros días que no vales nada, pero todo tiene solución y uno tiene que superarse, pero uno tiene que tener las ganas de vivir de mirar la vida levantarse ver el día que esta soleado, con lluvia con lo que sea y ver que tenemos una perspectiva por delante, salir adelante la verdad”. (Entrevistada 1)

“y yo dije me voy a morir, pero claro a lo mejor a mi familia le demostraba que estaba fuerte pero mi subconsciente decía no, tengo que salir tengo que salir o me voy a morir pero resulta que no po que no fue así, tenía muchas expectativas de hecho ahora tengo pronósticos que en 25 años me podía volver el cáncer sino me cuido, pero lo que yo lo

que más hago es cuidarme sigo al pie de la letra los remedios , en ayuna, los controles, todo. Cada 6 meses y nunca he dejado y no he tenido ningún problema”. (Entrevistada 1)

Hirai y otros (2002) proponen la existencia de una fuerte relación entre el sentido de autoeficacia y ajuste psicológico, señalando que la autoeficacia actúa como mediador positivo entre la condición física y el ajuste psicológico, incluso en enfermos terminales de cáncer.

Porter y otros (2008), plantean que una alta autoeficacia en el paciente está relacionada con bajos niveles de dolor, fatiga, angustia psicológica y alta calidad de vida. Este estudio muestra también la influencia de la autoeficacia de los cuidadores en los enfermos a los que atienden y viceversa. Así, observan que cuando paciente y cuidador tienen una autoeficacia más baja, los pacientes presentan un mayor nivel de ansiedad y peor calidad de vida que cuando ambos tienen una alta autoeficacia; y, que pacientes con cuidadores con alta autoeficacia presentan un mayor bienestar físico y funcional y bajos síntomas depresivos, que pacientes con cuidadores con baja autoeficacia

“eh si yo iba a sanarme, no iba a sufrir, entonces cuando vas con esa mentalidad obvio es mucho más fácil, yo salía llena de energía, bueno yo me traslada con mi hermano mi mamá súper aprensiva, porque te dicen que te va a pasar de todo malo, diarrea los vómitos eh que te vas a desvanecer poco menos, que te vas a desaparecer no a mí no me paso nada de eso, todo lo contrario estaba hiperactiva, salía, parecía pelota de pin pon... eh, salía mi hermano me esperaba , porque yo iba con mi hermano y mi hermana, porque me decían , no es que te puede pasar algo, bueno mi hermano también tuvo cáncer testicular entonces por eso, también él lo paso solito, el luchó solito, entonces que mejor, entonces cuando yo salía tonteaba con las chicas que tenían cáncer, y trataba de tirarles talla, les ponía música o yo les ponía, ellas mal no todos se lo toman igual” (Entrevistada 3)

Con ello podemos evidenciar el hecho de que si bien, el nivel de autoeficacia de los cuidadores o entorno cercano, pueden influir en el sentido de autoeficacia propio del

enfermo, este no determinaría el modo en que ellos se presentarían ante la situación. De este modo la autoeficacia estaría mayormente condicionada por las características personales de disponerse ante la enfermedad.

En el análisis del relato, además aparece una nueva categoría que se relaciona tanto con el sentido de autoeficacia como con otras categorías tales como el afrontamiento y el apoyo social; a este lo denominaremos “*relación médico-paciente*”. Esta se puede apreciar en el relato a través de menciones tales como: “...en un momento muy negativa, porque no sabía que era, que era esto”. Y se justifica con los postulados de Ueno, Kanebo y Okamura (2006) quienes señalan que una actitud de escucha, comprensión y aceptación por parte de los médicos o profesionales de la salud hacia los enfermos y sus familias, se encontraría directamente asociada con la mejora de la autoeficacia de estos enfermos y Zachariae y otros (2003), quienes además mencionan que actitudes comunicativas del médico como la escucha activa y el explicar y permitir que el paciente aclare sus dudas mediante preguntas, incrementaría el sentimiento de autoeficacia de los pacientes con cáncer.

La autoeficacia participaría con un factor altamente influyente para la disposición y actitud frente al tratamiento.

6.4. Emociones positivas

El factor emociones positivas, señala Lazarus (2000), es el resultado de un proceso de evaluación cognitiva sobre el contexto, sobre los recursos de afrontamiento y sobre los posibles resultados de dichos procesos. Las emociones estresantes o negativas se originan por la imposibilidad de alcanzar un objetivo y las emociones positivas resultan de los progresos hechos en dirección hacia la gratificación del objetivo; además plantea que algunas emociones positivas como la alegría, la felicidad, la serenidad y la satisfacción personal, surgen como consecuencia de vivir situaciones favorables, otras,

como la esperanza y el alivio, son desencadenadas por condiciones vitales desfavorables y otras, como la simpatía y la gratitud son consecuencia de empatizar con las respuestas o reacciones de los otros (Lazarus, 2000).

En la entrevista 1, estas características se parecieran interactuar como un alentador para no rendirse a la situación que provocaba la enfermedad. Primando principalmente las emociones positivas centradas en el apoyo social y familiar recibido. Pudiéndose observar, *en*:

“mi familia, porque no me querían así ver bajoneada en el minuto, pero ellos, mis nietos, que me abrazaban, y no los tenía acá poh estaban en chillan, entonces mi otro hijo en Copiapó, estaba con mi hija acá y mi hermano con síndrome de Down y ellos me abrazaban entonces y dije no, no me puedo bajonear no me puedo estancar, tengo que salir y ellos me alentaron poh, y en ese proceso apareció mi pareja, que también me ayudado arto entonces yo creo que todo pasa por algo, todo pasa por algo estuve mucho tiempo sola y me cambio la vida en todo sentido (risas) bien, y uno tiene que aporrearse en la vida para darse cuenta de lo grande que es, de lo fuerte que es uno, de la familia que tiene, y es un conjunto grande también porque metamos a los amigos en esto, no siempre están pero igual influyen arto”. (Entrevistada 1)

Sroufe (2000), define a la emoción como una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente caracterizado por cambios de orden fisiológico, experiencial y conductual. Destacando la característica subjetiva de la emoción y connota una relación entre la persona y el suceso, acentuando la valoración subjetiva del individuo; precisando que un mismo suceso puede despertar diferentes reacciones emocionales en diversas personas o incluso en la misma persona a través del tiempo y en contextos diferentes.

A través del relato de la entrevistada 3, se observa que la entrevistada le otorga al tumor o cáncer una connotación afectiva, volviéndose una con la enfermedad, pero destacando que esta no es una condición absoluta.

“tengo algo que sacar de mi cuerpo retirar con amor porque si yo maldecía el cáncer y eso le digo a mucha gente no maldigan lo que tiene porque se están maldiciendo a sí mismo, entonces tiene que ver con eso, yo por lo menos lo tome por ese lado, alegría, positivismo, actitud, fuerza y garra y nada más”. (Entrevistada 3)

Por otro lado, según los antecedentes teóricos, las emociones positivas crean reservas de recursos para enfrentarnos al futuro, afirmando que las emociones positivas ayudan tanto a mejorar la capacidad de afrontamiento, como la resistencia personal y la resiliencia psicológica, cuando la persona se encuentra ante situaciones adversas (Vecina, 2006).

“seguir viviendo, me interesaba mucho seguir viviendo, a mí me gusta mucho la vida, me gusta vivir en todo su aspecto, soy muy curiosa, me gusta aprender de muchas cosas, y así lo he hecho a través de toda mi vida, entonces eso de echarme a morir de y que valga la redundancia, eh voy a morir no lo encontraba nada de agradable (risas) quería seguir viviendo” (Entrevistada 2)

Experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Fredrickson B. L., 2001).

“yo me ponía mis audífonos y me ponía a escuchar música alegre, porque si te pones música triste que te va a pasar, se caen las defensas lo vas a pasar mal, vas andar llorando por qué a mí... el por qué a mí, no me sirve, entonces me ponía a escuchar Marc Antony, Celia cruz, así bailando”. (Entrevistada 3)

En el relato anterior, podemos observar que el mantener las emociones positivas, para la entrevistada 3, implicaba alejar también aquellas emociones que pudieran hacerla decaer.

Son estados de ánimo que nos hacen sentir bien; como la gratitud, el amor, y el perdón, y pueden proporcionar a las personas experiencias subjetivas placenteras y sensaciones de paz (Fredrikson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003).

“eh no empecé a tirar para arriba igual estoy más gordita, pero (risas) feliz po, feliz y enamorada... eso es lo más importante (risas)”. (Entrevistada 1)

“todo parte por la familia porque yo en un momento dije no, no me voy a echar a mi cama, pero resulta que tú ves que tienes hijos que te quieren te valoran y tienes nietos y eso hace que uno tenga más ganas de vivir... y un círculo de amigos también”. (Entrevistada 1)

Fernández-Abascal (2013) habla de la capacidad que poseen las emociones positivas, creando pensamientos más flexibles, entendiendo de manera más sencilla situaciones complejas y produciéndose un mayor distanciamiento emocional de sucesos negativos, que conllevan estrés.

“emoción de ver a mi familia que por un diagnostico tu valoras lo tienes, porque uno vive tan apresurada que no se da cuenta lo que tiene cerca y fue mi familia la que se juntó me apoyaron y yo vi que realmente uno deja legado, que deja huellas y ahí vi que realmente yo valgo mucho para ellos y algo mucho para muchas personas que estaban conmigo y eso vi y lo agradezco hasta el día de hoy si bien es cierto el circulo de amigas que tenía en ese minuto se asustaron con la enfermedad como yo las iba a contagiar, y de todas las amigas quede con una que hasta el día de hoy está conmigo”. (Entrevistada 1)

Se ha descubierto que las emociones positivas tienen gran importancia en los procesos de adaptación que buscan alcanzar un equilibrio

De acuerdo con los relatos, podríamos evidenciar que, en las narraciones, el factor emociones positivas, constituyo un factor de gran importancia, siendo considerado por las entrevistadas como un motivante decisivo a la hora de predisponerse a afrontar el cáncer y su tratamiento, ya que facilitarían las estrategias de afrontamiento, la obtención de recursos sociales y favorecen el bienestar.

Además, se pueden identificar algunas de ellas que toman una mayor relevancia o significado durante sus narraciones, siendo estas:

Familia, apoyo, ganas de vivir, felicidad, amor, gratitud.

Por otro lado, las entrevistadas también señalan algunos pensamientos que pretendían o se propusieron evitar, tales como:

Estancamiento, muerte, aislamiento, miedo.

6.5. Control personal

De lo acuerdo al análisis de los relatos obtenidos, podemos evidenciar que el control personal se presenta como las conductas utilizadas para establecer y alterar sus metas personales, optimizar sus motivaciones y recursos emocionales para poder alcanzarlas y mantener un control sobre su propio ambiente. (Heckhausen, 2001)

El control personal ha sido planteado como la activación y uso de determinadas estrategias que las personas ponen en marcha para transformar o modificar el curso, la intensidad, la calidad, duración y la expresión de las experiencias emocionales en pos del cumplimiento de objetivos personales (Cole, Martin y Dennis, 2004)

En la entrevista 3, podemos presenciar una fuerte prevalencia del control personal, puesto que la paciente en todo momento tuvo la capacidad de acceder y negarse a los tratamientos y conductas establecidas por otros; tomando completa responsabilidad de las posibles consecuencias.

Por otro lado, esta paciente, fue capaz de prever los efectos físicos y emocionales que le implicarían su disposición al tratamiento, por lo que, además, utilizó recursos que le facilitarían aceptar el proceso de modo en que todo le resultara más fácil.

En la narración, esto puede verse una actitud desafiante frente a la enfermedad, como por ejemplo cuando menciona:

“Si, sí, yo iba a las quimioterapias, a las primeras quimioterapias yo me saque el pelo, en tres días se cayó el pelo, yo no me corte el pelo, entonces yo dije para que sea visible yo me lo saque, pero cuando yo iba a las quimios yo decía que me iba a sanar, yo me voy a sanar, a mi primera sanación ah y lo publique por Facebook, porque tengo más familia en el face, ahora tengo artos amigos, pero de lo bueno poco, y también publique que tenía cáncer y todos quedaron impactados, para que después no viniera el choque cuando te ven peladitas con la pañoleta”. (Entrevista 3)

“en realidad cuando me dijeron el asunto que tenía que cuidarme, de no comer nada crudo, nada de frutas, nada de cosas naturales, yo fui la paciente rebelde, comí todo lo que me dijeron que no comiera, crudo que si yo comía tenía que comer repollo cocido, comí betarraga q me dejo bahg... le dije al enfermero: ¿cómo voy a comer todo cocido?, las vitaminas están en un alimento no cocido, ósea voy a llegar pero de lo que me voy, nopo le dije yo, no es que no puede, no puede, yo toda la vida he comido sano sin cocer así que yo dije yo voy a seguir en la línea, yo asumo si me da una diarrea, o me enfermo de la guata ya no reclamo, pero no me pida comer ensaladas cocidas”. (Entrevista 3)

Las demás entrevistadas, también utilizaron los recursos que les permitían asumir y enfrentar con mayor facilidad el proceso.

Por otra parte, la entrevistada 2, opto por una actitud de confianza hacia el proceso, quienes la rodeaba y hacia sí misma.

“Yo diría de que acepte los designios del destino o de Dios como tú quieras decirlo, y acepte de que esa persona que iba intervenir en mi llámese medico radiólogo, o llámese un cirujano oncólogo, eh yo tenía que no depender, pero si entregarme en confianza absoluta de que en sus manos iba a estar bien, entonces esa confianza me ayudó mucho, porque no tenía duda de que esa persona me podía ayudar te fijas”. (Entrevistada 2)

“El haber analizado como me enfrentaba yo a esta nueva realidad, y como iba a vivir de ahora en adelante, en aquel momento no cierto, entonces decidí enfrentarlo con una

valentía absoluta, desde luego no dejar de trabajar porque yo trabajé toda la vida como publicista y marketing, ya, no dejar de trabajar y no tratar de, de menoscabarme a mí misma, sino al revés, sino considerar que tenía ciertos potenciales con los cuales podía seguir viviendo, y así lo hice”. (Entrevistada 2)

Esto deja en evidencia, que el control personal no solo implica adherirse a sus propios recursos para salir adelante, sino también atreverse a utilizar aquellos, que le faciliten el medio y otras personas a su alrededor, sintiéndose capaz de tomar decisiones efectivas para salir adelante, concibiendo que aún mantenía el control de su situación.

Visdómine y Luciano (2006), intentan relacionar las teorías de reforzamiento y las teorías cognitivas, destacando las expectativas de los individuos, las competencias percibidas y la autorregulación.

“busque solución porque no me quería morir”. (Entrevistada 1)

“me decidí a un cambio mil por ciento a mi vida y empecé a tirar para arriba y aquí estoy feliz de la vida, esto no me la gana ya y no creo que no me la va ganar”. (Entrevistada 1)

“porque si uno se queda con el diagnóstico y no busca soluciones obvio que se va a morir”.

(Entrevistada 1)

Para ello, es requerido activar mecanismos de regulación que permitan guiar los esfuerzos hacia objetivos alcanzables, soltándose de aquellos que no lo sean. (Heckhausen, 2001), el cual se basaría en tres principios: Seleccionar objetivos, considerar lo positivo y lo negativo y elaborar de múltiples opciones.

“Mucha alegría, mucha energía yo en realidad me decía la gente que proyectaba luz, yo creo que por lo mismo como llegaba y salía de las quimioterapias, hiperventilada, ahora entiendo porque mis hijos salieron hiperactivos, yo creo que eso llena de energía y creo que por lo mismo porque me mentalizaba”. (Entrevista 3)

“mi hijo me dice mama el próximo año, y le digo no pensemos en el próximo año porque no sabemos qué va a pasar, porque si mañana de aquí sales, aunque suene feo, sales del colegio te atropelle un auto, te suban a un colectivo, tú no sabes lo que te va a pasar en la vida, vivir el día a día concho, si esta nublado disfruta el día nublado, si hace frio disfruta el día frio, no todo el día alegando que hace frio que estoy mal que tengo pena, todas esas cosas, trato de que no”. (Entrevista 3)

Con las narraciones, podemos dar cuenta del control personal juega un rol importante en los modos de enfrentar la enfermedad, puesto que se presentó en todas las entrevistadas desde su propio esquema mental. De este modo, no existiría un solo tipo de características relevantes, puesto que cada persona identifico características diferentes como significativas para el proceso de su tratamiento y recuperación.

De las entrevistas realizadas, las protagonistas, pudieron identificar como relevantes las siguientes características:

- Entrevistada 1: Deseos de sobrevivir. “busque solución porque no me quería morir”.
Luchar por sí misma y por su familia. “todo parte por la familia porque yo en un momento dije no, no me voy a echar a mi cama, pero resulta que tú ves que tienes hijos que te quieren te valoran y tienes nietos y eso hace que uno tenga más ganas de vivir... y un círculo de amigos también”
- Entrevistada 2: Potencial para seguir viviendo. “considerar que tenía ciertos potenciales con los cuales podía seguir viviendo, y así lo hice”.
- Entrevistada 3: Deseos de sobrevivir. “la experiencia del cáncer, tirarme las orejas y preocuparme por mí”

6.6. Apoyo social

El apoyo social, actuó como un componente fundamental tanto para el afrontamiento como para el tratamiento y el proceso de recuperación, más fue percibido de diferentes maneras por los participantes de la entrevista.

Basándonos en el modelo de Alonso y otros (2013) y García y otros (2002), estructuramos el contenido de las narraciones en las siguientes dimensiones:

- **Apoyo emocional:** relacionado con el cariño y empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

“Yo iba a la hora de almuerzo a hacerme la radioterapia porque trabaja en Santiago y este jefe mío, que hasta el día de hoy nos hablamos en Facebook, eh decidió hacerme muy difícil mi trabajo, mi pega de por si era muy difícil yo tenía un cargo ejecutivo que se llama director de medios y entonces él, me machacaba más, me exigía más, años después me confeso que lo hizo a propósito, para mantenerme en la misma actitud de guerrera” (Entrevistada 2)

“dijo ya, si aquí la actitud es lo que te va a salvar, nada más, así que cambia y vamos pa adelante. Ya!” (entrevistada 3)

“mis compañera del liceo de básica, de ellos me sorprendieron porque yo no tenía mucho contacto la típica hola, hola y nada más, se juntaron ellos se reunieron me fueron a ver como 10 compañeras de básica a mi casa a ofrecerme ayuda y entonces igual me emociona y ,e siento bien de ser como soy o como antes y como ahora en realidad, y acá po cuando llegue acá full, y sigo teniendo mi segunda familia la fundación así que no, tengo muy buenas redes sociales” . (Entrevistada 2)

“Silvita que me ayudó mucho en la Isapre también... ahí lloramos juntas y ya nos secamos las lágrimas, por eso te digo en ese momento tuve contención en ese momento y nada más y mi familia ahí”. (Entrevistada 2)

- **Apoyo informativo:** se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

“sí, sí, eso sin duda al tiro, al tiro si, y más que mi familia, mis hijos todos, todos, ehh, ehh yo trabajo en un empresa también donde hay mucha gente y también muy preocupados por lo que me estaba pasando recibí mucho apoyo de ellos, permisos, para ir a Santiago para irme a la quimio y todo eso, eh no nada que decir, pero mi familia especialmente mis hijos ellos pucha hasta el día de hoy que si me duele una uña se preocupan. ”. (Entrevistada 1)

“Silvita y me dijo que fuéramos a Santiago a hacerme una mamografía” (Entrevistada 3)

“Y en las redes llame a mi primo y le mande el diagnostico que había puesto ella y me dijo no si es la biopsia la que manda, no se puede mojar el potito... cuento corto el hizo el contacto el hizo el contacto con la que tenía la respuesta en el hospital con la enfermera, que no se puede hacer pero se hizo igual , hincho, hincho, hincho y él me dijo que tenía cáncer” (entrevistada 3)

- **Apoyo instrumental:** es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.

“Dándome el ánimo, dándome la fuerza eh si bien es cierto, económicamente me la dieron mis hijos, eh no pedimos plata a nadie para operarme, que salió carísimo, pero si el círculo”. (Entrevistada 1)

“de amigos que yo tenía en ese minuto, organizaron un bingo, como una ayuda que era para el yodo, pero mis hijos influyeron en eso, ellos costearon todo, no, no tuve que pedir cosas cachay, entonces eh como bien digo si yo le debiera a alguien esta enfermedad, es a mis hijos, económicamente, pero a los amigos, el apoyo en ese minuto”. (Entrevistada 1)

- **Apoyo afectivo:** se refiere a las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.

“Tuve un gran apoyo y una gran fortaleza por parte de mi marido y mis hijos”. (Entrevistada 2)

“escribí le puse que tenía cáncer lo publique llegaron ayudarme, familia, ahí me emocio eso sí que me emociona, pero emoción rica alegre cuando le conté a mi familia a mi mama que tuve que hacer una historia, igual que a mis hijos después a mi entorno a mi entorno a mis amigos” (entrevistada 3)

- **Interacción social positiva:** la interacción social se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc.

“cuando yo tenía que hacerme un scanner necesitaba hacérmelo ya y como soy hiperventilada eh es que igual un grado tres había que hacerlo igual, ahí me paso plata mi hermano una amiga de años y me dijo no yo nunca te hecho regalos en la vida así que toma, me paso 150 lucas y como se te ocurre, vamos a gastarla mejor (risas) no yo nunca somos 20 años amigas”. (Entrevistada 3)

Las teorías sobre el soporte social están de acuerdo en considerar que las redes sociales proveen un número de funciones de soporte a los cuales los individuos recurren cuando la necesitan; tales como los amigos, la pareja, los parientes, etc. Aun cuando algunas de ellas no necesariamente den soporte, la vinculación significativa a un conjunto de personas provee de seguridad para afrontar la vida personal. (Alonso, Menedez y Castro, 2013)

Evidenciamos la presencia de un nuevo factor, al que denominaremos:

- **“Apoyo espiritual”**

“agradecida .de Dios” (Entrevistada 1)

“a Dios a la vida y acá a la fundación a mi familia a todo, a mi pareja que me acompaña, me manda buenas vibras todo el cuento”. (Entrevistada 1)

Todas las anteriores, brindarían un apoyo social favorable, lo que, según los antecedentes teóricos, ayudaría para la superación del problema al proporcionar pensamientos positivos, un aumento de autoestima y potenciaría el afrontamiento a la enfermedad,

Siguiendo los postulados de Gómez y Lagoueyte (2004) y Saucedo y Maldonado (2003), la familia, aun en medio de esta situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento al problema, teniendo como resultado el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. De este modo, la familia misma, proporciona un ambiente favorable para enfrentar la situación, permitiendo la participación de sus miembros y la colaboración.

Por otro lado, también podemos evidenciar un apoyo social negativo, lo que genero sentimientos de tristeza, abandono y resignación.

“una pena, un apena porque yo tenía un círculo de amigos muy grande”. (Entrevistada 1)

“pero como se alejaron se les pidió ayuda, porque me hicieron un bingo y todo eso y tampoco ayudaron, pero ayudo otra gente que yo nunca pensé que me iba ayudar, que estuvieron ahí, que fueran al bingo y gracias a una de esas personas que llego al bingo llegue a la fundación y entonces pensé que tampoco tenía porque ayudarme si no la conocía, y llegue acá y como te digo hay gente realmente que tu valoras que aprecias y te dan vuelta la espalda no, eso no puede ser”. (Entrevistada 1)

Además, podemos observar que ocurre una distinción entre la importancia que le damos a las personas que se encuentren apoyando durante el proceso o quienes deciden alejarse, respecto a la valoración personal que el enfermo tenga sobre aquel contacto. Esto puede observarse en:

“no tengo idea quien se habrá alejado porque tuve grandes amigos de todos lados de plan vital me mandaban mensajes, y como yo lo publique por face yo dije no quiero pobrecita, porque no estoy de victima nunca he sido víctima en la vida entonces el que me diga pobrecita le voy a pega”

6.7. Autoestima

A través de los resultados obtenidos de las narraciones, pudimos establecer dos distinciones esenciales referentes a la concepción de autoestima y la visión de sí mismas cuando se encontraban en tratamiento.

El primero de ellos alude a la perspectiva de sí mismas bajo la construcción de una imagen visual o autoimagen (verse y sentirse lindas); mientras que el segundo se haya

más ligado a la noción de sí mismas a través del autoconcepto (percepción de sí mismas bajo una valoración personal).

Raich (2000), propone la idea de imagen corporal como la percepción que tienen las personas tanto de su cuerpo a nivel global, como de cada una de sus partes, del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, y valoraciones que se llevan a cabo, se sienten y el modo de comportarse derivado de dichas cogniciones y sentimientos.

- **Autoimagen**

“Eh estaba no se po... (risas)... a ver más delgada, más delgada, mi genio horrible un genio pucha nadie me soportaba en ese minuto”. (Entrevistada 1)

“publique que tenía cáncer y todos quedaron impactados, para que después no viniera el choque cuando te ven peladitas con la pañoleta no sé, entonces eso se hace visible con la primera quimioterapia se hace visible que tu esta enferma, entonces ahí llore tenía que llorar porque para mí el pelo era importante, era femenino, ahora me da lo mismo, estoy que me lo corto, pero tiene que ver con eso en realidad”. (Entrevistada 3)

“Verme linda poh, si yo me preocupaba sin la enfermedad, me preocupaba andar bonita, ordenada eh como ahora, entonces no, siempre igual siempre linda aquí no tengo que mostrar demacrada, fíjate que ahora reviso las fotos y estaba gordita, estaba como inflada y yo no me daba ni cuenta, porque no estaba pendiente de que estaba hinchada, que estaba inflada, más amarilla”. (Entrevistada 3)

- **Autoconcepto**

“mira creo que tendrías que saber mi edad, tengo 84 años y no actúo como una mujer de 84 yo diaria que actuó como una mujer de 50”. (Entrevistada 2)

“te va a parecer increíble, ¡esplendido!, ni siquiera cuando me tuvieron que sacar las mamas, no tengo ninguna mama, en dos operaciones en distintos años, y tengo prótesis en ese momento cuando me sacaron la primera mama, todavía estaba casada, y.....”,

nunca me preocupo demasiado no tener, mamas, nunca fui eh me sentí deteriorada, en lo femenino por el hecho de no tener las mamas, me sentí mujer de todas maneras” (Entrevistada 2)

“la verdad no, porque mi actitud frente a la vida siempre ha sido de luchar frente a cualquier cosa, como te contaba la relación que tuve con mi mama no fue de las mejores, quizás eso me permitió fortalecerme aún más y luchar para mí, y creo que esta lucha contra el cáncer fue una más en el camino que me permitió salir fortalecida de todo esto”. (Entrevistada 2)

“haber, es que hubieron dos etapas primero muy baja mi autoestima porque no veía altiro resultados y el hecho de haber estado muda 3 meses eso también me paso la cuenta pero ya después dije no, no empecé a tener buenos resultados los exámenes arrojaron que estaba superando que me estaba subiendo todo lo que es la TCH lo que te mide a ti el hipotiroidismo y llego un momento de tener 150 baje a 2 a 1 y dije yo a no esta cuestión está superada, entonces el autoestima empezó a fluir bien po, no me empecé a bajonear, y hasta el día de hoy hay días que me bajoneo por cosas diaria la rutina el que hacer el trabajo eh no pero bien”. (Entrevistada 1)

“No, hoy día creo que estoy en la mejor etapa de mi vida sí”. (Entrevistada 1)

“sí, si mucho porque ahora me quiero, me cuido y todo parte por eso, porque si no me quisiera no estaría sentada hablando contigo, estaría acostada, estaría a lo mejor toda atrofiada, eh y sin ganas de vivir y me quiero por eso luce por estar como estoy hoy en día, estoy feliz agradecida”. (Entrevistada 1)

En base a los relatos, podemos apreciar que, para las pacientes en remisión de cáncer, si bien señalan la imagen corporal como un índice relevante, este pasa a un segundo plano, quedando bajo la concepción de sí mismas como personas fuertes, luchadora y capaces.

Capítulo 7. Conclusiones y discusión

Nuestro objetivo de investigación, como mencionamos en los inicios del proyecto, se originó con el propósito de abordar y explorar la presencia de los factores de la resiliencia que pudiesen estar presentes, en un grupo conformado por tres pacientes pertenecientes a la fundación Vi-Da, ubicada en la localidad de san Fernando; dichos pacientes, en la actualidad se encuentran en estado de remisión tras haber atravesado un largo proceso en la lucha contra el cáncer (no especificado).

La motivación que nos impulsaron a desarrollar nuestra investigación enfocándonos en la enfermedad de cáncer, específicamente en el estado de remisión de esta, y la resiliencia, se debe a dos hechos en particular. El primero, se basa en una apreciación personal hacia la visualización social del cáncer como un tema “Tabú” frecuentemente etiquetado y temido, dada su asociación a los altos índices de mortalidad que conlleva, lo que comúnmente nos dirige hacia dejar otros factores que le rodean, de lado, incluyendo entre ellos las capacidades que poseen ciertas personas que han pasado por el proceso y tratamiento de la enfermedad, logrando no solo sobrevivir, sino también resignificar sus vidas.

Con ello, abordamos nuestro segundo interés de investigación, el cual se basa precisamente en identificar y relacionar aquellas características que les permitieron, a los pacientes de la fundación que participaron como nuestros objetos de estudio, sobrellevar la enfermedad, no solo en relación al estado de remisión física del cáncer en el que se encuentran en la actualidad, sino más comprender la implicancia emocional que significa atravesar por la enfermedad y haber logrado llegar a la remisión; a través del estudio de las características de resiliencia planteadas en nuestro marco teórico.

Para, conjuntamente de los objetivos propios del estudio, quisimos abarcar la noción de muerte, la concepción de sí mismos, la relevancia de su entorno socioafectivo y los prejuicios personales que mantenían los entrevistados al inicio de su tratamiento, analizándolos mediante los relatos de sus propias experiencias de su enfrentamiento con

la enfermedad, así como los cambios que implicó en su perspectiva de vida, el tener cáncer.

Como expusimos a lo largo del proyecto, el cáncer es una enfermedad genética que resulta de alteraciones en el material hereditario, es decir, cambios estructurales a nivel del ADN, los cuales pueden ser en parte heredados y en parte adquiridos en el transcurso de la vida (Arraztoa, 2004), lo que resulta en quienes la padecen como un pronóstico altamente doloroso y que con el transcurso del tiempo, que puede agravarse, mantenerse, curarse o finalizar con la muerte. Y constituyendo en nuestro país como la segunda enfermedad con mayor índice de mortalidad.

Debido a lo complejo de la enfermedad es que hacemos referencia a los objetivos describir y explorar la presencia de los factores resilientes en pacientes en estado de remisión. Con lo que tras analizar los resultados de nuestra tribuieron de manera efectiva en el proceso de tratamiento y remisión, evidenciando dichos resultados en los relatos de cada uno de los entrevistados, con sus experiencias vivenciales a través de todo lo que significó pasar por todo este proceso del cáncer y lograr así alcanzar el estado de remisión por el que actualmente se encuentran.

Walsh (2004) establece una mirada a la resiliencia desde la capacidad del individuo para superar la adversidad, resultando fortalecido y obteniendo mayores recursos personales.

Al referirnos a los entrevistados y sus relatos, nos inspiramos en los postulados de Vanistaendel (2002) quien propone que la resiliencia no está en los seres excepcionales sino en las personas normales y en las variables naturales del entorno inmediato. Por eso se entiende que es una cualidad humana universal presente en todo tipo de situaciones difíciles y contextos desfavorecidos, guerra, violencia, desastres, maltratos, explotaciones, abusos, y sirve para hacerlos frente y salir fortalecido e incluso transformado de la experiencia.

Con ello pretendemos evidenciar que los factores de resiliencia como: afrontamiento, optimismo, autoeficacia, emociones positivas, control personal, apoyo social y autoestima, actuaron como componentes primordiales en las vidas de los entrevistados durante el proceso de recuperación de la enfermedad.

Cada uno de estos factores jugó un rol fundamental en las experiencias de vida de los entrevistados, aportándonos las siguientes conclusiones de cada uno de ellos a través de sus relatos.

- **Afrontamiento:** De lo acuerdo al análisis de los resultados obtenidos, podemos evidenciar que el afrontamiento, aparece como una respuesta condicionada a la probabilidad de obtener resultados positivos actuando como un factor importante tanta para su tratamiento y recuperación desde su apreciación personal, moviéndola hacia acciones concretas como acceder y/o permanecer a los procedimientos médicos para su recuperación.
- **Optimismo:** según nuestra investigación podemos indicar que el factor optimismo forma parte fundamental en la vida los pacientes y en su constante lucha contra la enfermedad, evidenciando pensamientos positivos, aflorando este factor como motor, ayudando a visualizar lo positivo de las condiciones o situaciones adversas, centrándose en la capacidad personal de sobreponerse y en el poseer los recursos necesarios, por sobre la posibilidad de otros de hacer frente a las dificultades presentes en la vida.
- **Autoeficacia:** desde los resultados obtenidos se puede concluir, que los pacientes pueden a través de su perseverancia enfrentar la enfermedad, logrando emprender los desafíos impuestos por ellos mismos, sin ser de mayor importancia el tiempo transcurrido por obtener resultados, por lo que es importante destacar en sus relatos de vida como conservaron esa motivación a pesar de los obstáculos y fracasos en relación al proceso vivido, manteniendo activa esa creencia humana de que si se puede luchar contra el cáncer.

- **Emociones positivas:** por otra parte, uno de los factores importantes dentro de los resultados de investigación son los pensamientos flexibles que poseen cada entrevistada a través de su historia vivencial y características, quedando demostrado como pueden manejar las situaciones complejas de manera sencilla, consiguiendo así distanciarse de los acontecimientos negativos que produce la enfermedad, quedando de manifiesto cuanta importancia tiene las emociones positivas al momento de enfrentarse a dicha enfermedad.
- **Control personal:** De lo acuerdo al análisis de los relatos obtenidos, podemos concluir que el control personal se presenta como las conductas utilizadas para establecer y alterar sus metas personales, optimizar sus motivaciones y recursos emocionales para poder alcanzarlas y mantener un control sobre su propio ambiente. (Heckhausen, 2001) junto con ello teniendo la capacidad buscar soluciones de manera pasiva, activando los mecanismos que les permitieron alcanzar los objetivos establecidos y la regulación en las emociones.
- **Apoyo social:** Según lo mencionado en el relato de vida el apoyo social en su experiencia de vida fue fundamental para sobrellevar la enfermedad, ya que en las entrevistas realizadas se puede señalar que este factor es crucial para el proceso de la enfermedad como tal, estableciendo en las pacientes una sensación de apoyo y confianza, amortiguando lo que significa el periodo de estrés en estas circunstancias de vida, siendo este factor una herramienta importante de ayuda; la familia como núcleo principal jugando un rol primordial de apoyo y soporte social, así como también las redes sociales externas como amigos, conocidos, jefatura de trabajo entre otros quienes se hicieron presentes de manera más distante pero sin embargo provocando un efecto serio que los favoreció para enfrentar el cáncer y salir fortalecido.
- **Autoestima:** En base al relato de la entrevistada y los resultados obtenidos pudimos establecer dos distinciones esenciales referentes a la concepción de

autoestima y la visión de sí mismas cuando se encontraban en tratamiento. Aludiendo a la visión que tenían de sí mismas construida en base a una imagen corporal o visual, mientras que el segundo alude a la noción de sí mismas a través del autoconcepto refiriéndose a una valoración personal, apreciando la opción de vida que tomaron al momento que enfrentarse al cáncer, mostrando una actitud positiva frente a esto, y con una seguridad en ella que le permite quererse, valorarse, siendo de gran implicancia la valoración positiva o negativa que una persona tiene de sí misma, los sentimientos y significaciones que establece sobre las características personales por las cuales hace referencia a su persona, quedando claro en los testimonios entregados, que el autoestima para las participantes fue clave al momento de sobrellevar la enfermedad porque que si bien es cierto si hubieron cambios físicos notorios, no fue de gran relevancia puesto que mencionan sentirse “igual o mejor que antes” por lo que podemos deducir que este factor estuvo presente pero de manera favorable y eficiente para las pacientes entrevistadas siendo de gran ayuda en todo el proceso de la enfermedad.

Limitaciones de la investigación

Frente a nuestra investigación, podemos decir que fue una experiencia enriquecedora tanto respecto a la temática del proyecto, como a nivel de crecimiento personal; ya que no solo nos centramos en el término de resiliencia y sus factores, sino también nos establecimos un compromiso hacia analizar respetuosa y éticamente las experiencias, expectativas y temores de los entrevistados, sobre todo porque nos confiaron un testimonio tan significativo y personal como fue su lucha contra la enfermedad.

Por otro lado, nuestro proyecto de investigación no estuvo exento de dificultades, puesto que el mayor inconveniente presentado fue el retraso al tratar de coordinar la visita con

los pacientes para su posterior entrevista, dificultando el tiempo destinado para lograr los avances en el tiempo estimado.

Por lo demás al término de este proyecto de investigación aún existen temas pendientes e interrogantes que surgieron durante nuestro proyecto de tesis factores de resiliencia presentes en pacientes en estado de remisión de cáncer, por lo que es de nuestro interés seguir en la búsqueda de estrategias sobre resiliencia en pacientes oncológicos y sus futuras propuestas en base a este tipo de investigaciones. Como también surgen inevitablemente cuestionamientos e interrogantes referentes a la temática durante el análisis de resultado obtenido en la investigación, nos pareció relevante fijar mayor énfasis en el rol de los psicólogos y profesionales de la salud como equipo multidisciplinario en la atención y trasmisión de información a los pacientes oncológicos.

A modo de sugerencia para futuras investigaciones

Respecto a la temática de investigación:

- Considerar factores derivados de la relación médico paciente.
- Estudiar tipos de cáncer menos estudiados, haciendo una distinción entre ellos.

Respecto al análisis de datos y presentación de resultados

- Elaborar acompañamiento visual que permita generar un mayor entendimiento del fenómeno.

Respecto a la determinación de participantes:

- Hacer una distinción más específica sobre los posibles participantes (edad, tiempo de remisión, tipo de cáncer, entre otros).

- Evaluar el tiempo determinado para la recolección de datos.

Bibliografía

American Psychological Association, APA. (2017). *Como superar el cáncer, de La Asociación Americana de psicología*. Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/porque-a-mi.aspx>

Herrera y Rodríguez. (2009). *Estudio piloto de validación del instrumento Brief Cope Inventory en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. (Tesis de licenciatura)*. Pontificia Universidad Javeriana.Facultad de Enfermería Bogotá.

Alonso y otros . (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Para saber de...*, 118-123.

Alonso, Menedez y Castro. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad Crónica. *Dialnet 19(02)*, 118-123.

American Psychological Association. (Abril de 2010). *Cómo superar el "¿por qué a mí?* Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/porque-a-mi.aspx>

Anolli. (2010). *El optimismo: aumenta la energía y mejora la calidad de vida*. Alienta.

Arrayales, Martin, Rentería y Arenas. (2015). *Libro de memorias en extenso*. Universidad Autónoma de Baja California: Facultad de deportes, campus Ensenada.

Arraztoa. (2004). *La mama, diagnóstico y tratamiento*. Santiago: Mediterráneo.

Avia y Vázquez. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.

Avia y Vázquez. (2009). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.

Bandura. (1977). Self-efficacy: Toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades En A. En *Auto eficacia: Cómo afrontamos los cambios en la sociedad* (págs. 19-54). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bandura. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. . *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Brandtstadter y Greve. (1994). The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. *Developmental Review*, 14(1), 52-80.

- Brandtstadter y Greve. (1994). The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. *Developmental Review*, 14(1), 52-80.
- Broche y Medina. (enero de 2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *psicologia.com (Internet)*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10401/4068> .
- Cabanyes. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-51.
- Camacho. (2003). El cancer de pulmon. En M. D. Trill, *Psico-Oncología* (págs. 207-224). ADES EDICIONES.
- Camargo, L. A. (2016). *cancer el enemigo oculto*. CHECKEATE.
- Cardenal y Fierro . (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, 101-111.
- Carmona y Villegas. (2010). *Intervención psicológica para la depresión desde la terapia cognitiva basada en los fundamentos de Beck*. Perú: Universidad Mayor Nacional de San Marcos.
- Cicchetti y Rogosch. (1997). *The role of self organization in the promotion of resilience in maltreated children*. *Development and Psychopathology*.
- Cieslak, Pawlukiewicz y Kleka. (2013). *Styles of coping with stress of cancer in patients treated with radiotherapy and expectations towards medical staff-Practical implications. Reports of Practical Oncology & Radioterapy*. Elsevier.
- Cole, Martin y Dennis. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Curie, M. A. (2014). *manual de enfermería oncologica, instituto nacional del cancer*. Buenos Aires: INC instituto nacional del cancer.
- Dalmin, Crystal y Thomas. (2013). Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young middle-age cancer survivors. . *Psychology & Health*, 28(8), 1-21.
- Díaz y Vásquez. (2012). *La dinámica familiar en el proceso de atención a pacientes con cáncer de cuello uterino. (Tesis de licenciatura en Trabajo Social)*. Venezuela: Universidad del Oriente.

- Die, A. y Die, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. En M. Die, *Psicooncología* (págs. 41-53). Madrid: Ades Ediciones.
- DRAE. (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*. 23ª edición.
- Eisenberg, Spinrad, Fabes, Reiser, Cumberland, Shepard, Valiente, Losoya, Guthrie, Thompson y Murphy. (2004). *The relation of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment*. Child Development.
- Fernández-Abascal. (2013). *Emociones positivas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Floren. (2004). *Resiliencia. Nuevo enfoque en la alerta de la salud*. México: Paidós.
- Font y Cardoso. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Fredrickson. (2001). *The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion*. American Psychologist.
- Fredrickson, B. L. (2001). *The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion*. American Psychologist.
- Fredrikson, Tugade, Waugh y Larkin. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Fredrikson, Tugade, Waugh y Larkin. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Gil. (2003). Comportamiento y salud y comportamiento como riesgo. En Gil, *psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gómez y Lagoueyte. (2004). *El Apoyo Social: Estrategia para Afrontar el Cáncer de Cérvix*. [Tesis Magistral en Salud Colectiva]. Colombia: Universidad de Antioquia.
- González-Arratia, N. y. (2011). Resiliencia en madres e hijos con cáncer. *Psicooncología*, 8 (1), 113-123.
- Gracia y otros. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. :. Madrid: Síntesis, S.A.

- Gracia, Herrero y Musitu. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Greve y Staudinger. (2006). *Resilience in later adulthood and old age: Resources and Potentials for successful aging*. hooker new jersey: Wiley.
- Gross y John. (2003). Individual differences in two emotional regulation process: Implications for affect, relation-ships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross y Thompson. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (págs. 3- 26). New York: The Guilford Press.
- Haber. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Hagedoorn y Buuk. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9, 232-242.
- Heckhausen. (2001). *Adaptation and Resilience in Midlife. Handbook of midlife development*. New York: John Wiley.
- Hernández. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. México: Universidad Autónoma.
- Hirai y otros. (2002). A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in japanese advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 221-229.
- Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia . (15 de marzo de 2011). *canceronline*.
Obtenido de
http://www.canceronline.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=64
- John y Gross. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life-span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- Kobasa. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.

- Kobasa. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.
- Lazarus. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Leal. (2006). Resiliencia y gerencia organizacional. Factor potenciador del talento humano en las organizaciones. *Maracaibo*, 530.
- Lev y Owen. (2000). Counseling women with breast cancer using principles Developed by Albert Bandura. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36 (4), 131-138.
- Llull, Zainer y García. (2014). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *PSICO-USF 8(2)*, 175-182.
- Luthar. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-453.
- Luthar. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. C. Cicchetti, *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (págs. 740-795). New York: Wiley Maderuelo, J. A., Carri.
- Luthar y Zigler. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Luthar y Zigler. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Manne, Glassman, y Du Hamel. (2000). Intrusion, avoidance, and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosomatic Medicine*, 63, , 658-667.
- Martín, Zainer y García. (2003). *Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer*. Psico-USF, 8: 175-182.
- Mera y Ortiz. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78.
- Meseguer. (2003). El adulto con cáncer. En Die, *Psico-oncología* (págs. 103-114). Madrid: Ades Ediciones.
- Minsal. (Octubre de 2016). *Estrategia Nacional de Cáncer. Chile 2016*. Obtenido de [web.minsal.cl: web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf](http://web.minsal.cl/web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf)

- Mora y Quintana. (2010). Risa y terapias positivas: Moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 27-34.
- Mora y Raich. (2010). *Autoestima*. Madrid: Síntesis.
- Noll y Kupst. (2007). Commentary: The psychological impact of pediatric cancer hardiness, the exception or the rule? *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (9), 1089-1098.
- Ocampo, Valdez, González, Andrade, Oblitas y García. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. . *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10(3), 265-269.
- Oms. (2003). *La salud mental en las emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 12 de 09 de 2015, de <https://prezi.com/fbhqiaihfqzj/organizacion-mundial-de-la-salud-oms/>
- Ortiz, Méndez, Camargo, Chavarro, Toro y Vernaza. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos diagnosticados de cáncer. . *Psychology: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.
- Pastells y Font. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29.
- Pelechano. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Pérez y Rodríguez. (2006). Diagnóstico oncológico: reacción emocional y comportamiento familiar asumido. procesos de salud enfermedad y bienestar social. *Psicología para America Latina*, 15-18.
- Peterson. (2000). *The future optimist*. American Psychologist.
- Peterson y Bossio. (1991). Health and optimism. *New York: Oxford University*.
- Peterson, Seligman y Vaillant. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Piña y Sánchez. (2009). *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Porro, Andrades y Rodríguez. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana* 30(2), , 341-355.

- Porter y otros. (2008). Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers. *Associations with symptoms and distress*, 137, 306-315.
- Raich. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Robert, Torfinn, Roy, Olav, Arnstein, Sophie, Olbjorn, Oystein, Erik y Alv . (2010). A study of coping in long-term testicular cancer survivors. *Psychology, Health & Medicine*, 15(2), 146-158.
- Rutter. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent*, 14, 626-631.
- Salleras. (1990). *Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sanz. (2004). ¿Qué es un enfermo? En Farreras-Rozman, *Medicina Interna* (pág. (1) 50). España: Elsevier.
- Sauceda y Maldonado. (2003). La adolescencia: oportunidades, retos y la familia. En S. y Maldonado, *La familia: su dinámica y tratamiento* (págs. 20-28). Washington D.C.: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Instituto Mexicano de Seguridad Social.
- Sebastián. (2003). Repercusiones psicosociales de los tratamientos oncológicos . En Valentín, *Oncología y Atención Primaria*. Madrid: Novartis.
- Seligman. (2003). *La auténtica felicidad*. . Barcelona: Ediciones B.
- Seom, S. e. (2017). *que es el cancer y como se desarrolla*. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica .
- Sroufe. (2000). En Sroufe, *Desarrollo Emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años* (pág. La naturaleza del desarrollo emocional). Mexico: Oxford.
- Suárez. (2004). Introducción: Resiliencia y subjetividad. En S. y Melillo, *Resiliencia y subjetividad: Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Terris, M. (1990). *Educación Sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Tugade y Fredrickson. (2004). Individuos resilientes usan las emociones positivas de recuperarse de las experiencias emocionales negativas. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 86(2), 320-333.

- Tugade y Fredrickson. (2004). Individuos resilientes usan las emociones positivas de recuperarse de las experiencias emocionales negativas. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 86(2), 320-333.
- Ueno, Kaneko y Okamura. (2006). Factors associated with the self-efficacy of terminally ill cancer patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8 (3), 147-154.
- Vanistaendel. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en si mismos; Construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Vargas. (2009). *Confiabilidad del instrumento Brief Cope Inventory en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. (Tesis de licenciatura)*. Pontificia Universidad Javeriana: Facultad de Enfermería Bogotá.
- Vaughan. (2004). *Psicología del optimismo*. barcelona: paidos iberica , S.A.
- Vecina. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo* 27 (1), 9-17.
- Vera. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo* 27 (1), 3-8.
- Visdómine y Luciano. (2006). Locus de Control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 729-751.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Williams, U. y. (2005). Social Work Research and Evaluation: Quantitative and Qualitative Approaches. En F. y. Sampieri, *Metodología de la investigación, Cuarta edición* . México: McGrawhill.
- Zachariae y otros. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancerrelated self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88 (5), 658-665.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario entrevista

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA PACIENTES DE LA FUNDACIÓN VI- DA SAN FERNANDO

1. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?
2. ¿Cuánto tiempo duró su tratamiento?
3. ¿Hace cuánto tiempo se encuentra en remisión?
4. ¿Cuáles son las cualidades que destaca de su persona que le permitieron combatir el cáncer?
5. Si tuviera que referirse a su experiencia de la enfermedad en palabras claves, ¿cuáles serían esas palabras?
6. ¿Cree que algo que usted hizo influyó en el resultado del tratamiento contra el cáncer?
7. ¿Cuál era la visión que usted tenía respecto a su aspecto físico mientras se encontraba en el tratamiento contra el cáncer?
8. ¿Cómo describiría su autoestima mientras se encontraba en el tratamiento contra el cáncer?
9. ¿Qué visión tiene de sí mismo actualidad?
10. Si tuviera que referirse a emociones que tuvo durante el tratamiento y que usted cree que influyeron de forma positiva en el resultado de éste, ¿cuáles serían esas emociones?
11. ¿Cuáles fueron sus expectativas en relación con la enfermedad?
12. ¿Cuál fue la disposición que tuvo en relación con el tratamiento y procedimiento de este?
13. ¿Cuáles fueron las principales motivaciones para continuar con el tratamiento?
14. ¿De qué manera usted actuó frente la enfermedad?
15. ¿Su visión de vida cambió con la enfermedad?
16. ¿Podría contarnos si sintió apoyo por parte de su entorno cuando se enteró que tenía cáncer?
17. ¿Existieron personas importantes en su vida que con la enfermedad se alejaron repentinamente?, (en caso de que sea sí), ¿Qué significó para Ud.?
18. ¿De qué manera influyeron sus amigos y familiares en su proceso de recuperación?

Anexo 2: Carta autorizada

Por Fundacion Vi-Da para realizar entrevistas a los pacientes en estado de remision.

Santiago, 20 de Noviembre de 2017



Estimado Jorge Fernández Sarpi,
Vicepresidente de Fundación Vi-Da

Junto con saludar y por medio de la presente nos dirigimos a usted de manera respetuosa, con el fin de solicitar autorización por medio de la fundación y su respectiva directiva para realizar entrevistas a tres de los pacientes que son parte de la fundación. La fecha tentativa es el día martes 21 de noviembre del presente, y las entrevistas se ejecutarán dentro de la misma institución.

Dichas entrevistas tienen como objetivo identificar factores de resiliencia de los pacientes que fueron diagnosticados con cáncer y que se encuentran en estado de remisión y que actualmente pertenecen a la fundación.

Cada entrevista se hará de manera voluntaria y de forma anónima donde se les dará a conocer el objetivo de la investigación y en lo que consistirá su participación, transmitiéndoles toda la información lo más transparente posible para su tranquilidad y claridad. Los tres pacientes firmarán un consentimiento informado antes de comenzar la entrevista. Toda la información será guardada bajo estricto cuidado resguardando la seguridad y confidencialidad de cada uno de los pacientes que cooperen en dicha investigación.

Esperando una buena acogida y pronta respuesta a esta solicitud le saluda
afectuosamente.

Alumnas de la Carrera de Psicología de la Universidad Gabriela Mistral

Karina Palacios Romina González

Luego de leer la información de esta carta y haber tenido la oportunidad de hacer preguntas a las alumnas, autorizo que ellas contacten a los pacientes y que realicen las entrevistas.

Anexo 3: Figuras pilares de la resiliencia

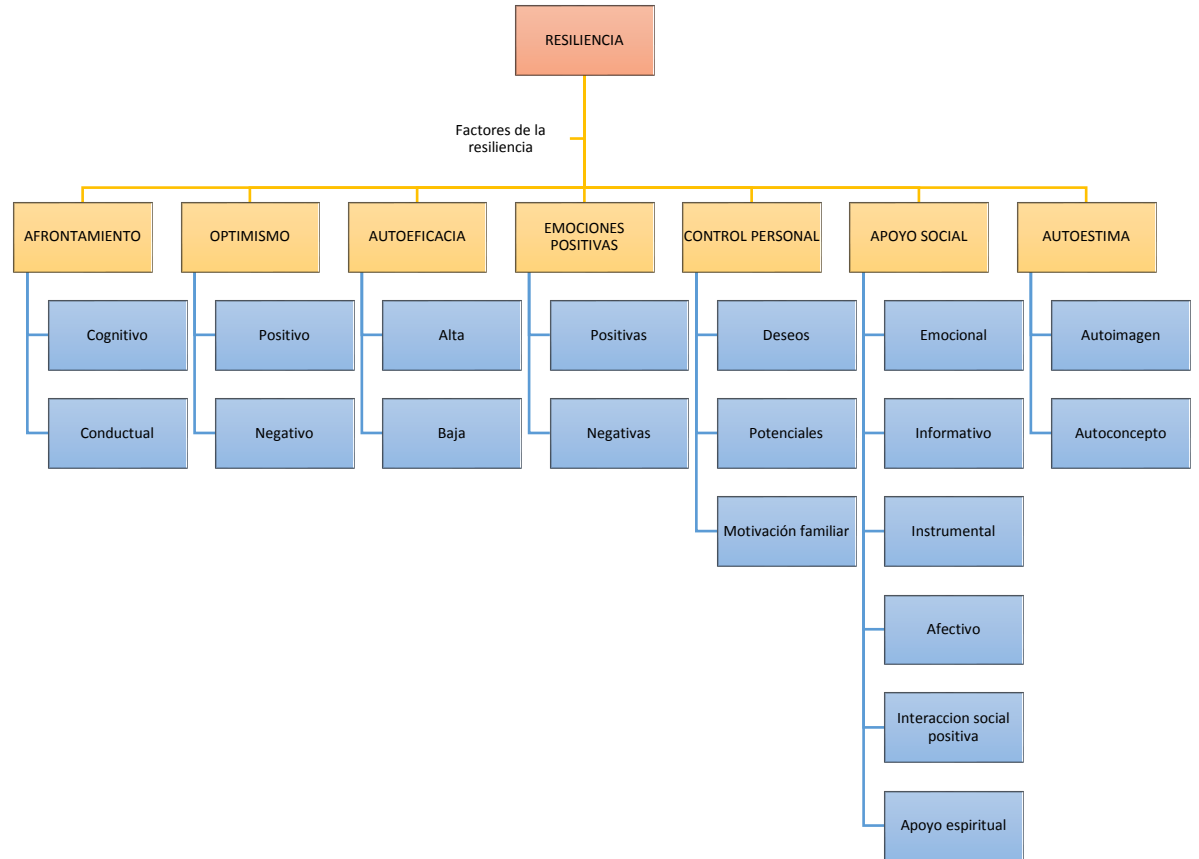


Figura 1. Mapa conceptual de resiliencia

Jorge Fernández Sarpi





Figura 2. Factores de la resiliencia y conceptos claves.