



FACULTAD DE PSICOLOGIA

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
BASADO EN TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES
PARA PROMOVER LA RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA
EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Estudiante: Cuesta Guzman Mavenka del Socorro

Legajo: 23978

Director/es: Bahamon Muñeton Marly Johana

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de Doctor en psicología con mención en sistémica, cognitiva y neurociencias



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha [23 de agosto de 2024]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación [23 de agosto 2024]

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Barranquilla, Colombia 23 de agosto de 2024

Firma y aclaración del autor:

Marenka Oreste G

Agradecimientos

Iniciar este proyecto ha sido para mí un crecimiento personal y profesional; un camino de muchos aprendizajes que ha fortalecido recursos personales y me ha permitido conocer otros que desconocía por completo, como también enriquecer mis conocimientos científicos y académicos. Considero que he aprendido a ser resiliente en este tránsito investigativo, en muchas ocasiones creía que no iba a escribir estas líneas, pero los obstáculos no fueron impedimento para lograr esta meta, y en este camino muchas personas fueron soporte tanto emocional como académico, brindado su apoyo desde cualquier aspecto de sus vidas, y también la convicción en mi padre celestial y mis ángeles que a nivel espiritual permitieron finalizar este lindo proyecto.

Por ello quiero agradecer:

A Dios, que ha puesto en mí la valentía para lograr este proyecto a pesar de los obstáculos presentados.

A mi esposo, que siempre fue y ha sido una roca en la que me he apoyado siempre. Gracias porque su apoyo incondicional y amoroso, facilitó en grandes dimensiones el camino para lograr esta meta.

A mi madre, sin ti, sin tu apoyo, que fuiste la primera en decirme, “¡adelante!, no temas, estoy contigo”. No hubiese logrado esta meta.

A mi padre, que fue pieza clave en mi historia para llegar a ser la mujer que soy hoy, sé que me acompaña desde donde se encuentre.

A las mujeres que participaron en el programa, sin ellas no hubiese tenido la oportunidad de aplicarlo y además de aprender de sus experiencias en el proceso de su enfermedad, de todas me llevo un aprendizaje valioso, gracias por su confianza.

A Liliana, Lili, gracias por aportar tu experiencia de ser victoriosa del cáncer de seno en esta investigación; todas aprendieron mucho de ti.

A Milgen, Paula, Maria Jose y Alexandra, de verdad no tengo palabras para agradecer todo su apoyo en este proyecto, esta investigación tiene una parte de cada uno de ustedes, tiene su tiempo, su dedicación, sus conocimientos y ante todo el valor de la verdadera amistad, ¡nunca me cansaré de decirles gracias!

A Jorge Galindo, que a nivel emocional caminaste esto conmigo, gracias por tu fuerza en motivarme siempre en seguir adelante. ¡Jorge, el lienzo está listo!

A Marly, amiga y directora de tesis, gracias por tomar mi mano en el momento en el que más me sentí perdida, gracias por lanzar el salvavidas que necesitaba para volver a encontrar el camino. Gracias por tus palabras de fuerza y aliento.

A la Universidad Simón Bolívar, que ha apoyado mi formación doctoral y el desarrollo de esta investigación.

¡Gracias totales!

ÍNDICE

CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
MARCO TEÓRICO	16
Recorrido histórico del concepto de la resiliencia	16
1.1.1 Primera generación de investigaciones sobre resiliencia	18
1.1.2 Segunda generación de investigación en resiliencia	20
1.1.3 Tercera generación de investigaciones en resiliencia	21
1.2 Definiciones del concepto de resiliencia	23
Adversidad.....	25
Adaptación positiva	26
Proceso Resiliente	26
1.2.2 Conceptos relacionados con la resiliencia	30
Competencia	30
Afrontamiento	30
Crecimiento postraumático	32
Personalidad resistente	33
1.2.3 Factores intervinientes en el proceso de resiliencia: Factores de riesgo y de protección	34
1.3 Modelos explicativos de la resiliencia	38
1.3.1 Modelos descriptivos	39
2.0 Calidad De vida: Una Revisión Del Concepto	47
2.1. Calidad de vida: Delimitación del Concepto	50
2.2 Modelos Teóricos de la Calidad de Vida	51
Modelos Comportamentales.....	53
Modelo de Bienestar	53
Modelo de Proceso Dinámico de la Calidad de Vida.....	53
Modelo de la Homeostasis de la Calidad de Vida.....	54
Modelo de Desempeño de Rol	54
2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Cáncer de Mama	55
3.0 El Cáncer: Una Enfermedad de Impacto Mundial	60
3.1 Características Psicológicas del Cáncer y el Cáncer de Mama	61
3.1.1 Cáncer de Mama y sus Implicaciones Psicológicas	64
3.2 El Papel de la Resiliencia en el Cáncer	69

3.3 Promoción de la Resiliencia en las Enfermedades Crónicas	71
4.0 Conceptualización de Programas de Intervención Psicológica	75
4.1. Componentes de un Programa de Intervención	77
4.1.2 Etapas en el Desarrollo e Instrumentación de Programas	79
4.2 Fundamentos de la Intervención Psicoeducativa en Oncología	82
4.2.1 Elementos de la Intervención Psicoeducativa	83
4.2.2 Aplicación de un Programa de Intervención Psicoeducativa en Oncología	86
5.0 Terapia cognitivo-Conductual y su Intervención en el Cáncer de Mama	90
Antecedentes Investigativos.....	94
Investigaciones relacionadas con Procesos de Salud-Enfermedad en Relación con la Resiliencia y el Cáncer de Mama y Procesos Psicológicos que Vivencian las Sobrevivientes de la Enfermedad.	94
Investigaciones Relacionadas con Calidad de vida, Resiliencia y Cáncer de Mama.....	114
Investigaciones Relacionadas con Intervenciones Psicológicas Dirigidas a Pacientes con Cáncer de Mama	126
CAPITULO II.....	140
Planteamiento del Problema	140
OBJETIVOS	144
Objetivo General.....	144
Objetivos específicos.....	144
Hipótesis	145
METODOLOGÍA	146
Muestra.....	146
INSTRUMENTOS.....	152
Escala de Resiliencia R14 de Wagnild y Young.....	152
Connor-Davidson resilience scale (cd-risc 10).....	153
Fact-G Calidad de Vida.....	153
Inventario de depresión Estado rasgo (IDER).....	154
Hoja de datos sociodemográficos (confeccionada ad-hoc para esta investigación).....	155
Procedimiento	156
I fase	156
II fase.....	156
III. fase.....	157
IV. fase.....	157
Descripción de las sesiones del programa.....	157
Factores de resiliencia del programa.....	175
Análisis de resultados	177

<i>CAPITULO III</i>	178
RESULTADOS	178
Prueba del supuesto de normalidad para las variables evaluadas	186
<i>CAPITULO IV</i>	190
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	190
<i>REFERENCIAS</i>	203
<i>ANEXOS</i>	232

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Marco para facilitar agencia (FENA).

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.

Tabla 2. Condiciones médicas de las participantes.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Resiliencia según el R14 del grupo experimental y control en el pretest.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Resiliencia según el CD-RISC del grupo experimental y control en el pretest.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Calidad de vida en grupo experimental y control en el pretest.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Autoestima grupo experimental y control en el pretest.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Depresión del grupo experimental y control en el pretest.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Resiliencia según el R14 del grupo experimental y control en el postest.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Resiliencia según el CD-RISC del grupo experimental y control en el postest.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Autoestima del grupo experimental y control en el postest.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Calidad de vida del grupo experimental y control en el posttest.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en las variables Depresión rasgo y estado del grupo experimental y control en el posttest.

Tabla 13. Prueba de normalidad de las variables evaluadas.

Tabla 14. Diferencias significativas pre y posttest en resiliencia y calidad de vida en grupo control y experimental.

Tabla 15. Diferencias significativas pre y posttest en calidad de vida, autoestima y depresión en grupo control y experimental.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La existencia del ser humano trae consigo un cúmulo de vivencias que determinan el rumbo de esta, obedeciendo a la cohesión entre la percepción e interpretación que cada persona realiza de las situaciones, del mundo exterior y de la búsqueda de sentido en su vida. Una de las narrativas más prevalecientes y ampliamente aceptadas de la humanidad es superar la adversidad (McCormick & Cushman, 2019), y es precisamente de estas experiencias adversas e inesperadas y la forma de superarlas en lo que la investigación científica debe enfocar su rumbo en la actualidad, ya que a partir del análisis minucioso en el ámbito de la salud, se ha podido dilucidar la etiología de enfermedades sumamente devastadoras como el cáncer, el cual se espera que sea la principal causa de muerte y la barrera más importante para aumentar la esperanza de vida en todos los países del mundo en el siglo XXI (Bray et al., 2018).

El cáncer, es definido como una enfermedad caracterizada por la proliferación anormal y desordenada de células que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor maligno en un determinado tejido u órgano. Los tumores malignos se conocen por su capacidad de destruir e invadir tejidos y órganos tanto cercanos como los que están lejos del tumor original (Macarulla et al., 2009). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud - OMS en 2015, el cáncer fue la primera o la segunda causa de muerte antes de los 70 años en 91 de 172 países, y ocupa el tercer o cuarto lugar en otros 22 países (World Health Organization, 2018).

En Colombia, el cáncer es un problema de salud pública en aumento que representa grandes repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas, imponiendo un reto para el sistema de salud. Según las estadísticas de GLOBOCAN, en Colombia en el año 2012, aproximadamente 104

personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas enfermaron de cáncer (Ospina et al., 2015). Siguiendo con este orden de ideas, es bien sabido que el cáncer de mama es la causa principal de muertes relacionadas con el cáncer en mujeres y representa el 10% de las nuevas neoplasias malignas anualmente en todo el mundo (Torre et al., 2015).

Es por esto que, Nobles y Brunal (2009), afirman que esta enfermedad conlleva a una perturbación del funcionamiento cotidiano de la persona que lo padece, y tiende a modificarse. Además, señalan que es un fenómeno más complejo, donde la vida o la muerte dependen de muchos factores, entre los que, por supuesto, no se pueden excluir, los psicológicos.

El diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento pueden tener un fuerte impacto negativo en la salud mental de las mujeres, inducir el estrés y provocar una amplia gama de reacciones psicológicas negativas, como depresión, ansiedad, enojo, mal humor y aislamiento (Di Giacomo et al., 2016), así como exacerbaciones de enfermedades psiquiátricas premórbidas y / o latentes (Hill et al., 2011). Empero, los pacientes con cáncer de mama sobreviven más tiempo a medida que mejoran las medidas de detección temprana y los avances en el tratamiento conducen a resultados de supervivencia cada vez mejores. Dicha supervivencia a cinco años ha aumentado del 75% en 1976 al 91% en 2017 (Siegel et al., 2017).

De igual manera, genera muchas afectaciones en su calidad de vida, puesto que, impacta de manera considerable diversas áreas como el aspecto físico y el funcionamiento social, debido a los procedimientos médicos que deben experimentar en el desarrollo de la enfermedad, llevando a la paciente a tener una percepción negativa de sí misma.

A pesar de la cantidad sustancial de estrés, las reacciones psicosociales y físicas de los pacientes ante este evento traumático varían dependiendo de múltiples factores (Allen et al., 2009;

Andersen et al., 2008), puesto que, hay una diferencia real entre el impacto sobre la persona de un diagnóstico de cáncer de mama en un estadio 0 (carcinoma ductal in situ [DCIS]) o uno TNM metastásico y sus consecuencias se manifiestan también de forma biológica y difieren entre una y otra persona (Campagne, 2018).

También se diferencia su impacto según género, edad, capacidad mental, resiliencia, acceso a la información médica, estatus económico, renta media nacional y producto nacional bruto, además de otros factores de riesgo (Travado et al., 2010). No obstante, algunos factores de protección pueden ayudar a los pacientes a adaptarse a este evento traumático, por ejemplo, al aumentar sus niveles de resiliencia, que generalmente se define como la capacidad de "recuperarse" (o respuestas negativas reducidas) después de verse afectado por un evento traumático (Haglund et al., 2007).

A pesar de esto, aún se debate si la resiliencia debe definirse como una variable de "estado" dinámico o una variable de "rasgo" estable (Bonanno, 2012; Prince-Embury, 2012). En general, se sugiere que cualquier persona puede tener aspectos bases de resiliencia, los cuales pueden ser mejorados mediante intervenciones psicológicas. En varios estudios occidentales se ha encontrado que la resiliencia es un indicador de funciones biopsicosociales positivas y proporciona a los investigadores ideas sobre cómo los sobrevivientes de cáncer de mama pueden resistir las respuestas biopsicosociales negativas y lograr una transición óptima durante el tratamiento y la subsiguiente supervivencia (Allen et al., 2009; Andersen et al., 2008; Haglund et al., 2007; Luthar & Cicchetti, 2000).

En este orden de ideas, la persona que es diagnosticada con esta enfermedad se enfrenta a múltiples experiencias en el transcurso de esta a través de distintos momentos como es el afrontamiento de un diagnóstico, una fase de tratamiento y la culminación de la enfermedad en los

casos donde es superada. De lo contrario, algunos pacientes sólo experimentan las dos primeras fases del proceso, puesto que no superan el diagnóstico y desafortunadamente fallecen.

Siguiendo esta línea, desde hace unas décadas se dispone de una creciente evidencia científica de que el control de los aspectos psicológicos puede producir una mejora de la supervivencia (Fox, 1995). Por lo cual, la resiliencia psicológica, vista como la capacidad de lidiar con el miedo para que la adversidad se convierta en una perspectiva positiva de la vida mediante el procesamiento de la regulación emocional, puede marcar la diferencia en la fase de recuperación y en la atención a la supervivencia (Di Giacomo, 2018).

De igual manera, las investigaciones basadas en la evidencia han concluido que la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental en momentos de enfermedad (Brix, et al., 2008; Jamison et al., 2007), y en el campo de las intervenciones se continúa reafirmando la necesidad de desarrollar programas de intervención en resiliencia, ya que se le considera una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental (Brix et al., 2009; Jamison et al., 2007; Smith y Zautra, 2008; Wagnild, 2009). Del mismo modo, se ha encontrado que la resiliencia y la calidad de vida son dos variables que se relacionan de forma mutua, afirmando que la resiliencia afecta de manera positiva en las dimensiones de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama (Talepasand et al., 2013; Molina et al, 2014; ,Li et al., 2016).

Se han desarrollado programas de intervención en resiliencia en diferentes enfermedades crónicas como en la artritis reumatoidea en Colombia, con técnicas de intervención desde la psicología positiva y el modelo cognitivo conductual (Quiceno, 2010). Por otra parte, en Estados Unidos, Steinhardt et al., (2009), analizaron la viabilidad de un programa de entrenamiento de la diabetes (DSP) en adultos, basado de igual manera en técnicas cognitivo-conductuales.

En este estudio, no se encontraron cambios significativos pre-post a nivel de resiliencia, el afrontamiento y las demás variables psicológicas estudiadas, mientras que sí hubo cambios significativos en algunas de las medidas fisiológicas.

De acuerdo con lo anterior, se han hallado pocos programas de intervención en resiliencia y calidad de vida a nivel mundial. Sin embargo, no se han encontrado programas que tengan este objetivo en Colombia, por lo tanto surge el interés de esta propuesta investigativa, la cual se centra en desarrollar, implementar y evaluar un programa de intervención basado en técnicas cognitivo-conductuales para promover la resiliencia y calidad de vida en mujeres con este diagnóstico en la ciudad de Barranquilla, esto con la finalidad de aportar herramientas teóricas y prácticas que ayuden a mitigar el impacto negativo que puede acarrear esta enfermedad.

La metodología que se planteó para el desarrollo del proceso investigativo fue de corte cuantitativo con diseño cuasiexperimental, con grupo control y mediciones pre y postest Hernández et al., (2014). La población de estudio se encontró en diversas clínicas y grupos de apoyo de la ciudad de Barranquilla y la muestra seleccionada se conformó por 20 mujeres, a quienes se evaluó antes y después de la implementación del programa psicológico para promover resiliencia y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Se trabajó con un grupo experimental y un grupo control y los instrumentos para la medición de las variables fueron la *Escala de Resiliencia R14 de Wagnild*, la *escala de Connor-Davidson resilience scale (cd-risc 10)* y la *escala de Fact-G Calidad de Vida*.

Posteriormente, se encontrará el capítulo de los resultados, donde se expone lo encontrado en las medidas antes y después de las variables intervenidas, en la cual se lograron diferencias significativas en la resiliencia y dimensiones de la calidad de vida. A partir de los resultados se

realizan diferentes reflexiones en torno al efecto del programa y los factores a tener en cuenta para futuras líneas de investigación.

MARCO TEÓRICO

Recorrido histórico del concepto de la resiliencia

El concepto de resiliencia desde hace tres décadas ha sido objeto de diversas investigaciones, logrando ampliar cada vez más su conocimiento, por tanto, pretender tener una sola definición del término es una tarea imposible, porque ha sido utilizado para comprender diversas problemáticas desde los procesos individuales del ser humano hasta los de su contexto, generando que el interés de las investigaciones, esté orientado en la comprensión del rol que cumple la resiliencia en la adaptación positiva ante situaciones de riesgo en poblaciones adultas e infantiles.

Por consiguiente, es importante conocer con claridad las contribuciones conceptuales agrupadas en las generaciones investigativas que han surgido a través del tiempo; debido a esta diversidad conceptual, no se encontrará una misma línea en cuanto a su definición y objeto de estudio, porque cada una de ellas tiene sus propias conclusiones o se han ido alimentando de otras aportaciones teóricas.

Antes de exponer los argumentos teóricos de estas generaciones, se mostrará la etimología del concepto. El concepto de resiliencia fue utilizado originalmente en el campo de la ingeniería para referirse a algunos materiales que poseían características fuertes frente al impacto, y a la capacidad que tenían de volver a su forma original después de ser sometidos a altas presiones. Posteriormente, a través del tiempo ha sido de gran interés en el área de la psicología aplicada al comportamiento humano (Manciaux et al., 2003; Vanistenedael y Lecomte 2004).

Es por esto, que la resiliencia ha tenido un auge importante dentro de las ciencias sociales y humanas, haciendo hincapié a la capacidad que tienen las personas de afrontar y superar situaciones adversas o de alto riesgo emocional y poder salir adelante recuperando su estilo de vida a pesar de las dificultades (Vanistedaël, 2005).

Otros autores como Tomkiewicz (2004), plantean que el concepto de resiliencia surge explicando de manera universal el concepto de invulnerabilidad, como también el surgimiento de otros dos conceptos que brindaban explicación al porqué los seres humanos enfrentan las adversidades, como son el coping que es traducido como afrontamiento de origen estadounidense, que hace referencia a asumir y no derrumbarse frente al hecho traumático, y el otro Invulnérabilité, que significa no sufrir daño alguno después de recibir el golpe de la situación traumática. Sin embargo, en palabras de Tomkiewicz (2004, p. 35), “... la invulnerabilidad, al igual que el coping sólo significa resistencia y, por ende, una respuesta inmediata.

La resiliencia, por el contrario, implica un efecto duradero, un proyecto de vida; es dinámica, mientras que la invulnerabilidad permanece estática”, la resiliencia implica la capacidad de crecer o desarrollarse en contextos difíciles (Feder, 2018). Más adelante en el presente capítulo se desarrollará con mayor detalle las diferencias que existen con estos conceptos y la resiliencia.

A continuación, se expondrán las generaciones investigativas que aportan una conceptualización de la resiliencia, cada una de ellas con sus autores más representativos y el objetivo de investigación en torno al concepto.

1.1.1 Primera generación de investigaciones sobre resiliencia

Desde los años ochenta inicia el interés de estudiar la resiliencia para comprender la causa de la psicopatología, es por esta razón, que este concepto empieza a tener fuerza en el campo del desarrollo humano, surgiendo una primera generación de investigaciones que tuvieron como objetivo, buscar los factores protectores que facilitan una adaptación positiva en los niños que experimentaban situaciones de adversidad y cómo estas situaciones de riesgo eran factores predisponentes a desarrollar psicopatología en la población infantil.

Esta generación buscaba conocer la diferencia de los niños que se adaptan positivamente de los que no en la sociedad posterior a una experiencia traumática. El estudio que quiso dar respuesta a esto es el abanderado por Werner y Ruth Smith (1992) de carácter longitudinal llevado a cabo en Katia (Hawái), quienes estudiaron a 500 niños, encontrando que, una tercera parte de ellos, a pesar de vivir con padres alcohólicos y estar sometidos a distintas situaciones de estrés, lograron salir adelante y se reconstruyeron como personas, teniendo así la posibilidad de un futuro (García et al., 2012).

Por consiguiente, es que a partir de este primer estudio inician diversas investigaciones que mostraban la existencia de los factores protectores que podrían tener los niños a pesar de padecer estados de pobreza, considerada ésta como una de las situaciones que mayor estrés puede generar. Sin embargo, encontraron que los factores protectores de alguna manera atenúan el impacto de la situación (García et al., 2012), por lo que desde esta perspectiva se considera la resiliencia como un rasgo de la personalidad.

De este sentido, Garmezy (1991), Garmezy y Masten (1994) y Lazarus et al., (1986) afirman que la resiliencia está relacionada con unos factores protectores tanto físicos como emocionales que alteran o revierten los resultados negativos que los estresores pudieron generar.

En este orden de ideas, esta primera generación considera a la resiliencia como aquello que se puede estudiar una vez la persona ya se haya adaptado, cuando ya tienen una capacidad resiliente Forés y Grané (2018), e identificar los factores individuales que promueven la resiliencia, como las capacidades cognitivas, habilidades sociales y variables de la personalidad (O'Dougherty et al., 2013; Saltzman et al., 2011).

En conclusión, el objeto central de esta generación fue identificar las características tanto biológicas como psicológicas que al parecer tenían un rol interesante en la superación de las adversidades. Asimismo, encontrar las características de la personalidad o del ambiente que actuarán como factores protectores ante la adversidad. No obstante, esta visión de la resiliencia es debatida por la segunda generación, en la cual se encuentran autores representantes de la primera línea de investigación, pero con una ampliación del concepto de resiliencia a raíz de lo que hallaron en sus estudios.

1.1.2 Segunda generación de investigación en resiliencia

Posteriormente, continúa una segunda línea de investigaciones que empezaron a publicar a mediados de los años noventa abanderadas por Rutter (1991), quien también hizo parte en los primeros momentos del concepto de la resiliencia. Como uno de los pioneros, argumenta que la resiliencia debe ser entendida no como un conjunto de características internas o externas, sino como un proceso donde estos elementos se desarrollan dentro de un marco temporal (Rutter, 1987).

En consecuencia, tenía interés en conocer los procesos que están asociados a una adaptación positiva frente a la adversidad (Infante, 2001). Como afirman Garcia et al., (2012), esta noción de proceso implica la interacción dinámica entre factores de riesgo y de resiliencia como también la búsqueda de modelos para promover resiliencia de forma efectiva a nivel de programas sociales.

Autores más recientes de esta segunda generación son Luthar y Cushing (1999), Masten (1999), Kaplan (1999) y Bernard (1999), quienes mencionan que la resiliencia es un proceso dinámico en el cual las influencias ambientales y el sujeto interactúan en una relación recíproca facilitando la adaptación a pesar de la adversidad.

Con esto coincide, Forés et al., (2018) planteando que estas investigaciones se preocupan más en dilucidar cuáles son las dinámicas presentes en el proceso resiliente, con el objetivo fundamental de ser replicadas en intervenciones o contextos similares. Desde esta visión, la resiliencia no es una característica absoluta, ni se adquiere una vez y sirve para siempre, sino que es un proceso relacionado con el cambio y el dinamismo entre los factores individuales y los factores del entorno (Vera et al., 2006).

Como resultado, el foco de interés se desplaza desde las cualidades personales que permitían superar la adversidad (como la autonomía y la autoestima), hacia un mayor interés en estudiar los factores externos al individuo (nivel socioeconómico, estructura familiar, presencia de un adulto cercano).

La gran mayoría de los investigadores de esta generación podrían adscribirse al modelo tríada o de resiliencia, que consiste en organizar los factores resilientes y de riesgo en tres grupos diferentes: los atributos individuales, los aspectos de la familia y las características de los ambientes sociales en que los individuos se hallan inmersos (Infante, 2001). En efecto, el desafío que tiene esta generación es que la identificación de procesos que están en la base de la adaptación resiliente permitirá avanzar en la investigación de esta, como también en el diseño de estrategias de intervención dirigidas a promover la resiliencia.

1.1.3 Tercera generación de investigaciones en resiliencia

En primera medida, es preciso mencionar que, según Rodríguez (2015) la tercera generación de investigaciones en resiliencia tiene como objetivo diseñar programas de intervención efectivos y eficaces que promuevan dicha resiliencia en los niños, siguiendo el enfoque de la psicología clínica. Pese a que existen ciertas características intrínsecas de los individuos, éstos pueden aprender a tener resiliencia, y la psicología puede aportar programas efectivos y eficaces que promuevan este enfoque.

Después de conocer el desarrollo del concepto de resiliencia desde las diversas generaciones investigativas con sus argumentos a través de la historia, a continuación, se encontrarán las diversas definiciones con cada uno de sus representantes teóricos.

En conclusión, en la evolución de este concepto se generaron tres generaciones, iniciando la primera en los años ochenta, donde la resiliencia era vista desde la individualidad del individuo, es decir, cuáles eran las cualidades personales (psicológicas y biológicas) y factores externos que facilitaban que ante situaciones adversas no desarrollara psicopatología. En este periodo, el interés estuvo enmarcado en la población infanto-juvenil con alto riesgo en desarrollar desórdenes psicológicos, basado en su mayoría en estudios longitudinales. Desde este enfoque, la resiliencia es enmarcada como una capacidad con la que se cuenta para afrontar una situación de riesgo y es lo que determina si ésta afecta o no su salud mental.

Posteriormente fue evolucionando para los años noventa el foco de las investigaciones donde la resiliencia empieza a ser vista como un proceso dinámico donde no solamente están involucrados los factores individuales, sino también factores del contexto en la superación de la adversidad, desde este enfoque la resiliencia puede ser aprendida y que no es exclusiva a una etapa del desarrollo, además de ser promovida, por tanto, estas investigaciones abren paso a expansión y profundización a la última generación en la cual considera que la resiliencia se construye, a través de la aplicación de programas y modelos teóricos en diversos contextos o problemáticas del campo de las ciencias sociales.

1.2 Definiciones del concepto de resiliencia

Definir el concepto de resiliencia desde una visión multidimensional y multicausal resulta una tarea un tanto tediosa, puesto que, por las diversas conceptualizaciones que ha tenido a través de la historia, no existe una definición universal. En este apartado se expondrán los planteamientos de diversos autores que muestran la resiliencia desde una mirada individual, hasta una mirada del proceso dinámico e intersubjetivo en los que se involucran factores individuales y ambientales, facilitando la transformación de la persona afectada por la situación de riesgo.

Autores como Grotberg (2001), Garmezy (1991), Walsh (2004), en sus definiciones conciben la resiliencia como la capacidad que tiene el sujeto de recuperarse de la adversidad fortalecido o transformado por ella. Asimismo, Delage (2010) argumenta que no es la ausencia de sufrimiento, sino la capacidad de evolucionar de forma favorable a pesar del sufrimiento y, a veces, la capacidad para sacar partido de ese sufrimiento.

Por su parte, Wagnild y Young (1993), afirman que la resiliencia hace referencia a una cualidad individual positiva que facilita la adaptación a la adversidad y ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida. Además, proponen dos factores de la resiliencia en los cuales se encuentran una serie de características como la competencia personal, que abarca aspectos como la autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia, y la aceptación de uno mismo y de la vida, que se evidencia en componentes como la adaptabilidad, flexibilidad y una visión de la misma estable que tiene coherencia con un sentimiento de paz a pesar de la adversidad y una aceptación por la existencia.

Definición que está enmarcada en la primera generación de investigaciones mencionadas anteriormente, las cuales estuvieron focalizadas en los factores de riesgo y factores protectores que más adelante se conocerán al detalle. En esta misma línea, se encuentran Wolin y Wolin (1993) quienes la explican como la capacidad de sobreponerse, de soportar las penas y de enmendarse a uno mismo. En esta descripción se observa la resiliencia como un proceso de resistencia del dolor.

Sin embargo, existen autores que afirman que el sujeto logra una adaptación positiva frente a la adversidad saliendo fortalecido de esta cuando utiliza sus recursos personales que disminuyen la posibilidad de desarrollar un desajuste psicosocial durante el suceso adverso (Acero, 2011). Por ejemplo, Suarez Ojeda (1995), Infante (1997), Masten (2001) y Kaplan (1999) argumentan que ser resiliente implica una combinación de factores que facilitan al ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos. Con esto, coincide Osborn (1996) quien afirma que la resiliencia puede ser el resultado de una conjunción de factores ambientales y el temperamento, además de una habilidad cognitiva que viene desde la infancia.

Las anteriores definiciones tienen en cuenta que la resiliencia debe ser vista como un proceso, y la que actualmente ha sido más aceptada, es la que representa la segunda generación, la cual argumenta que la resiliencia es un proceso dinámico que tiene como objetivo la adaptación positiva que logra el individuo en la adversidad (Luthar et al., 2000).

Esta definición trae consigo tres componentes esenciales que están presentes en el concepto de resiliencia, como son: el concepto de adversidad, de adaptación positiva y de proceso, el cual involucra una dinámica entre aspectos cognitivos, emocionales y socioculturales que influyen en el desarrollo humano los cuales serán explicados posteriormente (Infante, 2001). Asimismo, Fletcher y Sarkar (2013), estiman que a pesar de que la resiliencia ha tenido varias definiciones, la

mayoría de ellas están basadas en dos aspectos centrales que son la adversidad y la adaptación positiva.

Adversidad

El concepto de adversidad hace referencia a las situaciones negativas que experimenta el individuo y a la vez se convierten en factores de riesgo que influye en la forma en cómo se adapte o no al entorno, como vivir en la pobreza, una enfermedad, la pérdida de un ser querido, situaciones de maltrato entre otros.

Por otro lado, Forés et al., (2018) diferencian una adversidad de un contratiempo, refieren que algunas situaciones, por ejemplo, ser abandonado por la pareja o perder un trabajo son pruebas importantes, pero no necesariamente deben ser traumáticas, porque la resiliencia implica algo más que un tropezón, ya que suscribe un contrato con la adversidad entendida como trauma puntual y brutal, así pues, según las autoras el trauma produce un horror que provoca la transformación de la persona herida. En cambio, en una situación de contratiempo la sacudida es menor porque la persona permanece sin alteraciones eminentes.

Javier (2018) afirma que la adversidad no tiene relación con la situación en sí, sino con la interpretación que cada persona haga de la situación, y de esto dependerá en gran medida el resultado en términos de adversidad, porque según este autor algunas situaciones predisponen más que otras a una potencia traumática elevada, y esto depende del significado que se le otorga a la situación, al momento de vida en que ocurre, del contexto, de los recursos con los que se cuenta y de lo que se pueda hacer al respecto.

En conclusión, es relevante que para identificar resiliencia y promoverla se especifique la naturaleza del riesgo que experimenta el sujeto, si este es subjetivo u objetivo, y la relación existente entre la adversidad y adaptación (Infante, 2001).

Adaptación positiva

Cuando el individuo después de experimentar una adversidad no evidencia un desajuste en el entorno, y alcanza las expectativas sociales de acuerdo con una etapa de desarrollo se habla de una adaptación positiva, lo cual también se denomina el resultado de un proceso resiliente, es decir, el sujeto muestra un funcionamiento adaptativo a pesar de la experiencia adversa reflejada en sus áreas significativas de vida.

En resumen, para que exista resiliencia es preciso hablar de adaptación positiva, la cual está determinada por el desarrollo de algún aspecto del individuo o por la ausencia de conductas disruptivas (Infante, 2001). También, es importante tener presente que la resiliencia se puede fortalecer a lo largo del ciclo vital (Luthar et al., 2000), lo que conlleva al diseño de intervenciones enfocadas en promover la resiliencia a lo largo de la vida.

Proceso Resiliente

De acuerdo con el interés investigativo de la segunda generación del concepto de resiliencia, sus autores describen a ésta como un proceso que involucra varios factores como son los factores de riesgo y los factores resilientes, los cuales pueden ser biológicos afectivos, cognitivos, fisiológicos, sociales y/o culturales entre otros (Infante, 2001).

De acuerdo con lo anterior, el concepto de proceso no ve la resiliencia como un atributo personal, ya que esto implicaría que unas personas lo tienen y otras no, sino que involucra factores personales y del contexto que proveen las herramientas para lograr esa adaptación positiva como es la familia, la comunidad, la escuela etc. Y, por tanto, puede reconstruirse en interacción con el ambiente.

En este sentido, Acero (2011) plantea que la resiliencia es comprendida como un proceso normal, comprensible que implica sistemas adaptativos como la capacidad de solucionar racionalmente problemas, de regular la emoción y la habilidad de hacer lazos afectivos de apoyo con otros.

Con base a esto es que apunta los programas de intervención que tienen como objetivo promover conductas resilientes, enfocándose en las potencialidades y los recursos con los que cuenta el individuo en sí mismo y a su alrededor. La resiliencia es un atributo que varía de un sujeto a otro y que puede crecer o declinar con el tiempo, donde los factores protectores son características del ambiente y de la persona que amortiguan el impacto negativo de la adversidad y sus condiciones estresantes (Acero, 2011).

Por consiguiente, la definición de resiliencia requiere necesariamente dos elementos centrales: (1) la persona enfrenta un riesgo tan significativo que amenaza con interrumpir el desarrollo normativo culturalmente alineado; y (2) la persona se adapta bien a las experiencias de riesgo significativo (Masten, 2001; Schoon y Bynner, 2003), y los riesgos significativos incluyen, entre otros, desastres naturales, guerra, terrorismo, pobreza y comunidades de escasos recursos, patología de los padres, enfermedades crónicas, abuso (físico, emocional y sexual), negligencia y/o pérdida de los padres o miembros de la familia (Masten y Narayan, 2012).

La resiliencia no es lo mismo que conceptos más amplios de la psicología positiva como afrontamiento, bienestar o crecimiento postraumático. A diferencia de la resiliencia, el afrontamiento y el bienestar no requieren un contexto de riesgo significativo (Fletcher y Sarkar, 2013; Rutter, 2012). El crecimiento postraumático se refiere a un aumento del funcionamiento o crecimiento positivo después de las experiencias de trauma (Tedeschi y Calhoun, 2004).

En comparación, la resiliencia podría denotar la recuperación del trauma sin un crecimiento posterior (Masten, 2014). La resiliencia, de esta manera, se refiere a la adaptación positiva (es decir, el proceso de ajuste positivo) frente a probabilidades potencialmente devastadoras (Dent y Cameron, 2003; Masten, 2001; Schoon y Bynner, 2003), que facilitan al ser humano afrontar y superar la adversidad. Si bien la definición de resiliencia parece relativamente sencilla, explicar por qué y cómo se lleva a cabo esa adaptación positiva es mucho más difícil (Masten, 2011). Sin embargo, más adelante se explicará con mayor detalle la definición de cada uno de estos conceptos.

Teniendo en cuenta las definiciones planteadas, se pueden englobar las definiciones de resiliencias en tres ideas principales: la primera, que es vista como una habilidad o capacidad, la segunda, que es el resultado de la interacción entre factores personales como ambientales, y la tercera como un proceso, en la cual todos los autores coinciden en señalar que la resiliencia no es algo acabado, que unas personas tienen y otras no, sino que es un proceso y por tanto un aprendizaje (Carretero, 2010).

Con relación a procesos cognitivos, Inbar (2011), plantea una definición de resiliencia dándole importancia a los procesos cognitivos, puesto que éstos actúan de mediadores entre el evento estresante y la persona, influyendo de igual manera las emociones y las creencias del individuo. Este autor propone un modelo cognitivo de resolución de problemas enfocado en las soluciones para explicar el desarrollo de la resiliencia. En este sentido, una ineficaz resolución de

problemas puede derivar en comportamientos disfuncionales y desadaptativos, como altos niveles de ansiedad y depresión, conductas de evitación etc.

Estas cogniciones, emociones y conductas disfuncionales influyen en la resiliencia necesaria para afrontar de manera efectiva la situación crítica, surgiendo un proceso circular inefectivo que se retroalimenta y auto-refuerza. Desde esta línea, la resiliencia se puede definir desde una perspectiva enfocada en soluciones, como un conjunto de habilidades conductuales, en las que se encuentran las estrategias de afrontamiento, motivacionales y cognitivas.

En conclusión, se puede observar que para la construcción de un concepto de resiliencia se tiene presentes aspectos individuales, creencias que se tienen de sí mismo, la interacción permanente con el ambiente y características personales que potencian la respuesta activa por parte del sujeto permitiéndole superar la adversidad (García y Domínguez, 2012).

También estas definiciones enfatizan características del sujeto resiliente como habilidad, adaptabilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones adversas que le permite atravesarlas y superarlas.

Del mismo modo, se reconoce que la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos, no se nace ni se adquiere naturalmente, ya que esto depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del individuo con los otros seres humanos responsables de la construcción del sistema psíquico humano (Melillo et al., (2011).

1.2.2 Conceptos relacionados con la resiliencia

La resiliencia trae consigo unos conceptos que son similares a ella, en la literatura algunos autores los han considerado como elementos centrales para comprenderla, mientras que otros argumentan que son sustitutos de esta. Entre ellos se encuentran los siguientes:

Competencia

Un concepto central asociado al de la resiliencia, el cual es entendido como las destrezas que facilitan al sujeto a actuar de manera funcional en la vida es el de competencia, este término se centra en los procesos de adaptación, por tal motivo el concepto ha contribuido a establecer la existencia de diversas competencias de manera que se puede ser competente ante ciertas situaciones y en otras no (Masten y Cosadtword, 1998).

Esta noción de igual forma la han relacionado con el concepto de coeficiente intelectual y el rendimiento académico, considerándose que son factores protectores si éstos son altos, mientras que si existen niveles bajos es considerado un estado de vulnerabilidad.

Afrontamiento

Este proceso siempre ha estado ligado de forma estrecha a la resiliencia. No obstante, es importante mencionar que la resiliencia es un constructo más amplio que involucra presencia de riesgo significativo, mientras que el afrontamiento solo se activa en situaciones de adversidad (Barcelata, 2015).

Lazarus y Folkman (1991) argumentan que, el afrontamiento representa un mecanismo que se activa ante situaciones que son consideradas por el individuo como amenazantes o que rebasan sus recursos para afrontarlas y que son fuentes de estrés. Para estos autores, el afrontamiento es un conjunto de pensamientos y conductas que una persona utiliza para gestionar las demandas internas

y externas ante situaciones estresantes, con el objetivo de protegerse de cualquier trauma psicológico.

Rutter (2007) plantea que es importante reconocer que existe una gran variación de acontecimientos por sucesos estresantes, así como respuestas de adaptación a los mismos, por lo que el estudio de los mecanismos y las variables que participan en el estrés como la percepción de éste y el afrontamiento son y han sido los aspectos fundamentales para entender la resiliencia.

A continuación, para comprender de forma más amplia los factores de la resiliencia, es imprescindible hablar de factores de riesgo y de factores de protección con mayor detalle, porque para que se desarrollen conductas resilientes es necesaria la interacción tanto de factores de riesgo como de protección, para así entender cuáles serían los elementos que deben estar presentes en el momento de promover conductas resilientes.

Por tanto, el afrontamiento es capaz de regular la presencia de estrés crónico y actuar como amortiguador protector siempre y cuando se utilicen estrategias que tengan como resultado el equilibrio de los recursos personales y las demandas del medio.

Por otra parte, autores como Zimmerman y Benner (2010) afirman que existen evidencias de que estos dos conceptos son diferentes conceptualmente, ya que la resiliencia influye en cómo el suceso es valorado, mientras que el afrontamiento se refiere a las estrategias empleadas que siguen a la valoración de la situación estresante y la resiliencia predice una respuesta positiva a la situación estresante, frente al afrontamiento que puede ser positivo o negativo.

Crecimiento postraumático

Los pioneros de este concepto fueron Tedeschi y Calhoun, en 1996, quienes plantean que ciertas características de personalidad facilitan que los seres humanos crezcan a partir de una lucha contra un trauma. Para estos autores, este concepto hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999).

Sin embargo, es importante mencionar que el concepto de resiliencia ha sido tratado con matices diferentes por autores franceses y estadounidenses. Así, el concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar. Mientras que el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático (Vera et al., 2006).

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que la resiliencia es una característica propia del individuo la cual puede ser promovida, porque se puede aprender hasta antes de suceder el evento traumático, es decir, la resiliencia implica una serie de recursos personales que el sujeto pone en práctica en el momento de enfrentar la adversidad, mientras que el crecimiento postraumático es el cambio que se produce a partir del aprendizaje provocado por el trauma (Turner y Cox, 2004).

Personalidad resistente

Otro constructo que se equipara con el concepto de resiliencia es el de la personalidad resistente o hardiness, concepto atribuido por Kobasa (1979) y definido como las características de la personalidad que en algunas personas actúan como reforzadora de la resistencia al estrés.

Estas características personales son el compromiso, la percepción de control y el resto o sentido de oportunidad que surgen en momentos difíciles que contribuyen a la adaptación (Maddi, 2006). El compromiso hace referencia a la capacidad que tiene el individuo de involucrarse con lo demás, el control está relacionado con el concepto de locus de control interno, donde el individuo perciba que es capaz de ejercer control sobre las situaciones que experimenta (Kobasa, 1979) y el resto / desafío implica creer que es el cambio una característica importante y necesaria en la vida.

Una personalidad resistente suele percibir las situaciones difíciles menos amenazantes y los efectos de éstas están mediados por la evaluación del entorno como por los del afrontamiento. Es por esto, que implica ambos aspectos contribuyendo en la resiliencia. Partiendo de lo anterior, las personas resistentes viven los eventos estresantes de forma similar a las que presentan menos resistencia, la diferencia radica en la evaluación de estos eventos con menor intensidad, manteniéndose una actitud optimista para afrontarlos, lo que resulta en una menor activación del organismo y en una menor probabilidad de enfermar a raíz de sufrir un evento traumático (Barcelata, 2015).

1.2.3 Factores intervinientes en el proceso de resiliencia: Factores de riesgo y de protección

Tanto el riesgo como la resiliencia son dos enfoques que se complementan, y en la promoción de ésta deben ser tenidos en cuenta para fortalecer su aplicación en el fomento de un desarrollo sano mediante el diseño de intervenciones eficaces (Acero, 2011). El riesgo implica la probabilidad de un daño biológico o psicológico o social, mientras que la resiliencia se enfoca en los escudos protectores contra las fuerzas negativas amortiguando sus efectos, y, a veces transformándose en factor de superación de las situaciones difíciles.

Los factores de riesgo hacen referencia a aquellas características o cualidades de una persona, de una familia o de una comunidad que se sabe que va unida a una elevada probabilidad de dañar su salud. Theis (2003), engloba cuatro categorías de factores de riesgo, como una situación perturbadora, trastornos psicológicos o conductas adictivas de los padres, muerte de los padres o larga separación de la persona que cuida al niño en los primeros años de su vida.

Factores sociales y ambientales: como el paro de los padres, la pobreza o la ausencia de dinero en el hogar, problemas crónicos de salud en el entorno cercano del niño y catástrofes naturales y sociales, como el caso de una guerra.

Según Saavedra y Villalta (2008a), se pueden identificar factores biológicos y medioambientales, en los primeros se encuentran defectos congénitos, bajo peso al nacer, falta de cuidado durante el embarazo, entre otros, mientras que en los segundos se encuentran, la pobreza, la discordia familiar, enfermedades mentales presentes en algunos miembros de la familia, etc.

En población adulta se encuentran factores de riesgos asociados a enfermedades crónicas. Según Zautra et al., (2008), se cuenta con: 1) Los biológicos (bioquímicos/fisiológicos) que hacen referencia a la presión, a los niveles de colesterol glucosa, al índice de masa corporal, a los factores

genéticos asociados con la ansiedad, a la alta reacción de la proteína C o de otras elevaciones en los procesos inflamatorios.

Es importante mencionar que, actualmente las investigaciones enfocan su atención en los procesos de interacción e intrapsíquicos que el sujeto utiliza para afrontar la adversidad, más que centrarse en la situación de riesgo, por ello, esta noción de riesgo a perdido aceptación, Sin embargo, estos dos conceptos son complementarios, puesto que no se puede hablar de resiliencia si no existe una adversidad.

En cuanto a los factores protectores, estos son el conjunto de variables del individuo y del contexto que potencian la capacidad de resistir a las dificultades y de contener el malestar y son opuestos a los factores de riesgo (Theis, 2003). Los factores protectores Theis (2003), los divide en personales, psicosociales y socioculturales.

En los factores personales se encuentran aspectos internos como el temperamento, características cognitivas y afectivas que tienen que ver con aspectos como la autoestima y autoconcepto. En cuanto a los factores sociales y culturales, intervienen el sistema de creencia y valores, la familia, la escuela, las relaciones interpersonales que favorecen un apoyo social.

Acero (2011) afirma que, la resiliencia alcanza su máxima expresión cuando se hace referencia a las respuestas de los individuos ante situaciones de riesgo y estas respuestas incluyen aspectos conductuales, cognitivos y afectivos. Así la resiliencia puede ser vista como la interrelación compleja entre ciertas características de las personas y con sus contextos, aludiendo a un equilibrio entre el estrés y la habilidad para hacer frente.

Siguiendo esta línea, son diversos los factores de resiliencia que influyen de forma positiva en el afrontamiento de los eventos adversos. De acuerdo con esto, existen varios autores que plantean los aspectos que hacen parte de un ser resiliente.

Grotberg (1995) señala tres posibles factores de protección ante acontecimientos traumáticos: a) los atributos personales como inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas; b) la competencia social y c) los apoyos del sistema familiar y derivados de la comunidad.

Melillo et al., (2008), establecen como pilares de resiliencia la capacidad de introspección, la independencia, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, el humor, la creatividad, la moralidad y la autoestima consistente. Por su parte, Delage (2010), establece que de los diversos factores que favorecen un proceso de resiliencia, hay tres que merecen especial atención: una actitud que promueva la esperanza, un comportamiento que tienda a la protección y, por último, un trabajo psíquico de reflexión sobre la experiencia de adversidad vivida.

Vanistendael y Lecomte (2006), por otro lado, establecen los factores básicos que permiten la resiliencia, como son: la red de ayuda social, el sentido de la vida, las aptitudes y el sentimiento de control, la autoestima y el sentido del humor.

En este sentido, Greve y Staudinger (2006), coinciden que, la autoestima, el control personal, el afrontamiento y la autoeficacia, son factores protectores que facilitan conductas resilientes. Al mismo tiempo, para Gómez-Acebo et al., (2013) y Wolin y Wolin (1993) coinciden en que los atributos o pilares que poseen las personas resilientes son: el autoconocimiento (introspección), el control emocional, adaptación y cambio, la resolución de problemas y la

capacidad de establecer lazos de intimidad con otros. Posteriormente, Suarez (2004), toma los pilares planteados por Wolin y los engloba en cuatro componentes claves:

- **Competencia social:** habilidades sociales, autoestima, empatía, humor, flexibles y adaptables a los cambios, moralidad, creatividad, optimismo y habilidades prosociales.
- **Resolución de problemas (iniciativa):** habilidad para pensar en abstracto, reflexiva y flexiblemente y la posibilidad de buscar soluciones alternativas.
- **Autonomía (autodisciplina, independencia, locus de control interno):** se refiere al sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y al control de elementos del propio ambiente.
- **Expectativas positivas de futuro:** autoeficacia, expectativas saludables, dirección hacia objetivos, sentido de la anticipación y de la coherencia, fe en un futuro mejor y capacidad de pensamiento crítico.

Autores como Ji et al., (2013), indican que existe una gran relación entre los factores protectores y la resiliencia. En concreto, dentro de los factores protectores, los que producen un mayor efecto son: la autoeficacia, el afecto positivo y la autoestima. Estos postulados indican que mejorar y promover los factores protectores (como la autoeficacia, el afecto positivo y la autoestima), es más efectivo que tratar de reducir los factores de riesgo (Rodríguez, 2015).

Teniendo en cuenta los componentes que son esenciales en el desarrollo de una conducta resiliente (factores protectores), la resiliencia implica utilizar los recursos protectores, no sólo identificarlos, por consiguiente, las estrategias de intervención deben estar orientadas en reforzar y utilizar estos factores de protección en el afrontamiento de la adversidad (Feder, 2018).

Por esto, la importancia de promover factores internos y externos en el individuo para desarrollar conductas resilientes que le faciliten afrontar y superar los problemas y la adversidad, puesto que las conductas resilientes son cualidades psicológicas que pueden amortiguar la adversidad facilitando el desarrollo de conductas positivas (Acero 2011; Feder 2018).

En este orden de ideas, para promover la resiliencia, es relevante abordar los factores personales del ser humano como también el contexto en el que se desenvuelve. Que la resiliencia sea pensada como un modelo de promoción en salud, hace posible que pueda ser trabajada y aplicada en más áreas, es decir, que la hace ser un concepto más práctico y operativo en la actualidad (Amar et al., 2013; Arrieta-Rivarola, 2017). De acuerdo con esto, a continuación, se expondrá algunos modelos de la resiliencia donde se argumentan estrategias que promueven resiliencia.

1.3 Modelos explicativos de la resiliencia

Como se ha mencionado antes, las investigaciones en resiliencia han cambiado la forma en cómo se percibe al ser humano, se ha pasado desde un modelo de riesgo enfocado en la enfermedad y en las necesidades, a un modelo de prevención y promoción basado en las potencialidades y los recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor (Meillo y Suarez, 2001).

Las metas de la intervención se encuentran orientadas en la adaptación positiva y la prevención de algún desajuste psicológico que impida el afrontamiento adecuado del evento adverso, es así cómo, estas estrategias están enfocadas en suscitar ventajas y aspectos positivos de

las áreas de vida del sujeto, procesos del desarrollo humano además del tratamiento de la enfermedad.

De esta manera, en la medida que surgían nuevas investigaciones en el marco del concepto de resiliencia, también se desarrollaron modelos que explican cómo ésta se genera y cómo se puede intervenir en la promoción de esta. A continuación, se expondrán algunos de ellos, para esto la literatura muestra dos tipos de modelos: los descriptivos y los de intervención.

1.3.1 Modelos descriptivos

Los modelos descriptivos son una extensión de las definiciones que se han realizado del concepto de resiliencia por los autores anteriormente mencionados, dando importancia tanto a mecanismos internos como externos del individuo, y su objetivo es explicar las respuestas que el sujeto evidencia frente a las situaciones traumáticas o adversas.

En este marco de referencia se encuentra el **modelo ecológico de Bronfenbrenner**, el cual añade a las investigaciones la noción de interacción y dinamismo entre el ambiente y la persona, donde los seres humanos reestructuran de modo activo su entorno y también son influenciados por él; los autores que conciben la resiliencia como un proceso dinámico se identifican con este modelo, que se basa en la idea de que el sujeto se encuentra inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí, incidiendo directamente en el desarrollo humano, como lo son el nivel individual, el familiar, el comunitario y el cultural (Villalobos, 2009).

El modelo entiende la resiliencia como un proceso dinámico, condicionado por las influencias del ambiente y la persona en constante interacción que permite al individuo adaptarse ante los cambios y la adversidad. De tal manera, que un individuo puede responder de manera muy

diferente a los mismos factores de estrés, expresando respuestas efectivas frente a un evento adverso de su vida, y ser vulnerable en relación con el mismo evento en otro momento o no ser capaz de responder adecuadamente frente otra situación adversa (Waller, 2001).

De acuerdo con esto, el modelo plantea que el ser humano utiliza una serie de recursos personales como individuales, familiares y sociales para construir la resiliencia, por tal motivo, este modelo propone que los factores protectores se introducen en el individuo mediante la relación que tenga con una parte del ecosistema.

Por otra parte, se encuentra **el modelo homeostático de la resiliencia** abanderado por Richardson (2002), el cual ayuda a entender los procesos de resiliencia y el desarrollo que puede generar una persona después de un suceso traumático (Rodríguez, 2015).

Este modelo puede ser aplicado en diversos tipos de estresores y adversidades que puede experimentar el individuo. Según este modelo, la resiliencia inicia en un estado de equilibrio u homeostasis en el sujeto, en el cual se siente bien física y mentalmente. Sin embargo, este equilibrio se ve interrumpido porque el individuo no tiene recursos suficientes (factores protectores) para amortiguar los acontecimientos estresantes, inmediatamente después de esta interrupción se activan todos los recursos para volver a encontrar el equilibrio inicial y para esto Richardson, propone cuatro maneras diferentes.

La primera se denomina reintegración de la resiliencia, que apunta a la búsqueda y obtención de factores de protección adicionales y un nuevo nivel de equilibrio (Rodríguez, 2015).

La segunda fórmula, llamada reintegración homeostática, busca volver a la zona inicial, pero sin promover crecimiento personal. El tercer proceso, llamado reintegración con pérdida, sitúa al sujeto en un nivel inferior a la homeostasis inicial y con una pérdida de factores protectores y

finalmente, la conocida como reintegración disfuncional conduce a la pérdida de todos los recursos buscando reestablecer el equilibrio a través de conductas destructivas (Rodríguez, 2015).

En consecuencia, la resiliencia es lograda de la primera forma, porque además de que el sujeto vuelva a su estado inicial o de “confort” como lo llama el autor, también mejora sus recursos y competencias para dar frente a futuras adversidades. De acuerdo con este modelo, si la persona cuenta con suficiente protección podrá adaptarse a la dificultad sin experimentar una ruptura significativa en su vida, permitiendo por ende estar en una zona de bienestar (Acero, 2011).

De esta manera, la construcción de la resiliencia remitirá a la capacidad de los individuos para adaptarse con éxito ante el estrés agudo, el trauma, o la adversidad, mantener o recuperar rápidamente el bienestar psicológico y el equilibrio fisiológico (Charney, 2004).

También se encuentran los **modelos centrados en las variables de la personalidad**, intentan estudiar cuales son las características de las personas resilientes en comparación con aquellas que no evidencian conductas resilientes. En esta línea Agaibi y Wilson (2005) destacan la interrelación de los factores de personalidad con otras variables, tales como, la modulación de las emociones, la capacidad de afrontamiento y los factores protectores como elementos que determinan la aparición de una respuesta de resiliencia que varía en función de los individuos. Por otra parte, Becoña (2006), argumenta que el locus de control, el estilo atribucional optimista y la personalidad resistente son factores de la personalidad relacionados con la resiliencia.

El locus de control es la forma en cómo el sujeto percibe el origen de las situaciones y de sus comportamientos, puede ser interno, donde percibe que las situaciones son controladas por él mismo, o externo en el cual atribuye que las consecuencias de sus actos están fuera de su control y que son el resultado del azar, es por esto que, para fomentar la resiliencia es importante fortalecer

el locus de control interno, apuntando a que el sujeto tenga mayor responsabilidad de sus actos. Por otro lado, las atribuciones son las explicaciones o interpretaciones que los seres humanos realizan de las causas y motivos de algún evento que suceda a su alrededor y estas atribuciones dependen del locus de control que el sujeto evidencie.

Como en el caso del locus de control, éstas pueden ser internas (habilidad, esfuerzo) o externas (suerte). El uso de atribuciones internas incrementa la responsabilidad del individuo al darle control sobre sus actos contribuyendo de forma positiva en la resiliencia (Rodríguez, 2015). El concepto de personalidad resistente, propuesto por Kobasa (1979a, 1979b), señala que existen personas que ante eventos de alto nivel de estrés se enferman, mientras que otras no, reaccionando con mayor resistencia ante la adversidad, por ende, las personas con puntuaciones altas en personalidad resistente tienen un estilo de afrontamiento más adecuado a las condiciones adversas de la vida, y, por esta razón, parece ser un factor importante dentro de la resiliencia (Becoña, 2006).

Es importante mencionar que los factores de personalidad no determinan de manera directa la presencia o ausencia de resiliencia, como se mencionó anteriormente, es por esto por lo que Mancini y Bonnano (2009) desarrollaron un modelo que tiene en cuenta los factores de personalidad — variables individuales—, además de otros elementos tales como la identidad, las creencias y el manejo de las emociones positivas y diferentes factores sociales, como mecanismos para comprender la resiliencia.

En este modelo existen tres factores importantes que contribuyen en la resiliencia. En primera instancia se encuentran las características de la personalidad que involucran todo lo relacionado con las creencias de uno mismo, la capacidad de afrontamiento, el tener un meta en la vida, tener la convicción de que se puede tener influencia en las situaciones que nos rodean, y que se puede tener un aprendizaje de las experiencias agradables y las no agradables, y además tener

una percepción positiva de sí mismo. Como segundo factor se encuentra la pérdida, la cual representa las situaciones que facilitan que el ser humano se debilite y por último los recursos externos que hacen referencia al apoyo sociofamiliar con el que se pueda contar.

Otro recurso de personalidad importante es el afrontamiento de sí mismo (cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual o emocional), para conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación de pérdida (Rodríguez, 2015).

El **modelo de las verbalizaciones de Grotberg** (2003), quien argumenta que los factores de resiliencia se dividen en fortalezas internas desarrolladas (I am/yo soy o estoy), apoyo externo recibido (I have/yo tengo) y habilidades sociales y de resolución de conflictos adquiridas (I can/yo puedo), por lo que requiere de la interacción de tres factores traducidos en verbalizaciones. A continuación, se detallan estas categorías:

Yo soy

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

Yo tengo.

- Personas del entorno en quien confiar y que quieren al otro incondicionalmente.
- Son quienes ponen límites en su vida, para evitar los peligros o problemas
- Personas que muestran por medio de su conducta la manera correcta de su proceder.

- Personas que buscan que el otro se desenvuelva solo.
- Personas que ayudan cuando el otro está enfermo o en peligro.

Yo estoy.

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

Yo puedo:

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Estas verbalizaciones siempre están interrelacionadas y engloban otros factores de protección como la autoestima, el confiar en sí mismos y en los demás, la autonomía y la competencia social. Estos aspectos según Grotberg, pueden ser enseñados y promovidos en las personas con el fin de enseñar que el sujeto tenga la capacidad planificar y operacionalizar estos planes mediante una serie de pasos, tener una visión positiva de sí mismos como de sus habilidades y fortalezas, tener una adecuada resolución de problemas y comunicación, junto a la capacidad de manejar las emociones y los conflictos (Lopez-Corton, 2015).

Esta autora, amplía el sujeto de la resiliencia a personas, grupos y comunidades, tomando conciencia de la importancia de traspasar el marco de estudio tradicional, creando un modelo para

la promoción de resiliencia que puede aplicarse a múltiples entornos, incluido el escolar (Gil, 2010).

El **modelo de la Casita de Vanistendael** (2005) plantea mediante la metáfora de la casa los diferentes niveles de la resiliencia y su construcción. La resiliencia según Vanistendael tiene dos componentes: resistencia frente a la destrucción, que se traduce en la capacidad para proteger la propia identidad bajo presión, y capacidad de formar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994).

Cada estancia de la casita representa un dominó de intervención para aquellas personas que desean construir, mantener o restablecer la resiliencia (Forés y Grané, 2018). Cada habitación o piso representa un aspecto posible de intervención, los cimientos representan las necesidades básicas y la aceptación fundamental de la persona, la planta baja, la interacción cotidiana con la familia, amistades y redes de apoyo que permiten dar un sentido de la vida; el primer piso, que cuenta con tres habitaciones: la autoestima y los valores, el desarrollo de aptitudes y competencias para la vida, y el sentido del humor y creatividad; desván: otras experiencias a descubrir (Gil, 2010).

Como se puede observar, cada modelo tiene puntos de convergencia en la idea de la interacción que tiene el individuo con su entorno, y cómo mediante esta interacción protagonizan los recursos internos que juegan un papel en la protección para así desarrollar conductas resilientes, cada uno de ellos aporta una descripción detallada de los aspectos involucrados en el resultado de una adaptación positiva a través de la vivencia del suceso traumático, cada uno con sus diferentes ópticas pero finalmente con un mismo objetivo.

Asimismo, estos modelos han sido utilizados para su aplicabilidad en diversos campos del conocimiento, como la salud y la educación en diversas etapas del desarrollo, utilizando estrategias

de intervención enfocadas en promover resiliencia de forma individual y colectiva, fortaleciendo factores protectores para generar conductas resilientes.

En este sentido, la literatura reitera la importancia de promover resiliencia no solamente desde una visión de recuperación de un trauma sino también desde una postura de adaptación positiva, en la cual estén involucrados todas las áreas de vida del sujeto. Esta promoción de la resiliencia ha logrado un auge importante en el campo de la psicología clínica y de la salud en pacientes adultos, lo cual en el siguiente capítulo se expondrá con mayor detalle.

De acuerdo con lo anterior, en la presente investigación se pretende promover diversos factores protectores de la resiliencia, asumiendo la postura conceptual que la asume como una competencia individual, en la cual el ser humano tiene la capacidad de afrontar el evento adverso y lograr una adaptación positiva de la misma. Por lo tanto, las actividades de intervención de la presente investigación se desarrollarán a través del fortalecimiento de tres pilares de resiliencia, los cuales en la literatura han sido expuestos como factores protectores para promover resiliencia en los seres humanos para minimizar los factores de riesgos como es el diagnóstico y sus efectos negativos en su salud mental, estos factores son la **Autoestima, Humor y Resolución de problemas.**

Estos factores fueron elegidos teniendo en cuenta aportaciones teóricas que afirman que la resiliencia depende de componentes internos y del ambiente, los cuales cumplen un papel protector para el desarrollo de esta. Estos argumentos son apoyados por Wolin y Wolin (1993), Grotberg (1995), Melillo, et al., (2008) y Vanistendael y Lecomte (2006), quienes afirman que la autoestima, la capacidad de resolver problemas, sentimientos de eficacia personal, humor entre otros, y una adecuada red de apoyo social y familiar actúan como reforzadores para el desarrollo de conductas resilientes.

2.0 Calidad De vida: Una Revisión Del Concepto

El concepto de calidad de vida desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad ha pasado de ser un constructo filosófico y/o sociológico para concretarse en las prácticas profesionales de los servicios sociales en la salud y la educación, logrando un papel importante en los avances producidos en las ciencias sociales (Schalock y Verdugo, 2006).

Desde los años 60 el interés investigativo estuvo orientado en conocer el bienestar humano y cómo influyen los cambios sociales, culturales, económicos y tecnológicos derivados de la industrialización en la vida de las personas, para lo cual se comenzaron a utilizar indicadores sociales que median datos relacionados con el bienestar social, enfocándose entonces en factores objetivos para posteriormente evaluar aspectos subjetivos de la vida de las personas (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

Es por este motivo, que surge el interés de incluir indicadores psicológicos, los cuales son las reacciones subjetivas de las personas ante los eventos y experiencias de sus vidas, llevando así una integración de factores sociales y psicológicos, dando como resultado un concepto integrador de calidad de vida que abarca todas las áreas de la vida del sujeto. (Gómez-Vela y Sabeh, 2000). Y es por esto, que a partir de la década de los 90 la calidad de vida se empieza a tener en cuenta en la planificación y evaluación de programas, servicios y políticas educativas, de salud, servicios sociales y salud mental.

Debido a lo anterior, el concepto de calidad de vida ha tenido gran interés en diversos campos del conocimiento a través del tiempo, gracias a la preocupación que ha existido por el bienestar y la felicidad de las personas, por ende, este término ha sido utilizado de manera amplia, apareciendo frecuentemente en el ámbito académico, político y científico.

Así pues, estas diferentes formas en que se utiliza el término no han facilitado lograr un concepto unificado, existiendo diferentes definiciones de este, lo que ha llevado a que sea visto como un concepto ambiguo, difuso o complejo (Cummins et al., 1994; Felce, 1997; Galloway y Bell, 2006). Posteriormente, a partir de los años 70 del siglo pasado, se ha intentado encontrar diferentes elementos de consenso entre los investigadores respecto a las características del constructo y la manera de operacionalizar (Gomez-Vela, 2004); teniendo en cuenta que la calidad de vida está compuesta por elementos objetivos y subjetivos y cómo se articulan. Autores como Felce y Perry (1995) proponen un acercamiento teórico donde clasifican las definiciones existentes del concepto en cuatro grupos.

En primer lugar, se encuentra la concepción de calidad de vida como el resultado de situaciones externas de la persona como aspectos sociales, económicos o demográficos, por esta razón, el bienestar material se medía en función de los ingresos del sujeto en relación con la población general. Por consiguiente, en esta visión no existía el interés de conocer las interpretaciones subjetivas. En segunda instancia, se entiende la calidad de vida desde la satisfacción que tiene la persona con sus circunstancias vitales, sin considerar las condiciones objetivas, así la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la misma (Urzúa et al., 2011).

Mientras que una tercera visión, considera la calidad de vida como la combinación entre las condiciones de vida y la satisfacción personal, es decir, se integran elementos objetivos y subjetivos. Por último, se encuentra una concepción del término en mención, como una combinación entre las condiciones vida objetiva y la satisfacción personal, pero ponderadas por los valores, aspiraciones y expectativas del individuo. Bajo este marco, la calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición de la vida en el contexto de la cultura y sistema de

valores, en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses, en donde, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar variaciones en los otros aspectos como el físico, material, social y emocional (Urzúa et al., 2011).

En conclusión, esta categoría permitió una base conceptual que logró un amplio grado de consenso en el reconocimiento de la necesidad de una perspectiva integradora, que incluya tanto elementos objetivos como subjetivos, Monardes et al., (2011), como también la importancia de los valores personales como elementos relevantes en la calidad de vida (Cummins, 1997b). Es por esto, que se sugiere que su medición debe incluir las circunstancias y experiencias objetivas y la valoración de su bienestar subjetivo incluyendo los valores.

Por otro lado, también se reconoce la calidad de vida como un constructo multidimensional, ya que está compuesto por diferentes factores, dimensiones o dominios. Sin embargo, aún no hay acuerdo respecto a cuáles son los dominios que los conforman (Felce, 1997; Gómez-Vela, 2004; Schalock et al., 2002). Al respecto, autores como, Schalock y Verdugo (2006) definen las “dimensiones” como el conjunto de factores que componen el bienestar personal, por lo que representan el rango sobre el cual se extiende el concepto de CV y deben ser comprendidas como percepciones, conductas y/o condiciones específicas relativas a la calidad de vida que dan cuenta del bienestar personal.

De acuerdo con lo anterior, al separarse los aspectos objetivos de la calidad de vida y los aspectos subjetivos o percibidos, se puede afirmar que los principales factores que se tienen presente en el estudio de la calidad de vida son: el bienestar emocional, la riqueza y bienestar materiales, la salud, el trabajo y otras formas de actividad productiva, las relaciones familiares y sociales, la seguridad y la integración con la comunidad (Ardila, 2003).

Teniendo en cuenta esta escasa claridad conceptual, existen conceptos comunes como bienestar, satisfacción, multidimensionalidad, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a una definición global de calidad de vida como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que lleva a cabo cada individuo de los elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de la vida. No obstante, se considera importante mostrar algunas definiciones y/o modelos teóricos que se han postulado en la bibliografía, para poder concluir con una definición que esté relacionada con este trabajo.

2.1. Calidad de vida: Delimitación del Concepto

La Organización Mundial de la Salud (1996), define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en lo que vive y con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Por tanto, es un concepto amplio que abarca el estado físico y psicológico de la persona como también su nivel de independencia, creencias personales, sus relaciones sociales y su relación característica del ambiente. Asimismo, creó un instrumento en el cual se condensan cuatro categorías como la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y relaciones ambientales (WHOQOL Group, 1995), que al mejorar cada una de estas dimensiones del individuo, la persona desplegará inmediatamente cada evento que pueda estar experimentando dentro del entorno en el que se encuentre, dependiendo claro está de la percepción que tenga de la situación (Ardila, 2003).

En esta línea Yanguas (2006) afirma que la calidad de vida es una percepción global de satisfacción que tiene el ser humano frente a dimensiones internas y externas que pueden afectar su salud y bienestar. Por otra parte, Oblitas (2006) la define como un estado de bienestar

biopsicosocial autopercebido, refiriéndose así a los factores psicológicos de la salud como son el bienestar psicológico y síntomas físicos, en términos de evaluación, prevención e intervención.

Con relación a la salud física, Castañeda et al., (2017) afirman que la calidad de vida está mediada por la actividad física y a la forma de alimentarse, ya que de ser inadecuados puede provocar enfermedades graves de salud en el sistema inmunológico o corporal de cada persona, mientras que en lo relacionado con aspectos socioambientales, Mercado y Zaragoza (2011) plantean que este constructo está relacionado con el grado de aceptación de un individuo de acuerdo a las condiciones sociales que tenga el entorno en el que vive, y cómo interfiere en su actual situación socioambiental, por ende, si perciben un grato ambiente mejorará su automotivación en sus interacciones sociales con las personas de su entorno (Ochoa et al., 2015).

En conclusión, a pesar de diversas concepciones y/o matizaciones terminológicas, en la actualidad existe un acuerdo en considerar la calidad de vida como un aspecto multidimensional, abarcando elementos tanto objetivos como subjetivos, es decir; de las circunstancias materiales de la vida, así como de las condiciones percibidas y relacionales (Ferradas y Freire, 2016). Con esto coincide Fernández-Ballesteros (1998), afirmando que el valor que le asigna el sujeto a cada dimensión difiere entre las personas y puede cambiar a través de la vida, es por esto por lo que se considera relevante también, agregar aspectos evolutivos en la evaluación de la calidad de vida (Trujillo et al., 2004).

2.2 Modelos Teóricos de la Calidad de Vida

Existen diferentes propuestas teóricas del concepto en mención, y la mayoría de ellos consideran la calidad de vida desde una perspectiva global. A continuación, se expondrán algunas explicaciones teóricas encontradas en la bibliografía de este concepto.

De acuerdo con las concepciones del constructo de la calidad de vida, existen varios modelos explicativos que dan cuenta de esta afirmación, por ejemplo, el modelo ecológico de Lawton (2001), el cual integra cuatro categorías como son el aspecto físico, social, calidad de vida percibida, y calidad de vida psicológica.

Calidad de Vida Física: es el dominio más ligado a la biología, el cual está determinado por los estados de salud como el dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva, los cuales aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.

Calidad de Vida Social: abarca todas las dimensiones objetivas sociales en cuanto a la interacción de la persona con los otros de su entorno, como su red de amigos, la frecuencia en que participa en actividades sociales.

Calidad de Vida Percibida: representa la versión subjetiva social en la que el individuo brinda valor a sus relaciones familiares, de amistades a su tiempo y seguridad económica.

Calidad de Vida Psicológica: en esta categoría se encuentran los afectos, los estados de ánimo, las necesidades personales y los puntos de vista. Esta dimensión también se extiende a los procesos motivacionales como el control primario y secundario (Ferradas y Freire, 2016).

En síntesis, esta propuesta explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y socio normativos, del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro (Yanguas, 2006).

Modelos Comportamentales

La calidad de vida ha sido conceptualizada de forma comportamental por Kaplan, (1994), y Csikszentmihalyi (1998), donde argumentan que ésta depende de los comportamientos que ejerce la persona para llevar una adecuada calidad de vida y no solo por el bienestar psicológico y la satisfacción personal. Desde esta óptica, lo que hace el sujeto y como experimenta lo que hace (es decir la calidad de la experiencia), pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida.

Modelo de Bienestar

En este marco conceptual la felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud son determinantes para tener una calidad de vida, en esta línea se encuentra el modelo de satisfacción planteado por Lehman et al., (1982) y por Baker e Intagliata (1982), donde explican que la calidad de vida se compone de tres aspectos, como son las características personales, condiciones objetivas de vida y satisfacción con las condiciones de vida. Este modelo supone que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos.

Modelo de Proceso Dinámico de la Calidad de Vida

En cuanto a la valoración subjetiva que tiene el sujeto sobre sus condiciones de vida, este modelo considera que la calidad de vida subjetiva es el resultado de un proceso continuo de adaptación, en el cual la persona debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales relacionadas con el cumplimiento de tales deseos y logros (Yanguas, 2006).

Modelo de la Homeostasis de la Calidad de Vida

Otro autor que brinda importancia a la calidad de vida de carácter subjetivo es Cummins (2000), quien propone que el determinante de primer orden de la calidad de vida subjetiva se apoya por la dotación genética de la personalidad, la cual se comprende de dos roles: crear el rango serial y proporcionar el componente afectivo de la calidad de vida subjetiva, a través de dos dimensiones de la personalidad como es la extroversión y neuroticismo, que actúan estableciendo la valencia de esquemas cognitivos que asiste a cada autoconcepción.

Los determinantes de segundo orden son amortiguadores internos como el control percibido, autoestima y optimismo cada uno de estos es influenciado por la experiencia adquirida con el mundo externo, que es el tercer nivel de determinación. Cuando la interacción con el ambiente conduce al fracaso, los amortiguadores absorben el impacto ajustándose homeostáticamente a las circunstancias. Sin embargo, un fracaso fuerte y continuo derrotará este sistema con la pérdida catastrófica subsecuente de la calidad de vida (Yanguas, 2006).

Ahora bien, después de mostrar algunos modelos teóricos, a continuación, se conocerá el interés que ha existido en el contexto de la salud, que data de 1977 la concepción de calidad de vida relacionada con la salud, y su relación con las enfermedades crónicas como el cáncer de mama.

Modelo de Desempeño de Rol

Tomando en cuenta otros factores, como la felicidad y la satisfacción y como estas están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas, Bigelow et al., (1982) plantean que el ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades. Estas oportunidades son tanto

materiales como (y más importantes) sociales. Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales. Con la incorporación de la teoría del rol en el concepto de calidad de vida, Bigelow et al., (1982) aumentaron la comprensión teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales.

2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Cáncer de Mama

El experimentar un proceso de enfermedad genera un impacto en una de las dimensiones de la calidad de vida de la persona, como es la salud, y esto influye en el afrontamiento de muchos cambios significativos durante la enfermedad, que los puede llevar a aislarse a nivel social, a sufrir alteraciones en su estado del ánimo y a nivel conductual como resultado también de los diversos tratamientos a lo que son expuestos. Es por esto, que en el caso de las personas que atraviesan una enfermedad se habla de calidad de vida relacionada con la salud.

Es menester mencionar, que para la salud según la Organización Mundial de la Salud (2012), es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Por otro lado, el concepto de estado de salud contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma, aunque puedan interactuar (Bergner, 1989) y la calidad de vida como se ha mencionado anteriormente, es un concepto más amplio que no sólo contiene el estado de salud sino también otros factores.

Este concepto se incorpora en el campo de los cuidados sanitarios con la importancia que conlleva tener presente el bienestar de los pacientes tanto en su tratamiento como en sustento de vida (Meeberg, 1993). Desde que se incorporó como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida general (Urzua, 2010).

En este sentido, la calidad de vida relacionada con la salud enfatiza en la importancia de la valoración individual frente a las limitaciones físicas, biológicas, psicológicas y sociales que se generan en el momento de experimentar una enfermedad (Quiceno y Vinaccia, 2008; Vinaccia y Quiceno, 2012). De acuerdo con esto, existen tres conceptos claves para definir este término, como es el impacto de la calidad de vida como resultado de un proceso de enfermedad, los efectos que resultan en una disminución de la capacidad funcional de la persona y los juicios que hace sobre calidad de vida relacionados con la salud.

Con esto coincide, Shumaker y Naughton (1995), quienes afirman que, en la evaluación de la CVRS, se debe tener presente las dimensiones de la capacidad de funcionamiento, del funcionamiento psicológico, el desenvolvimiento social y la sintomatología asociada con un problema de salud y su respectivo tratamiento. Estas afirmaciones tienen relación con lo planteado por Schwartzmann (2003), que postula que la CVRS implica una valoración global de la persona, en consonancia con sus propios criterios y definiciones respecto a su estado físico, psicológico y social, y su grado de satisfacción vital respectiva a la dimensión fisiológica, emocional y social.

Por su parte, Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor que le da la persona a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.

En conclusión, la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se compone de tres elementos como son la salud, estado de salud y calidad de vida y agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos a éste, los cuales interaccionan con él y pueden llegar a cambiar el estado de salud (Badía, 1995). Además, tiene una connotación multidimensional y subjetiva, en la que es relevante la evaluación que realiza la persona de sus otras áreas de vida afectadas por la enfermedad; es por esto, que la psicología reconoce la naturaleza subjetiva de la calidad de vida, para aportar solución a los problemas psicosociales desencadenados por la misma.

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas generan un impacto psicológico en la calidad de vida de las personas. Una de las enfermedades que ha tenido gran interés de estudio con este constructo es el cáncer de mama por los efectos psicológicos, sociales y de funcionamiento que generan en las mujeres con este diagnóstico, afectando de manera considerable sus dimensiones de vida y las valoraciones cognitivas negativas que resultan de la enfermedad.

Aunque no existe un consenso en la definición de la calidad de vida relacionada con la salud, la bibliografía concuerda en entenderla como una condición multidimensional que varía en el tiempo y en ciclo vital, como también implica la relación entre componentes objetivos (condiciones materiales y nivel de vida) y subjetivos (condiciones de bienestar, cuyos indicadores son la satisfacción, expectativas positivas, felicidad y nivel de salud) (Schwartzmann, 2003).

De acuerdo con lo anterior, la patología oncológica se convierte en una experiencia estresante para las personas diagnosticadas, porque se ven expuesto a diferentes tratamientos que afectan su bienestar general generando respuestas emocionales basadas en el miedo y en el dolor asociados a la familia y a la muerte (McDonough et al., 2014; Hopwood et al., 2007; Neuner et al., 2014; Vargas y Pulido, 2012). De igual manera, las dimensiones de la calidad de vida se ven

afectadas por los procedimientos médicos que la enfermedad exige como por ejemplo en el área sexual, psicológica y fisiológica.

Según esto, los estudios realizados en esta población con relación a la calidad de vida concuerdan en promover estrategias psicosociales relacionadas a la calidad de vida, como lo son las estrategias de afrontamiento, apoyo social, y autocrítica, y la resiliencia en pacientes diagnosticados con cáncer de mama para lograr un bienestar psicológico en el proceso de su enfermedad.

En lo que concierne a la resiliencia y su relación con la calidad de vida en el cáncer de mama, es posible decir que esta afecta de manera positiva a diferentes aspectos de la misma, por tanto, entre más resilientes mejor calidad de vida.

Por consiguiente, resulta indiscutible que existe una relación directa entre ambas variables anteriormente mencionadas, debido a que son muchos los estudios e investigaciones que apoyan la conexión entre los resultados obtenidos con referencia a la implicación de estas en la vida de las pacientes.

En este orden de ideas, es preciso mencionar que, para Salas et al., (2010) es importante analizar la calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia, exponiendo en sus hallazgos que dicha calidad de vida disminuyó para quienes provenían de estratos socioeconómicos bajos, abriendo paso a su vez, a la importancia de fortalecer las estrategias de afrontamiento de las pacientes con respecto a su enfermedad.

Ahora bien, partiendo de lo anterior, se deduce el papel trascendental que juega la resiliencia en cómo las pacientes con cáncer de mama enfrentan la enfermedad y cómo dicho proceso ocasiona cambios en su vida y en la calidad de esta.

Del mismo modo, Molina et al., (2014), plantean que el reconocimiento y promoción de las características de la resiliencia en las distintas etapas del cáncer, podría llevar a un aumento de resultados positivos de en la calidad de vida de la persona, por lo que el afrontamiento el soporte social, la espiritualidad nueva o cambiante, y aspectos de la experiencia médica juegan un papel importante en el proceso.

Más aún, esta conexión entre resiliencia y calidad de vida va más allá de resultados entre los elementos de estas, puesto que, al mismo tiempo, la percepción y la conciencia plena de la enfermedad, sus síntomas y cambios que esta trae consigo impacta en el curso de esta afección.

Es por esto, que, en algunas ocasiones, la conciencia de la enfermedad, en un espacio de 12 meses junto a un nivel de resiliencia mayor podría mejorar la calidad de vida de los pacientes, influyendo esta resiliencia en los sentimientos de pacientes oncológicos y su inclinación de mantenerse con vida (Talepasand et al., 2013). Asimismo, no solo en la conciencia de la enfermedad, sino también en los efectos negativos de la misma, como sucede en el caso del estrés, se concibe la resiliencia como factor moderador de este y promotor de la adaptación positiva, reduciendo quejas ocasionadas, por ejemplo, por la fatiga (Li, et al., 2016), lo cual influye directamente en la calidad de vida física y psicológica de las pacientes.

Lo anterior, nos permite reforzar que la resiliencia y la calidad de vida en muchas ocasiones no pueden entenderse por separado, debido a que por su naturaleza y forma de actuar en el diario vivir de pacientes, más específicamente en pacientes con cáncer de mama, impulsan esa lucha constante por superar la enfermedad, en donde al ser resilientes se fortalecen múltiples aspectos psicológicos, al igual que un grado alto de resiliencia puede ayudar a reducir los daños en las funciones físicas inducidas por el tratamiento y reducir el tiempo de recuperación de estas mismas funciones y por ende mejorar la calidad de vida (Li et al., 2016).

En última instancia, aunque los conceptos de calidad de vida y calidad de vida relacionada a la salud sean conceptos amplios y un poco complejos, no deja de ser una fuente de estudio que, al lado de la concepción de resiliencia, vayan de la mano, dando a conocer resultados que, siendo estos demostrados, al trabajar en conjunto con ambos, pueden arrojar beneficios importantes en lo que al cáncer de mama se refiere en el ámbito psicológico, detonando una relación importante y preponderante, impactando tal vez, no en todos los ámbitos de la misma, pero si en un modo que constituye un punto de análisis relevante.

3.0 El Cáncer: Una Enfermedad de Impacto Mundial

El cáncer es la multiplicación incontrolada de células que dan lugar a la destrucción de tejidos normales y a la formación de masas tumorales llamadas neoplasias, estas células cancerígenas tienen la capacidad de expandirse a otras partes del cuerpo y esto es lo que se denomina metástasis (Correa y Salazar, 2007).

El cáncer se ha convertido en un tema de gran interés en la salud pública de acuerdo con el alto costo que trae consigo en los sistemas de salud. Según la Organización mundial de salud entre el 30% y el 50% del cáncer son prevenibles. Sin embargo, sigue siendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y para el 2019 fue la octava causa de muerte.

De todos los tipos de cáncer, el cáncer de mama representa un 16% de las neoplasias malignas en la mujer a nivel mundial y cada día se reportan aproximadamente 1.38 millones de casos nuevos (Azcárate et al., 2017). Las proyecciones para el 2030 indican que esta enfermedad se incrementará un 60%. Estas cifras lo colocan como el tumor más frecuente en la mujer y la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, por ello se ha convertido en un problema de salud pública importante (Arroyo et al., 2017).

De acuerdo con las cifras reportadas por el ministerio de salud y protección social en Colombia (2020) en el 2018 en Colombia se presentaron 13.380 casos nuevos de cáncer de mama y 3.702 muertes por esta; con una tasa de incidencia ajustada por edad de 44,1 afectadas por 100.000 habitantes.

Por esto la importancia de realizar campañas que promuevan la educación de su prevención, como también en estrategias psicosociales para afrontar la enfermedad en las mujeres que lo padezcan, ya que las repercusiones físicas y psicológicas del cáncer de mama afectan todas áreas de vida influyendo de forma negativa en su calidad de vida, acompañado de diversas afecciones de salud mental que es lo que a continuación se expondrá con mayor profundidad

3.1 Características Psicológicas del Cáncer y el Cáncer de Mama

Durante mucho tiempo el cáncer ha tenido una connotación catastrófica acompañada de miedo, indefensión, desesperanza y reacciones exageradas por las personas que lo padecen, debido en ocasiones a la desinformación y la presencia de factores culturales como las creencias, las expectativas y el sentido de poco control sobre la enfermedad (Kaufmann, 1989).

Vidal y Benito (2008), refieren que el miedo también es una emoción que protagoniza las personas con cáncer; el miedo se enfoca en diversos aspectos como a la posibilidad de verse desfigurados, mutilados, transformados en otro, desvitalizados, al abandono por parte de los seres queridos agotados por el acompañamiento en su proceso de enfermar. De igual manera, temen en el caso de mejorarse, que sean discriminados socialmente. El miedo al morir y la impotencia de no poder impedirlo es el temor mayor; el que subyace a los otros, el último en ser enfrentado, por

tanto, el solo hecho de conocer el diagnóstico, aunque aún no presente síntomas de la enfermedad puede ser considerado como un acontecimiento traumático.

En esta línea, se ha encontrado que las emociones se manifiestan en tres esferas como son: cognitivo, conductual y corporal Bisquera (2003) y Cano (2010) teniendo un efecto negativo o positivo en el ser humano, así pues, la ansiedad, la ira y la tristeza son emociones que, en el momento de hacer frente a situaciones adversas, afectan la salud si se mantienen a lo largo del tiempo. A partir de esto, existen estudios que afirman la influencia de las emociones en el sistema inmune especialmente cuando hay dificultad en su manejo, lo cual es de suma importancia en el cáncer, ya que se ha reconocido la falta de autorregulación emocional en el crecimiento tumoral (Arbizu, 2000; Cano, 2010; Cano et al., 1999; Olivares, 1996; Sirera et al., 2006).

Por otro lado, la percepción por parte de la persona que se encuentra diagnosticado con cáncer es de carácter grave y agresivo incluyendo la muerte como resultado de la misma, también se presentan diversas creencias enfocadas en la responsabilidad que puede ejercer en el desarrollo de la enfermedad o en la posibilidad de recaída, siendo estas importantes, porque estas creencias, la percepción de autocontrol, los sentimientos de vulnerabilidad, entre otros están relacionados con el proceso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad (Cano, 2005; Romero, 2011).

La persona diagnosticada con cáncer en términos generales independiente de cuál sea el tipo de cáncer, atraviesa por una serie de etapas en la cuales cada una representa sus propias reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, como son el diagnóstico inicial, el cual es el momento más exigente desde el punto de vista emocional, ya que emociones como la negación, la rabia, sentimientos de culpa, ansiedad, entre otros, son los sentimientos que más protagonizan en este momento, además de las preocupaciones relacionadas con los procedimientos a los que estarán expuestos y los resultados de las pruebas diagnósticas.

En este sentido Austrich y González (2007) afirman que después de conocer el diagnóstico, las personas experimentan una serie de emociones que dependen en gran medida de la interpretación de los síntomas y de la situación en general, lo que se encuentra determinado por otros aspectos de vida que haya tenido el sujeto como otras enfermedades, sus actitudes y opiniones referidas al cáncer y el nivel de expectativas generales frente a la vida y la materialidad de los síntomas, los que es asumido como señal de mayor o menor gravedad.

La otra etapa, es la relacionada con el tratamiento, en donde el paciente con cáncer debe ser sometido a varios tratamientos, en algunas ocasiones de forma simultánea, generando diversas molestias físicas afectando su calidad de vida junto a las variables psicológicas que lo predisponen para el rechazo y la evitación de estos. Por tanto, el objetivo en esta etapa apunta a que no solo el paciente acceda al tratamiento, sino que también participe de forma activa en esa decisión (Correa y Salazar, 2007).

Por último, se encuentra el seguimiento, en la cual la persona debe hacer frente a los cambios que se originan como parte del proceso de la enfermedad en las distintas áreas de su vida, ya que al ser el cáncer una enfermedad crónica, requiere de la intervención de los especialistas a lo largo del tiempo. Uno de los temores más grandes que se presenta es el de la recaída, en este sentido Gil Vila (2012) y el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (2016), mencionan el síndrome de Damocles para referirse al malestar emocional que puede implicar la vulnerabilidad ante la enfermedad, el miedo a la recaída y a los tratamientos, lo cual puede llevar a las personas afectadas a un estado de hipervigilancia y a una vivencia persecutoria del cuerpo.

Con relación a la percepción que se tiene sobre los demás; experimentan sentimientos de culpa al considerarse una carga para ellos y otras veces por sentirse incapaces de llevar a cabo las actividades laborales o domésticas y en ocasiones por no poder controlar las emociones como

tristeza producto de la enfermedad (Alamo et al., 2011). La familia del paciente con cáncer cuenta como una red de apoyo incondicional para el afrontamiento de la enfermedad, fomentando la comunicación por parte del individuo de los sentimientos desagradables que experimenta durante el proceso del diagnóstico.

3.1.1 Cáncer de Mama y sus Implicaciones Psicológicas

El cáncer de mama es un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido y algunas veces forman un bulto, también llamado tumor. Iara et al., (2006). Es importante tener presente que existen distintos tipos de cáncer de mama, ya que se diferencia por las células anormales que les dieron origen, como por la ubicación dentro del seno. Sin embargo, una de las diferencias más importantes que se debe detectar a tiempo es el estadio en el que se encuentra, es decir, se debe describir cuál es su tamaño y si existen o no células cancerosas en los ganglios linfáticos y otros sitios del cuerpo (Austrich y González, 2007).

La comunicación del diagnóstico y las distintas formas de tratamiento como la radioterapia, la quimioterapia, los tratamientos hormonales y la cirugía, generan un impacto negativo a nivel emocional. En el momento del diagnóstico, el paciente experimenta estados de incertidumbre, confusión y en algunas ocasiones rechazo. No obstante, estas emociones pueden ser variables, en esta línea Correa & Salazar (2007) y Hipkins et al., (2004) argumentan que esta variabilidad está en función de la edad, el sexo, el tipo de cáncer, la severidad de los síntomas y de las habilidades individuales y el apoyo social de la persona.

En cuanto a las causas que facilitan la aparición del cáncer de mama, la literatura ha expuesto que existen factores biológicos y relacionados con el estilo de vida que potencializan la

aparición de un cáncer de mama. A nivel biológico se encuentran mujeres mayores de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer, menopausia tardía, entre otros y en cuanto al estilo de vida no saludables más comunes son la ingesta de alcohol, una dieta rica en grasas, el consumo de tabaco y obesidad.

Por otro lado, a nivel psicológico la mama representa un órgano importante en la mujer, ya que simboliza su rol de feminidad a nivel cultural, por lo que, cuando la mujer percibe que el seno está afectado por el cáncer, se desencadenan una serie de emociones negativas que repercuten en el afrontamiento de la enfermedad, como también en la forma como se perciban en cuanto a su autoconcepto y/o autoestima, afectando también otras áreas de vida como la relación de pareja, la sexualidad y su funcionalidad en las actividades que desempeñe.

Por consiguiente, es pertinente mencionar, como la mastectomía, como procedimiento importante para combatir la enfermedad, juega un papel trascendental en la vida del paciente y en sus procesos psicológicos, ya que varios estudios demuestran que luego de esta intervención, las mujeres suelen presentar síntomas relacionados a la depresión, ansiedad y dificultades en su ámbito sexual, en muchas ocasiones como consecuencia del impacto que la mastectomía genera en la imagen corporal.

En este orden de ideas, en lo concerniente a la sexualidad, Burbano García et al., (2020), exponen que existe evidencia de deterioro en las 3 esferas de la sexualidad: física, psicológica y social, ocasionando transformaciones en la percepción que las mujeres tienen de su cuerpo, labilidad emocional y deterioro de la autoimagen y por último rupturas de pareja y sentimientos de rechazo.

De la misma manera, esta área tan importante para el ser humano sigue viéndose afectada, debido a que luego de una intervención como lo es una mastectomía, es muy probable que la satisfacción sexual disminuya significativamente, afectando a su vez, la satisfacción en la pareja (Buffit et al., 2021).

Ahora bien, existe también una diferencia entre pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria, como lo plantean Rincón Fernández et al., (2010) en un estudio realizado en donde en general, las pacientes mastectomizadas presentaron una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva que las pacientes con reconstrucción mamaria postmastectomía. Igualmente, las pacientes con reconstrucción mamaria emplearon estrategias de afrontamiento más eficaces y gozaron de una mayor calidad de vida que las mujeres mastectomizadas.

En este sentido, es posible plantear que, la alteración en el ámbito sexual, imagen corporal, la ansiedad y la depresión, como aquellos aspectos altamente afectados en la vida de mujeres mastectomizadas van de la mano, debido a que los senos culturalmente son asociados a feminidad, erotismo, placer y capacidad reproductora, razón por la cual, la pérdida de uno de ellos influye negativamente en la autoestima y autoimagen de la mujer, desencadenando a su vez, sentimientos de frustración y tristeza, que en muchas ocasiones finaliza con síntomas de ansiedad y depresión como problemas psicológicos predominantes, lo cual, afecta directamente su identidad sexual y su seguridad ante momentos de intimidad con su pareja, ocasionando problemas maritales (Martínez et al., 2014).

Por lo tanto, la mastectomía, indudablemente tiene un alto impacto psicológico en las pacientes, puesto que someterse a una cirugía de esta índole trae consecuencias no solo a la mujer mastectomizada sino también a terceras personas, en donde, son múltiples los factores que se ven afectados en el proceso, incluso mucho tiempo después de someterse a este procedimiento, ya que

la relación con el propio cuerpo cambia, ocasionando, por ejemplo, sentimientos de vergüenza ante la desnudez, inseguridad constante frente a ciertas prendas de vestir y evitación al mostrar y acariciar sus mamas, perjudicando de esta forma su desempeño en el ámbito sexual y por ende desencadenando múltiples dificultades a nivel de pareja. Todo lo anterior, ocasionado también, por el concepto de mujer sobrevalorado que se tiene culturalmente, el cual, se ve arrebatado drásticamente tras una mastectomía (Vázquez et., 2010).

Es por esta razón, que todos los factores mencionados anteriormente no pueden entenderse por separado, pues engloban los posibles efectos secundarios más comunes que tienen lugar luego de una mastectomía, convirtiéndose esta cirugía en un reto más por enfrentar para las pacientes con cáncer, en donde sus estrategias de afrontamiento, recursos psicológicos y diferentes redes de apoyo jugarán un papel trascendental en todo el proceso de la enfermedad.

De igual manera, al ser percibida como una experiencia traumática, genera como se mencionó anteriormente, estados de ansiedad, depresión, miedo entre otros asociadas al pronóstico y curso de la enfermedad, alterando la funcionalidad del sujeto a nivel psicológicos y en sus múltiples áreas de vida. Si bien es cierto, la adaptabilidad ante este evento adverso depende de factores individuales y de características de personalidad específicas, en este sentido, Krebber et al., (2014), afirma que existe una comorbilidad entre en el cáncer de mama y distintas alteraciones emocionales que limitan el afrontamiento de la enfermedad. Asimismo, señalan Burgess et al., (2005) y Valderrama y Sánchez (2018), que la prevalencia de depresión es más alta en mujeres con cáncer de mama que en las mujeres sin este diagnóstico.

Además, este estado de depresión que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés por realizar actividades y poca capacidad de disfrute, imposibilita la adherencia terapéutica

recomendada, facilitando las estancias hospitalarias y reduciendo las posibilidades de supervivencia teniendo consecuencias desfavorables en la recuperación (Rodríguez et al., 2015).

La intensidad de estas alteraciones psicológicas dependerá de varios factores como los recursos de afrontamiento, el sistema de creencias, la red de apoyo familiar o social, como también la etapa de la enfermedad y el tratamiento médico que esté experimentando el sujeto (González et al., 2015). Con relación a los estilos de afrontamiento que utilizan las mujeres con Cáncer, se ha encontrado que los pacientes con enfermedad crónica se caracterizan por ser adaptativos o desadaptativos dependiendo de los factores derivados de la enfermedad, de su localización, de la reversibilidad y de los factores personales y ambientales como las habilidades sociales, la edad, estado civil, entre otros (González, 2014).

De acuerdo con lo anterior, diversos estudios afirman la importancia de trabajar a nivel terapéutico desde el campo de la psicología clínica con esta población en los recursos personales que juegan un papel de protección ante el padecimiento de estas alteraciones psicológicas y emocionales, como es el caso de la resiliencia, debido a que gracias a lo encontrado a nivel empírico se concluye que un mayor ajuste a nivel psicológico en mujeres con cáncer de mama permite encontrar sentido en la experiencia traumática (Bellizzi y Blank 2006).

De igual manera, se ha encontrado que las cogniciones positivas neutralizan el impacto de los efectos negativos y el estrés asociados al cáncer (Cucarella, 2013), Es por esta razón, que la resiliencia se establece como predictor negativo de la depresión, mostrando que las pacientes con elevada resiliencia manifiestan menos secuelas emocionales y síntomas depresivos (Gotay et al., 2007; Hu et al., 2018; Markovitz et al., 2015; Valderrama y Sánchez, 2018).

3.2 El Papel de la Resiliencia en el Cáncer

De acuerdo con lo mencionado en el abordaje conceptual de la resiliencia, al referirse a éste término es necesario hablar de adversidad o factores de riesgo que generan un malestar emocional en el sujeto, en este sentido el cáncer es considerado como una experiencia traumática y/o adversa para la persona que lo padece, debido a que el reconocimiento de este diagnóstico tiene un impacto psicosocial que ha llevado a que se amplíen los objetivos de intervención psicoterapéutica (Broche y Medina, 2011; Vinaccia y Orozco, 2005).

Teniendo en cuenta el impacto emocional que el cáncer genera, es relevante en las intervenciones desde el campo de la psicología, ir más allá de la comprensión de las respuestas emocionales que están asociadas al diagnóstico, dirigiéndonos a un enfoque más resiliente para ver de qué forma las personas puedan desarrollar conductas resilientes que faciliten una adaptación positiva frente a la enfermedad y una mejora en su calidad de vida, es decir conocer aquello que promueva la resiliencia.

En el campo de las enfermedades crónicas en general y en el cáncer, la resiliencia ha tenido un protagonismo importante y una muestra de ello son los diversos estudios que dan cuenta de la relación significativa que existe entre ésta y las enfermedades crónicas, junto a la relevancia de conocer cómo las conductas resilientes favorecen un ajuste psicológico durante el afrontamiento de la enfermedad, sirviendo también de amortiguador en la aparición de enfermedades relacionadas con la salud mental, tanto en población adulta como infantil, contribuyendo así a una mejora en la calidad de vida.

Con esto coinciden los resultados investigativos de Quiceno y Vinaccia (2011) quienes muestran el papel favorecedor y modulador del apoyo social, las creencias espirituales, el propósito

en la vida y el afecto positivo en el proceso de resiliencia de las personas que padecen una enfermedad crónica, como la diabetes, enfermedades reumáticas, esclerosis múltiple, incontinencia urinaria, VIH y enfermedades infecciosas.

De igual manera, lo encontrado por Sumalla et al., (2009), que argumentan que el crecimiento personal que se evidencia como resultado de una experiencia adversa como el cáncer, da muestra de la importancia de realizar intervenciones orientadas en incrementar el bienestar de las personas afectadas.

En este sentido, Ochoa et al., (2013) reúne informaciones referentes a estos cambios personales tanto en los propios supervivientes de cáncer como en los familiares que acompañan de forma más directa a las personas afectadas, encontrando evidencias que sugieren diversos niveles de crecimiento interior tanto en las personas afectadas como en sus otros significativos.

Del mismo modo, Fernández y García (2012), afirman que ante el reto del cáncer las personas que logran tener una expresión de emociones positivas, como el sentido del propósito de la vida y ver la enfermedad como una oportunidad para crecer, tienen más probabilidades de presentar una conducta resiliente ante la adversidad.

Además, Guil et al., (2016), añaden a esto, que las personas que encuentran sentido a la experiencia por la que pasan tras los tratamientos, presentan después menos secuelas emocionales negativas y tienden a cuidarse más en todos los ámbitos y, por así decirlo, muestran mayores signos de resiliencia y extraen aspectos positivos de la enfermedad por la que han pasado.

Otros estudios también confirman la relación importante que existe entre la resiliencia y el cáncer de mama, afirmando que este influye en la calidad de vida de las mujeres afectadas como

también en mediar los efectos negativos a nivel emocional como ansiedad y depresión, facilitando un bienestar psicológico (Sadoughi et al., 2017; Guil et al., 2016).

También Alarcon et al., (2020) afirman que las mujeres con puntuaciones altas de resiliencia tienen a obtener puntuaciones altas en variables psicológicas positivas, entre ellas autoestima, inteligencia emocional (Burga et al., 2016), satisfacción con la vida (Zayas et al., 2018), bienestar emocional, salud física y mental y optimismo (Gallagher et al., 2019; Markovitz et al., 2015).

Siguiendo esta línea, autores como Edward et al., (2019) destacan que desarrollar la resiliencia y trabajar con las fortalezas de las mujeres debe ser el enfoque de las intervenciones clínicas contemporáneas para las mujeres en el período temprano después del diagnóstico de cáncer de mama.

En conclusión, se reitera la importancia de trabajar en el campo de la psicología clínica en la promoción de la resiliencia en enfermedades crónicas como el cáncer, por lo cual en el siguiente apartado se conocerá el panorama de las acciones que se han llevado a cabo en la promoción de la resiliencia en las enfermedades crónicas.

3.3 Promoción de la Resiliencia en las Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas son padecimientos que se manifiestan por un largo periodo de tiempo y que producen incapacidad e invalidez derivadas de alteraciones patológicas irreversibles que generalmente ocurren por atención y cuidados inadecuados (Oviedo y Reidl, 2007).

Debido a las dificultades que trae consigo una enfermedad crónica en la calidad de vida de las personas, se evidencian una serie de trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión,

es por esto, que varios estudios han sugerido que la resiliencia tiene un impacto positivo en el tratamiento integral de diversas enfermedades crónicas, incidiendo de forma favorable en la recuperación de la persona afectada (Becker y Newson, 2005; Yi et al., 2008).

En este sentido, la promoción de la salud, tal como la define la Organización Mundial de la Salud, hace referencia al “proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud para mejorarla”, esta propuesta conlleva una nueva dimensión al concepto de salud y al papel del sujeto en su mantenimiento (Puig y Rubio, 2011).

De acuerdo con lo anterior, se considera a la persona como un agente de su propia salud, que no sólo espera no enfermar, sino que invierte en mejorarla, además es un concepto que trasciende al individuo contemplando el fortalecimiento de habilidades y capacidades individuales como la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas, de tal manera que mitigue su impacto en la salud pública e individual (Puig y Rubio, 2011).

En consonancia con esto, diversos autores empezaron a conversar sobre la promoción de la resiliencia, donde se fortalece al sujeto de tal forma que amortigüe el impacto de la adversidad en el momento de su aparición. Con base a esto, Ospina (2007), sostiene que un modelo de promoción de resiliencia implica un tipo de intervención psicosocial que promueve procesos que involucren al individuo y su ambiente, ayudándolo a superar la adversidad, adaptarse a la sociedad y a tener una mejor calidad de vida.

Como se ha mencionado antes, la resiliencia tiene múltiples dimensiones de acuerdo con su evolución histórica a nivel conceptual, como son individuales, familiares, sociales y comunitarios. También, es un proceso que parte de un aprendizaje, que no es estático, sino que en cualquier etapa del desarrollo del individuo puede ser promovida favoreciendo la salud mental en el individuo.

El objetivo fundamental de la promoción de la resiliencia está orientado en generar condiciones adecuadas para afrontar las situaciones adversas, fortalecer los recursos protectores y/o incorporar otros nuevos a nivel individual, familiar, social, entre otros que propicien conductas resilientes. Dependiendo del concepto subyacente de resiliencia, las intervenciones se dirigen a diferentes recursos y competencias, debido a estos los fundamentos teóricos de los programas de resiliencia son tan diversos como sus contenidos (Helmreich et al., 2017).

Por tal razón, a pesar del interés a nivel mundial por el desarrollo y la evaluación de intervenciones de resiliencia para diferentes grupos, hay poco consenso sobre cuándo considerar un programa “entrenamiento de resiliencia” o qué componentes se necesitan para programas efectivos. Leppin (2014), afirma que las principales directrices sobre definición, conceptualización, diseño de intervenciones y evaluación de la resiliencia todavía están en discusión.

Sin embargo, las investigaciones encontradas apuntan en fortalecer las competencias personales que facilitan una conducta resiliente, en este sentido, Javier (2018) refiere que el punto está en llevar al ser humano a saber utilizar esos recursos, incorporarlos y reconocerlos con el fin de desarrollar la capacidad de utilizarlos para mitigar el impacto psicológico que genera el evento adverso.

Estos programas se han desarrollado en diversas poblaciones clínicas y no clínicas, como también en distintos escenarios como presenciales y virtuales de forma grupal e individual. En este apartado se profundizará los argumentos teóricos que justifican la importancia de promover resiliencia en enfermedades crónicas, las cuales emergen un desajuste psicológico en las personas que lo padecen, imposibilitando un afrontamiento adaptativo por las diversas secuelas emocionales, cognitivas y comportamentales que resultan de ellas.

Se han realizado intervenciones en enfermedades como la diabetes, el VIH, enfermedades reumáticas, enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares y cáncer, centrandose en potencializar pilares de resiliencia para que estos pacientes desarrollen una adaptación positiva frente al diagnóstico. La mayoría de los estudios sostienen que, en las enfermedades crónicas, factores como la autoestima, la autoeficacia, el apoyo social, la espiritualidad, el efecto positivo entre otros, ayudan y modulan la resiliencia sirviendo también como factores de protección (Quiceno y Vinaccia, 2011).

La mayoría de los programas que buscan promover resiliencia en este tipo de enfermedades, tienen como objetivo fortalecer y/o abordar algunos pilares de la resiliencia o factores protectores de los sujetos para facilitar el afrontamiento idóneo a la enfermedad y su adaptación positiva a la misma, debido a que se considera una variable protectora, moduladora, y amortiguadora de la salud física y mental (Brix et al, 2008; Jamison et al., 2007; Smith, 2009; Smith, 2009; Wagnild; 2009).

Dentro de estas competencias personales se han encontrado la autoestima, autoeficacia, el afrontamiento activo, flexibilidad cognitiva, entre otros, (Quiceno, 2010; Burton et al., 2009). En el cáncer de mama, también la literatura evidencia que algunos programas de intervención están orientados a fortalecer los factores protectores de resiliencia en mujeres con este diagnóstico para lograr una adaptación positiva frente a la enfermedad (Ye et al., 2016; Ramos et al., 2018; Cerezo et al., 2018), utilizando diversos modelos terapéuticos como la terapia cognitiva-conductual y la psicología positiva con el uso de diversas técnicas de intervención.

Para concluir, se reitera la importancia de aportar en el campo de la psicología clínica y de la salud, espacios que favorezcan un adecuado afrontamiento a la enfermedad como es el cáncer de mama, y además fortalecer los recursos personales de esta población con el fin de continuar

promoviendo conductas resilientes y amortiguar los síntomas psicológicos negativos que suelen experimentar las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad

Ahora bien, en el siguiente capítulo se expondrá los elementos conceptuales que están implicados en el diseño de programas de promoción e intervención en el campo de las ciencias sociales, como también las estrategias que deben estar presentes para su ejecución y evaluación.

4.0 Conceptualización de Programas de Intervención Psicológica

Se han desarrollado programas de promoción de la salud a lo largo y ancho del planeta. Algunos basados en investigación formativas, otros incorporan algún elemento de la evaluación, aunque muchas veces muy precario. Otro problema es que están enfocados en temas específicos, por ejemplo, diabetes, abuso de alcohol, o de enfermedades cardiacas en lugar de ser integrales en las temáticas que abarcan (Pick et al., 2003).

Otra problemática existente es que en lo que se refiere a la población, solo se elige una sola sección de esta o se aplica el mismo contenido con ligeras adaptaciones a varios grupos como la edad y en lo que concierne a la difusión de los resultados, se identifican algunos esfuerzos, pero al igual que en el caso de las evaluaciones, rara vez son incorporados como parte del programa mismo o de su plan de instrumentación (Pick et al., 2003).

En este sentido, es relevante considerar que la psicología cuenta con muchas de las herramientas necesarias para desarrollar, instrumentar y evaluar programas integrales para la promoción de la salud, es por esto, que a continuación se expondrá un marco conceptual y la estrategia para desarrollar e instrumentar programas de intervención liderado por los autores Pick et al., (2003).

Esta aproximación conceptual tiene una visión de carácter sistémico porque enfoca el desarrollo desde una visión que incorpora el contexto, las demandas de las situaciones específicas y a la persona y asume que cambiar alguna de estas afecta a las demás (Pick y Poortinga, 2005).

De acuerdo con lo anterior, la figura 1, presenta el marco conceptual y los elementos que componen los diferentes bloques que idealmente se deben considerar para el diseño de un programa de intervención, basándose en las teorías desarrolladas por la ciencia y practicadas en la psicología.

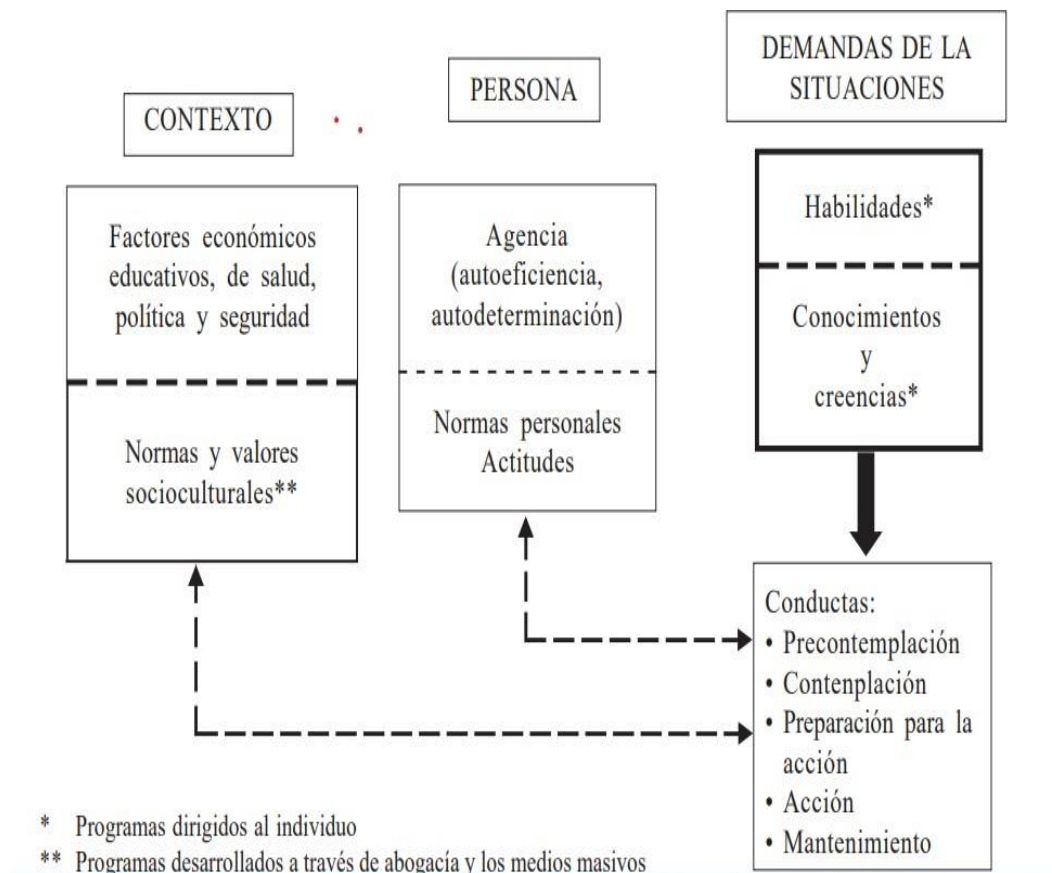


Figura 1. Marco para facilitar agencia (FENA). Tomado de Pick et al., (2003).

4.1. Componentes de un Programa de Intervención

Contexto: el primer aspecto que se debe llevar a cabo antes de diseñar un programa de intervención es el análisis de las oportunidades y limitaciones que ofrece el contexto en el que viven las personas (Berry et al., 1992; Poortinga y Soudijn, 2002).

Este aspecto hace referencia a identificar las condiciones bajo las cuales vive la población, incluyendo el nivel educativo, económico, de salud, socioambiental, de clima político y sociocultural, para así, a partir de las deficiencias que existan en estas variables, se puedan implementar acciones de mejora que faciliten a la persona o la comunidad.

Persona: hace referencia a las acciones que resultan del desarrollo individual del ser humano, como también a los comportamientos y del contexto que resultan de este desarrollo personal (Pick y Poortinga, 2005).

Este cuadro incorpora aspectos actitudinales de las personas y las normas individuales que, asociadas a grupos o personas relevantes para el sujeto, como lo es la familia y grupo de amigos y son importante porque son aspectos que se mantienen estables en el individuo a través del tiempo a menos que la persona las cuestiona o desee modificarlas (Pick et al., 2003).

En este sentido, las características que se pueden cambiar se desarrollan a través del aprendizaje, como es la autoeficacia (Bandura, 1997), la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000) y el locus de control interno (Rotter, 1966), son probablemente las más discutidas en la literatura sobre este tema. También se encuentra el término agencia (Sen, 1999), la cual puede ser vista como agrupando a las anteriores, definiéndose como la habilidad para definir metas y actuar con base en ellas.

Demandas situacionales: en el momento de enfrentar diversas situaciones, el individuo debe contar con una serie de habilidades y/ o competencias, conocimientos y modificación de creencias para llevar a cabo una adecuada resolución de ellas, es por esto, por lo que varias demandas situaciones requieren de distintas habilidades y conocimientos (Organización Mundial de la Salud, 1999; UNICEF, 2003).

Por lo tanto, para lograr cambios en conductas, los programas deberán ofrecer los conocimientos, creencias y las habilidades necesarias (Pick y Poortinga, 2005). En este sentido, (Zambarloukos y Constantelou, 2002) afirman que mediante la educación y la formación se puede lograr este tipo de cambios conductuales fundamentales para el desarrollo y crecimiento de una sociedad.

Los programas que definen a las habilidades psicosociales y conocimientos específicos como factores protectores, son los más efectivos en materia de prevención en salud, ya que un factor protector es una actitud, comportamiento, situación o acción que construye resiliencia a nivel individual o grupal (Pick et al., 2003). Además, en estos programas se tiene presente los factores de riesgos, sean estos internos o externos en la persona, que lo pueden conllevar a actitudes no deseables, por lo que se pretende reducir el riesgo promoviendo factores protectores para lograr menor vulnerabilidad a problemas de salud o sociales.

Conductas: el cambio de las conductas es el objetivo final en cualquier programa de intervención, teniendo presente que esta modificación se logra mediante un proceso y no de forma súbita, además de la intención que tenga el sujeto para lograr el cambio; por este motivo, es que los autores, proponen el esquema de Prochaska y Di Clemente (1982) y Prochaska y Velicer (1997) que habla acerca de etapas de cambio que van desde la pre contemplación para el cambio, la contemplación, la preparación para la acción, la conducta y el mantenimiento de ésta. La decisión

de cuáles de estas etapas son el objetivo del programa de desarrollo dependerá de las metas y recursos.

En este esquema hay una flecha de retroalimentación entre esta tercera columna y la segunda (persona). Se refiere al efecto que los cambios en conductas pueden tener sobre las normas y actitudes personales, así como sobre aspectos tales como autoestima y autoeficacia. Este marco conceptual sugiere que los cambios en la persona se dan principalmente como consecuencia de cambios en las conductas en situaciones específicas (Pick y Poortinga, 2005).

En esta misma línea, en la medida que una persona sepa manejar de forma adecuada nuevas situaciones, poco a poco logrará cambiar también aspectos de su personalidad. De igual manera, en la medida en la que se dan cambios que fomentan el acceso a bienes económicos, educativos, sistemas de gobierno democráticos, normas y leyes que apoyan mejoras en la calidad de vida, estos a su vez afectan a los individuos, como también mientras que se vayan fortaleciendo conductas para el desarrollo, las personas, sobre todo si son significativas en términos numéricos, van favoreciendo los cambios contextuales (Pick y Poortinga, 2005).

4.1.2 Etapas en el Desarrollo e Instrumentación de Programas

El diseño e instrumentación en programas de promoción de la salud está integrado por cuatro etapas, basadas idealmente en la comprensión de conocimientos científicos y en el apoyo de prácticas que hayan demostrado ser útiles en términos de su eficacia y eficiencia (Pick y Poortinga, 2005).

Las siguientes etapas se distribuyen en primera instancia en la realización de un plan inicial que determine las necesidades de la población, y con base a esto, se plantea un problema, se desarrolla, se pilotea y se evalúa (Pick et al., 2003).

Etapa 1. Identificación de necesidades y definición del problema: esta identificación de necesidades permitirá tener claro los conocimientos y habilidades que habrá que reforzar o desarrollar, así como las creencias equívocas que habrá que modificar y/o aclarar.

La meta principal de esta etapa es identificar los problemas que pudieran limitar la disponibilidad o el acceso a oportunidades, así como conocer las condiciones que faciliten los cambios necesarios para lograr una intervención exitosa (Pick et al., 2003).

Etapa 2. Desarrollo del programa: en esta segunda etapa la ciencia contribuye a la construcción de programas a través de la aplicación de técnicas didácticas (ej., para talleres) y de capacitación, ej., en la formación de facilitadores que dirigirán sus esfuerzos a fortalecer conocimientos y habilidades que hayan sido previamente probadas bajo diferentes condiciones (Binswanger & Aiyar, 2003), mientras que la práctica amplía las situaciones en las que se pueden probar y aplicar estas técnicas. Lo que generalmente sucede, es que se desarrolla una primera versión del programa (contenidos, ejercicios, materiales, manuales de formación de replicadores, etc.) (Pick y Poortinga, 2005).

Etapa 3. Instrumentación del programa a nivel local: es en esta tercera parte del desarrollo del programa donde la ciencia contribuye con técnicas para conocer la efectividad de los contenidos y los métodos didácticos y a través de la práctica realiza pruebas y revisiones de estos tanto a nivel individual como contextual. Juntas, le ofrecen a la política indicadores acerca de los tipos de modelos que son efectivos y eficaces (Pick y Poortinga, 2005).

La evaluación por su lado aquí procura dar los elementos para saber qué tan abierta está la población meta al programa (ej., pasando listas de asistencia) así como para ver si existen diferencias en los efectos que se dan en conocimientos, habilidades, creencias y por supuesto en cada una de las fases de cambio de conductas, entre un grupo experimental y un grupo control (Pick y Poortinga, 2005).

Etapas 4: Aplicación en gran escala (nacional o regional): esta es la última etapa de desarrollo de un programa de intervención, una vez que se confirma que los resultados logran la protección y/o salud, se debe aplicar a gran escala para así alcanzar al mayor número posible de beneficiarios de este (Pick et al., 2003). De hecho, ésta es una de las metas que especialistas en el campo han sugerido que deben tener los programas desarrollados, por ejemplo, a través de organismos no gubernamentales (Binswanger & Aiyar, 2003).

La evaluación en esta última etapa se enfoca en conocer los cambios a largo plazo tanto en conductas como en factores de la persona misma, en la efectividad y eficiencia incluyendo el costo-eficacia del programa, teniendo en cuenta que estos cambios se evidencian a largo plazo y posterior al desarrollo de varias conductas derivadas del proceso de aprendizaje de conocimientos y habilidades (Pick y Poortinga, 2005).

Después de conocer los postulados conceptuales que están implicados en el diseño y ejecución de programas de intervención a nivel general, es también relevante conocer que muestra la bibliografía con relación a intervenciones con personas diagnosticadas con cáncer. A continuación, se expondrá los fundamentos de la intervención psicoeducativa en oncología, sus componentes como también los campos de aplicación.

4.2 Fundamentos de la Intervención Psicoeducativa en Oncología

Las intervenciones psicoeducativas datan de los años ochenta y noventa cuando diversos autores empezaron a aplicarlas con familiares de pacientes con esquizofrenia como las de Hogarty et al., (1986; 1991), Fallon et al., (1982), Fallon y Pederson (1985), Tarrier et al., (1988), McFarlane et al., (1995) y Schooler et al., (1995).

Posteriormente, fue ampliando los campos de aplicación a diversos trastornos mentales y afectivos, así como también a familiares de pacientes con enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer (Losada-Baltar et al., 2004; López y Crespo, 2007).

En la actualidad, las intervenciones psicoeducativas en el campo de la oncología han tenido resultados significativos, por esto, se han considerado procedimientos efectivos para reducir el malestar emocional que genera la enfermedad. Las intervenciones en este campo con programas integran diversas técnicas y estrategias de intervención de distintos modelos teóricos, sean cognitivos conductuales, existenciales, ecológicos, entre otros, el objetivo es facilitar el proceso de adaptación por parte del paciente a la enfermedad, y para esto se tienen en cuenta las potencialidades cognitivas, conductuales, afectivas, sociales y espirituales del paciente, estimulando su uso de forma adaptativa en el afrontamiento de la enfermedad y/o los tratamientos oncológicos (Yelamos, 2013).

Este tipo de intervenciones enfatizan en modelos educacionales, basado en enseñar en formas de afrontar la enfermedad, sus tratamientos, como también la enseñanza de habilidades de comunicación y de solución de problemas orientados a la reducción de sentimientos de indefensión e inadecuación relacionados con la incertidumbre y la falta de información (Yelamos, 2013). En este sentido, Torrico et al., (2002) afirma que las intervenciones deben tener un

enfoque basado en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, en el cual la familia y el entorno social del paciente son partícipes para el éxito de los objetivos planteados.

La bibliografía muestra dos modelos que son básicos de intervención psicoeducativa: los centrados en la información, los cuales son de corta duración y su principal objetivo es informar sobre la enfermedad y sus derivados, y los centrados en la conducta, los cuales se caracterizan por ser más extensos, enfocándose en el aprendizaje y práctica de estrategias de afrontamiento, en la identificación de pensamientos negativos, reestructuración de prejuicios acerca del cáncer y control de la ansiedad y el estrés. Además, cuenta con actividades y tareas terapéuticas que complementan la información que el paciente puede llevar a cabo con sus propios recursos en su vida cotidiana (Yelamos, 2013).

4.2.1 Elementos de la Intervención Psicoeducativa

Autores como Fawzy et al., (1990; 1993; 1994; 1995), en estudios que han desarrollados con pacientes con cáncer, afirman que las intervenciones psicoeducativas deben contener cuatro aspectos importantes como son:

Una educación y/o información para la salud: este es el elemento central de la intervención, no solamente su objetivo es proporcionar la información pertinente de la enfermedad sino a todos los que participan en el programa (familia, amigos etc.). Se han encontrado resultados significativos en la calidad de vida, la adaptación al diagnóstico, como también a su entorno laboral y familiar, cuando son partícipes de un buen proceso educacional de su enfermedad (Fawzy, 1995).

Al ser instruidos se logra reducir la incertidumbre y los sentimientos negativos como el de desesperanza que experimenta el sujeto debido a la falta de información, y esto conlleva a que incremente la percepción de control sobre la situación. El componente educativo también favorece el significado de la experiencia y la adherencia al tratamiento médico (Yelamos, 2013).

Entrenamiento conductual: el objetivo fundamental de este componente está enfocado en reducir los síntomas de estrés y ansiedad, ayudando a los pacientes afrontar de forma adaptativa el impacto emocional de la enfermedad, como también facilitar la participación en el tratamiento, como en los cuidados médicos.

La consecución de este objetivo se basa conceptualmente en el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1984), donde el control del estrés inicia en el momento que el paciente es capaz de reconocer y comprender los signos y síntomas de la enfermedad, por lo que es relevante educar al paciente en la identificación de las causas, síntomas y consecuencias del estrés en su proceso de enfermar (Yelamos, 2013).

Este entrenamiento utiliza diversas técnicas psicofisiológicas como la respiración, la relajación, la imaginación guiada, meditación, entre otras propias del modelo cognitivo-comportamental.

Entrenamiento en estrategias de afrontamiento: este componente tiene completa relación con el anterior porque ambos enfatizan en el control del estrés, tanto a nivel cognitivo como comportamental. Es por esto, que mediante el entrenamiento en habilidades de afrontamiento el paciente aprende controlar el estrés, a través del uso de estrategias cognitivas y conductuales reduciendo el uso de estrategias evitativas, así pues, el propósito es que el sujeto utilice métodos eficaces para afrontar su enfermedad y tratamiento de forma idónea.

Estos métodos de afrontamiento también le permiten al paciente llevar a cabo una resolución de problemas y a sentirse mejor, entiende que existen otras alternativas para enfrentar las emociones negativas producidas por el diagnóstico, y aprende a percibirlo como una oportunidad de cambio, centrando su atención en el aspecto positivo que puede extraer del momento adverso. Por esto, el optimismo, el sentido práctico, la flexibilidad y la búsqueda de recurso o ingenio son otros factores importantes en el buen afrontamiento (Fawzy y Fawzy, 2011).

Apoyo emocional: la intervención psicoeducativa y la oportunidad de estar con otras personas que atraviesan la misma experiencia permite al paciente expresar los sentimientos y emociones de la enfermedad. De igual manera, potencia el uso de otras técnicas de expresión emocional, como la escritura, el teatro etc., así como en el apoyo emocional a través del establecimiento de una relación de confianza y apoyo en un entorno seguro para el paciente (Yelamos, 2013).

Por otra parte, existen diversas áreas de aplicación de la intervención psicoeducativa en oncología, y estas dependen de la etapa en la que se encuentre el paciente con su diagnóstico, porque con base a esto, los objetivos de la intervención son específicos.

En este sentido, Cruzado y Labrador (2000) diferencian distintas fases en el proceso de enfermedad, que establecen distintas áreas de aplicación de los programas de intervención psicoeducativa con distintos objetivos de actuación. Y una de ellas, es la que se enfoca en mejorar la adaptación a la enfermedad.

Se ha demostrado ser efectiva una intervención que apunte a mejorar el afrontamiento de la enfermedad y prevenir reacciones emocionales desadaptativas y trastornos psicopatológicos

(Yelamos, 2013). Este punto de vista se apoya en Edgar et al., (1992) quienes argumentan que existen mejores resultados en síntomas de ansiedad y depresión cuando estos programas se desarrollan pasado un tiempo de 3 o 4 meses después del diagnóstico. También coinciden, Fawzy y Fawzy (2011) en afirmar que la fase de la enfermedad y el pronóstico son factores importantes a la hora de determinar las metas globales y el formato de la intervención.

4.2.2 Aplicación de un Programa de Intervención Psicoeducativa en Oncología

Para desarrollar un programa de intervención con pacientes con cáncer, es importante antes de su inicio, tener claridad de la metodología, los objetivos, las necesidades de la población y la evaluación en función de los objetivos propuestos.

A continuación, se establecerá el procedimiento que se debe seguir para un buen programa de psicoeducación, mediante los siguientes pasos.

Justificación del programa: es importante tener claridad de lo que se desea conseguir con la intervención, establecer unas hipótesis de partida y las necesidades de los participantes que serán objeto de abordaje. También es relevante tener claridad en el cómo se llevará a cabo la intervención y su evaluación. Para esto, es necesario contar con marco conceptual de referencia, ya que se utilizan orientaciones educativas, cognitivas-conductuales, de psicología positiva etc. Este marco teórico permite no solo establecer la línea base de este, sino que además determina las técnicas y estrategias a usar durante su ejecución.

Objetivos del programa de intervención: los objetivos apuntan a los efectos que se pretenden alcanzar en el programa, de este modo, es imperioso diferenciar el objetivo general de

los objetivos específicos, porque una adecuada formulación de éstos garantiza a la hora de diseñar un programa la coherencia y estructura de las actividades que los componen.

Beneficiarios del programa de intervención: la intervención puede ajustarse a grupos o de forma individual. Con relación a una modalidad grupal se deben evaluar varias opciones como grupos homogéneos o no, abiertos o cerrados etc., ya que esto determinará la justificación y los objetivos del programa a desarrollar.

Sirgo & Gil (2000) afirman que las intervenciones grupales tienen mejores ventajas frente a las intervenciones individuales, puesto que el trabajo en grupo añade el beneficio del apoyo social-emocional, debido a que la interacción con otras personas que tienen la misma enfermedad conlleva compartir experiencias, el aprendizaje vicario y la identificación entre las personas que participan en el grupo (Fawzy et al., 1990; Edgar et al., 1992; Spiegel et al., 1981; Gordon et al., 1980).

Para el desarrollo de intervenciones grupales se recomienda que determine el perfil de los participantes y los criterios de inclusión y exclusión, teniendo presente, por ejemplo, fase de la enfermedad, tipo de cáncer, edad, nivel educativo y sociocultural. Con relación al número de participantes se aconseja grupos pequeños entre 8 y 12 participantes, y en cuanto al género y edad, autores como (Cunningham et al., 1993), afirman que las mujeres y pacientes jóvenes son los que más se benefician de estas intervenciones.

Planificación del Programa: en esta fase, se determina el número de sesiones, la durabilidad de estas, como también las técnicas a utilizar en cada sesión y que estas siempre tengan coherencia con los objetivos planteados inicialmente. También se clarifica los recursos y materiales necesarios para el desarrollo de cada uno de los encuentros con los participantes.

Es recomendable que el número de sesiones oscile entre 3 y 12 sesiones, siendo el más frecuente seis, y que la frecuencia de los encuentros sea de una vez por semana, estimando una duración de 90 minutos, no es recomendable una extensión de dos horas.

4.2.3 Ejecución e Implementación del Programa de Intervención Psicoeducativa

En esta etapa se operacionaliza todo el trabajo estructurado de las fases anteriores, se implementan las sesiones preparadas previamente, haciendo uso de las técnicas y recursos determinados. La intervención psicoeducativa puede tener contenidos y técnicas informativas, educativas, emocionales, actitudinales, cognitivas, conductuales y existenciales. Los programas de intervención psicoeducativa de Fawzy et al., (1990, 1993, 1995), desarrollan dichos contenidos y técnicas en el marco de los cuatro componentes previamente señalados: información, entrenamiento conductual en el manejo del estrés, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y apoyo emocional (Yelamo, 2013).

Procedimientos de evaluación: el propósito de esta fase es verificar si los objetivos propuestos se alcanzaron y también ofrecer enseñanzas para el diseño, planificación y administración de futuros programas (Yelamo, 2013).

La evaluación es un proceso que se lleva a cabo de manera transversal durante el desarrollo del programa. Sin embargo, existen unos momentos idóneos para realizar la evaluación del programa mediante tres periodos; en primera instancia se debe hacer una evaluación inicial con el fin de tener claridad la línea base del programa y con la información de los participantes, por esto, es recomendable hacer una entrevista individual con cada uno de los participantes donde se les explica de forma breve los objetivos del programa y la relación que tiene con sus

necesidades, los resultados esperados el proceso de aplicación y su participación en el mismo, con instrucciones claras y precisas (Yelamo, 2013).

También se realiza una segunda evaluación al finalizar cada sesión del programa para identificar los conocimientos que aprendieron de la misma y los cambios que se pudieron presentar a medida que avanza el programa, y finalmente se realiza una evaluación final y de seguimiento donde se busca determinar la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto del programa con base a los objetivos. Asimismo, es importante identificar los periodos de seguimiento que se realizarán en el marco del programa de intervención, así como las técnicas de la evaluación a utilizar con el objetivo de contribuir a determinar la eficacia del programa, recomendable que estos seguimientos alcancen los seis meses (Yelamo, 2013).

Para concluir, las intervenciones psicoeducativas en el campo oncológico promueven cambios de actitud y conducta, permiten que los participantes modifiquen creencias erróneas frente al diagnósticos y el tratamiento, y les brinda herramientas que favorecen el afrontamiento de la enfermedad y el manejo emocional para lograr una adaptación adecuada a la enfermedad (Velasco et al, 2003).

Actualmente, hay consenso al afirmar que este tipo de intervenciones con pacientes con cáncer son útiles siempre y cuando tengan las condiciones necesarias que maximicen su potencial terapéutico y es evidente que es necesario contar con más trabajos que den muestra de los beneficios que tiene desarrollar programas de intervención psicoeducativa en este tipo de pacientes y sus familiares.

Ahora bien, específicamente en el cáncer de mama la terapia cognitivo-conductual se ha tenido en cuenta como marco conceptual para el desarrollo de programas de intervención debido

a su eficacia en el proceso de adaptación a la enfermedad. A continuación, se expondrá los supuestos básicos de esta terapia y cuáles son las referencias teóricas que dan cuenta de los efectos positivos que tiene en esta enfermedad.

5.0 Terapia cognitivo-Conductual y su Intervención en el Cáncer de Mama

Las terapias cognitivo-conductuales abarcan diferentes intervenciones en las cuales están incluidas, la terapia racional emotiva abanderada por Albert Ellis, la terapia cognitiva de Aaron Beck, la resolución de problemas de D'Zurrilla o Nezu entre otros.

El objetivo de estas intervenciones parte de la premisa que las alteraciones psicológicas son el resultado del significado cognitivo que el sujeto les da a sus experiencias vividas, y que esta interpretación influye en su estado emocional y formas de conducta, es por esto, que la forma en que las personas procesan la información del mundo, del futuro y de sí mismo es el foco de atención terapéutica.

La terapia cognitiva-comportamental comparte algunos supuestos como: considera que el ser humano no reacciona a la realidad sino a la realidad subjetiva por sus procesos cognitivos, que no está determinado por sus experiencias pasadas, porque son agentes activos y constructores de su propia historia. Además, afirma que las respuestas emocionales y conductuales del sujeto constituyen el resultado de las evaluaciones que realiza a los acontecimientos que experimenta. También le otorga al individuo un rol de responsabilidad y un rol activo en la identificación y modificación de las interpretaciones erróneas que hace del mundo (Ingram y Scott, 1990).

Por consiguiente, el objetivo de las intervenciones de este modelo teórico, está centrado en la identificación de creencias erróneas o desadaptativas que influyen de manera negativa en la

forma como afronta la realidad, ya que afectan significativamente su estado emocional y conducta, y para lograr esto, consta de diversas técnicas tanto cognitivas como conductuales para el abordaje de las problemáticas psicológicas, sin dejar de lado que a nivel científico es el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones tiene en la actualidad.

De acuerdo con lo anterior, en la literatura se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivas conductuales, que en este estudio fueron utilizadas y ajustadas de acuerdo con los objetivos que se diseñaron para el programa de intervención, las cuales son:

- a) Los métodos de reestructuración cognitiva, la cual asume que los problemas emocionales son consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos desadaptativos.
- b) Las terapias de habilidades de afrontamiento, que intenta desarrollar en el sujeto diversas habilidades para ayudarlo a afrontar varias situaciones estresantes.
- c) Las terapias de solución de problemas, que constituyen una combinación de las anteriores, y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar de solucionar un amplio rango de problemas personales (Mahoney y Arnkoff, 1978).

En este sentido, las técnicas de intervención cognitivas conductuales también han sido utilizadas en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, específicamente el cáncer de mama, mostrando resultados óptimos en el bienestar psicológico de estas pacientes. González et al., (2015) y pueden ser administradas de forma individual y grupal.

Los objetivos de la terapia cognitivo-conductual en pacientes oncológicos se dividen en dos grupos: 1) Abordaje de problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento, periodo de

seguimiento y, 2) manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico. Esta terapia ha evidenciado eficacia en la reducción de niveles de estrés, ansiedad, depresión, fatiga entre otros y promoviendo estrategias más adaptativas en el paciente oncológico (Grossarth-Maticek et al., 1991).

Es por esto, que los estudios se han centrado en mostrar cómo este tipo de intervenciones han tenido efectos positivos en síntomas relacionados con las alteraciones del sueño, mostrando mejoras en diferentes indicadores de la calidad del mismo y en mejorar el insomnio secundario en esta enfermedad (Savard et al., 2005; Epstein et al., 2007; Espie et al., 2008). En cuanto a la imagen corporal y la autoaceptación, se ha evidenciado que facilita una mejoría en la autoestima como también en el autoconcepto, autoconfianza, optimismo y autocontrol, además de una adecuada imagen corporal y la sexualidad (Narvaez et al., 2008; Castillo et al., 2013; Brandãoa et al., 2014), y con relación al control de obesidad Mefferd et al., (2007) afirman que la TCC a nivel grupal ayuda a controlar el peso y reducir la obesidad.

En este orden de ideas, es preciso decir que según Ferguson et al (2007) con relación a los procesos psicológicos, la TCC parece ser factible en el tratamiento de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama que sufren de disfunción cognitiva persistente, al mejorar algunos dominios psicológicos y la calidad de vida. Por otra parte, en el ajuste psicológico se ha encontrado eficacia en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión, interacción social, calidad de vida, estrés psicológico y fatiga (Mckiernan et al., 2010; Hopko et al., 2010; Pocino 2007; Bellver, A., 2007: Cohen et al., 2007; González ET al., 2015; Martinez et al., 2020). Asimismo, en el tratamiento de radioterapia Schnur et at., (2009) encontró reducción del efecto negativo que genera los efectos secundarios del tratamiento aumentando el efecto positivo.

De igual manera, en el dolor crónico que presentan estas mujeres, la terapia cognitivo conductual ha tenido resultados significativos para aumentar las actitudes positivas frente al dolor, generando reducción de este y los síntomas psicológicos negativos asociados como ansiedad y depresión, como también efectos positivos en las alteraciones del sueño, la fatiga y actividad física (Shen et al., 2014; Kelleher et al., 2017; Tait et al., 2018; Beatty et al., 2018).

En conclusión, puede entreverse que el uso de la intervención cognitivo conductual resulta ser efectiva para reducir los efectos colaterales que derivan del cáncer de mama, facilitando un afrontamiento adaptativo a la enfermedad y una reducción de las alteraciones psicológicas que esta población experimenta en el momento inicial del diagnóstico, como también durante el proceso de tratamiento permitiendo una mejoría en su calidad de vida.

Por todo lo anterior, ya habiendo expuesto la importancia de conocer los conceptos, componentes, etapas de lo que es un programa de intervención junto a la necesidad y relevancia de programas psicoeducativos oncológicos, incluyendo sus elementos, aplicación y ejecución encaminados a su vez al bienestar del paciente, resulta menester, casi que, de manera directa, el papel valioso y fundamental de lo que se conoce como calidad de vida, concepto que se explicará a continuación, dando paso a la relación que existe entre el mismo y el cáncer de mama como la patología en cuestión.

Antecedentes Investigativos

Llevada a cabo la revisión bibliográfica sobre la temática de resiliencia y su relación con el cáncer de mama, 73 artículos científicos fueron identificados en el periodo de tiempo transcurrido desde el año 2011 hasta el 2023 que tratan de forma general este fenómeno, su relación con diferentes determinantes y los posibles efectos. Los núcleos temáticos que se evidenciaron se dividen en tres: a) las investigaciones que indagan sobre los procesos de salud/enfermedad en relación con la resiliencia y el cáncer de mama, junto a los procesos psicológicos que vivencian las sobrevivientes de la enfermedad, b) las investigaciones relacionadas con calidad de vida, resiliencia y cáncer de mama y c) los trabajos investigativos que reportan resultados de intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con este padecimiento. A continuación, se llevará a cabo una revisión cronológica teniendo en cuenta el desarrollo histórico de la temática y las diferentes variantes a lo largo de su estudio.

Investigaciones relacionadas con Procesos de Salud-Enfermedad en Relación con la Resiliencia y el Cáncer de Mama y Procesos Psicológicos que Vivencian las Sobrevivientes de la Enfermedad.

En primera instancia, Álamo et al., (2012), en su investigación buscaron determinar las conductas resilientes en personas con diagnóstico de cáncer del Hospital Privado el Rosario de Cabimas. La investigación se evidencia en el paradigma positivista y corresponde a una investigación descriptiva y de campo. La población estuvo constituida por 100 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer.

Para recabar los datos se aplicó un instrumento de 40 ítems. Al instrumento se le calculó la validez de contenido, a través del juicio de experto, la confiabilidad por medio del método Alfa de Cronbach la cual arrojó como resultado 0.92.

El procesamiento de los resultados se efectuó a través de una estadística descriptiva. Los resultados estimados demuestran que la mayoría de la población objeto de estudio no ha logrado enriquecer sus vidas de acuerdo con sus experiencias. A su vez, no poseen fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnóstico de su enfermedad lo que lleva a deducir que dichos pacientes no han logrado desarrollar, en el transcurso de sus vidas, conductas resilientes. Sobre la base de los resultados se establecieron las conclusiones y recomendaciones para el desarrollo de la resiliencia en pacientes con cáncer, como herramienta para el manejo de la enfermedad y como parte de su vida cotidiana.

Al mismo tiempo, Crespo Fernández & Rivera García (2012), en un estudio de corte cualitativo, exploraron la relación mente-cuerpo en la condición y superación luego del tratamiento de cáncer. Los resultados revelan cómo se desarrolla el proceso de significado dado a la enfermedad. Las participantes lucharon por superarse, desarrollando fortalezas cognitivas y emocionales durante la recuperación. Así, hallaron el propósito y los aspectos positivos en la vida y hasta vieron la enfermedad como una oportunidad para crecer y beneficiarse, evidenciando el papel mediador de la resiliencia en esta población de estudio.

Seguido a esto, Moser et al., (2012), estuvieron dedicados a examinar la resiliencia y su relación con otras características relacionadas con la salud en sobrevivientes de cáncer de mama (n=422) mayores durante seis años de seguimiento, utilizando la Escala de resiliencia (RS) de 25 ítems, en sus hallazgos indican que los cambios en la capacidad de recuperación de las sobrevivientes de cáncer de mama mayores se pueden predecir con medidas de referencia

seleccionadas y se asocian con cambios en la calidad de vida relacionada con la salud, las perspectivas de vida y las medidas de apoyo social a lo largo del tiempo. Este estudio proporciona parte de la primera información longitudinal en sobrevivientes de cáncer de mama de mayor edad, aumentando nuestra comprensión de la dinámica y la importancia potencial de la capacidad de resiliencia en la supervivencia.

Más adelante, Min, et al., (2013), investigaron las relaciones entre la resiliencia y la angustia emocional en pacientes con cáncer (n=152) que fueron hospitalizados consecutivamente para sus tratamientos programados en el Hospital St. Mary's de Seúl se inscribieron y completaron la Escala de resiliencia de Connor-Davidson y la Escala de depresión por ansiedad en el hospital para medir la resiliencia y el malestar emocional. Las relaciones entre los niveles de resiliencia psicológica y la angustia emocional se evaluaron mediante análisis de regresión logística univariada y multivariada.

Con sus resultados sugirieron que la resiliencia psicológica puede contribuir de manera independiente a un bajo estrés emocional en pacientes con cáncer. La relación entre la resiliencia y la angustia emocional también fue significativa en el subgrupo de pacientes con cáncer metastásico. De ahí que, las intervenciones psicosociales para mejorar la resiliencia podrían proporcionar enfoques útiles para superar la angustia emocional relacionada con el cáncer.

Posteriormente, Lim et al., (2014), examinaron los efectos diádicos del afrontamiento y la resiliencia en la angustia psicológica en 91 díadas de cónyuges sobrevivientes de cáncer de mama. Se utilizaron cuestionarios estandarizados que evaluaron la angustia psicológica, el replanteamiento y la adquisición de apoyo social y las características de resiliencia. En sus resultados, proporcionan información sobre las relaciones entre afrontamiento, características de resiliencia y angustia psicológica en los niveles individual y diádico. La mejora de los pensamientos

positivos de los sobrevivientes de cáncer y de sus cónyuges y los recursos externos disponibles puede mejorar la capacidad de recuperación y, a su vez, reducir la angustia psicológica de las parejas que enfrentan el cáncer de mama.

Por su lado, Markovitz et al., (2015), investigaron el papel de la resiliencia en la predicción de la respuesta emocional en pacientes con cáncer de mama y examinaron si esta asociación es específica para las mujeres que sufren esta condición emocionalmente exigente o si la resiliencia está más generalmente asociada con niveles más altos del bienestar emocional. La muestra estuvo conformada por doscientos cincuenta y tres pacientes con cáncer de mama y 211 controles femeninos sanos que completaron cuatro cuestionarios psicológicos, la Connor–Davidson Resilience Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Positive and Negative Affect Schedule. Los pacientes con cáncer fueron evaluados después del diagnóstico y la cirugía.

En sus resultados, los pacientes con cáncer informaron niveles más altos de ansiedad, depresión y afecto negativo y niveles más bajos de afecto positivo y felicidad actual en comparación con las mujeres de control. No hubo diferencia entre los dos grupos en el nivel de resiliencia. Los niveles más altos de resiliencia se relacionaron con un mejor ajuste emocional tanto en las mujeres con cáncer de mama como en las mujeres del grupo control, pero esta asociación fue más fuerte dentro de la muestra de pacientes con cáncer. De hecho, los pacientes con puntuaciones altas en resiliencia parecían experimentar niveles similares de ansiedad, depresión y felicidad actual como mujeres sanas. Confirmaron que la resiliencia puede proteger al menos parcialmente contra la angustia emocional en pacientes con cáncer. De igual forma, sus hallazgos sugieren que la resiliencia puede ser un rasgo relativamente estable que no se ve afectado por la adversidad.

De manera análoga, Ristevska-Dimitrovska et al., (2015), evaluaron la resiliencia en pacientes con cáncer de mama y exploraron si la depresión afecta la resiliencia en (n=218) mujeres.

Respondiendo la Escala de resiliencia de Connor-Davidson y la Escala hospitalaria de depresión y ansiedad, para evaluar el nivel de resiliencia psicológica y el nivel de depresión. Este estudio muestra que los pacientes que están menos deprimidos tienen niveles más altos de resiliencia y que la resiliencia psicológica puede contribuir de manera independiente a tener niveles más bajos, puesto que, el nivel de resiliencia psicológica puede ser un factor protector para la depresión y la angustia psicológica.

Por su parte, Fernández, Delgado, & Postigo (2015), investigaron la ansiedad, la resiliencia y la inteligencia emocional percibida en mujeres con cáncer de mama y un grupo de control. La muestra estuvo compuesta por 300 mujeres, 150 con cáncer de mama y 150 sin cáncer. Utilizaron la (Escala de rasgos del Inventario de ansiedad de estado-rasgo), la Escala de resiliencia (RS) y la Escala de rasgo de estado de ánimo-24. Los resultados muestran que tanto la ansiedad de estado como la resiliencia, son mayores en el grupo de mujeres con cáncer de mama y los componentes de la inteligencia emocional percibida indican una relación significativa y negativa con la ansiedad por rasgo. Consideran apropiado que la atención médica y los programas psicosociales proporcionados a los pacientes con cáncer de mama aborden aspectos psicológicos como la resiliencia y la inteligencia emocional percibida.

Consecutivamente, Pieters (2016), se interesó en explorar la resiliencia desde el punto de vista de las mujeres mayores que recientemente completaron el tratamiento para el cáncer de mama en etapa temprana. La teoría fundamentada constructivista dirigió la recopilación de datos y el análisis de 31 entrevistas personales semiestructuradas con 18 mujeres de 70 a 94 años. Sus resultados exponen que, ante la superación de la adversidad de una primera experiencia de cáncer, los participantes recuperaron y restablecieron el equilibrio en sus vidas con la sensación de que hicieron el trabajo de controlar el cáncer con autoeficacia y autonomía.

La resiliencia se puso de manifiesto como un proceso multidimensional que contiene una interacción natural de atributos. La autosuficiencia, el optimismo y la perseverancia estaban integrados en la interconexión humana. Del mismo modo, el proceso de supervivencia del cáncer se posicionó en una imagen más amplia de las alegrías y las dificultades de haber vivido una larga vida. El yo central continuó a través de estos tiempos cambiantes, conectando el futuro pasado, presente y anticipado, como lo ejemplifica "Todavía estoy aquí". Recuperar el equilibrio requiere tenacidad, pragmatismo y dedicación para hacer el trabajo que se necesita hacer para tratar el cáncer y seguir adelante con la vida.

Al mismo tiempo, Guil, et al., (2016), evaluaron la relación existente entre bienestar psicológico percibido, optimismo y resiliencia en mujeres supervivientes de cáncer de mama. La muestra la conformaron 30 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que se encontraban en fase de tratamiento adyuvante en las Unidades de Oncología del Hospital General de Jerez de la Frontera y del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). Se administraron la Escala de Bienestar Psicológico Percibido de Ryff, el Life Orientation Test Revised (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) para evaluar el Bienestar Psicológico, el Optimismo disposicional y la Resiliencia respectivamente.

Los análisis descriptivos muestran que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentan niveles de Bienestar Psicológico, Optimismo disposicional y Resiliencia superiores a los valores medios aportados por las escalas. Por otro lado, los análisis de regresión revelaron que sólo algunas de las dimensiones de Resiliencia permitían explicar y predecir algunas dimensiones de Bienestar psicológico, no así el Optimismo disposicional. Los resultados parecen confirmar la idea de que, si se trabaja la capacidad de las mujeres con cáncer de mama de moderar el efecto negativo generado por el propio diagnóstico y las consecuencias derivadas de su tratamiento, así como su

capacidad de adaptación a la nueva situación, se podrá contribuir al incremento de su Bienestar Psicológico y Resiliencia.

Simultáneamente, Di Giacomo, et al., (2016), examinaron la resiliencia psicológica entre las mujeres jóvenes luego del diagnóstico de cáncer de mama, ya que, podrían considerarse un grupo de riesgo de trastornos psicológicos para ese evento clínico. La muestra estuvo conformada por (n=82) mujeres en el rango de edad 31-51 años fueron reclutadas y distribuidas en 2 grupos: a) grupo de cáncer de mama: n=42 mujeres y b) grupo control normal: n=40 mujeres sanas. La batería psicológica estaba compuesta por pruebas de autoinforme: PDI, STAXI, STAY y BDI-II.

En sus resultados, evidenciaron un impacto significativo solo en la escala de depresión: los pacientes presentaron puntuaciones más altas que el grupo de control. La experiencia, la expresión y el control de la ira y la expresión de las puntuaciones de ansiedad resaltaron el rendimiento resiliente en pacientes con cáncer de mama. Además, estos resultados resaltan que la resiliencia psicológica constituye un factor protector en mujeres jóvenes que tienen que lidiar con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama. Demostrando que los pacientes jóvenes parecen ser más resilientes emocionalmente: experimentan emociones negativas y transforman eso en crecimiento personal.

De igual manera, Wu et al., (2016), evaluaron el nivel de resiliencia e identificaron los factores predictivos de resiliencia con 213 mujeres de China continental recién diagnosticadas con cáncer de mama entre noviembre de 2014 y junio de 2015, a través de un estudio descriptivo de corte transversal. Utilizaron las Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), Escala de Calificación de Apoyo Social (SSRS), Cuestionario de modos de afrontamiento médico (MCMQ, que incluye 3 subescalas: confrontación, evitación y aceptación-renuncia), índice de Herth Hope (HHI) e información demográfica y relacionada con la enfermedad. Realizaron estadísticas

descriptivas, análisis bivariados y regresión por pasos múltiples para explorar predictores de resiliencia.

Encontrando que la resiliencia se asoció positivamente con el nivel educativo, el ingreso familiar, el tiempo después del diagnóstico, el apoyo social, la confrontación, la evitación y la esperanza. Sin embargo, la resiliencia se asoció negativamente con la edad, el índice de masa corporal (IMC) y la aceptación-renuncia. El análisis de regresión por pasos múltiples indicó que la esperanza ($\beta = 0.343$, $P < 0.001$), nivel educativo superior o superior ($\beta = 0.272$, $P < 0.001$), nivel educativo de la escuela secundaria ($\beta = 0.235$, $P < 0.001$), evasión ($\beta = 0.220$, $P < 0.001$), la confrontación ($\beta = 0.187$, $P = 0.001$) y la edad ($\beta = -0.108$, $P = 0.037$) afectaron significativamente la resiliencia y explicaron el 50.1% de la varianza total en la resiliencia. Concluyendo que, las mujeres con cáncer de mama recién diagnosticado de China continental demostraron un nivel de resiliencia particularmente bajo, que se pronosticó mediante la esperanza de nivel educativo, evitación, confrontación y edad.

Ahora bien, Gómez-García et al., (2017), a través del estudio de casos y la narración de historias de vida decidieron analizar el discurso de mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama. La información fue recolectada mediante entrevistas que permitieron indagar en aspectos personales presentes y pasados (antes y durante la enfermedad), con la finalidad de encontrar la relación de las emociones con el surgimiento del cáncer de mama principalmente enfocada a emociones como: tristeza, enojo, soledad y estrés, así como el papel de la resiliencia a partir del diagnóstico de cáncer de mama.

Se concluyó que, evidentemente puede haber relación en cuanto a la somatización para el surgimiento o la permanencia del cáncer de mamá. Sin embargo, cuando no se identifican las emociones es difícil reconocer entonces lo que se siente en cada una de ellas y pueden confundirse

con algunas otras que se presentan de similar manera, y al no reconocer ni las emociones ni como se presentan resulta más difícil hacer la relación que se tiene con el cuerpo y la aparición de las enfermedades. No obstante, hablando de resiliencia, este es un factor que influye en la recuperación que tienen las mujeres en la enfermedad y que ellas reconocen fácilmente desde que fueron diagnosticadas y es lo que las ha mantenido en pie de lucha desde ese momento.

Por otra parte, Cejudo, García-Maroto, & López-Delgado (2017), en su estudio tuvieron como objetivo evaluar los efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía. Se utilizó una muestra de 81 mujeres, 39 pertenecientes al grupo de intervención y 42 al grupo control. El estudio utilizó un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas pretest-posttest con grupo de control. Para evaluar el efecto del programa se administraron tres instrumentos de evaluación, el TMMS-24, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, la Escala de Autoconcepto AF5, y el STAI Estado de Spielberger, Gorsuch y Lushene. Los resultados de los ANCOVAS posttest confirman mejoras estadísticamente significativas en el grupo de intervención en las variables de claridad emocional, reparación emocional, en todas las subescalas del autoconcepto, así como, una disminución de la ansiedad en las mujeres con cáncer de mama. Por otro lado, se observó que existen interacciones entre la variable del tiempo de diagnóstico y las variables dependientes.

Siguiendo en esta misma línea, Mushtaq & Naz (2017), exploraron la relación entre la satisfacción con la forma del cuerpo, la angustia, la resiliencia y los factores predictivos de la capacidad de recuperación en mujeres con cirugía mamaria. El estudio se llevó a cabo en el Hospital y Centro de Investigación del Cáncer Shaukat Khanum Memorial, Lahore e Inmol Cancer Hospital, Lahore con una muestra compuesta por 100 pacientes ingresados para cirugía general. El rango de edad de la muestra fue de 40 a 65 años. La Escala de satisfacción de imagen corporal se utilizó para

evaluar la satisfacción de la imagen corporal, la Escala de estrés, Depresión, Ansiedad, para medir la angustia y la Lista de verificación de resiliencia del rasgo del estado de Hiew se utilizó para medir la resiliencia.

En la evaluación previa, las puntuaciones medias de satisfacción con la imagen corporal fueron superiores a las evaluaciones posteriores. De manera similar, los puntajes fueron más altos en angustia y resiliencia en las pruebas previas en comparación con las pruebas posteriores. Las puntuaciones en la satisfacción con la imagen corporal y la resiliencia en mujeres con lumpectomía fueron más altas que en mujeres con mastectomía. Concluyendo que, luego de pasar por cirugías como la mastectomía o la lumpectomía se presentan diferencias significativas en la satisfacción de la imagen corporal, la angustia y la resiliencia en la evaluación previa y posterior de las mujeres con cirugía de cáncer de mama.

Conjuntamente, Fradelos, et al., (2017), estuvieron guiados a examinar la resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y su asociación con depresión y ansiedad. Realizaron un estudio transversal, con (n=144) mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, quienes respondieron un cuestionario que constaba de cuatro partes: datos sociodemográficos, la Escala de depresión de dos elementos del cuestionario de salud del paciente, el Cuestionario del trastorno de ansiedad generalizada y la Escala de resiliencia de Connor-Davidson 25. La mayoría de la muestra se situaba en el grupo etario comprendido entre 51 y 60 años, donde el 54.5% indicó un estado de ánimo deprimido, la severidad de la ansiedad medida con el GAD-2, indicó una media de 2.1 y el 46.8% de los pacientes sufrían de ansiedad alta. De acuerdo con sus resultados, corroboran que la resiliencia puede influir negativamente en la sintomatología depresiva. Además, los niveles más bajos de depresión pueden llevar a menos síntomas de ansiedad.

Mientras tanto, Dooley et al., (2017), socializan que la investigación del estrés generalmente enfatiza los efectos tóxicos de este, pero la evidencia reciente ha sugerido que la exposición al estrés, con moderación, puede facilitar la resiliencia. Por lo que, evaluaron si la exposición moderada al mismo promueve la resiliencia psicológica frente al cáncer. Examinaron la relación entre la exposición al estrés durante toda la vida antes del diagnóstico y el funcionamiento psicológico post diagnóstico entre 122 sobrevivientes de cáncer de mama. El estrés agudo y crónico durante toda la vida se evaluó utilizando una medida basada en la entrevista, y el funcionamiento psicológico se evaluó utilizando medidas de pensamientos intrusivos relacionados con el cáncer y efectos positivos y negativos.

Los resultados indicaron que la exposición al estrés agudo se asoció con pensamientos intrusivos relacionados con el cáncer de manera cuadrática ($p = .016$), de modo que los participantes con estrés agudo moderado informaron menos pensamientos intrusivos en comparación con aquellos con estrés agudo bajo o alto. De manera similar, surgió una relación cuadrática entre la exposición al estrés agudo y el efecto positivo ($p = .009$), de manera que las personas con estrés agudo moderado informaron los niveles más altos de efecto positivo. En contraste, el estrés agudo y crónico se relacionó con el efecto negativo de manera positiva y lineal ($ps < .05$). En conclusión, la exposición moderada al estrés se asoció con indicadores de resiliencia psicológica entre los sobrevivientes de cáncer de mama, apoyando la exposición al estrés como un factor clave que influye en el ajuste al cáncer de mama y proporcionando evidencia de la resiliencia inducida por el estrés en una nueva población.

Para el año 2018, Gálvez-Hernández et al., (2018), plantean que, las mujeres menores de 40 años con cáncer de mama (CaMa) presentan características bio-psico-sociales únicas que ameritan ser atendidas y estudiadas, por lo que decidieron evaluar a) la percepción de necesidades de

apoyo en la atención (NAT) insatisfechas y nivel de resiliencia, b) la diferencia de NAT entre pacientes en tratamiento y sobrevivientes y c) la relación entre NAT y resiliencia, y su asociación con variables clínicas y sociodemográficas, respectivamente. Estudiaron transversalmente a 150 mujeres jóvenes con CaMa en tratamiento y sobrevivientes, con una encuesta de NAT y una de resiliencia mexicanas. Hallando que, las condiciones externas (infraestructura, servicios de salud proporcionados y apoyo en seguridad social), habilidades propias (auto-confianza, estructura y organización) y/o recursos de apoyo externo (social y familiar) pudieron contribuir a que las pacientes percibieran pocas NAT insatisfechas. Los resultados resaltan la relevancia clínica de implementar intervenciones basadas en resiliencia.

Entre tanto, Liu, et al., (2018), examinaron las relaciones entre la capacidad de resiliencia de la familia y el crecimiento postraumático (PTG) de los sobrevivientes de cáncer de mama y la carga de los cuidadores entre los principales cuidadores en China. Las participantes en este estudio transversal incluyeron 108 mujeres de 26 a 74 años ($M = 49$, $SD = 9$) con cáncer de mama en etapa temprana y 108 cuidadores principales. Los participantes fueron reclutados de un centro de cáncer integral de un hospital público en la provincia de Shandong, China. Los cuidadores principales completaron la versión china reducida de la Escala de evaluación de resiliencia familiar y la versión china de la entrevista de la carga de cuidador de Zarit; los pacientes completaron el Formulario breve del Inventario de crecimiento postraumático y las preguntas diseñadas para obtener información sociodemográfica. Se realizó un análisis de regresión jerárquica para evaluar la asociación ajustada entre la capacidad de recuperación de la familia y el PTG y la carga del cuidador, mientras se controlaba la sociodemográfica.

En los resultados obtenidos, las familias mostraron un nivel ligeramente elevado de resiliencia familiar desde la experiencia del cáncer, y los pacientes mostraron un grado moderado

de PTG. Los cuidadores principales reportaron una carga moderada. Concluyen que, la resiliencia familiar afecta el PTG de los sobrevivientes de cáncer de mama y la carga del cuidador. Ponen de manifiesto con sus hallazgos la necesidad de intervenciones para facilitar la resiliencia familiar, promover el PTG entre las sobrevivientes de cáncer de mama y disminuir la carga de los cuidadores de los miembros de la familia.

En esta misma dinámica, Lillie, Venetis, & Chernichky-Karcher (2018), recalcan que, el diagnóstico de cáncer de mama es un factor estresante importante que afecta el ajuste psicológico y el bienestar tanto de los sobrevivientes como de sus parejas. Los patrones de comunicación y las estrategias utilizadas por los sobrevivientes y parejas son los determinantes clave de cómo algunas parejas se adaptan al diagnóstico de cáncer. Por eso, a través de la teoría comunicativa de la resiliencia (CTR) examinaron los procesos comunicativos diádicos que las parejas promulgan y que contribuyen a su resiliencia. Los investigadores realizaron entrevistas semiestructuradas con 27 sobrevivientes de cáncer de mama en relación con la comunicación con sus parejas. Todas las entrevistas fueron transcritas y codificadas de forma independiente mediante análisis temático.

Los hallazgos respaldan y extienden la presencia de los cinco procesos comunicativos de resiliencia descritos por Buzzanell, que demuestran cómo estos procesos interactúan entre sí. Los resultados también sugieren que la comunicación de las parejas promueve la resiliencia e interfiere con la capacidad de recuperación.

Por su parte, Alizadeh, et al., (2018), investigaron las asociaciones entre la resiliencia, la autocompasión, el apoyo social y el sentido de pertenencia en mujeres iraníes con cáncer de mama. Su estudio tuvo un diseño transversal descriptivo-analítico. Los datos de 150 pacientes con cáncer de mama se obtuvieron mediante un muestreo de conveniencia utilizando el cuestionario de características demográficas, la escala de resiliencia de Connor-Davidson, la escala de

autocompasión y la escala multidimensional de Apoyo social percibido en Urmia, Irán en 2016. La mayoría de los pacientes tenían entre 41 y 49 años, y la mayoría de ellos estaban casados. La autocompasión, el apoyo social y el sentido de pertenencia ($r =$ todos se correlacionaron significativamente con la resiliencia).

Se identificó una correlación positiva significativa entre la autocompasión, el apoyo social, el sentido de pertenencia y la resiliencia ($P < 0.01$). Los resultados de este estudio aclararon que la autocompasión, el apoyo social y el sentido de pertenencia son efectivos en la resiliencia de las mujeres iraníes con cáncer de mama. Por lo que se recomienda diseñar algunos programas de intervención para aumentar el aspecto de la resiliencia en estos pacientes.

En cuanto a, Tadayon, et al., (2018), teniendo en cuenta el hecho de que la depresión en pacientes con cáncer de mama aumenta la gravedad y las complicaciones de los tratamientos médicos como la quimioterapia (incluida la fatiga, las náuseas y los problemas cognitivos), la identificación de sus factores relacionados puede ser uno de los pasos importantes para reducir las complicaciones de esta enfermedad, por lo cual decidieron determinar la relación entre la resiliencia psicológica y la resistencia a la depresión en mujeres con cáncer de mama. Su estudio fue analítico descriptivo, cuya población incluyó a todas las mujeres con cáncer de mama con quimioterapia derivada del Centro de Oncología del Hospital Imam Hassan Mojtaba en la ciudad de Dezful desde julio de 2015 hasta diciembre de 2016 con una muestra de $n=114$ participantes. Los instrumentos de recolección de datos incluyeron el formulario de información demográfica, la Escala de Resiliencia Psicológica de Ahvaz, la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y el Inventario de Depresión de Beck.

Los hallazgos mostraron que el 61,4% de los encuestados tenía síntomas depresivos. Los síntomas de depresión leve, moderada y grave prevalecieron entre el 37,7%, el 20,2% y el 3,5% de

los participantes, respectivamente. Además, existe una relación significativa entre la capacidad de recuperación y la resiliencia con la depresión en mujeres con cáncer de mama ($P < 0.05$). Concluyen que, la tasa de depresión en mujeres con cáncer de mama disminuye si se ha incrementado la resiliencia psicológica y resiliencia frente a la enfermedad. Esto significa que hay una necesidad manifiesta de impartir cursos de capacitación y servicios de asesoramiento para mujeres con cáncer de mama para mejorar su estado de salud mental.

Todavía cabe señalar que, Bazzi, et al., (2018), exhiben que la resiliencia podría ayudar a proteger el bienestar psicosocial de las mujeres de minorías sexuales (SMW, por sus siglas en inglés) que experimentan factores estresantes tanto del cáncer de mama como del estado de minoría sexual; sin embargo, poca investigación ha evaluado la resiliencia entre las sobrevivientes de cáncer de mama de diferentes orientaciones sexuales. Considerando este panorama, se encuestó a una muestra nacional de sobrevivientes de cáncer de mama que coinciden con su orientación sexual, edad y estado de cáncer.

Entre los sobrevivientes de cáncer de mama heterosexual ($n=339$) y minoría sexual ($n=201$) ($n=540$ en general), los análisis de regresión multivariable revelaron que había más apoyo social (coeficiente: 0,87; intervalo de confianza del 95% [IC]: 0,56). 1.19), el espíritu de lucha combinado con impotencia / desesperanza (coeficiente: 0.30; IC 95%: 0.13-0.47) y fatalismo (coeficiente: 0.40; IC 95%: 0.14-0.65) se asociaron con una mayor capacidad de recuperación. El asesoramiento sobre salud mental antes del diagnóstico de cáncer de mama y la preocupación ansiosa después del diagnóstico de cáncer se asociaron con una menor capacidad de recuperación (coeficiente: -2.50; IC 95%: -3.83 a -1.18; y -0.46; IC 95%: -0.60 a -0.32). Aunque la orientación sexual no se asoció de forma independiente con la resiliencia, entre las SMW, las personas desempleadas tuvieron una resiliencia reducida en comparación con las empleadas (coeficiente: -3.52; IC 95%: -5.75 a -1.28),

mientras que no hubo asociación entre el empleo y resiliencia entre las mujeres heterosexuales. Estos hallazgos sugieren que el apoyo social y otros factores asociados con la resiliencia podrían aprovecharse mediante intervenciones para mejorar la salud y el bienestar de diversos sobrevivientes de cáncer.

Continuando, Izydorczyk, et al., (2018), ratifican que las estadísticas europeas confirman un aumento del cáncer de mama entre las mujeres contemporáneas. Quienes sufren de cáncer y se someten a una cirugía (mastectomía) se consideran, sin duda, en situaciones difíciles. El rango de las numerosas emociones, pensamientos y comportamientos negativos y/o positivos depende de muchos factores psicológicos, como la resiliencia psicológica. Debido a esto, determinaron los factores que protegen la imagen corporal y la resiliencia en mujeres que padecen cáncer de mama después de una mastectomía. El grupo de investigación consistió en 120 mujeres después de un corto período de tiempo (hasta 2 años) o una duración larga (más de 2 años) después de su mastectomía.

Los resultados de los grupos de investigación muestran que la resiliencia psicológica es un factor de protección importante para la imagen corporal que evita el desarrollo excesivo de la autoestima negativa en las mujeres postmastectomía. Las pacientes femeninas deben recibir ayuda en el corto tiempo inmediatamente después del procedimiento y después, cuando son menos capaces de tolerar las emociones negativas. Con el fin de mejorar significativamente la resiliencia y la imagen corporal general entorno a las distorsiones emocionales y cognitivas en mujeres postmastectomía que experimentaron cáncer de mama, recomiendan que las intervenciones psicológicas (desde la psicoeducación a la asistencia psicológica y la psicoterapia especializada) se realicen sistemáticamente a lo largo del tratamiento.

De igual modo, Zhang, et al., (2018), investigaron los factores de resiliencia que ayudaron a los pacientes chinos con cáncer de mama a adaptarse al trauma en el contexto cultural tradicional chino. Se realizaron entrevistas en profundidad guiadas por la lista de verificación a 15 pacientes chinos con cáncer de mama reclutados en dos hospitales afiliados. Todos se habían adaptado a la enfermedad con éxito. Todas las entrevistas fueron realizadas por guías organizadas por listas de verificación basadas en la teoría del ecosistema social. Fueron grabados digitalmente y transcritos textualmente. El análisis de los datos se realizó utilizando un enfoque de análisis de contenido publicado.

Dentro de sus hallazgos, los temas principales que se consideraron relevantes incluían la esperanza de rehabilitación, resiliencia, confianza en la situación, actitud optimista hacia la enfermedad, gratitud a los pares y dominio de la vida. Cada nivel de estos recursos individuales interactuaba entre sí, lo cual era consistente con el microsistema de la teoría del ecosistema social. Este estudio mostró que los recursos individuales desempeñan un papel importante en ayudar a los pacientes chinos con cáncer de mama a lidiar con la enfermedad. Existe una clara necesidad de desarrollar un sistema de evaluación integral para ayudar a las enfermeras clínicas a evaluar los recursos individuales de los pacientes y promover una mejor adaptación al cáncer de mama.

Luego, Fradelos, et al., (2018), examinaron la relación entre religiosidad, salud mental y resiliencia psicológica en pacientes con cáncer de mama por medio de un estudio transversal en un departamento de oncología de un hospital en el norte de Grecia durante febrero y marzo de 2017. La muestra consistió en 152 pacientes con cáncer de mama. Los datos se recopilaron utilizando el cuestionario de salud de los pacientes en escala de dos ítems, trastorno de ansiedad generalizada, escala de dos ítems, escala de resiliencia de Connor-Davidson 25 y escala de centralidad de la religiosidad. Además, se incluyeron las características de los pacientes, específicamente

información demográfica, social y clínica. Según sus resultados, aproximadamente 1 de cada 3 pacientes tenía depresión y ansiedad. Además, la muestra tenía una resiliencia moderada y era moderadamente religiosa.

Los pacientes que fueron clasificados como pacientes con cáncer en etapa terminal y aquellos que se sometieron a una mastectomía resultaron ser más religiosos. La religiosidad se correlacionó positivamente con la resiliencia, mientras que no se encontró correlación con la depresión, la ansiedad y la carga de los síntomas. Según los resultados de la regresión, las creencias religiosas parecen ser un factor predictivo para la resiliencia y la resiliencia es un factor predictivo para la depresión.

Los hallazgos muestran que no hubo asociación entre la religiosidad y la salud mental, mientras que se destacó una fuerte relación entre las creencias religiosas y la resiliencia psicológica. Este estudio debe constituir un punto de partida para evaluaciones adicionales con respecto al hecho de que la religiosidad puede proporcionar apoyo social que facilite la adaptación psicológica a la enfermedad y ayude a los pacientes con cáncer a enfrentar su enfermedad, que debe ser reconocida por profesionales de la salud.

Enseguida, Lee & Kim (2018), decidieron probar el efecto mediador del apoyo social y la capacidad de resiliencia en la relación entre la angustia por síntomas y el manejo en jóvenes sobrevivientes de cáncer de mama en Corea con una muestra intencional de 209 jóvenes sobrevivientes de cáncer de mama (edad media 39,9) para una encuesta transversal, y los datos se recopilaron entre junio y octubre de 2015. Los instrumentos utilizados en este estudio fueron la Escala de Evaluación de Síntomas del Memorial Formulario corto, la Escala multidimensional del apoyo social percibido, la Escala de resiliencia de Connor-Davidson de 10 ítems y el Cuestionario de afrontamiento del cáncer. Sobre la base de los resultados de este estudio, se puede sugerir que

para mejorar la capacidad de las sobrevivientes de cáncer de mama jóvenes para hacer frente a la angustia que comúnmente sienten, se deben desarrollar métodos de intervención que fortalezcan la resiliencia y brinden apoyo social.

Al mismo tiempo, Li, et al., (2018), recalcan que, los cuidadores de sobrevivientes de cáncer de mama experimentan varios tipos de carga, que a su vez está relacionada con el estado físico y psicológico de los pacientes. Sin embargo, la resiliencia familiar podría reducir la carga del cuidador y facilitar la resiliencia individual de los sobrevivientes, y la resiliencia individual podría estar relacionada con la carga del cuidador. Por eso, determinaron las relaciones entre la resiliencia familiar, la resiliencia de los sobrevivientes de cáncer de mama y la carga de los cuidadores principales, así como si la capacidad de recuperación individual de los sobrevivientes de cáncer de mama desempeña un papel mediador en la relación entre la resiliencia de la familia y la carga de los cuidadores. La muestra comprendía 108 díadas de sobrevivientes de cáncer de mama en etapa temprana y sus cuidadores principales perteneciente al centro integral de cáncer de un hospital público en la provincia de Shandong, China.

Los cuidadores principales completaron la Versión china reducida de la Escala de evaluación de resiliencia familiar y la Versión china de la Entrevista Burden Caregiver Burden, mientras que los sobrevivientes de cáncer de mama completaron la versión china de 10 ítems de la Escala de resiliencia Connor-Davidson y proporcionaron su información sociodemográfica. El efecto mediador de la resiliencia individual se estimó utilizando el método bootstrap a través de IBM SPSS Amos 21.0.

Los hallazgos sugieren que tanto la resiliencia familiar como la resiliencia individual de los sobrevivientes de cáncer de mama pueden aliviar la carga de los cuidadores entre los principales cuidadores de sobrevivientes de cáncer de mama, y la resiliencia familiar tiende a promover la

resiliencia individual de los sobrevivientes. Por lo tanto, la resiliencia familiar y la resiliencia individual de los sobrevivientes deben mejorarse para que los sobrevivientes de cáncer de mama y su familia alivien la carga de los cuidadores principales.

Más recientemente, Padilla-Ruiz, et al., (2019), describieron los factores clínicos y sociodemográficos que se correlacionan con una mayor resiliencia en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, en el Área de Salud de la Costa del Sol (España). En consecuencia, se realizó un estudio transversal descriptivo, con respecto a 59 sobrevivientes de cáncer de mama, que completaron un cuestionario para el análisis de acuerdo con la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). Los resultados obtenidos en este estudio llevan a la conclusión de que los factores sociodemográficos y clínicos tienen un impacto positivo en el nivel de resiliencia entre las mujeres residentes en el área de salud de la Costa del Sol y que son sobrevivientes a largo plazo de cáncer de mama.

De cualquier modo, Simancas, F et al (2021) en un estudio con 116 mujeres con cáncer de mama buscaron determinar la relación entre la adaptación a la enfermedad, resiliencia y optimismo disposicional en 116 mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, los hallazgos indicaron la presencia de adaptación en las participantes y características resilientes y optimistas, pero no se evidenció una relación significativa entre estas variables y la adaptación a la enfermedad.

Por otro lado, Üşenmez, et al., (2022) afirman que la espiritualidad tiene un efecto en la resiliencia psicológica en mujeres con cáncer de mama que han recibido quimioterapia, este estudio se realizó con 85 mujeres que se encontraba en este tratamiento, para la medición de la espiritualidad y la resiliencia psicológica, se completaron la Escala de Espiritualidad (SS) y la Escala Breve de Resiliencia (BRS), respectivamente. Se determinó que había una correlación débil positiva entre la puntuación total media de SS y la puntuación total media de BRS. Además, entre

las mujeres con cáncer de mama que recibieron quimioterapia, la espiritualidad representó el 22 % de la variación en la resiliencia psicológica y también se puede decir que el nivel de espiritualidad de las mujeres puede afectar positivamente su resiliencia psicológica.

Investigaciones Relacionadas con Calidad de vida, Resiliencia y Cáncer de Mama

Ocampo et al., (2011) investigaron el grado de relación y la capacidad predictiva que tienen las variables psicológicas con la calidad de vida en 50 mujeres con cáncer de mama seleccionadas mediante un muestreo probabilístico de tipo intencional, para tener los datos de las variables psicológicas se aplicaron diversos instrumentos como el de calidad de vida y salud (IncaVisa), un inventario de estilos de afrontamiento, la escala de resiliencia SV-RES y la escala multidimensional de medida de religiosidad y espiritualidad, encontrando que existe una relación positiva entre la resiliencia y la calidad de vida, afirmando que las mujeres con características resiliente evidencian una buena calidad de vida.

Años más tarde, Ristevska-Dimitrovska, et., (2015), exploraron la relación entre la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. La calidad de vida se midió en 218 pacientes con cáncer de mama, con el cuestionario EORTC - QLQ Core 30 y EORTC QLQ-BR23, y la resiliencia con la Escala de resiliencia de Connor-Davidson. Socializando en sus resultados que los pacientes con cáncer de mama con menor capacidad de recuperación informaron una imagen corporal y una perspectiva futura, pero, también, sufrieron efectos adversos más graves de la terapia sistémica y síntomas producto de la enfermedad. Concluyen que la resiliencia psicológica afecta de manera positiva diferentes aspectos de la calidad relacionada con la salud. Es decir, los pacientes más resilientes tienen una calidad de vida significativamente mejor en casi todos los aspectos que la conforman.

Del mismo modo, J. Jesus, M et al; (2015) realizaron un estudio transversal descriptivo enfocado en evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama con tratamiento quirúrgico incluyendo mastectomía o cirugía conservadora en vigilancia por consulta externa. Para la evaluación, se utilizó un cuestionario del grupo EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23, lo cual les permitió concluir que las pacientes con cáncer de mama de la institución presentaban una menor calidad de vida con respecto a lo descrito en la literatura mundial, lo que requiere de la implementación de programas enfocados en la valoración de estos aspectos durante el abordaje y seguimiento de las pacientes, y no sólo en el tratamiento oncológico.

Posteriormente, Zhang, et al., (2017), exponen que, el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama pueden provocar una serie de cambios emocionales negativos en los pacientes, lo que afecta aún más su calidad de vida. Ha sido demostrado que los pacientes con mayor resiliencia tienen mejor calidad de vida. Los sistemas de apoyo social son factores protectores importantes que son necesarios para que ocurra el proceso de resiliencia. Por lo tanto, su estudio tuvo como objetivo investigar el papel del apoyo social en la relación entre la resiliencia y la calidad de vida entre los pacientes chinos con cáncer de mama. Fue utilizada una encuesta demográfica de la enfermedad, la versión china de la Escala 25 de Resiliencia de Connor-Davidson, la Encuesta de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos y la Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer de Mama versión 3 en una muestra de n=98 pacientes con cáncer de mama pertenecientes al Hospital de enseñanza en Chongqing, China. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, prueba t de muestra independiente, ANOVA de una vía y análisis de regresión.

Encontraron que, el apoyo social es esencial para el desarrollo de la resiliencia y la mejora de la calidad de vida en pacientes chinas con cáncer de mama. Por ende, los profesionales de la

salud deben proporcionar pautas adecuadas para ayudar a las pacientes a buscar apoyo efectivo y mejorar su capacidad de recuperación para mejorar su calidad de vida después del cáncer de mama.

Seguidamente, Aguirre-Loaiza, H., et al., (2017[3]) analizaron la calidad de vida y posibles diferencias según el estadio de cáncer, y se relacionaron las medidas del SF-36 y el FACT-B mediante un estudio relacional, no experimental en una muestra no probabilística de 39 mujeres (M = 56.2, DE = 13.4) diagnosticadas con cáncer de mama, exponiendo que los resultados describen que en estadios avanzados, los puntajes de calidad de vida eran bajos en comparación a los iniciales; sin embargo, las diferencias no alcanzan la significancia estadística. Los instrumentos se relacionaron positivamente entre sí y se concluye que la calidad de vida no difiere según los estadios oncológicos y que ambos instrumentos se correlacionaron positiva y significativamente. Estos resultados alientan a nuevos trabajos en esta línea.

Asimismo, Fanakidou, I et al. (2017), decidieron explorar la relación entre la salud mental (depresión, ansiedad y estrés), la soledad y la percepción de la enfermedad con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes jóvenes con cáncer de mama, un año después de la mastectomía, e investigar el papel de la reconstrucción mamaria.

La necesidad de estudiar la CdV entre este grupo de pacientes radica en el hecho de que las mamas están asociadas a la sexualidad y a la naturaleza femenina en general, por lo que esta enfermedad afecta a la identidad y a la imagen corporal de las mujeres. La depresión es uno de los factores que amenazan la calidad de vida de las pacientes con EB, ya que deteriora los síntomas somáticos que experimentan las pacientes, pero también disminuye el funcionamiento general y la adherencia a la terapia recomendada.

Por consiguiente, la muestra la conformaron 81 mujeres que padecían CB y se sometieron a mastectomía con o sin BR, a las cuales se les fue aplicado el Missoula-VITAS-15, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21, la UCLA Loneliness Scale, el Brief Illness Perception Questionnaire y un cuestionario con información demográfica y médica, encontrando que la mala CVRS total era más común entre las mujeres sin reconstrucción mamaria. Esto coincide con las hipótesis de otro estudio similar que sugería que las mujeres con mastectomía sin RB y las que se sometieron a tumorectomía tenían un bienestar inferior en comparación con las que se sometieron a BR.

Del mismo modo, Carolyn Fincka, et al., (2017) realizaron un estudio con el objetivo de explorar la asociación entre calidad de vida, optimismo disposicional y apoyo social en mujeres colombianas con cáncer de mama, en donde utilizaron una muestra de 95 pacientes con dicha enfermedad en un hospital de Bogotá y a las cuales les fue aplicado el instrumento de medición de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y el test de orientación ante la vida (LOT-R). Adicionalmente, se preguntó acerca de su apoyo social usando varias preguntas, encontrando que en la mayoría de las escalas de funcionamiento del EORTC QLQ-C30 y de las escalas de síntomas, las pacientes con cáncer mostraron detrimentos en su QoL, mientras en la evaluación general de calidad de vida y salud las medias de las pacientes no fueron más bajas que las de los controles. Los resultados sugieren que el optimismo ayuda a las pacientes a afrontar mejor la enfermedad. Una evaluación general de la QoL no parece poder sustituir la evaluación más específica de los síntomas y dominios de funcionamiento.

En el mismo orden de ideas, Pato, Mozhgana (2017) examinaron la relación entre el ajuste mental al cáncer y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre algunas mujeres con cáncer de mama, tomando como población a 100 pacientes seleccionadas no aleatoriamente de

hospitales y clínicas de oncología en las ciudades de Kermanshah y Shiraz, Irán. Para la recolección de datos se utilizó la evaluación funcional del tratamiento del cáncer de mama (FACT-B) para medir la CVRS y el cuestionario mini-mental de ajuste al cáncer (Mini-MAC).

Dentro de sus hallazgos, es pertinente mencionar que, los estilos de afrontamiento indefensión/desesperanza y espíritu de lucha son los mejores predictores de la CVRS en pacientes con cáncer de mama, por lo que se recomienda la evaluación de los estilos de afrontamiento e intervenciones de emergencia con el fin de potenciar el afrontamiento de la enfermedad en pacientes oncológicos, disminuir la sensación de impotencia/desesperanza y ansiedad, que a su vez se acompañan de un aumento de la CVRS.

Luego, Axelsson, et al, (2018) en su estudio, se enfocaron en definir la asociación entre la resiliencia psicológica y las firmas biomoleculares en pacientes con cáncer, y relacionar dicha resiliencia con el pronóstico y la calidad de vida, ya que esto podría revelar potencialmente una nueva vía de intervenciones terapéuticas, tanto médicas como psicosociales, desde la perspectiva de que "sólo se puede tratar lo que se puede medir".

La población estuvo conformada por pacientes con cáncer de mama de reciente diagnóstico inscritas en el Sweden Cancerome Analysis Network - Breast (SCAN-B) en cuatro hospitales de Suecia. Se utilizó un método estandarizado para medir la resiliencia psicológica, la "escala de resiliencia de Connor-Davidson" (CD-RISC), Encuesta breve de salud (SF-36) (36 ítems) y un Formulario de investigación clínica (CRF). Además, se tomó una muestra de sangre. Al año de seguimiento, el paciente fue sometido a las mismas evaluaciones, y también se recogió información sobre tabaquismo, hábitos de ejercicio e IMC, así como sobre la confianza de los pacientes en el tratamiento y su satisfacción con la atención y el tratamiento.

Dentro sus hallazgos, proponen que, desde una perspectiva clínica, lo más importante es identificar a las personas con menor capacidad para gestionar los factores estresantes del cáncer y los regímenes de tratamiento subsiguientes y que por lo tanto, corren un mayor riesgo de tener un mal pronóstico y una menor calidad de vida. Concluyen, con el planteamiento enfocado en que el armamento de terapias contra el cáncer, incluyendo quimioterapia, radiación, cirugía, productos farmacéuticos biológicos, etc., en el futuro podría complementarse con un enfoque novedoso para aumentar la supervivencia de los pacientes de cáncer mediante la resiliencia psicológica. Evidentemente, esto podría repercutir en la atención al paciente y en su calidad de vida.

Continuando, Michele Stefano Roberto Belmont (2018[6]) realizó una investigación con el objetivo de determinar el grado en que los factores de resiliencia predicen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en 60 pacientes adultos que reciben quimioterapia en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, empleando un método de muestreo por conveniencia, utilizando la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y obteniendo por resultado que se evidencia que la resiliencia tiene un rol predictivo estadísticamente significativo sobre cuatro de las ocho dimensiones de la CVRS. Los pacientes evaluados alcanzaron valores superiores al promedio en todas las dimensiones del cuestionario de CVRS, excepto en la dimensión de Rol Físico. Lo que podría sugerir que el tratamiento no implica necesariamente un deterioro grave de la CVRS, aunque los pacientes tengan que reducir el tiempo dedicado a sus labores o actividades cotidianas.

Por otro lado, Li, et al., (2019), en su estudio examinaron las relaciones directas e indirectas entre la resiliencia familiar, el crecimiento postraumático (PTG) de los sobrevivientes de cáncer de mama, la calidad de vida (QOL) y la carga de los cuidadores de sus cuidadores principales. Un total de 108 parejas de sobrevivientes de cáncer de mama y los cuidadores principales completaron

una encuesta de cuestionario transversal en un hospital público para el tratamiento de cáncer integral en la provincia de Shandong, China.

Los resultados del modelo de ecuación estructural (SEM) mostraron que la resiliencia familiar tuvo efectos directos e indirectos en la calidad de vida y la carga del cuidador, y se relacionó positivamente con el PTG de los sobrevivientes. El PTG de los sobrevivientes se relacionó positivamente con su QOL y su QOL se asoció negativamente con la carga del cuidador. Por lo tanto, una mejor comprensión de cómo la resiliencia familiar contribuye al PTG y la calidad de vida de los sobrevivientes y la carga de los cuidadores podría ayudar a los profesionales a adaptar las intervenciones para mejorar las intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar de los sobrevivientes y los cuidadores.

En el caso de, Harms, et al., (2019), buscaron examinar la asociación entre las puntuaciones en la Escala de factores de protección para la resiliencia (PFRS, por sus siglas en inglés) (como una medida de los recursos psicosociales de la persona para la resiliencia) y la calidad de vida, así como los síntomas de sufrimiento psicológico para los sobrevivientes adultos de cáncer con una muestra de n=295 sobrevivientes de cáncer (59% mujeres) quienes proporcionaron información demográfica básica y completaron el PFRS, así como medidas de calidad de vida y trastornos psicológicos previamente validados con sobrevivientes de cáncer. La mayoría de los sobrevivientes fueron diagnosticados con cáncer de mama o de próstata. El análisis de los datos confirmó la estructura factorial del PFRS para los sobrevivientes de cáncer.

Al controlar el Índice de Masa Corporal y la edad, los recursos psicosociales fueron un factor predictivo único y positivo para todas las medidas de calidad de vida, además de ser un factor predictivo único y negativo para las medidas de estrés psicológico (depresión, ansiedad y somatización). Hubo un alto grado de coherencia con respecto a estos hallazgos para los

sobrevivientes masculinos y femeninos. Consideran entonces que el PFRS es una medida breve y válida de los recursos psicosociales para la resiliencia en adultos sobrevivientes de cáncer, y las puntuaciones en el PFRS demostraron ser un buen predictor de la calidad de vida y la angustia psicológica de estos sobrevivientes de cáncer. Utilizar el PFRS para evaluar los recursos psicosociales para la resiliencia sería útil cuando se desarrollen intervenciones para mejorar la salud psicológica de los adultos a medida que se adaptan a un diagnóstico de cáncer.

Con respecto a, Huang, et al., (2019), reclutaron a 220 mujeres postoperatorias con cáncer de mama para estudiar la resiliencia psicológica de ellas y los factores que influyen en esta, los datos demográficos generales y el estado del ejercicio físico se recopilaron mediante un cuestionario, los datos de las características clínicas se obtuvieron de las historias clínicas. Las medidas comprenden la versión china de la Escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC), la Escala general de autoeficacia (GSES), el Índice de fortaleza de la familia (FHI) y la Escala de tasa de apoyo social (SSRS). Lograron identificar que la resiliencia psicológica de las mujeres después de la cirugía de cáncer de mama es relativamente baja. Empero, el ejercicio físico moderado, la autoeficacia, la fortaleza familiar y el apoyo social afectan positivamente las relaciones públicas, promoviendo la rehabilitación de enfermedades y mejorando la calidad de vida.

En lo concerniente a Rojas, M et al; (2019) llevaron a cabo un estudio observacional y transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de 80 mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. Dentro de los instrumentos utilizados para la obtención de resultados optaron por los cuestionarios QLQ-C30 para cáncer y QLQ-BR23 para cáncer de mama, así como información sociodemográfica y clínica, lo cual les permitió determinar que en las mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia, la calidad de vida se vio afectada

principalmente por los efectos secundarios del tratamiento, en tanto que los signos y los síntomas más relevantes fueron la pérdida del cabello, el insomnio y la fatiga, además de los síntomas mamarios, la menor funcionalidad física y la menor sensación de placer sexual. Se recomienda la implementación de estrategias de intervención destinadas a mejorar la calidad de vida, y el cuidado físico y emocional de las pacientes.

Para Br. Bryan Jonathan Pineda Zeledón. (2019), resultó interesante determinar la relación que existe entre la resiliencia y calidad de vida en 30 pacientes con cáncer de mama que asistieron al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en Nicaragua en el periodo de marzo a noviembre del 2019 para tratamiento ambulatorio de quimioterapia a través de un estudio descriptivo de corte transversal en donde los instrumentos utilizados fueron la Ficha de información sociodemográfica, la escala de resiliencia Connor-Davidson CD-RISC y el Test de Calidad de vida QLQ-C30. Dentro de sus hallazgos, se identificó un alto nivel de resiliencia en el 80% de las pacientes y el factor de resiliencia más presente fue el de control y propósito (73.3%). Se estableció que 18 de las pacientes (60%) presentaron buena calidad de vida y predominó a su vez el área de estado de salud y calidad de vida con un 73.3%, concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la calidad de vida de las pacientes durante el proceso de enfermedad y su tratamiento.

Más tarde, Mohlin, Å et al., (2020), investigaron la resiliencia psicológica y la CVRS en mujeres suecas con cáncer de mama recién diagnosticado en relación con las características demográficas y clinicopatológicas.

Se realizó un estudio transversal con 517 mujeres con cáncer de mama en la Región Sanitaria del Sur de Suecia, quienes se inscribieron en el momento de la consulta para el diagnóstico. La resiliencia psicológica se evaluó con Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-

RISC25), y la CVRS se evaluó con Short Form Health Survey. Además, respondieron a preguntas demográficas. Los datos clínico-patológicos se recogieron del Swedish National Quality sueco para el cáncer de mama.

Los análisis demostraron que la resiliencia psicológica estaba significativamente asociada con todos los dominios de la CVRS tras ajustar por factores demográficos y clinicopatológicos. Asimismo, a mayores niveles de resiliencia psicológica mayores niveles de CVRS. La evaluación de la resiliencia psicológica en el momento del diagnóstico de cáncer de mama podría permitir la identificación precoz de mujeres que necesitan un apoyo psicosocial más intenso.

En cambio , Hernández, M et al (2020) mediante un estudio transversal analizaron la relación que tiene el afrontamiento, el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida en 150 mujeres mexicanas con cáncer de mama entre los 25 y 60 años, a quienes se les aplicó la Escala de ajuste mental al cáncer, la Escala de resiliencia, el Cuestionario MOS de apoyo social percibido y la European Organization for Research and Treatment of Cancer, deduciendo que existen relaciones de las estrategias de afrontamiento (desesperanza y evitación cognitiva), apoyo social (tangibles, emocional y social) y resiliencia (factores externos) con la calidad de vida, donde el uso de recursos brindados por los miembros de su entorno facilitan la superación del riesgo a pesar de la condición de enfermedad, sugiriendo así, analizar el efecto de estas variables sobre la calidad de vida en diferentes etapas y tipos de tratamientos del CM.

En cambio, Velasco, Lilián, et al., (2020) a través de un estudio transversal, correlacional y no probabilístico exploraron qué variables psicológicas están relacionadas con la percepción de las pacientes con cáncer de mama sobre su calidad de vida en 113 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama estadio 1-3 en México y España, a las cuales, para la recolección de datos se les aplicó un autoinforme a través de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer, la Escala de Afecto

Positivo y Negativo, y el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, obteniendo como resultado que el afecto positivo y el espíritu de lucha pueden ser buenas cualidades para que las pacientes con cáncer de mama las empleen, con el objetivo de mejorar la CdV percibida. Comprender el cáncer utilizando el marco de la psicología positiva podría promover la adherencia a los controles de rutina, prevenir posibles recaídas y mejorar los comportamientos de autocuidado, lo que permitiría a los pacientes adaptarse más fácilmente a su entorno familiar y social.

Por otra parte, Hernández S, et al., (2021) realizaron un estudio transversal que incluyó a 150 mujeres en edades comprendidas entre 25 y 60 años con cáncer de mama, que tuvo como objetivo analizar la relación entre el afrontamiento, el apoyo social y la resiliencia con la calidad de vida en estas mujeres. Las mujeres fueron evaluadas con la escala de ajuste mental (MAC-M), la escala de resiliencia, la encuesta de apoyo social percibido del estado de resultados médicos y la organización europea para la investigación y el tratamiento de cáncer. Los autores describieron las asociaciones entre las estrategias de afrontamiento de desesperanza y evitación cognitiva, el apoyo social y la resiliencia y la calidad de vida, afirmando que los recursos que aportan las personas del entero no ayudan a superar el riesgo de vulnerabilidad, a pesar de la enfermedad.

Cuando se habla de los recursos psicológicos como factor importante en la resiliencia, Karademas, et al., (2022) realizaron un estudio que examinó el papel de la autoeficacia para hacer frente al cáncer de mama como mediador y/o moderador en la relación del rasgo de resiliencia con la calidad de vida y los síntomas psicológicos con población conformada por 484 mujeres de cuatro países, la resiliencia del rasgo y la autoeficacia de afrontamiento se evaluaron al inicio (poco después del comienzo del tratamiento sistémico) y los resultados (calidad de vida, síntomas psicológicos) 3 meses después.

Se realizaron análisis de regresión jerárquica, mediación, moderación y mediación y moderación condicional (moderada) para examinar las hipótesis del estudio. La autoeficacia de afrontamiento midió el impacto de la resiliencia del rasgo. Además, los niveles más altos de resiliencia en combinación con niveles más altos de autoeficacia para hacer frente se asociaron con mejores resultados. Concluyendo que al parecer la autoeficacia de afrontamiento es un factor clave que debe tenerse en cuenta para los esfuerzos de investigación e intervención en cáncer.

En última instancia, Zamanian, Hadiun , b (2022) realizaron un estudio transversal con el objetivo de explorar el papel mediador/moderador de los recursos de resiliencia general (GRR) en la relación entre el estigma y la CVRS y sus dimensiones en 221 mujeres iraníes con cáncer de mama.

Para la recolección de datos, se utilizó la escala de estigma para enfermedades crónicas, versión de 8 ítems (SSCI-8), SOC-13, encuesta de resultados médicos, escala de apoyo social (MOS-SSS), COPE breve y evaluación funcional de la terapia del cáncer. -Breast (FACT-B), encontrando que, si bien los GRR pueden verse afectados por el estigma, ejercen un efecto protector relativamente pequeño contra el impacto del estigma en la CVRS. Este estudio proporciona algunos hallazgos novedosos, pero se necesitan estudios longitudinales para verificarlos antes de que se pueda sacar una conclusión causal o recomendaciones para la política de salud.

Investigaciones Relacionadas con Intervenciones Psicológicas Dirigidas a Pacientes con Cáncer de Mama

El desarrollo de programas de intervención enfocados en promover resiliencia ha sido un campo de interés, aunque un poco explorado en los últimos años, razón por la que a continuación, se expondrán algunos programas e intervenciones sobre resiliencia y cáncer de mama encontradas en la bibliografía.

Iniciando en el año 2011, Loprinzi, et al., (2011), socializaron que los pacientes con cáncer de mama experimentan estrés y ansiedad relacionados con su diagnóstico, lo que impacta de forma negativa en su calidad de vida. Por lo cual, desarrollaron un ensayo controlado aleatorio que evaluó el efecto del programa SMART (Entrenamiento para el manejo del estrés y la resiliencia) entre 25 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. El programa consistió en dos sesiones de capacitación grupal de 90 minutos, una sesión individual breve y 3 llamadas telefónicas de seguimiento. Las medidas de resultado primarias evaluadas al inicio del estudio y en la semana 12 incluyeron la Escala de resiliencia de Connor Davidson, la Escala de estrés percibido, la Escala de ansiedad de Smith y la Escala de autoevaluación analógica lineal. Veinte pacientes completaron el estudio.

Se observó una mejora estadísticamente significativa en la resiliencia, el estrés percibido, la ansiedad y la calidad de vida en general a las 12 semanas. No se observaron diferencias significativas en ninguna de estas medidas en el grupo de control. En su estudio demostraron que, una breve capacitación en el programa SMART puede mejorar la resiliencia, la calidad de vida y disminuir el estrés y la ansiedad en esta población, siendo muy efectiva.

Por su parte, Cho & Oh (2011), examinaron los efectos de la terapia de la risa en los niveles de depresión, calidad de vida, resiliencia y respuestas inmunes en los sobrevivientes de cáncer de mama. Se usó un grupo de control no equivalente en un estudio cuasiexperimental con diseño

pretest-postest. Los participantes (n=37) incluyeron sobrevivientes de cáncer de mama que terminaron la quimioterapia y la radioterapia: 16 en el grupo experimental y 21 en el grupo control. El grupo experimental participó en la terapia de la risa ocho veces, dos veces por semana durante 60 minutos por sesión. Los cuestionarios se utilizaron para asegurar los niveles de depresión, calidad de vida y resiliencia pretest-postest.

Se utilizó un análisis de sangre para analizar los cambios en las células T totales, el ayudante T, el supresor T, la relación Th/Ts, la proporción de células B totales, las células T/B y las células NK para las respuestas inmunitarias. Los resultados mostraron que la terapia de la risa fue eficaz para aumentar la calidad de vida y la capacidad de recuperación en las sobrevivientes de cáncer de mama. Sin embargo, la depresión y las respuestas inmunes no difirieron significativamente entre los grupos. Concluyeron que, la terapia de la risa puede ser una intervención eficaz desde la enfermería para mejorar la calidad de vida y la capacidad de resiliencia y recuperación de los sobrevivientes de cáncer de mama.

Años más tarde, Cerezo, et al., (2014) afirman que realizar programas de intervención basados en la psicología positiva tiene efectos beneficiosos a la salud psicológica en mujeres con cáncer de mama, influyendo de forma significativa en su autoestima y habilidades relacionadas con la inteligencia emocional, resiliencia y optimismo. Este estudio tuvo el objetivo de evaluar los efectos de una intervención grupal basada en la psicología positiva en 175 mujeres con cáncer de mama en el cual 87 fueron asignadas de forma aleatoria a un grupo experimental que recibió la intervención de 14 sesiones, y 88 en un grupo de lista de espera que no recibieron ningún tipo de intervención.

La intervención estuvo orientada en mejorar las fortalezas psicológicas y los estilos de afrontamiento, evaluándose los resultados de la autoestima, el bienestar y la felicidad antes y

después de la intervención, encontrando una mejora en la autoestima, las habilidades relacionadas con la inteligencia emocional, la resiliencia y el optimismo, así como una afectividad positiva, bienestar y felicidad.

En lo concerniente a, Ye, et al., (2016) examinaron la eficacia de un programa multidisciplinario basado en varios mentores denominado Ser resiliente (BRBC, por sus siglas en inglés), tuvo como objetivo aumentar factores protectores del apoyo social, esperanza para el futuro, disminuir los factores de riesgo emocional como la angustia y aumentar la resiliencia, trascendencia y calidad de vida con mujeres con cáncer de mama después de ser intervenida quirúrgicamente. La población estuvo conformada por 101 y 103 pacientes fueron asignadas al grupo de intervención y al grupo control, y 112 mujeres sin cáncer de mama fueron asignadas al grupo estándar.

Los resultados mostraron una mejora en la salud de forma positiva disminuyendo los factores de riesgo de angustia relacionada con la enfermedad durante el tratamiento del cáncer de alto riesgo. Además, socializaron que la intervención si bien no mejora la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama metastásico, impacta de manera positiva en la resiliencia, la calidad de vida, y la angustia emocional.

Por otro lado, Henry (2017) realizó un estudio el cual tuvo como objetivo evaluar resiliencia y calidad de vida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, quienes participaron en una intervención terapéutica realizada en un retiro de fin de semana en la cual recibieron instrucciones de pesca con mosca participando en actividades estructuradas y no estructuradas de forma terapéutica. Este estudio no tuvo resultados significativos a nivel estadístico en los niveles de resiliencia y calidad de vida, sin embargo, los datos cualitativos reflejaron un alto grado de participación y satisfacción en las participantes.

En el caso de Kim, Y.et al., (2017), realizaron un estudio en donde su objetivo era desarrollar un programa de intervención y evaluar sus efectos sobre el malestar psicológico y la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama sometidas a quimioterapia y con alto riesgo de depresión, en donde su metodología radicó en un ensayo controlado aleatorio previo y posterior, con una muestra de sesenta participantes que fueron asignados de forma equitativa y aleatoria al grupo de intervención o al grupo de control. El programa de intervención psicológica nurseled constaba de siete sesiones semanales de asesoramiento presencial y telefónico. El objetivo fue proporcionar apoyo emocional a los pacientes y permitirles expresar sus sentimientos.

Este ECA demostró que la intervención psicológica dirigida por enfermeras mejoraba el malestar psicológico y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama que recibían quimioterapia y tenían un alto riesgo de depresión. Además de la depresión, el 70% de las participantes en el estudio (el 67% del grupo de intervención y el 73% del grupo de control) informaron de puntuaciones de ansiedad HAD iguales o superiores a 8 al inicio del estudio, lo que indicaba una ansiedad prevalente.

Se descubrió que, al animar a los pacientes a expresar sus pensamientos y sentimientos de los síntomas, puede aliviarse la incertidumbre durante el tratamiento de quimioterapia. Esto, a su vez, podría disminuir su ansiedad y depresión. Asimismo, los pacientes del grupo de intervención informaron de un mejor estado de salud con respecto a los síntomas, así como globalmente. Esto podría deberse a que la expresión emocional mejora la función inmunitaria y el estado de salud general.

La educación sobre el manejo de los síntomas en cada sesión incluía información sobre los efectos secundarios esperados de la quimioterapia y las habilidades necesarias para afrontarlos.

Esto también puede reducir la incertidumbre y la ansiedad y animarlos a ser pro -a ser proactivos y a -autocontrol durante el tratamiento del cáncer de mama (Deci y Ryan, 1987).

En lo que respecta a la espiritualidad, también se ha evidenciado como un factor promotor en conductas resilientes, según afirma el estudio realizado por Karimi, et al., (2018), el cual tuvo por objetivo determinar la eficacia de una terapia de espiritualidad en 30 mujeres diagnosticadas con cáncer de seno, divididos en dos grupos conformados por 15 mujeres en grupo control y 15 en grupo experimental, mediante un diseño cuasiexperimental. La intervención se desarrolló durante 11 sesiones de 60 minutos en el grupo experimental, mientras que el grupo control no recibió ningún tipo de intervención. El instrumento utilizado fue el de resiliencia de Conner and Davidson (2003), el cual fue aplicado antes y después del programa, encontrando un aumento en los niveles de resiliencia en las mujeres con cáncer de seno en comparación con el grupo control.

A su vez, Wu, et al., (2018) sostienen que realizar intervenciones psicoeducativas cara a cara con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama son efectivas para mejorar el conocimiento, la capacidad de recuperación, la calidad de vida y la resiliencia durante y después de la quimioterapia. Así lo demuestra un estudio que realizaron en un ensayo controlado con 40 mujeres seleccionadas de forma aleatoria con cáncer de mama en etapa de tratamiento de quimioterapia.

El programa constaba de dos partes: un manual educativo que abordó la depresión, la ansiedad, el conocimiento de la atención específica de la enfermedad, la autoeficacia y la resiliencia y una autoevaluación de aprendizaje. Los datos fueron obtenidos en cuatro momentos, antes de la primera sesión de quimioterapia, durante la tercera y quinta sesión y a las dos semanas de la última sesión del tratamiento, encontrando que la intervención mejoró de forma significativa la enfermedad, reduciendo las molestias relacionadas con la quimioterapia y la calidad de vida de las participantes.

En la misma línea, Wu, P et al., (2018), investigaron los efectos de una PEI sobre la ansiedad, la depresión, el conocimiento de los cuidados específicos de la enfermedad, autoeficacia, resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama durante y después de la quimioterapia. Decidieron realizar un ensayo controlado aleatorizado, asignando pacientes con cáncer de mama al azar (n=40) al grupo experimental o al grupo de control.

El grupo experimental participó en el PEI, un programa breve y muy estructurado consistente en dos partes: (a) un manual educativo que abordaba la depresión, la ansiedad, el conocimiento de los cuidados específicos de la enfermedad, la autoeficacia y la resiliencia, y (b) una evaluación del aprendizaje, por su parte, el grupo de control sólo recibió un folleto educativo tradicional.

El grupo experimental recibió 6 sesiones de PEI durante quimioterapia, y cada sesión duró al menos 1 hora con objetivos y contenidos definidos junto a actividades enfocadas en ayudar a los pacientes a identificar los síntomas de sus respuestas emocionales, aclarar las interpretaciones de los cambios emocionales relacionados con los síntomas y conocer los mecanismos relacionados.

La recolección de datos se realizó antes de la primera sesión de quimioterapia (T1), durante la tercera sesión de quimioterapia (T2), durante la quinta sesión de quimioterapia (T3) y dos semanas después de la última sesión de quimioterapia (T4). Dentro de sus hallazgos, se recalca que el PEI presencial para pacientes con cáncer de mama es potencialmente eficaz para mejorar el conocimiento, la resiliencia y la calidad de vida durante y después de la quimioterapia, en donde se evidencia mejoría significativamente en las técnicas de enfermedad, reducción en las molestias relacionadas con la quimioterapia y mejoró la calidad de vida de los participantes del grupo experimental.

Asimismo, Di Giacomo, et al., (2018) llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo verificar la eficacia de un programa de intervención basado en la psicología positiva con 24 mujeres con cáncer de mama con edad entre 30 y 50 años en etapa I y II de la enfermedad bajo un diseño de estudio controlado. La intervención apuntaba en abordar dimensiones emocionales como la ira, ansiedad, depresión y angustia psicológica, encontrando como resultado que la psicoterapia positiva después del diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama juega un papel protector en los procesos psicológicos cognitivos, estrategias de afrontamiento y resiliencia.

De la misma manera, Dominic, N. A et al., (2018), fijaron su interés en la eficacia de las intervenciones multifacéticas basadas en grupos para mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las supervivientes de cáncer de mama en Malasia, en donde el objetivo de su estudio se basó en evaluar la eficacia de dicho programa de intervención entre las supervivientes de cáncer de mama.

Se trató de un programa de intervención en grupo con un diseño pre y posttest, llevado a cabo entre supervivientes de cáncer de mama (n=37) miembros del Breast Cancer Support Group Centre, Johor Bahru. Entre los materiales, se utilizó un cuestionario autoadministrado para evaluar el impacto del programa en el bienestar psicosocial y la CVRS de las participantes, siendo el DASS-21 un instrumento diseñado para medir los tres estados emocionales negativos de la depresión, la ansiedad y el estrés. El cuestionario tardó aproximadamente 20 minutos en completarse. El mismo cuestionario se administró 4 semanas después de la intervención.

Ahora bien, en lo concerniente a resultados, proponen que hubo disminuciones significativas en las puntuaciones medias de depresión ($p=0,001$), ansiedad ($p<0,001$) y estrés ($p<0,001$) tras la intervención. Más del 85% de los participantes calificaron su calidad de vida como buena o muy buena después de la intervención, frente al 75,9% antes de la misma. Se observaron

mejoras significativas en las puntuaciones de varios dominios de la CVRS, con una mejora de la puntuación psicológica, (fue la que más mejoró) ($p < 0,001$), seguida de la relación social ($p = 0,002$) y la salud física ($p = 0,003$), llegando a la conclusión que la intervención multifacética grupal puede ser una solución viable para mejorar el bienestar psicosocial de los supervivientes de BCa.

Mientras tanto Zhou, Li, Li (2019) examinaron si una intervención de entrenamiento de ajuste cíclico (CAT) administrada a través de un dispositivo móvil puede mejorar la resiliencia psicológica y reducir los síntomas de depresión y ansiedad en una población de mujeres posquirúrgicas con cáncer de mama, seleccionando a través de un muestreo de conveniencia a 66 mujeres que recibieron CAT, más la atención de enfermería de rutina durante 12 semanas y 66 mujeres para el grupo control que solamente recibieron la atención de rutina de enfermería. La resiliencia, la ansiedad y la depresión se midieron utilizando la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), la Escala de ansiedad de autoevaluación (SAS) y la Escala de depresión de autoevaluación (SDS), respectivamente.

Los resultados mostraron puntuaciones significativas en resiliencia, depresión apoyando su uso como una estrategia efectiva de manejo e intervención psicológica en las primeras etapas de rehabilitación a largo plazo de mujeres posquirúrgicas con cáncer de mama.

También se encuentran Franco et al., (2019), quienes afirman que el uso de programas de mindfulness o atención plena en pacientes con cáncer de mama evidencian resultados positivos en variables emocionales como la autoestima, la depresión, la evitación social y experiencial como también en la resiliencia, tensión y ansiedad social.

Estos resultados fueron encontrados después de haber realizado un estudio cuasiexperimental con medidas pre y postest con 36 mujeres con cáncer de mama mastectomizada

seleccionadas de forma aleatoria, y un grupo de control en lista de espera. El programa de atención plena fue aplicado por siete semanas, observando después de la intervención hubo diferencias significativas en los dos grupos en las variables emocionales mencionadas anteriormente.

Por su parte, Weis, et al., (2019), se dedicaron a evaluar un programa psicoeducativo de grupo ambulatorio para pacientes con cáncer de mama dirigido a mejorar diversos parámetros psicosociales, aumentando la competencia de las pacientes y reduciendo el miedo a la recidiva.

El estudio se basó en un diseño de grupo de control multicéntrico, no aleatorizado, con tres puntos temporales de medición (T1 línea de base, T2 final de la intervención, T3 seguimiento de 6 semanas). Entre los instrumentos utilizados, las pacientes con cáncer de mama fueron evaluadas con varios cuestionarios estandarizados que incluían el miedo a la progresión, la autoeficacia, la depresión y la calidad de vida, en donde participaron un total de 50 pacientes con cáncer de mama, divididas en 27 para el grupo de intervención y 23 para grupo control llegando a concluir que existía una reducción significativa del miedo a la progresión/recurrencia y un aumento significativo de la autoeficacia en el grupo de intervención.

Además, para todos los otros criterios de resultado, como los síntomas depresivos, el apoyo social o la calidad de vida, no se observaron cambios significativos a lo largo del tiempo ni diferencias entre ambos grupos. No obstante, se ha demostrado que el programa psicoeducativo es eficaz para las supervivientes de cáncer de mama, pero es necesaria una mayor investigación basada en un ensayo aleatorizado.

Simultáneamente, Penttinen H, et al., (2019), optaron por evaluar la eficacia de una intervención de ejercicio de 12 meses sobre la actividad física y la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama; resultados a cinco años del estudio BREX.

La población estuvo conformada por mujeres de 35-68 años que hubieran finalizado recientemente (en un plazo de 4 meses) la quimioterapia adyuvante o iniciado la terapia endocrina del cáncer de mama, en donde la actividad física (AF) se evaluó mediante un diario de AF, el rendimiento físico mediante una prueba de marcha de 2 km, la calidad de vida mediante los cuestionarios EORTC QLQC30 y BR-23, la fatiga mediante la escala FACIT-Fatigue y la depresión mediante la escala de depresión de Beck de 13 ítems (BDI).

Demostraron en sus resultados una asociación positiva a largo plazo entre la AF y la CdV, observando mejoría en el rendimiento físico y a su vez en la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama después de los tratamientos adyuvantes. Aunque no hubo diferencias significativas entre los grupos de estudio, hay asociaciones claras entre los cambios en la AF y el rendimiento físico, y diferentes dimensiones de la CdV.

Cada vez hay más pruebas de que las intervenciones de ejercicio son eficaces y rentables para facilitar la vuelta a la vida normal de las supervivientes de cáncer de mama.

Del mismo modo, Gok Metin, et al., (2019), investigaron los efectos de la relajación muscular progresiva (PMR) y la meditación mindfulness (MM) sobre la fatiga, los estilos de afrontamiento y la calidad de vida (CdV) en pacientes con cáncer de mama precoz que reciben paclitaxel adyuvante.

Para lo anterior, los participantes fueron asignados aleatoriamente a 12 semanas de (PMR) (n = 31) y MM (n = 32) por 20 min al día hasta la finalización del régimen de paclitaxel. Por su parte, el grupo control (GC) (n = 29) recibió solo una sola vez al día una sola sesión (educación de atención) con un folleto que contenía la anatomía mamaria, el reconocimiento de los signos precoces del cáncer de mama y la importancia del diagnóstico precoz en una sala silenciosa situada

en la misma ambulatorio de quimioterapia, con una duración de 15 minutos antes del régimen de paclitaxel, en donde, para ambos grupos, debido a la realización de radioterapia o cirugías, se llevó a cabo una sola sesión de seguimiento en la semana 14 para controlar los efectos influyentes de la radioterapia o la cirugía sobre la fatiga, los estilos de afrontamiento y las puntuaciones de la CdV de los participantes.

Las herramientas de recolección de datos utilizadas incluyeron el formulario de información del paciente, Inventario Breve de Fatiga (BFI), COPE Breve e Índice de Vida Funcional-Cáncer (FLIC), las cuales les permitieron concluir que el PMR y MM son intervenciones efectivas, que si se inician simultáneamente con el adyuvante paclitaxel, demuestran efectos similares sobre la fatiga y los estilos de afrontamiento. En cuanto a la calidad de vida, no se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de los grupos.

Seguido a esto, Ramírez, et al., (2020), se enfocaron en los resultados de calidad de vida de un ensayo controlado aleatorizado de navegación de pacientes en supervivientes latinas de cáncer de mama, en donde el objetivo fue comparar los efectos de un programa mejorado de Navegación del Paciente (Intervención; PN+) frente al control (QoL) en sobrevivientes latinas de cáncer de mama (BCS), a lo largo del tiempo sobre la calidad de vida general y específica del cáncer de mama en latinas con este padecimiento.

Para esto, se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado de dos brazos, de dos años de duración, del programa "Staying Healthy" entre latinas supervivientes de cáncer de mama. El diseño comparó PN+ vs PN a lo largo del tiempo.

La muestra estuvo conformada por 60 pacientes en cada brazo del estudio, las cuales fueron asignadas al azar por asignación numérica secuencial. Los participantes de PN+ recibieron

materiales educativos culturalmente adaptados y servicios de Navegación del Paciente activos y personalizados, incluidas llamadas telefónicas, transporte y coordinación de la atención. Los participantes PN sólo recibieron servicios de navegación a petición. Los resultados primarios incluyeron cáncer general (Evaluaciones Funcionales de la Terapia del Cáncer [FACTS]-G) y la calidad de vida específica del cáncer de mama (FACT-B).

En lo que respecta a los hallazgos, se concluyó que los participantes PN+ mejoraron significativamente las medidas de calidad de vida en comparación con los participantes PN a los 6 meses de seguimiento en todas las subescalas excepto en bienestar físico.

Por su parte, Im, E.-O et al., (2020), realizaron un estudio para examinar la eficacia de un programa de información y asesoramiento/apoyo basado en la tecnología y un programa de entrenamiento/apoyo para mejorar la autoeficacia entre 67 supervivientes de cáncer de mama asiático-americanas, administrando las preguntas sobre características de fondo, el Cuestionario de Recursos Personales, la Escala de Aislamiento Percibido, la Encuesta de Necesidades de Cuidados de Apoyo Formulario Corto 34, y el Inventario de Comportamiento ante el Cáncer. La intervención basada en la tecnología fue eficaz para mejorar la autoeficacia para afrontar el cáncer de mama entre las supervivientes de cáncer de mama asiático-americanas.

Posteriormente, Lu, Q et al., (2021), realizaron un estudio que tuvo como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama chino-americanas, la población estuvo conformada por 129 participantes que habían completado recientemente el tratamiento, participaron en ocho cohortes del programa, Joy Luck Academy, que incluía sesiones semanales de educación y apoyo de pares-mentores. Las sesiones educativas cubrían temas diseñados para ayudar a las participantes a adaptarse a la nueva vida después del tratamiento del cáncer de mama.

De los 129 participantes en el programa JLA, 124 solo 106 completaron el cuestionario de seguimiento. La participación en el programa se asoció a una mejora de la CdV y el afecto positivo, y a una reducción del afecto negativo y los síntomas depresivos y de ansiedad. Este hallazgo reafirma que un mayor apoyo social está vinculado a una mayor CdV entre los supervivientes de cáncer chinos y explica la relación entre aculturación y CdV entre los supervivientes de cáncer inmigrantes coreanos.

Más hacia la actualidad, Marzieh et al., (2022) realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la efectividad del entrenamiento de resiliencia sobre la ansiedad, la depresión, el bienestar psicológico y la esperanza de vida en mujeres con cáncer de mama, de corte experimental con diseño pretest y posttest. La población estuvo conformada por 30 mujeres con cáncer de seno, las cuales fueron asignadas a dos grupos (15 en el grupo control) y (15 en el grupo experimental). Se utilizaron los instrumentos de bienestar psicológico, la escala de esperanza de vida y la escala de depresión, ansiedad y estrés (DAAS). Después de completar los cuestionarios en la etapa de pretest, se llevó a cabo el entrenamiento de resiliencia en 12 sesiones de una hora. En los resultados encontraron que con el entrenamiento hubo una reducción en los síntomas de ansiedad y estrés, y aumento de forma significativa la esperanza de vida. Sin embargo, no se observaron efectos significativos en el bienestar psicológico.

Ahora bien, Taghizadeh (2023) examinó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la resiliencia en mujeres con cáncer de seno, utilizando un método práctico y semiexperimental con un diseño de pretest y posttest en una población conformada por 30 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, divididas en 15 en grupo control y 15 en grupo experimental. Utilizaron como instrumento el cuestionario de resiliencia de Connor y Davidson (2000). El entrenamiento se llevó a cabo durante 10 sesiones de forma presencial. Los resultados mostraron que la terapia cognitivo

conductual tuvo un efecto significativo en la resiliencia en las mujeres con cáncer de mama, existiendo una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control, concluyendo la utilidad de esta terapia para promover conductas resilientes en esta población.

CAPITULO II

Planteamiento del Problema

El cáncer es un tema de gran interés en lo concerniente a salud pública debido al alto costo que trae consigo en los sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud entre el 30% y el 50% de los cánceres son prevenibles, sin embargo, sigue siendo la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y para el 2019 fue la octava causa de muerte. De todos los tipos de cáncer, el cáncer de mama representa un 16% de las neoplasias malignas en la mujer a nivel mundial y cada día se reportan aproximadamente 1.38 millones de casos nuevos (Azcarte et al., 2017). Las proyecciones para el 2030 indican que esta enfermedad se incrementará un 60%. Estas cifras lo colocan como el tumor más frecuente en la mujer y la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, por ello se ha convertido en un problema de salud pública (Arroyo et al., 2017).

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta de manera negativa a nivel emocional a las mujeres que lo padecen, generando estados de ansiedad y depresión, los cuales son los trastornos mentales que más prevalecen en esta población durante el proceso de la enfermedad y tratamiento. Además, es percibido como un evento estresante debido a las diversas amenazas que trae consigo, no solo desde el campo psicológico, sino también desde el ámbito social y familiar.

Por otro lado, debido a los efectos secundarios de los tratamientos se activan una serie de creencias y emociones negativas relacionadas con su esquema corporal y su funcionamiento en su vida cotidiana (Costa, 2010; Vásquez-Ortiz, 2010). Teniendo en cuenta este panorama, investigaciones recientes han planteado que aún no se presta suficiente atención a los factores

psicológicos del paciente, que son de relevancia directa para la enfermedad misma, además de influir en el desarrollo de la calidad de vida durante la enfermedad (Campagne, 2019).

Ahora bien, muchos pacientes presentan rasgos de personalidad caracterizados por la indefensión propios de patrón tipo C (tristeza, poca expresión emocional entre otros), los cuales son opuestos a la conducta resiliente. En este orden de ideas, es preciso decir que la conducta resiliente puede prevenir la aparición de esta enfermedad o en su defecto afrontarla de mejor manera. (Acinas, 2014).

De igual manera, dichos efectos secundarios afectan la calidad de vida, entendiéndose ésta en el campo de la salud como una “variable multidimensional que incluye la calidad de vida experimentada generalmente, el funcionamiento (emocional y físico) síntomas generales de cáncer (p.e. fatiga y dolor) y síntomas específicos de cáncer (p.e. sequedad en la boca)” (Van der Meulen et al., 2014, p. 593).

Por lo tanto, es preciso decir que la calidad de vida juega un papel protagónico en aquellos procesos oncológicos y por ende repercute en el bienestar psicológico de pacientes con cáncer de mama, guardando una estrecha relación con la resiliencia en dichas mujeres y en todo su proceso, tanto en el diagnóstico como en el postratamiento, puesto que diversas investigaciones señalan que pacientes con características resilientes evidencian una buena calidad de vida en todos los aspectos que la conforman. (Cuesta et al.,2020).

Al respecto, diversos autores afirman que abordar la resiliencia en cáncer en adultos facilita el afrontamiento de la enfermedad, su tratamiento y el estrés relacionado con la misma (Acinas, 2014; Oliva et al., 2018). Por tanto, es importante que se desarrollen en la atención terapéutica, acciones que minimicen las consecuencias emocionales de la enfermedad y se aborde

en los recursos psicológicos para lograr una adaptación positiva frente a la enfermedad, generando un buen ajuste psicológico y por consiguiente una adecuada calidad de vida.

En este sentido, Rueda y Cerezo (2021) sostienen que, en los contextos psicoterapéuticos, las intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer deben apuntar en la promoción de la resiliencia, ya que repercuten de forma positiva en el funcionamiento psicológico del paciente y su familia.

Al respecto, estudios han soportado lo anterior, demostrando que desarrollar programas que fomenten la resiliencia junto con otras variables psicológicas positivas como la calidad de vida, tienen efectos beneficiosos en los participantes (Cerezo et al., 2009; Cerezo et al., 2014; Ludolph et al., 2019; Sood et al., 2012; Loprinzi et al., 2011; Cho & Oh 2011; Ye et al., 2016;).

De acuerdo con lo anterior, en la literatura con relación al cáncer de mama, se han encontrado estudios enfocados en estudiar los procesos de salud/enfermedad en relación con resiliencia y cáncer de mama, estudios sobre los procesos psicológicos de las sobrevivientes de cáncer de mama y trabajos relacionados con las intervenciones psicológicas dirigidas a personas con este diagnóstico.

Por esto, es necesario desarrollar iniciativas que promuevan la educación de su prevención, como también en estrategias psicosociales para afrontar la enfermedad en las mujeres que lo padezcan, ya que las repercusiones físicas y psicológicas pueden afectar su calidad de vida de forma negativa, acompañado de diversas afecciones de salud mental como depresión y ansiedad, las cuales pueden presentarse en comorbilidad. Al ser una experiencia estresante y adversa en las personas que viven con el diagnóstico; la literatura ha enfocado su interés en

mostrar la relación existente entre la resiliencia y el cáncer de mama y cómo esto afecta en la calidad de vida en el proceso de la enfermedad.

La resiliencia a través de la historia ha tenido una evolución conceptual importante, sin embargo, la definición más reconocida hace referencia a la capacidad que tienen las personas de afrontar la adversidad, logrando una adaptación de esta y encontrando un resultado positivo del evento traumático, para así fortalecer las competencias personales previniendo y/o amortiguando la aparición de patologías psicológicas que imposibilitan un afrontamiento adecuado de la enfermedad. A raíz de este panorama, las investigaciones han encontrado que las mujeres que poseen conductas resilientes evidencian una mejora en su calidad de vida, como también menores niveles de ansiedad y depresión.

Del mismo modo, se han encontrado estudios que evidencian el diseño de programas de intervención que buscan promover conductas resilientes desde diversos enfoques psicológicos, como la terapia cognitivo conductual y la psicología positiva, fortaleciendo recursos psicológicos como la autoestima, la autoeficacia, el optimismo, entre otros, logrando una reducción de estrés y el malestar psicológico que genera el cáncer. Los resultados proponen continuar con el diseño y desarrollo de más intervenciones para seguir promoviendo la resiliencia y la calidad de vida, trabajando en los factores protectores de las mujeres para favorecer un adecuado afrontamiento de la enfermedad.

No obstante, en Colombia no se han encontrado estudios que evidencien el desarrollo de programas de promoción en resiliencia y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Es por esto, que la presente investigación, busca promover la resiliencia y la calidad de vida en mujeres que se encuentren diagnosticadas con cáncer de mama, en la cual se espera que perciban la enfermedad como una forma de desplegar sus recursos psicológicos y potencializarlos, con el fin

de realizar una transformación interna, abriéndose a nuevas formas de pensar, sentir y actuar frente a la enfermedad que posibilite relacionarse de forma óptima consigo mismo y con los demás, facilitando una adaptación positiva frente al diagnóstico y su tratamiento. Además, la importancia en brindar herramientas de trabajo desde el modelo cognitivo-conductual en la promoción de la resiliencia y en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. De acuerdo con lo anterior, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el efecto de un programa de intervención psicológica basado en técnicas cognitivas-conductuales sobre la resiliencia y la calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en la ciudad de Barranquilla?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar los efectos de un programa basado en técnicas cognitivo –conductual sobre la resiliencia y calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de la ciudad de Barranquilla.

Objetivos específicos:

Evaluar los niveles de resiliencia, competencia personal y aceptación de sí mismo en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Establecer los niveles de calidad de vida presente en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Describir los cambios en los niveles de resiliencia, competencia personal y aceptación de sí mismo en mujeres diagnosticadas con Cáncer de mama después de la intervención.

Determinar la magnitud del efecto del programa implementado a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Comparar la autoestima y depresión entre grupo experimental y grupo control antes y después de la aplicación del programa.

Hipótesis.

H1. Existen diferencias significativas entre las medidas pre y post de resiliencia en el grupo experimental de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

H2. Existen diferencias significativas entre las medidas pre y post de calidad de vida en el grupo experimental de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

H3. La implementación del programa muestra diferencias significativas para las medidas de autoestima entre el grupo control y el experimental en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

H4. La implementación del programa muestra diferencias significativas para las medidas de depresión entre el grupo control y el experimental en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

METODOLOGÍA

El presente estudio es de corte cuantitativo con un diseño cuasi experimental, con un grupo experimental y un grupo control. Siguiendo los planteamientos de Hernández et al., (2014), este diseño tiene como finalidad evaluar los efectos de un programa de intervención basado en técnicas cognitiva-comportamentales, para promover la resiliencia y calidad de vida en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con mediciones pre y post test. El cuasi experimento, como modelo de investigación, se considera como un derivado del paradigma experimental y se caracteriza por el análisis de la variable de tratamiento en un contexto donde el investigador no tiene suficiente control para asignar las unidades a los niveles de las variables (Balluerka & Vergara, 2002).

Muestra

El grupo de participantes de esta investigación estuvo conformado por (n=29) mujeres, de las cuales (n=20) se asignaron al grupo experimental y (n=9) al grupo control. En la tabla 1 y 2 se muestran las características sociodemográficas y condiciones médicas.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las participantes

		Experimental		Control	
VARIABLE		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Rango de	30-35 años	1	5,0	1	11,1
edad	36-41 años	1	5,0	1	11,1

	42-47 años	6	30,0	2	22,2
	48-53 años	5	25,0	3	33,3
	54-59 años	1	5,0	1	11,1
	60-65 años	3	15,0	1	11,1
	66-71	3	15,0	1	11,1
Zona de	Urbano	16	80,0	3	33,3
residencia	Rural	4	20,0	6	66,7
	Básica secundaria	6	30,0	3	33,3
Nivel	Tecnológica	4	20,0	1	11,1
educativo	Profesional	9	45,0	5	55,6
	Postgrado	1	5,0	0	0,0
	Soltera	8	40,0	4	44,4
Estado civil	Casada	5	25,0	0	0,0
	Unión libre	6	30,0	4	44,4
	Viuda	1	5,0	1	11,1
	Empleada	8	40,0	7	77,8
Ocupación	Trabajador/independiente	3	15,0	0	0,0
	Pensionada	1	5,0	0	0,0
	Desempleada	5	25,0	0	0,0
	Ama de casa	3	15,0	2	22,2
Estrato socio-	Bajo	9	45,0	5	55,6
económico	Medio	11	55,0	3	33,3

	Alto	0	0,0	1	11,1
Tiene hijos	Si	14	70,0	8	88,9
	No	6	30,0	1	11,1

La mayoría de las participantes se ubicó en un rango de edad entre los 42 y 53 años, procedente de zona urbana. Con alta representación de nivel educativo secundaria y universitario, mayoritariamente solteras, empleadas, con un nivel socioeconómico bajo en su mayoría en el grupo control y un nivel socioeconómico medio en el grupo experimental, en su mayoría con hijos.

Tabla 2.

Condiciones médicas de las participantes

Variable	Experimental		Control		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Tiempo de diagnóstico	0 a 11 meses	8	40,0	6	66,7
	12 a 23 meses	6	30,0	2	22,2
	24 a 35 meses	6	30,0	1	11,1
	48 a 59 meses	0	0,0	0	0,0
Ha sido intervenida quirúrgicamente	Si	14	70,0	4	44,4
	No	6	30,0	5	55,6
Tipo de intervención quirúrgica	No aplica	6	30,0	5	55,6
	Mastectomía	9	45,0	3	33,3

	Cuadrantecto mía	5	25,0	1	11,1
Actualmente está en	Si	16	80,0	8	88,9
tratamiento para el	No	4	20,0	1	11,1
cáncer de mama					
Presenta metástasis	Si	1	5	1	11,1
	No	19	95	8	88,9
Asiste a grupos de	Si	5	25	2	22,2
apoyo	No	15	75	7	77,8
Tiene tratamiento	Si	1	5,0	0	0
psiquiátrico	No	19	95,0	9	100,0

Respecto a las condiciones médicas de las participantes se evidencia que la mayoría de ellas habían sido diagnosticadas entre 0 y 11 meses antes del proceso de intervención a través del programa en el grupo experimental y el grupo control. En relación con la pregunta ¿Ha sido intervenida quirúrgicamente? La mayoría respondió afirmativamente, 9 de ellas mastectomizadas (pertenecientes al grupo experimental) y 3 del grupo control, que actualmente se encuentran en tratamiento para el cáncer de mama, de las cuales solo 2 presentan metástasis, 1 del grupo experimental y otra del grupo control.

En cuanto a la asistencia a grupos de apoyo, la mayoría tanto del grupo control, como del grupo experimental respondieron negativamente. Finalmente, se indaga sobre tratamiento psiquiátrico, identificando que una gran mayoría de los dos grupos cuenta en la actualidad con este tipo de tratamiento.

Para este estudio se realizó un muestreo no probabilístico intencional, en el cual, de acuerdo por Sampieri et al., (2014) la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra.

En cuanto a los criterios de inclusión, las mujeres debían ser diagnosticadas con cáncer de mama, tener mayoría de edad, encontrarse en etapa de tratamiento, tener un nivel de alfabetización y comprensión lectora para responder las preguntas de los instrumentos, aceptar asistir a la mayoría de las de las sesiones del programa y residir en la costa caribe colombiana,

Como criterio de exclusión las participantes no debían tener déficit cognitivo, así como no deben estar institucionalizadas y/o hospitalizadas. Al igual que, no estar recibiendo alguna intervención psicológica, psiquiátrica o psicosocial (asistencia durante la implementación del programa a grupos de apoyo).

Se han respetado todos los principios éticos para cada participante de acuerdo con la 1090, en cuanto a la confidencialidad de los datos obtenidos y el uso de consentimiento informado, respetando la dignidad y el bienestar de las participantes. Asimismo, este proyecto cuenta con la aprobación por parte del comité de ética de la Universidad Simón Bolívar identificado con código de aprobación CEI-P 03040010116.

Definición operacional del constructo de resiliencia.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones Definición Conceptual	Indicadores definición Operacional
----------	-----------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Resiliencia	La resiliencia hace referencia a una cualidad individual positiva que facilita la adaptación a la adversidad y ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida. Wagnild y Young (1993),	Competencia personal	Ítems. 1 normalmente me las arreglo de una manera u otra 2. me siento orgulloso de las cosas que he logrado 5. siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez 6. soy resuelto y decidido. 7. no me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado 9. pongo interés en las cosas. 10. puedo encontrar generalmente algo sobre lo que reírme. 11. la seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles 12. en una emergencia, soy alguien en lo que la gente puede confiar 13. mi vida tiene sentido. 14. cuando estoy en una situación difícil por lo general puedo encontrar una salida
		Aceptación de sí mismo y de la vida	Ítems. 3. en general, me tomo las cosas con calma. 4. soy una persona con una adecuada autoestima 8. soy una persona disciplinada

Elaboración propia

INSTRUMENTOS

Escala de Resiliencia R14 de Wagnild y Young.

Instrumento basado en Resilience Scale (RS-25) de 25 ítem (Wagnild & Young, 1993). Este instrumento evalúa cuán resilientes son las personas, bajo la premisa de que este constructo es una característica de personalidad positiva que le permite al sujeto adaptarse a situaciones adversas. Este instrumento mide dos factores: Factor I: Competencia Personal (ítems 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (ítems 3, 4, y 5, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable).

El autor (Wagnild, 2009c) de la escala original sugiere los siguientes niveles para interpretar las puntuaciones: entre 98-82=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja; e 30-14=Muy baja (Sánchez-Teruel, Robles-Bello, 2015). Los datos muestran que la escala tiene una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,79$) y validez de criterio calculada con otras medidas de resiliencia general (CD-RISC) ($r=0,87$; pero con una estructura factorial distinta a la original. Sánchez & Robles (2014). Este instrumento fue validado en población colombiana por Bahamón et al., (en prensa) identificando que contaba con buenos índices de fiabilidad ($\alpha = .877$; $\omega_t = .876$) y validez aceptables (CFI = .899, IFI = .899, GFI = .988, AGFI = .988, RNI = .899, RMSEA = .080, SRMR = 0.045).

Connor-Davidson resilience scale (cd-risc 10)

El Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) desarrollada originalmente por Campbell y Stein (2007), es una escala unidimensional que consta de 10 ítems en formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta, de 0 a 4 puntos según corresponda. Una puntuación más alta indica niveles más altos de resiliencia. Este instrumento fue validado en primera instancia de forma cualitativa por jueces expertos en población colombiana por Riveros et al., (2016), identificando un índice de Lawshe ajustado superior a 0.8 en todos los reactivos. Posteriormente, hicieron un análisis factorial exploratorio indicando una medida de excusación de Kaiser (.740) un Chi cuadrado de (129,979) y un (Gl 45), identificando una carga factorial entre .511 y .829. Finalmente, se corroboran datos de consistencia interna de análisis de dos mitades, encontrando una correlación entre mitades de .718 y un coeficiente de Guttman de .831, indicando la consistencia de la escala. Riveros et al., (2016).

Fact-G Calidad de Vida

La escala FACT-G consta de 27 ítems, distribuidos en cuatro dominios (estado físico general de la salud, ambiente familiar y social, estado emocional y capacidad de funcionamiento personal). Su calificación se realizó en una escala ordinal que va desde uno (nada) hasta cinco (muchísimo). Los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas están entre 0 y 28. Ha sido validado en varios países, y en población colombiana por Sánchez, et al., (2010) mostrando una confiabilidad alta (alfa de Cronbach cercano a 0,9) y coeficientes de correlación prueba re prueba de más de 0,8 (Calero et al., 2015). Se identificó su validez en población colombiana por Estupiñán,

et al., (2020) mediante un análisis factorial confirmatorio ($\chi^2/gL=0.803$; RMSEA=0.000, NNFI=1.010, GFI=0.981; CFI=1 y SRMR=0.062).

Inventario de depresión Estado rasgo (IDER)

Por medio del Inventario de Depresión Estado – Rasgo (IDER) (Spielberger et al., 2008) se identificó la presencia de afectos negativos (distimia) y la ausencia de efectos positivos (eutimia) en la depresión. El inventario consta de 20 ítems distribuidos en dos escalas: Rasgo y Estado, tanto para varones como mujeres, cada uno con 10 ítems, 5 para medir distimia y 5 para medir eutimia. En cada uno, el sujeto tiene que elegir entre cuatro opciones de respuesta (que van en una puntuación de 1 a 4 según la severidad del síntoma), que mejor se aproxime a su estado habitual durante el último tiempo incluyendo el momento de la aplicación. La puntuación total se obtiene con la suma de las subescalas (distimia y eutimia) y oscila entre 10 y 40. (Spielberger et al., 2008). Este instrumento fue validado en población colombiana por Agudelo et al., (2014) reportando niveles de confiabilidad que oscilan entre .71 y .86 con índices de ajustes y bondad adecuados 73.309 ($gl=29$; $p < .001$; TLI = .968; CFI = .981; SRMSR = .029; RMSEA = .042.).

Escala de Autoestima de Rosenberg

La Escala de Autoestima de Rosenberg, mide el concepto de autoestima a partir de dos dimensiones: la autoconfianza y el autodesprecio (Cogollo, Campo y Herazo, 2015). Originalmente fue creada por Morris Rosenberg en 1965 y ha sido adaptada a más de 53 países como Canadá, China, Alemania, Italia, Brasil y al castellano en España, Chile y Argentina (Cogollo et al., 2015).

Es una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Asimismo, maneja un lenguaje simple que facilita la aplicación a diferentes poblaciones, siempre y cuando posean habilidades básicas de lectura. Consta de 10 ítems, seis orientados a aspectos positivos y cuatro hacia aspectos negativos de la autoestima, teniendo en cuenta que los ítems 2, 6, 8 y 9 se invierten en su calificación; la puntuación mínima es de 10 y la máxima de 40. Para la interpretación se establecieron tres puntos de corte, menos de 25 puntos es equivalente a una baja autoestima, de 26 a 29 equivale a una autoestima media, y de 30 a 40 equivale a una autoestima elevada.

Cogollo et al., (2015) calcularon en población colombiana los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald para la confiabilidad, el coeficiente de Mosier, para medir unidimensionalidad, y los análisis factoriales exploratorios para medir la dimensionalidad de la escala. En otros estudios desarrollados por Gómez et al., (2016) en la misma población identificaron una consistencia interna en Alfa de Cronbach de 0,83 y una equivalencia factorial mediante un modelo de ecuaciones estructurales de (CFI= .912 y RMSA= .079).

Hoja de datos sociodemográficos (confeccionada ad-hoc para esta investigación)

En ella cada participante refleja los siguientes datos: edad, estado civil (soltero, casado, unión libre), zona de residencia, estrato sociodemográfico, nivel de estudios, ocupación, hijos, tiempo del diagnóstico, tipo de tratamiento, si ha tenido mastectomía bilateral o unilateral y asistencia a grupos de apoyo e infección por COVID-19.

Procedimiento

El procedimiento específico se llevó a cabo en tres fases: la primera de evaluación, la segunda de intervención y la tercera de evaluación posterior al tratamiento.

I fase:

En primera instancia se realizó una búsqueda de la muestra en instituciones de salud (clínicas) y grupos de apoyo en la ciudad de Barranquilla. Después, se conversó con el encargado para exponer el propósito del estudio, procediendo a la obtención de una base de datos de las pacientes a participar verificando que dichas mujeres cumplieran con los criterios de inclusión. Del mismo modo, se realizó una convocatoria, extendiendo la invitación a la población pertinente (mujeres con cáncer de mama) a través de un anuncio en redes sociales.

II fase:

Seguido a esto, partiendo de la base de datos obtenida, la población fue contactada de manera telefónica con el objetivo de brindar la información necesaria del programa de intervención y de esta manera proporcionar la opción de participar o no en el mismo.

Luego, con aquellas mujeres que decidieron participar, se dio a conocer el consentimiento informado, realizando la explicación de este y garantizando a su vez el anonimato y la confidencialidad de sus datos, lo cual se desarrolló de manera virtual. Asimismo, se llevaron a cabo entrevistas individuales para la adquisición de datos sociodemográficos y condiciones médicas relevantes.

En la misma modalidad virtual, se explicó con claridad la aplicación de los instrumentos y en qué consisten, haciendo énfasis en la posibilidad de recibir ayuda si así fuese necesario,

despejando cualquier duda que pudiera surgir en el proceso. Ahora bien, tras culminar la aplicación de los cuestionarios, se estableció con las participantes el cronograma de desarrollo del programa.

Por otro lado, el grupo control se conformó con aquellas mujeres que, por motivos médicos y condiciones concernientes a su diagnóstico, no pudieron hacer parte del estudio. Sin embargo, se realizó con esta población la entrevista sociodemográfica y la aplicación de instrumentos, sin dejar de lado la importancia del consentimiento informado.

III. fase

Se inicia la aplicación del programa, dando lugar a 8 sesiones distribuidas semanalmente (2 meses), con una duración de 120 minutos. La aplicación fue llevada a cabo de manera virtual mediante la plataforma meet. No obstante, en lo que respecta al grupo control, se les proporcionó un folleto psicoeducativo con información relevante al programa.

IV. fase

En esta fase, al finalizar el programa, al grupo control y al grupo experimental, se les administró nuevamente los instrumentos en un lapso de 10 a 15 días, ya que, al realizarse de manera individual mediante una modalidad virtual, no se pudo coincidir en un mismo momento.

Descripción de las sesiones del programa

SESION 1	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: propiciar un espacio de cohesión grupal y explicar los componentes y propósitos del programa.				

Conocer a los miembros del grupo	Presentación	Se les explica a las participantes el objetivo del programa, expresándoles que es un espacio en el cual se busca promover bienestar emocional y estrategias de afrontamiento en el proceso de la enfermedad. Posteriormente, se les pide a las participantes que digan su nombre, su mayor cualidad y un suceso en vida que haya tenido mucho significado para ellas. Esta actividad la iniciara el terapeuta para promover confianza grupal.		15 min
Presentación del programa por parte del terapeuta	Pregunta	El terapeuta presenta el programa con sus objetivos y la cantidad de sesiones en la cual se desarrollará, como también se les instruye en la importancia de algunas actividades que se llevaran a cabo a lo largo del programa, como las actividades psicofisiológicas específicamente la respiración profunda. Luego, escucha las inquietudes que tengan las participantes con relación al programa siendo aclaradas por parte de éste con el fin de que las participantes tengan la mayor claridad posible sobre el proceso a desarrollar.	Comentarios de las participantes	15 min
Identificar las expectativas y crear sentido de compromiso con el grupo y el programa	Preguntas y respuestas	Se les invita a las participantes a compartir con el grupo las expectativas que tienen con el programa en relación con su diagnóstico, con el fin de que entre ellas identifiquen aspectos emocionales y cognitivos, lo cual les permita una cohesión grupal.	Comentarios de los participantes	15 min
Acuerdos de los compromisos	Preguntas y respuestas	Se presentan a los miembros del grupo algunas reglas básicas para el buen funcionamiento de éste, como son la confidencialidad de lo que se	Comentarios de los participantes	15 min

		aborde en las sesiones, la asistencia habitual al mismo, la puntualidad, la participación en grupo y la importancia de realizar tareas para la casa.		
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.		10 min

SESION 2: Conociéndome	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: Conocer la autopercepción de los participantes en términos cognitivos y emocionales				
Promover un autoconcepto positivo en las participantes	Me percibo como...	Escribir todos los aspectos que consideren importantes con relación a su autopercepción en las diversas áreas de su vida (personal, social, familiar etc.) y las emociones que experimentan durante el ejercicio.	Agenda de vida.	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer sus autopercepciones	Socialización	Se ubica a las participantes en círculo y se les invita a socializar sus ejercicios y la manera cómo se sintieron realizándolos, junto a los pensamientos que afloraron durante su desarrollo.	Comentarios de los participantes de cada participante	15 min

Reducir las activaciones de emociones negativas	Técnica de imaginación guiada	Se pide a las participantes que imaginen una situación de contenido emocional negativo relacionadas a cómo se perciben. Después, se les pregunta por las emociones que está experimentando, se les pide luego que intente cambiarlas por otras agradables, cuando lo logren, se les pregunta por los pensamientos que vinieron a su mente para poder cambiarlos. Este ejercicio se desarrollará en el tiempo de 3 a 5 minutos.	Comentarios de las participantes	5 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.	Comentarios de los participantes	10 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	Se les explicará a las participantes las siguientes actividades. 1) Realizar una línea del tiempo donde colocaran los momentos en los cuales se han percibido importantes y los aprendizajes obtenidos en la sesión con relación a su diagnóstico y a su autopercepción. 2) Practicar la respiración profunda dos veces a la semana.	Agenda de vida	5 min

		3) Practicar la técnica de imaginación guiada en el momento que identifiquen una emoción desagradable.		
--	--	--	--	--

SESION 3. Soy Valiosa.	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: sensibilizar sobre la importancia de la autoestima en el estado emocional de las participantes				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada, qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo z.	Comentarios de las participantes	15 min
Identificar la valía personal de las participantes	El termómetro de la autoestima	Las participantes encontrarán en su agenda de vida una imagen denominada “ El termómetro de mi autoestima ” donde ellas calificaran como se encuentra su autoestima con unos niveles, donde 0 es mínima y 10 es alta. Posteriormente escribirán las razones de evaluación en	Agenda de vida.	30 min

		términos de pensamientos y emociones		
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Las participantes expresarán sus evaluaciones y se examinará la evidencia a favor y en contra de sus cogniciones, estableciendo en conjunto el pensamiento más funcional de los mismos, modificando las falsas creencias que la predisponen a distorsionar sus experiencias, apoyado en las evaluaciones positivas que hayan identificado de su valía personal.	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min
Modificar pensamientos erróneos sobre su valía personal	Lista de pensamientos Positivos	Las participantes escribirán en su agenda de vida los pensamientos positivos que resultaron de la actividad en su agenda de vida.		10 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	Se les explicará a las participantes las siguientes actividades. 1) Escribir en su agenda de vida seis razones que le permiten amarse a sí misma. Practicar la respiración profunda	Agenda de vida	10 min

		<p>dos veces a la semana.</p> <p>2) Practicar la respiración profunda.</p>		
--	--	--	--	--

SESION 4. Aceptándome	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: Fomentar la aceptación personal de su corporalidad en las participantes				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo.	Comentarios de las participantes	10 min
Conocer los pensamientos y emociones relacionadas con su cuerpo	Mi cuerpo es...	Se pide a las participantes realizar la actividad denominada "Mi cuerpo" en su agenda de vida, en la cual deben realizar una descripción de sí mismas, involucrando la parte de su cuerpo que ellas deseen (cabello, piel, abdomen, senos etc.) con el fin de conocer sus pensamientos y emociones acerca de su autoimagen, a partir de las	Agenda de vida.	30 min

		<p>siguientes preguntas poderosas:</p> <p>¿Cómo veo mi cuerpo y qué emoción experimento?</p> <p>¿Qué parte de mi cuerpo me gusta?</p> <p>¿Qué parte de mi cuerpo me desagrada?</p>		
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera en que se sintieron realizándolo.	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min
Modificar pensamientos erróneos sobre su corporalidad	Frases importantes de mi cuerpo.	Se identifican las posibles distorsiones cognitivas relacionadas con el aspecto físico, atractivo y valía personal, modificándolas por creencias sobre su corporalidad más útiles y funcionales para su valía personal, a través de frases con pensamientos apropiados que deberán escribir en su agenda de vida.	Agenda de vida	20 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.	Comentarios de los participantes	5 min

Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	<p>Se les explicará a las participantes las siguientes actividades.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mirarse al espejo y escribir en su agenda, las emociones y pensamientos experimentados durante el ejercicio (mínimo 5 de cada uno), en el caso de identificar pensamientos y emociones negativas, en su hoja de registro escribir pensamientos alternativos más apropiados que minimicen el malestar emocional experimentando. 2) Realizar unas tarjetas de apoyo en la cual escribirán frases relacionadas con su cuerpo que generen bienestar emocional y las colocarán en espacios visibles para ellas. 3) Practicar la respiración profunda. 	Agenda de vida	5 min
--	---------------------	---	----------------	-------

SESION 5 Sonriéndole al cáncer	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: Fomentar una percepción funcional del proceso de la enfermedad a través del humor.				

Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo.	Comentarios de las participantes	10 min
Modificar pensamientos distorsionados de la enfermedad mediante el humor. Promover emociones saludables mediante el humor.	Carta al cáncer	Se les pide a las participantes escribir una carta divertida al cáncer, y en ella identificar los aspectos más graciosos que han experimentado a través de su enfermedad, generando un ambiente de bienestar emocional, y facilitando una modificación de pensamientos erróneos que tienen del cáncer por otros más funcionales mediante el humor.	Agenda de vida.	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera en que se sintieron realizándolo.	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min
Reducir la activación fisiológica y	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.	Comentarios de los participantes	5 min

sensibilizar a las participantes				
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	<p>Se les explicará a las participantes las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar la actividad 6 denominada “El muro de la diversión” en su Agenda de vida, en el cual deberán realizar un collage que ilustre momentos divertidos experimentados en el transcurso de su vida, incluyendo el proceso de la enfermedad. 2) Practicar la respiración profunda. 	Agenda de vida	5 min

SESION 6	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
El club de la comedia				
Objetivo: Fomentar una percepción funcional del proceso de la enfermedad a través del humor.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo.	Comentarios de las participantes	10 min

<p>Modificar pensamientos distorsionados de la enfermedad mediante el humor.</p> <p>Promover emociones saludables mediante el humor.</p>	La historia de Filomena.	Después narrar la historia “La historia de filomena” por parte del terapeuta, se les pide a las participantes expresar vivencias cortas y graciosas de una duración de 1 minuto, relacionadas con su cuerpo, el tratamiento y los efectos de mismo, con el fin de que identifiquen mediante esta actividad conductual descatastrofisar los pensamientos erróneos de la enfermedad.		30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera en que se sintieron realizándolo.	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	Se les explicará a las participantes las siguientes actividades: 1) Realizar en la actividad 6 denominada “ El muro de la diversión ” en su Agenda de vida, en el	Agenda de vida	5 min

		<p>cual deberán realizar un collage que ilustre momentos divertidos experimentados en el transcurso de su vida, incluyendo el proceso de la enfermedad.</p> <p>2) Practicar la respiración profunda.</p>		
--	--	--	--	--

SESION 7	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Afrontando la adversidad				
Objetivo: Promover estrategias de afrontamiento adecuadas frente al diagnóstico.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, que dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo.	Comentarios de las participantes	10 min
Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas.	Afrontando la adversidad.	Las participantes buscan en su agenda de vida la actividad denominada "Afrontando la adversidad" en la cual encontrarán una serie de preguntas que las invita a identificar cómo han afrontado la enfermedad y qué resultados han generado las estrategias utilizadas.	Comentarios de las participantes	30 min

Promover sentido de control personal	La otra cara de la moneda	Escribir una lista de alternativas y/o soluciones que utilizarían para afrontar el proceso de la enfermedad y las enumere según grado de importancia.		
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera en que se sintieron realizándolo.	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	Se les explicará a las participantes las siguientes actividades: 1) Repasar la lista que hicieron en la sesión, escoger una de ellas y ejecutarla escribiendo en la otra columna de la Actividad denominada “La otra cara de la moneda” los pensamientos, emociones y conductas experimentada con el ejercicio. 2) Practicar la respiración profunda.	Agenda de vida	5 min

--	--	--	--	--

SESION 8	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
La torta de mis logros				
Objetivo: Fortalecer creencias y percepciones de autoeficacia.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, que dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada que alternativas proponen para cumplir con el objetivo.	Comentarios de las participantes	10 min
Fortalecer creencias de autoeficacia.	La torta de mis logros.	Escribir una lista de los logros que han obtenido en diversas áreas de su vida.	Comentarios de las participantes	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera en que se sintieron realizándolo.	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min

Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	<p>Se les explicará a las participantes las siguientes actividades:</p> <p>1) Realizar la actividad denominada “La encuesta de Logros” en la cual a las personas más cercanas (dos o tres personas) que tengan le hagan las siguientes preguntas:</p> <p>1 ¿En el tiempo de conocerme ubica un logro que haya obtenido?</p> <p>2 ¿Cuál fue y recuérdamelo de la manera más amplia posible?</p> <p>3. ¿Que he hecho yo que ha generado emociones positivas en ti?</p> <p>Posteriormente, deberán escribir las emociones experimentadas y que creencias de sí mismas validaron como reales con relación a la consecución de sus logros.</p> <p>1) Practicar la respiración profunda.</p>	Agenda de vida	5 min

SESION 9	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
La pirámide de mis metas				
Objetivo: Fomentar la confianza y convicción en la búsqueda de objetivos propios.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo.	Comentarios de las participantes	10 min
Fortalecer creencias de autoeficacia.	Pirámide de mis metas	Escribir su propia pirámide en la cual asignaran unos niveles de tiempo a corto, mediano y largo plazo, y en cada uno de ellos plasmar las metas que quieren cumplir, y especialmente en las metas a corto plazo, la planeación para realizarlos.	Comentarios de las participantes	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera en que se sintieron realizándolo.	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min

Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda.	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	Se les explicará a las participantes las siguientes actividades: 2) Escoger una meta de las propuestas en la sesión ubicadas en el nivel de tiempo de mediano y largo plazo, y escriba como planea cumplirlas. 3) Practicar la respiración profunda.	Agenda de vida	5 min

Factores de resiliencia del programa

Factor de Resiliencia	Actividad	Técnicas de intervención
Autoestima	Me percibo como... El termómetro de la autoestima. Mi cuerpo es. .	Autorregistro. Reestructuración cognitiva. Imaginación guiada. Respiración profunda. Tarjetas de apoyo
Humor	Sonriéndole al cáncer. El club de la comedia	Autorregistro. Modificación de pensamientos erróneos.

Experimento conductual

Respiración profunda.

Resolución de
problemas

Afrontando la
adversidad.

Resolución de problemas.

Toma de decisiones

La torta de mis
logros.

Respiración profunda.

La pirámide de
mis metas.

Elaboración propia

Análisis de resultados.

El proceso de análisis de datos se inició con la descripción de los estadísticos descriptivos, los datos de normalidad (Kurtosis, asimetría y p valor), y las proporciones en los niveles de puntuación para cada una de las variables evaluadas en el pretest y en el posttest. A continuación, el análisis incluyó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, teniendo en cuenta que se trataba de una muestra conformada por menos de 50 observaciones y los datos se interpretaron teniendo como referente que puntuaciones $p = \geq .05$ aceptaban la hipótesis nula definiendo los datos como normales. Además de lo anterior, se realizaron análisis de varianza multivariante y univariante con las puntuaciones pretest de los grupos experimental y control. Posteriormente, se analizó la covarianza de las diferencias en el pretest y en el posttest para el grupo control y el grupo experimental mediante el test de Krukal Wallis. Seguido a esto, se realizó análisis intragrupo a través prueba U de Mann Whitney pretest-posttest, sin dejar de lado que las muestras eran asimétricas y en su mayoría no cumplieron con el supuesto de normalidad. Finalmente, se calculó el tamaño del efecto (η^2), que se interpreta como pequeño si está alrededor de .01, medio si está alrededor de .06, y grande si es superior a .10. Los datos fueron analizados por medio del paquete IBM SPSS Software®, versión 25.

CAPITULO III

RESULTADOS

Con el propósito de evaluar los niveles de resiliencia, competencia personal y aceptación de sí mismo en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, se calcularon los estadísticos descriptivos de cada una de las variables y posteriormente se ubicaron los niveles de las puntuaciones.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Resiliencia según el R14 del grupo experimental y control en el pretest

		Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
		M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	p valor	1	2	3
Ex pe ri m en tal	Competencia personal (R14)	70.60	5.90	57	77	-.24	-.79	.772	40.0	5.0	55.0
	Aceptación de sí mismo y de la vida (R14)	17.10	4.61	3	21	3.33	-1.66	.189	35.0	5.0	60.0
	Resiliencia Global (R14)	87.70	9.42	65	98	.77	-1.13	.432	40.0	5.0	33.0
C on tro l	Competencia personal (R14)	70.67	9.32	47	77	6.70	-2.46	.772	33.3	0.0	66.7
	Aceptación de sí mismo y de la vida (R14)	18.67	2.12	15	21	-.638	-.651	.189	16.7	0.0	83.3
	Resiliencia Global (R14)	89.33	11.12	62	98	5.45	-2.17	.432	16.7	16.7	66.7

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

Los datos expuestos en la tabla 3 muestran que la media de las variables evaluadas en el grupo experimental fue levemente menor a la media del grupo control, por su parte la desviación

estándar fue más alta en el grupo control en las variables *competencias personal*, y *resiliencia (R14)* indicando mayor variabilidad de los datos.

Los valores de curtosis en las variables *competencia personal* del grupo experimental y *aceptación* del grupo control, muestran que el grado de concentración alrededor de la media es menor y presentan colas más cortas al ser negativas, a diferencia del resto de variables. Los datos referidos a asimetría hallados en todas las variables. El *p* valor en todas las variables fue mayor a $p = \geq 0.05$ indicando que no existen diferencias significativas en las variables con respecto al grupo al que pertenecían. Respecto a los niveles de las puntuaciones, tanto en el grupo control como en el grupo experimental las puntuaciones se ubican como altas en las dimensiones de la resiliencia, pero no en el puntaje global, donde el grupo experimental obtuvo puntuaciones bajas y el grupo control puntuaciones altas.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Resiliencia según el CD-RISC del grupo experimental y control en el pretest

	Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
	M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	<i>p</i> valor	1	2	3
Resiliencia Grupo Experimental (CD-RISC)	28.25	10.45	0	40	1.86	10.45	.412	25.0	10.0	65.0
Resiliencia Grupo Control (CD-RISC)	31.33	10.12	6	38	6.67	-2.39	.412	66.7	8.3	25.0

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

En la tabla 4 se reportan las distribuciones de los niveles (bajo, medio, alto) referidos a las variables, así, en el grupo experimental la mayoría de los participantes obtuvieron puntuaciones altas en *resiliencia (CD-RISC)* mostrando que las medias en el pretest fueron más bajas en los puntajes de resiliencia del grupo control.

Tabla 8.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Calidad de vida en grupo experimental y control en el pretest

		Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
		M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	p valor	1	2	3
E x p e r i m e n t a l	Estado físico	21.05	6.70	6	28	0.18	-0.63	.602	100	0.0	0.0
	Ambiente familiar y social	17.05	7.03	4	28	-0.63	-0.52	.263	50.0	0.0	50.0
	Estado emocional	17.95	5.60	4	24	0.83	-1.16	.323	25.0	10.0	65.0
	Capacidad funcional personal	18.45	5.67	7	26	-0.28	-0.69	.691	30.0	15.0	55.0
	Calidad de vida del paciente	74.50	19.34	33	106	-0.51	-0.37	.464	45.0	10.0	45.0
C o n t r o l	Estado físico	23.56	4.64	13	28	3.10	-1.57	.602	100	0.0	0.0
	Ambiente familiar y social	19.56	5.60	4	24	3.56	.637	.263	33.3	0.0	66.7
	Estado emocional	19.00	4.52	12	23	-0.949	-8.73	.323	25.0	0.0	75.0
	Capacidad funcional personal	17.78	7.01	8	28	-1.16	-0.016	.691	33.3	16.7	50.0
	Calidad de vida del paciente	79.89	17.32	59	105	-1.40	.453	.464	33.3	16.7	50.0

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

En la tabla 5 se exponen los datos referidos a la *variable calidad de vida* (estado físico, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad funcional). En este sentido, los datos muestran que gran parte de las medidas fueron más altas en el grupo control en comparación con el grupo experimental.

El análisis de la asimetría y curtosis arrojaron valores negativos en las *variables ambiente familiar y social, capacidad funcional, y calidad de vida* en el grupo experimental, en contraste con el grupo control donde se hallaron valores negativos en *capacidad funcional, calidad de vida y depresión rasgo* mostrando una distribución asimétrica negativa con valores distintos a la izquierda de la media. El *p* valor en todas las variables fue mayor a $p = \geq 0.05$ indicando que no existen diferencias significativas en las variables con respecto al grupo al que pertenecían.

En el presente estudio se evaluaron otras variables control como autoestima y depresión, aspectos que posiblemente favorecen u obstaculizan la resiliencia, que se presentan a continuación

Tabla 6.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Autoestima grupo experimental y control en el pretest

	Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
	M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	<i>p</i> valor	1	2	3
Autoestima Grupo experimental	33.90	3.09	25	39	2.80	-0.92	.400	5.0	0.0	95.0
Autoestima Grupo control	32.89	3.09	23	38	2.47	-1.39	.400	16.7	0.0	83.3

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

En la tabla 6 se exponen los resultados obtenidos para la variable autoestima en la cual se evidencian medias similares en los dos grupos levemente mayor en el grupo experimental. El análisis del *p* valor muestra que no existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos y que sus puntuaciones se ubicaron mayoritariamente en niveles altos.

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Depresión del grupo experimental y control en el pretest

		Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
		M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	p valor	1	2	3
Exp.	Depresión Rasgo	17.65	6.28	10	30	0.34	-0.70	.435	35.0	15.0	50.0
	Depresión estado	16.55	5.22	10	26	0.27	-1.21	.341	35.0	20.0	45.0
Cont.	Depresión Rasgo	16.33	5.50	10	24	-1.76	.244	.435	58.3	8.3	33.3
	Depresión estado	15.44	5.81	10	27	.395	1.03	.341	40.0	0.0	60.0

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto, Exp.=grupo experimental, Cont.= Grupo control

La tabla 7 muestra que las medias en depresión estado y depresión rasgo fueron menores en el grupo control con respecto al grupo experimental. No se hallaron diferencias significativas en las variables según el grupo al que pertenecían los participantes. Respecto a los niveles se identificó que la mitad de los participantes en el grupo experimental obtuvo puntajes altos de depresión rasgo, en tanto en el grupo control, la mayoría obtuvo puntuaciones altas en depresión estado.

Tabla 8.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Resiliencia según el R14 del grupo experimental y control en el postest

		Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
		M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	p valor	1	2	3
Ex pe ri m en tal	Competencia personal	71.65	5.88	54	77	3.11	-1.64	.198	40.0	0.0	60.0
	Aceptación de sí mismo y de la vida	18.25	2.73	12	21	0.26	-1.04	.231	20.0	10.0	70.0
	Resiliencia (R14)	89.90	8.14	66	98	2.55	-1.49	.172	30.0	5.0	65.0
C on tro l	Competencia personal	71.00	2.47	71	77	-1.89	-0.99	.198	40.0	0.0	60.0
	Aceptación de sí mismo y de la vida	18.98	1.8	15	21	2.41	-1.54	.231	8.30	8.3	83.3
	Resiliencia (R14)	90.93	3.42	90	98	-1.40	0.59	.172	0.00	0.0	100

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

Los datos expuestos en la tabla 8 muestran que las medias de las puntuaciones para la totalidad de las variables en el postest fueron mayores en el grupo control con respecto al grupo experimental, aunque esto debe analizarse posteriormente dado que en el pretest sus puntajes también fueron más. Asimismo, los datos normalidad reflejados en la asimetría evidencian valores negativos en la mayoría de las variables de los dos grupos, los cuales indican una distribución asimétrica. El *p* valor por su parte, mostró valores mayores a 0.05 indicando la no existencia de diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 9.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Resiliencia según el CD-RISC del grupo experimental y control en el postest

	Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
	M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	<i>p</i> valor	1	2	3
Resiliencia (CD-RISC) Grupo experimental	30.30	10.32	0	39	3.06	-1.84	.184	25.0	5.0	75.0
Resiliencia (CD-RISC) Grupo control	30.58	4.77	26	39	-0.30	-0.70	.184	8.30	0.0	91.7

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

En la tabla 9 se muestran medias similares en los puntajes de resiliencia obtenidos a través del CD-RISC para los dos grupos, al igual que los estadísticos de normalidad muestran que los valores de las variables fueron asimétricos. En cuanto a los niveles en los que se ubicaron los participantes, muestran que tanto el grupo control, como el experimental obtuvieron puntuaciones altas de resiliencia.

Tabla 10.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Autoestima del grupo experimental y control en el postest

	Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
	M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	p valor	1	2	3
Autoestima Grupo experimental	32.35	4.09	24	38	-0.46	-0.40	.508	10.0	0.0	90.0
Autoestima Grupo control	31.33	4.27	20	36	4.31	-1.79	.508	8.3	0.0	91.7

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

Los datos expuestos en la tabla 9 muestran medias más altas en *autoestima* y *depresión rasgo* en grupo experimental con respecto al grupo control. Se hallaron curtosis negativas indicando distribución asimétrica de los datos. Del mismo modo, el *p* valor hallado fue mayor a $p = \geq 0.05$ indicando que no existen diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 11.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en la variable Calidad de vida del grupo experimental y control en el postest

		Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
		M	SD	Min	Max	Curtosis	Asimetría	p valor	1	2	3
E x p e r i m e n t a	Estado físico	23.35	4.12	14	28	-0.24	-0.78	.528	100	0.0	0.0
	Ambiente familiar y social	18.75	4.91	6	27	0.99	-0.67	.183	30.0	5.0	65.0
	Estado emocional	18.80	4.86	8	24	0.14	-1.07	.197	25.0	10.0	65.0
	Capacidad funcional personal	18.80	3.86	13	28	0.14	0.51	.902	35.0	5.0	60.0
C o n t	Calidad de vida del paciente	79.70	11.63	52	100	0.71	-0.61	.211	25.0	0.0	75.0
	Estado físico	24.25	3.36	19	28	-1.61	-0.22	.528	100	0.0	0.0
	Ambiente familiar y social	21.08	4.25	13	26	-0.92	-0.68	.183	16.7	8.3	75.0
	Estado emocional	20.92	3.45	13	24	1.04	-1.23	.197	8.3	8.3	83.3

r	Capacidad funcional personal	19.00	5.27	11	28	-0.68	-0.07	.902	33.3	8.3	58.3
l	Calidad de vida del paciente	85.25	12.35	62	11	-0.71	-0.28	.211	16.7	0-0	83.3

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

La tabla 11 muestra que las variables relacionadas con calidad de vida obtuvieron medias más altas en el grupo control con respecto experimental, no obstante, el p valor hallado fue mayor a $p= \geq 0.05$ en todas las variables de los dos grupos analizados indicando que no existían diferencias significativas entre los dos grupos.

En cuanto a la distribución de los participantes en los niveles de las variables se evidenció que en el grupo experimental la mayoría de los participantes se ubicaron en puntuaciones altas en casi todas las variables, a excepción de *estado físico*. En contraste, el grupo control también presentó puntuaciones bajas en *estado físico*.

Tabla 12.

Estadísticos descriptivos, de normalidad y proporción de los niveles de puntuación obtenidos en las variables Depresión rasgo y estado del grupo experimental y control en el posttest

Variable	Descriptivos				Estadísticos de normalidad			% de los niveles		
	M	SD	Mín	Max	Curtosis	Asimetría	p valor	1	2	3
Exp. Depresión Rasgo	15.15	4.20	10	22	-1.50	0.20	.715	50.0	10.0	40.0
Depresión estado	15.55	4.35	11	25	-0.37	0.68	.987	45.0	5.0	50.0
Cont Depresión Rasgo	14.50	5.72	10	29	2.81	1.54	.715	58.3	0.0	41.7
Depresión estado	15.58	7.19	11	34	3.21	1.86	.987	66.7	0.0	33.3

Nota: M= Media, SD= Desviación estándar, Min= Mínimo, Máx.= Máximo, %=porcentaje, 1= bajo, 2= medio; 3= alto.

La tabla 12 muestra que la variable rasgo obtuvo una media más baja en el grupo control, a diferencia de la depresión estado que fue más baja en el grupo experimental, La distribución de

los datos fue asimétrica en el grupo experimental, pero no en el control. El p valor hallado fue mayor a $p = \geq 0.05$ en todas las variables de los dos grupos analizados indicando que no existían diferencias significativas entre los dos grupos.

En cuanto a la distribución de los participantes en los niveles de las variables se evidenció que en los dos grupos la mayoría de los participantes se ubicaron en puntuaciones bajas en depresión rasgo, y altas en depresión estado.

Prueba del supuesto de normalidad para las variables evaluadas

El análisis de los datos incluyó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk teniendo en cuenta que se trata de una muestra conformada por menos de 50 observaciones y los datos se interpretaron considerando que al obtener puntuaciones $p = \geq .05$ se acepta la hipótesis nula que establece que los datos son normales, y que las puntuaciones de $p = \leq .05$ aceptan la hipótesis de trabajo que establece que los datos son no normales.

Los datos hallados que se muestran en la tabla 7 exponen la presencia de datos que cumplen con el supuesto de normalidad en el grupo control (competencia personal, autoestima, estado físico, ambiente familiar, capacidad funcional personal, calidad de vida global en paciente con cáncer, depresión rasgo y depresión estado), y en el grupo control (aceptación, autoestima, ambiente familiar y social, capacidad funcional, calidad de vida global en paciente con cáncer y depresión rasgo). En contraste con las otras variables sin negrilla que no cumplen con este supuesto y a partir de ello se analizan los datos para hallar las diferencias entre grupos.

Tabla 13.*Prueba de normalidad de las variables evaluadas*

Instrumento y variable	Dimensiones	<i>P</i> valor	
		Grupo experimental	Grupo control
Resiliencia (R14)	Competencia personal	.055	.000
	Aceptación	.001	.075
	Resiliencia	.024	.001
Resiliencia (CD-RISC)	Resiliencia global	.024	.001
Autoestima (Rosemberg)	Autoestima	.092	.100
Calidad de vida en el paciente con cáncer (FACT-G)	Estado físico	.005	.038
	Ambiente familiar y social	.208	.277
	Estado emocional	.021	.009
	Capacidad funcional personal	.112	.894
	Calidad de vida en paciente global	.723	.440
Depresión estado/rasgo (IDER)	Depresión rasgo	.106	.155
	Depresión estado	.080	.028

Con el propósito de describir los cambios en los niveles de resiliencia, la competencia personal y la aceptación después de la intervención, se procedió a aplicar Kruskal Wallis y prueba U Mann-Whitney para los datos que no cumplieran con el supuesto de normalidad. En la tabla 13 se presentan los resultados de los análisis intergrupales en los cuales se compararon los resultados en el pre y postest entre los grupos, y posteriormente la comparación de los resultados del grupo experimental (tabla 13).

Tabla 14.

Diferencias significativas pre y postest en resiliencia y calidad de vida en grupo control y experimental

Variables	Pretest		Control		Postest		Control		Intragrupal				Intergrupal	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	K	p	K	p	P	η^2
Competencia personal	70.60	5.90	71.50	8.24	71.65	5.88	71.00	2.29	.782	.377	.885	.347	.149	.126
Aceptación	17.10	4.61	19.00	2.04	18.25	2.73	18.98	1.77	.833	.361	.913	.030	.044	.206
Resiliencia (R14)	87.70	9.42	90.50	9.97	89.90	8.14	90.33	2.87	1.28	.257	.879	.045	.025	.169
Resiliencia (CD-RISC)	28.25	10.45	31.25	8.77	30.30	10.32	30.58	4.27	.989	.320	1.20	.028	.055	.134
Estado físico	21.05	6.70	22.25	5.36	23.35	4.12	24.25	3.36	.065	.799	.241	.623	.041	.296
Ambiente familiar y social	17.05	7.03	19.67	4.67	18.75	4.91	21.08	4.25	.671	.413	1.61	.204	.109	.198
Estado emocional	17.95	5.60	19.83	4.29	18.80	4.86	20.92	3.45	.956	.328	1.99	.158	.165	.115
Capacidad funcional personal	18.45	5.67	17.58	6.30	18.80	3.86	19.00	5.27	.123	.725	.038	.845	.444	.051
Calidad de vida del paciente	74.50	19.34	79.93	14.90	79.70	11.63	85.25	12.35	.298	.585	1.41	.235	.023	.230

Los datos descriptivos muestran puntuaciones más altas en competencia personal para el grupo experimental en el pretest, y en aceptación resiliencia global (R14) y resiliencia (CD-RISC) en el pretest del grupo control. Al comparar las medias de los dos grupos entre el pre y postest, se identificó que todas las variables incrementaron entre una medición y otra en el grupo experimental, en tanto, en el grupo control los puntajes de las variables analizadas se mantuvieron similares (tabla 14).

El *p* valor del postest muestra valores significativos ($p = \geq 0.05$) indicando que se acepta la hipótesis nula y por tanto no existe diferencias significativas entre las medidas pre y postest de la variable competencia personal, lo cual indica que el análisis intragrupal permite concluir que

existen diferencias significativas entre las puntuaciones pre y postes del grupo experimental para las variables aceptación, puntaje global de resiliencia (R14) y resiliencia (CD-RISC).

Por otra parte, al realizar el análisis intergrupar, es decir entre los grupos experimental y control se hallaron valores $p = \geq 0.05$ en las variables competencia personal y resiliencia (CD-RISC), aunque será necesario aclarar que los valores de esta última variable fueron cercanos a lo significativo, aunque no alcanzó el umbral. Así, las diferencias entre grupos se hallaron en las variables aceptación y puntaje global de resiliencia (R14). Al analizar el tamaño del efecto de la intervención estos oscilaron entre $\eta^2 = .126-206$ indicando tamaños pequeños.

El p valor del postest muestra valores significativos ($p = \geq 0.05$) indicando que se acepta la hipótesis nula y por tanto no existe diferencias significativas entre las medidas pre y postest al comparar entre los grupos experimental y control. En tanto, el análisis intragrupo que buscaba determinar la existencia de diferencias significativas entre las mediciones pre y post del grupo experimental permitieron ubicar diferencias significativas ($p = \leq 0.05$) en las variables *estado físico*, *calidad de vida del paciente* y *depresión rasgo*, indicando un aumento significativo de sus puntuaciones para el caso de estado físico y calidad de vida, y un decremento importante de la depresión rasgo. Asimismo, al analizar el tamaño del efecto de la intervención estos oscilaron entre $\eta^2 = -.147$ y $.361$ indicando tamaños pequeños.

Tabla 15

Diferencias significativas pre y postest en calidad de vida, autoestima y depresión en grupo control y experimental

Variables	Pretest				Postest				Intergruppal				Intragruppal	
	Experimental		Control		Experimental		Control		Pretest		Postest		p	η^2
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	K	p	K	p		
Autoestima	33.90	3.09	32.75	4.53	32.35	4.09	31.33	4.27	.125	.723	.369	.544	.063	.361
Depresión rasgo	17.65	6.28	15.58	4.99	15.15	4.20	14.50	5.72	.526	.468	1.01	.314	.044	-.331
Depresión estado	16.55	5.22	14.58	5.26	15.55	4.35	15.58	7.19	1.33	.248	.380	.538	.781	-.147

En la tabla 15 se muestran los datos descriptivos de los grupos experimental y control para el pretest y el postest, evidenciando medias más altas en el postest en la mayoría de las variables analizadas, es decir, una diferencia incremental en las puntuaciones obtenidas al finalizar la intervención, con respecto a la línea base. La variable *autoestima* mostró un leve decremento en su puntaje postest con respecto al pretest, así como las variables *depresión rasgo* y *depresión estado*, tendencia que se mantuvo en el grupo control.

CAPITULO IV

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como propósito evaluar los efectos de un programa de intervención basado en técnicas cognitivas conductuales para promover resiliencia y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, necesidad que surge a partir de la importancia que tiene la resiliencia como un factor protector en la salud mental en mujeres con cáncer de mama, además servir como herramienta para el manejo de la enfermedad, puesto que es un aspecto positivo en relación con las respuestas emocionales, cognitivas y sociales ante el diagnóstico, favoreciendo así una adecuada calidad de vida (Alamo et al., 2011; Galvez et al., 2018).

En primera instancia los resultados evidencian que la mayoría de las participantes del grupo experimental y el grupo control en cuanto a sus condiciones médicas tenían un tiempo de diagnóstico de 0 a 11 meses, en el momento de iniciar el programa, lo cual implica que las mujeres se encuentran con mayor sensibilidad emocional, por lo tanto, aún responden con altos niveles de estrés ante el diagnóstico, debido a que en esta primera etapa de la enfermedad protagonizan sentimientos como la negación, la rabia y la ansiedad que las llevan a tener una interpretación negativa del diagnóstico y de sus síntomas (Cano; 2005; Romero ; 2011 & Di Giacomo et al; 2016).

Adicional a lo anterior, es importante mencionar que en el momento en que se inició el programa a nivel mundial se estaba atravesando por un periodo de pandemia por COVID-19 y al ser una población de riesgo debido a su condición médica, es probable hayan percibido ese momento de forma amenazante, teniendo en cuenta que el tiempo de cuarentena generó efectos psicológicos que incluyen alteraciones emocionales, mal humor, irritabilidad y estrés. Trejos, et al., (2020). Por estas condiciones de prevención para su protección se realizó el programa de manera virtual.

Con relación a los procedimientos médicos, las mujeres del grupo experimental en su mayoría fueron intervenidas quirúrgicamente a través de una mastectomía, en comparación con las mujeres del grupo control, afectando su calidad de vida y generando una autopercepción corporal distorsionada afectando así su funcionamiento a nivel psicológico en sus múltiples áreas de vida, como también su bienestar psicológico por las emociones negativas que experimentan por la pérdida de la mama (Valle, 2001; Mathews, 2002; Fobair et al., 2002; Bult et al., 2002). Por consiguiente, las mujeres del grupo experimental se encuentran en una fase de la enfermedad más compleja a nivel psicológico, y esto probablemente puede obstaculizar el proceso de afrontamiento, en comparación con las participantes del grupo control que aún no se encuentran atravesando el duelo por la pérdida de una parte de su cuerpo y es lo que se describe a continuación.

En lo que respecta a las dimensiones de la escala R14 de resiliencia en el pretest, en su mayoría las mujeres del grupo experimental y del grupo control obtuvieron puntuaciones altas en sus dos dimensiones como son, **competencia personal** y **aceptación de sí misma y de la vida**, siendo más elevadas en el grupo control; estas son consideradas características de la resiliencia como la ecuanimidad, perseverancia, confianza en sí mismo, satisfacción personal y sentirse bien solo. Wagnild y Young. (1993), lo que indica que este porcentaje de participantes antes de iniciar el programa evidenciaban una perspectiva balanceada de su vida, una actitud persistente ante la adversidad, una concepción positiva de sí misma y de sus propias capacidades y limitaciones, como también una comprensión de la unicidad de la persona, Wagnild y Young. (1993).

Sin embargo, es menester mencionar que un 40% del grupo experimental obtuvo resultados bajos en Competencia personal y un 35% en aceptación de sí mismo y de la vida, esto sugiere que no cuentan con conductas resilientes que le favorezcan el afrontamiento de la enfermedad, facilitando probablemente un mal manejo del efecto negativo de la misma, evidenciando poca

capacidad para sobreponerse y mantener una conducta adaptativa frente a la adversidad. Wagnild y Young. (1993).

Por otra parte, en los resultados de la prueba de CD RISC, tanto en el grupo experimental como el en grupo control en el pretest a nivel global se obtuvieron puntuaciones altas, aunque hubo un porcentaje menor de participantes con puntuaciones bajas, esto se puede explicar porque el CD RISC concibe la resiliencia como una medida global de salud mental, que expresa una cualidad personal para afrontar las experiencias de estrés con éxito integrada por una suma de capacidades específicas, responsables de la adecuada adaptación de la persona al entorno (Luthar et al., 2000; Connor y Davidson, 2003), por lo tanto, al no discriminar la resiliencia por dimensiones brindan un puntaje más genérico en comparación con la escala R14.

Por otra parte, en las puntuaciones globales de resiliencia analizadas en el grupo experimental como en el grupo control en el pretest, fue posible evidenciar algunas diferencias al respecto. Una de las más importantes fue que en la escala (R14), que concibe la resiliencia como una cualidad individual positiva que facilita la adaptación a la adversidad, el grupo control obtuvo puntuaciones más altas que el grupo experimental, cuestión que puede explicarse por las condiciones médicas a las que estaban expuestas en comparación con el grupo experimental, dado que en su mayoría las participantes no tuvieron que enfrentar una intervención quirúrgica como la mastectomía, lo cual facilita de alguna manera que la adaptación a la enfermedad sea menos traumática, que en las participantes del grupo experimental.

Lo anterior concuerda con los estudios de Rincón et al., (2010), Mushtaq & Naz, (2017) y Huang et al., (2019) quienes afirman que las mujeres mastectomizadas presentan niveles bajos de resiliencia a diferencia de las mujeres que no han sido mastectomizadas, afectando la satisfacción

corporal, facilitando la existencia de sintomatología depresiva y ansiosa; alteraciones psicológicas que de alguna manera no facilitan procesos resilientes.

En este sentido, Izydorczk et al., (2018), sugieren que es relevante realizar intervenciones psicológicas tanto psicoeducativas como de psicoterapia especializada, con el propósito de fomentar resiliencia psicológica, inmediatamente después de la intervención quirúrgica porque es un factor protector importante para la imagen corporal, evitando así, una autoestima negativa y distorsiones cognitivas con respecto a su cuerpo en las mujeres con cáncer de mama y una adecuada adaptación a la misma.

Por otra parte, el tiempo del diagnóstico, suele ser un aspecto relevante para determinar conductas resilientes en el afrontamiento y adaptación a la enfermedad, teniendo en cuenta que la mayoría de las participantes del grupo experimental se encuentran recién diagnosticadas, atravesando la etapa aguda de la enfermedad. Esto coincide con lo encontrado por Wu et al., (2016), quienes afirman que las mujeres recién diagnosticadas evidencian niveles bajos de resiliencia. Sin embargo, estudios como el de Di Giacomo et al., (2016), difieren con lo anterior, sugiriendo que las mujeres jóvenes recién diagnosticadas, son más resilientes emocionalmente, ya que transforman las emociones negativas en crecimiento personal.

Con respecto a la calidad de vida y sus dimensiones se evidenciaron unos aspectos importantes; ambos grupos obtuvieron puntajes bajos en el estado físico, lo cual es esperado por las experiencias fisiológicas que se encuentran atravesando debido a los tratamientos médicos a las que han sido expuestas; en este sentido, Correa y Salazar (2007), sostienen que los tratamientos en algunas ocasiones en forma simultánea generan diversas molestias físicas afectando su calidad de vida y las variables psicológicas que lo predisponen para el rechazo y la evitación de estos. A su vez, Rojas et al., (2019) sugieren que los efectos secundarios de la quimioterapia en mujeres con

cáncer de mama afectan su calidad de vida generando menor funcionalidad física y menor sensación de placer sexual. Por lo anterior, es importante que en futuros estudios se desarrollen estrategias de intervención destinadas a mejorar las dimensiones de la autoestima y en ellas incluir no solo el aspecto sexual sino también el cuidado físico y emocional de esta población, con el fin de mejorar la calidad de vida y procesos resilientes.

En lo concerniente a las dimensiones de estado emocional y capacidad funcional personal se encontraron similitud de puntuaciones tanto en el grupo experimental como en el grupo control. No obstante, en la dimensión del ambiente familiar y social, al parecer las mujeres del grupo control tiene más apoyo familiar que las del grupo experimental, esto puede tener influencia en las puntuaciones altas de resiliencia mencionadas anteriormente, lo cual concuerda con Zhang et al., (2017),

quienes sostienen que el apoyo social es esencial para el desarrollo de la resiliencia mejorando la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

En este sentido, Hernández et al., (2020) y Hernández et al., (2021), plantean que el apoyo social tangible y emocional por parte de los miembros de la familia facilita el afrontamiento de la enfermedad y ayudan a superar el riesgo de vulnerabilidad a pesar de la enfermedad. Lo anterior muestra la necesidad de incluir este elemento en futuros programas de intervención con esta población, que no solo se limite a procesos individuales sino también involucrar la red de apoyo para fomentar mejores recursos resilientes en mujeres con cáncer, y así mitigar las alteraciones psicológicas que se puedan presentar a través del proceso de la enfermedad.

En este orden de ideas, se encontró una proporción exactamente igual en el grupo experimental entre los que tuvieron porcentajes altos y porcentajes bajos en calidad de vida a nivel

global, mientras que en el grupo control la mayoría de las participantes tuvieron puntajes altos, lo cual es esperado, ya que este grupo tiene un buen funcionamiento familiar y estado emocional como también un apoyo familiar y social, y es probable que esté asociado a que aún no se han enfrentado a procedimientos médicos como en el caso del grupo experimental.

Por consiguiente, es relevante mencionar lo encontrado por diversos estudios que dan cuenta de la relación positiva que existe entre la resiliencia y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, afirmando que las mujeres con características resilientes evidencian buena calidad de vida relacionada con la salud, afectado todas sus dimensiones de manera positiva (Ocampo et al., 2011; Ristevska-Dimitrovska, 2015; Mohlin et al., 2020; Pineda, 2019).

En cuanto a las alteraciones psicológicas que presentan las mujeres con cáncer de mama durante el proceso de la enfermedad y que a su vez limitan el afrontamiento de esta (Krebber et al., 2014), la depresión es la más prevalente (Burgess et al., 2005; Valderrama y Sánchez, 2018). Puede aparecer desde el momento del diagnóstico o bien durante el tratamiento, aunque su aparición más común es después de la mastectomía (Bouchard et al., 2019; Mitchell, 2011), siendo también el primer año de diagnóstico el más susceptible para su aparición como también el necesario para su intervención psicológica (Fann et al., 2008; Zhu et al., 2018).

Con relación a este aspecto, se encontró que la mitad de las participantes del grupo experimental tienen depresión rasgo, la cual es permanente y se mantiene en el tiempo mientras que en el grupo control esto ocurre, pero en una proporción menor. Es decir que las participantes del grupo experimental tienen la tendencia a presentar un estado deprimido en comparación con el grupo control. No obstante, la depresión estado que depende de la condición actual en las que se encuentran por la enfermedad, la mayoría de las participantes del grupo experimental como del grupo control obtuvieron puntuaciones altas.

Lo anterior, es esperado, debido que ante eventos adversos como un diagnóstico de cáncer de mama el estado de ánimo se altere desarrollando un malestar psicológico. De acuerdo con esto, estudios sugieren que se deben impartir cursos de capacitación y servicios de asesoramiento para mujeres con cáncer de mama para mejorar su estado de salud mental y reconocen que la resiliencia puede influir negativamente en la sintomatología depresiva, ya que las personas que se encuentren menos deprimidos tienen niveles más altos de resiliencia (Ristevska-Dimitrovska et al, 2015; Fradelos, et al., 2017; Tadayon et al, 2018).

Con respecto a la variable de la autoestima ambos grupos obtuvieron resultados altos, lo cual no concuerda con estudios que afirman que los niveles de autoestima suelen verse alterados por los procedimientos médicos que atraviesan, especialmente en el caso de las participantes del grupo experimental (Kiebert et al., 1990; Margolis et al., 1990; Mock, 1993; Yurek et al., 2000), posiblemente estos resultados se deban a que, a nivel de resiliencia, la dimensión que hace referencia a la aceptación de sí misma y de la vida, la cual hace alusión a la capacidad que tiene el sujeto de tener un equilibrio, flexibilidad y aceptación por la vida a pesar de la adversidad Wagnild y Young. (1993), se encontró con puntajes altos en la mayoría de las participantes en ambos grupos. También, estos resultados, pueden estar relacionados con el tipo de instrumento que se utilizó, en este sentido. Se considera importante que en futuros estudios se incorporen otros instrumentos que valoren las diferentes dimensiones de la autoestima, para obtener mayor sensibilidad y discriminación de esta.

Ahora bien, a continuación, se expondrán las diferencias significativas encontradas entre las mediciones de antes y después dentro de los grupos en las variables de resiliencia, calidad de vida y depresión rasgo. En el grupo experimental se modificaron de manera significativa los

puntajes de aceptación de sí mismas y de la vida como también la resiliencia global tanto en el R14 como en el CD RISC, en comparación con el grupo control.

Esto indica que el programa promovió aún más una adaptabilidad, una perspectiva de la vida estable y una flexibilidad ante el diagnóstico, amortiguando el impacto negativo a nivel psicológico que genera la enfermedad mediante la promoción de factores resilientes como el humor, la autoestima y la resolución de problemas, los cuales fueron promovidos en el programa de la presente investigación, ya que como afirma Acero (2011) la resiliencia es un atributo que varía de un sujeto a otro y que puede crecer o declinar con el tiempo y los factores protectores son características del ambiente y de la persona que aminoran el impacto negativo de la adversidad y sus condiciones estresantes.

Lo anterior tiene sentido con lo expuesto por diversos autores, quienes afirman que promover factores individuales como la autoestima, el humor y la resolución de problemas favorecen conductas resilientes mitigando así los efectos colaterales de la experiencia traumática (Theis, 2003; Vanistendael y Lecomte 2006; Greve y Staudinge, 2006; Melillo et al., 2008; Grotberg, 1995). En esta línea, Zhan et al., (2018) indican que los recursos individuales desempeñan un papel importante en el afrontamiento y adaptación a la enfermedad, y esto lo confirma Ludolph et al., (2019) argumentando que las intervenciones en resiliencia tienen el objetivo de promover la resiliencia individual en el contexto de un factor estresante significativo, por lo que, se pueden aplicar en pacientes con cáncer inmediatamente después del diagnóstico, pero también durante el curso de la enfermedad y el tratamiento. (Hong et al., 2016; Klosterkötter, 2017).

De igual manera, Puig y Rubio (2011), afirman que se deben desarrollar modelos y programas de aplicación, focalizando la atención en los recursos, fortalezas y potencialidades para

afrontar la adversidad y llegar a construir, a través de ella, una postura positiva frente al dolor y al sufrimiento.

Es menester mencionar que en la literatura no se han logrado identificar investigaciones que promuevan el fortalecimiento de estos factores, no obstante, lo que se menciona es que se ha encontrado efectos positivos en otros programas, pero a nivel general asociados con procesos psicológicos, sin especificar factores protectores de resiliencia, lo cual se considera un aspecto novedoso de esta investigación, ya que, logra ver la resiliencia como un proceso individual en el cual se considera importante promover estas características individuales para lograr un afrontamiento del diagnóstico de manera adecuada.

Con respecto a la calidad de vida se encontraron diferencias significativas en la dimensión del estado físico y la calidad de vida en general en el grupo experimental, lo que es esperado por la conexión que existe entre estas dos variables, es decir que mientras se fomentan conductas resilientes en esta población se evidenciará un impacto positivo en su calidad de vida (Ocampo et al., 2011). Esto coincide con Molina et al., (2014), quienes indican que el reconocer y promocionar características resilientes en distintas etapas del cáncer puede llevar a un aumento en la calidad de vida de la persona.

Asimismo, sirve como un factor protector para la adaptación positiva, reduciendo quejas relacionadas con el estado físico e influyendo directamente en la calidad de vida física y psicológica de las pacientes (Li, et al., 2016). Los estudios sugieren continuar desarrollando programas enfocados en promover resiliencia y calidad de vida con el fin de mitigar los efectos colaterales que se derivan de la afectación de esta enfermedad generando así una adaptación positiva frente a la misma (Ocampo et al., 2011; Ristevka et al., 2015; Zhang et al., 2017; Alizadeh et al., 2018; Axelsson et al., 2018; Rojas et al., 2019).

Con relación a la depresión, se encontraron de igual manera diferencias significativas en las participantes del grupo experimental, puesto que la depresión rasgo tuvo un decremento en comparación con los resultados obtenidos antes de aplicar el programa, lo que indica que su estado emocional mejoró debido al incremento en la resiliencia después del programa. Estos resultados concuerdan con estudios que conciben a la resiliencia como un factor protector para la depresión y la angustia psicológica (Markovitz et al., 2015; Ristevska et al., 2015; Tadayon et al., 2018). Además, confirma la importancia de continuar promoviendo la resiliencia debido a los efectos positivos que tiene en los estados de ansiedad, depresión y calidad de vida para aumentar la esperanza en la vida (Heydari et al., 2022).

Por esta razón, se considera importante para futuras investigaciones incorporar la valoración de la depresión en los procesos de intervención en pacientes con cáncer de mama, y abordarlos a nivel terapéutico para así lograr un impacto positivo en la promoción de conductas resilientes.

Para concluir, en cuanto a la magnitud del efecto, se encontró que este tuvo un efecto pequeño, esto puede explicarse por el tiempo del diagnóstico de las participantes, debido a que la mayoría del grupo experimental se encontraban en una etapa aguda de la enfermedad (0 a 11 meses de tiempo del diagnóstico) agregado a las intervenciones quirúrgicas que ya habían atravesado, por eso, es probable que estén respondiendo con altos niveles de estrés obstaculizando los procesos resilientes, por tal motivo se considera que la magnitud del efecto no fuera tan grande.

En este sentido, no es lo mismo realizar intervenciones a una población que se encuentre en estado agudo de la enfermedad, que a las que pueden tener más tiempo con el proceso de esta ya que, la resiliencia se va a manifestar de manera más fácil cuando ya se ha tenido un mayor tiempo de afrontamiento de la enfermedad, por lo tanto, el tamaño del efecto podría ser mayor si en futuras

investigaciones se realizarán programas de intervención con una muestra con un tiempo de diagnóstico de más de un año. Lo anterior es considerado una limitación de este estudio debido a las características de la población y la falta de aleatorización de la muestra, así como también la conveniencia de que en futuros estudios se incluyan diversas características de la población como la edad, las etapas de la enfermedad y la condición social para comparar los resultados o el impacto del programa.

Así pues, en concordancia con los resultados obtenidos en esta investigación es relevante resaltar el papel de la resiliencia como un factor protector en la salud mental en mujeres con cáncer de mama facilitando así una adaptación positiva frente a la enfermedad.

Llegados a este punto, se puede concluir que la intervención logró resultados importantes en procesos de resiliencia, se evidenció que mejoró dimensiones de la calidad de vida de forma importante, como también factores psicológicos como la depresión. Si bien es cierto, antes de aplicar el programa las mujeres del grupo experimental arrojaron resultados altos en niveles de resiliencia en cuanto a sus dimensiones en la escala R14, no obtuvieron puntajes altos a nivel global. Se pudo evidenciar que después del programa se logró un aumento significativo en estos niveles, dando respuesta a los objetivos propuestos en esta investigación, lo cual se respalda en lo encontrado en la bibliografía, en estudios que han abordado el tema de la resiliencia, calidad de vida y cáncer de mama.

En esta línea, estos resultados dieron respuesta a la necesidad de desarrollar intervenciones basadas en un enfoque de la promoción de factores resilientes y calidad de vida con el fin de ayudar a moderar el efecto negativo generado por el propio diagnóstico y las consecuencias derivadas de su tratamiento, con el objetivo de que desarrollen estrategias de afrontamiento funcionales que les permita adaptarse a la enfermedad y se adapten de manera positiva a la misma.

Se considera importante para futuros programas de intervención, integrar a los cuidadores principales de su núcleo familiar y/o involucrar la red de apoyo, teniendo en cuenta que la resiliencia también es vista como un proceso dinámico que involucra no solo características individuales sino también del contexto.

De igual manera, el desbalance que existe en la cantidad de la muestra es considerado una limitación de este estudio puesto que, debido a las características clínicas de las participantes sumado al tiempo de pandemia que estaban experimentando por COVID-19, no fue posible acceder a una población más extensa y además realizarlo de manera presencial por el riesgo que representaba para la muestra en el momento de iniciar el programa.

Lo anterior, se tendrá en cuenta para estudios posteriores y se puede convertir en una línea de investigación a futuro para el presente estudio, en el cual se deberá incorporar a más personas para poder aumentar la capacidad y generalización de los datos, como también desarrollar el programa de manera presencial para que de esta manera influya probablemente en que la magnitud del efecto pueda cambiar en condiciones “normales” sin Covid. Al respecto, Vanhove et al., (2016); Ludolph et al., (2019), sostienen que las intervenciones presenciales logran mejores tamaños de efecto en vez de las de en línea como también la mayor durabilidad de las sesiones.

REFERENCIAS

1. Acero, P. (2011) *La otra cara de la tragedia: Resiliencia y crecimiento postraumático*. Editorial San Pablo
2. Acinas Acinas, M. P. (2014) Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.05.003>
3. Agaibi, C. E. y Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma, Violence and Abuse*, 6, 195-216
4. Aguirre-Loaiza, H., Núñez, C., Navarro, A., & Cortés, S. (2017). Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el FACT-B Y SF-36. *Psychologia*, 11(1), 109-120.
5. Agudelo, D. M., Gómez, Y., & López, P. (2014). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 32(1), pp. 71-84. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.05](https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.05)
6. Álamo, G., Caldera, M. F., Cardozo, M. J., & Gonzalez, Y. L. (2012). Resiliencia en personas con cáncer. *Revista Arbitrada Formación Gerencial*, 11(2), 268-294. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4192196.pdf>
7. Alarcón, R., Cerezo, M. V., Hevilla, S., y Blanca, M. J. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.001>
8. Alizadeh, S., Khanahmadi, S., Vedadhir, A., & Barjasteh, S. (2018). The relationship between resilience with self-compassion, social support and sense of belonging in women with breast cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19(9), 2469.
9. Allen, J. D., Savadatti, S., & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-Oncology*, 18; DOI:10.1002/pon.1380, 71-78.
10. Amar Amar, J., Martínez González, M., & Utria Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud, Barranquilla* [online], 29 (1), 124-133.
11. Andersen, B. L., Yang, H. C., & Farrar, W. B. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, 113; DOI:10.1002/cncr.23969, 3450-3458.
12. Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(1), 173-178. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>

13. Ardila, R. (2003) Calidad de vida una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161- 164.
14. Arrieta-Rivarola, M. I. (2017). Resiliencia en la escuela: promoción de factores constructores de la resiliencia dentro del ámbito educativo desde una perspectiva humanista. Trabajo de obtención de grado, Maestría en Desarrollo Humano. Tlaquepaque, Jalisco, México: ITESO, Enlace directo al documento: <http://hdl.handle.net/11117/5162>.
15. Arroyo Yustos, M., Martín Angulo, M., & Álvarez-Mon Soto, M. (2017) Cáncer de mama. *Medicine (Spain)*, [http s://doi.org/10.1016/j.med.2017.05.001](http://doi.org/10.1016/j.med.2017.05.001)
16. Austrich, E., & Gonzáles, M. (2008). Una oportunidad de vida, el papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama.
17. Axelsson, U., Rydén, L., Johnsson, P., Edén, P., Månsson, J., Hallberg, I. R., & Borrebaeck, C. A. K. (2018). A multicenter study investigating the molecular fingerprint of psychological resilience in breast cancer patients: study protocol of the SCAN-B resilience study. *BMC cancer*, 18(1), 789. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4669-y>
18. Azcárate-García, E., Valle-Matildes, U., Villaseñor-Hidalgo, R., & Gómez-Pérez, A. I. (2017). Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Atención familiar*, 24(4), 169-172.
19. Badía, X. (1995): “La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos”. En J. Sacristán, J. Badía y J. Rovira (eds.): *Farmacoeconomía*. Madrid: Editores Médicos.
20. Baker, F., e Intagliata, J. (1982): “Quality of life in the evaluation of community support systems”. *Eval progr planning*, 5, pp. 69-7
21. Balluerka, N. & Vergara, I. (2002). *Diseños de investigación experimental en psicología*. España: Prentice Hall
22. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Nueva York: Freeman.
23. Barcelata Eguilarte, B. (2015). *Resiliencia: Una visión optimista del desarrollo humano*. En Viveros Fuentes (Ed.), *Bogotá: Adolescentes en riesgo: Una mirada a partir de la resiliencia*. (pp 1-31). Editorial Manuel Moderno.
24. Bazzi, A. R., Clark, M. A., Winter, M. R., Ozonoff, A., & Boehmer, U. (2018). Resilience among breast cancer survivors of different sexual orientations. *LGBT health*, 5(5), 295-302.
25. Beatty, L., Kemp, E., Butow, P., Girgis, A., Schofield, P., Turner, J., Hulbert-Williams, N. J., Levesque, J. V., y Koczwara, B. (2018). A systematic review of psychotherapeutic interventions for women with metastatic breast cancer: Context matters. *Psychooncology*, 27(1), 34-42. <https://doi.org/10.1002/pon.4445>

26. Becker, G. & Newsom, E. (2005). Resilience in the Face of Serious Illness Among Chronically Ill African Americans in Later Life. *Journal of Gerontology: Social Science*; 60B(4), 214-223. <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/60/4/S214/545309>
27. Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
28. Bellizzi, K. M., y Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47
29. Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 4(1), 133-142. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2007.v4.n1.16618
30. Bergner, M. (1989): "Quality of life, health status and clinical research".
31. Bernard, B. (1999): "Applications of resilience: Possibilities and promise", en Glantz, M. y Johnson (eds), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York, Plenum Publishers, pp. 269-277.
32. Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H. & Dasen, P. R. (1992). *Cross-cultural psychology: research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
Poortinga, Y. H. & Soudijn, K. (2002). Behavior-culture relationships and ontogenetic development. En H. Keller, Y. H. Poortinga & A. Schoelmerich (Eds.), *Between biology and culture: Perspectives on ontogenetic development*. Cambridge: Cambridge University Press.
33. Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43. Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/99071/94661>
34. Binswanger H. P. & Aiyar S. (2003). *Scaling up community driven development: theoretical underpinnings and program design implications*. Washington D.C.: Banco Mundial.
35. Bonanno, G. (2012). Uses and abuses of the resilience construct: loss, trauma, and health-related adversities. *Social Science & Medicine*, 74(5); DOI:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.022>, 753-756.
36. Buffit Torres, P. M., Esteban, C., Castro, E. M., & Irizarry-Rodríguez, A. (2021). El impacto de la cirugía de mastectomía en la satisfacción sexual en mujeres con pareja. *Revista Caribeña de Psicología*, 5, e5537. <https://doi.org/10.37226/rcp.v5i1.5537>
37. Burga, I., Sánchez, T., y Jaimes, J. E. (2016). Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes con cáncer de mama en un hospital de EsSalud de Lima. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 1,9-16.

38. Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. y Ramirez, A. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*,330; 702–5
39. Burton, N. W., Pakenham, K. I., y Brown, W. J. (2009). Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity: a cluster randomized trial of the READY program. *BMC Public Health*, 9(1), 427.
40. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R., Torre, L., & Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 0; DOI: 10.3322/caac.21492, 1-31.
41. Brix, C., Schleussner, C., Füller, J., Roehrig, B., Wendt T. G. y Strauss, B. (2008) The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. *Journal Psychosomatic Research*, 65(6), 541-8.
42. Castillo, L. F. V., Saa, P. A. C., & Lemus, S. G. (2015). Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 2(2), 195-218.
43. Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
44. Campbell-Sills, L., y Stein, M. (2007). Psychometric Analysis and Refinement of the ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10- Item Measure of Resilienc
45. Campagne, D. M. (2018). Cáncer: comunicar el diagnóstico y el pronóstico. *Semergen*; DOI:10.1016/j.semerng.2018.11.007.
46. Campagne, D. M. C (2019) cáncer: comunicar el diagnóstico y el pronóstico. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2018.11.007>
47. Cano, A., Sirgo, A., y Díaz-Ovejero, M. B. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con la salud y la enfermedad. En E. G. Fernández- Abascal y F. Palmero (coord.), *Emociones y salud* (p. 69-88). Barcelona: Ariel.
48. Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A/16099>
49. Cano, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Crítica*, 968, 12-16. Recuperado de <http://revista-critica.com/wp-content/uploads/2012/11/968-Atrapados-por-el-estrés-jul-ago-2010.pdf>

50. Carretero R. Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. Disponible en:
<https://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/27/raulcarretero.pd>
51. Castañeda, A., Hernández, L & Hernández, M. (2017). Percepción de la salud física y emocional del equipo de fútbol sub 17 de la Uniautónoma fútbol club año 2015. *Revista Encuentros*, 15(1), 163-175. Recuperado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v15n1/1692-5858-encu-15-01-00163.pdf>
52. Cejudo, Javier, García-Maroto, Sagrario, & López-Delgado, Mari Luz. (2017). Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 35(3), 239-246. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000300239>
53. Cerezo, M. V.; Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140
54. Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., & De La Torre-Luque, A. (2014). Positive Psychology group intervention for breast cancer patients: a randomised trial. *Psychological Reports*, 115(1), 44-64. <https://doi.org/10.2466/15.20.pr0.115c17z7>
Cohen M, Fried G. comparing relaxation Training and cognitive-Behavioral
55. Charney, D. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161,195–216
56. Cho, E., & Oh, H. (2011). Effects of laughter therapy on depression, quality of life, resilience and immune responses in breast cancer survivors. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(3), 285. <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.3.285>
57. Cogollo, Z., Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 9(2), 61-71.
58. Correa, D y Salazar, C (2007) Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En Arvillaga, M, Correa, D y Salazar, I. (pp 3-23) Editorial Manual Moderno.
59. Costa, G., & Ballester, R. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 2010
60. Crespo Fernandez, L., & Rivera Garcia, ML (2012). El poder de la resiliencia generada por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(), 109-126.
61. Cruzado, J. A. y Labrador, F. J. (2000). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Revisiones en Cáncer*, 14, 63-82.

62. Cucarella, M. S. P. (2013). Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama (Doctoral dissertation, Universitat de València, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos).
63. Cuesta-Guzmán, M., Sánchez-Villegas, M., Bahamón, M. J., & Landgrave, P. A. (2020). Resiliencia y cáncer de mama: una revisión sistemática. *AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(3), 326- 333. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4069570>
64. Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y. & Gullone, E. (1994). The Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol): Instrument development and psychometric evaluation on college staff and students. *Educational and Psychological Measurement*, 54(2), 372-382.
65. Cummins, R. A. (1997b). Self-rated quality of life scales for peoples with an intellectual disability: A review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 199-216.
66. Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72.
67. Cunningham, A. J., Lockwood, G. A. y Edmonds, C. (1993). Which cancer patients benefit most from a brief, group, coping skills program? *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23, 383-398
68. Csikszentmihaly, M. (1998): Aprender a fluir. Barcelona: Kaidós
69. Delage, M. (2010). La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas. Madrid: Gedisa
70. Dent, R. J., & Cameron, R. J. (2003). Developing resilience in children who are in public care: The educational psychology perspective. *Educational Psychology in Practice*, 19 (1); DOI:10.1080/0266736032000061170, 3-19.
71. Di Giacomo, D. (2018). Psychological Resilience in Early Breast Cancer Young Patients: Experience in Real Life. *Journal of Psychosomatic Research*, 109; DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.047>, 99.
72. Di Giacomo, D., Cannita, K., Ranieri, J., Cocciolone, V., Passafiume, D., & Ficorella, C. (2016). Breast cancer and psychological resilience among young women. *Journal of Psychopathology*, 3; Available:<http://hdl.handle.net/11697/110554>, 9001-9905.
73. Di Giacomo, D., Ranieri, J., Donatucci, E., Perilli, E., Cannita, K., Passafiume, D., & Ficorella, C. (2018). Emotional “Patient-Oriented” support in young patients with I–II stage breast cancer: pilot study. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02487>
74. Dominic, N. A., Arasoo, V. J. T., Botross, N. P., Riad, A., Biding, C., & Ramadas, A. (2018). Changes in health- related quality of life and psychosocial well-being of breast

- cancer survivors: findings from a group-based intervention program in Malaysia. *PubMed*, 19(7), 1809-1815. <https://doi.org/10.22034/apjcp.2018.19.7.1809>
75. Dooley, L. N., Slavich, G. M., Moreno, P. I., & Bower, J. E. (2017). Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 33(5), 549-557. <https://doi.org/10.1002/smi.2739>
 76. Edgar, L., Rosberger, Z. y Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis: Assessment and intervention. *Cáncer*, 69, 817- 828.
 77. Edward, K., Chipman, M., Giandinoto, J., & Robinson, K. (2019). Quality of life and personal resilience in the first two years after breast cancer diagnosis: Systematic Integrative review. *British journal of nursing*, 28(10), S4-S14. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.10.s4>
 78. Estupiñán, M. F., Valdelamar, A., Enciso, L. J., & Sánchez, R. (2020). Validación de la escala FACT-Lym para la evaluación de la calidad de vida en pacientes colombianos con linfoma. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(3). <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n3.75693>
 79. Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B. y Gilderman, A. M. (1982). Family management in prevention of exacerbation of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
 80. Falloon, I. R. H. y Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.
 81. Fanakidou, I., Zyga, S., Alikari, V., Tsironi, M., Stathoulis, J., & Theofilou, P. (2017). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(2), 539–543. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1735-x>
 82. Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R. y Morton, D. L. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
 83. Fawzy, F. I. y Fawzy, N. W. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients (Manual). *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
 84. Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. y Pasnau, R. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52, 100-113.
 85. Fawzy, F. I. y Fawzy, N. W. (2011). A short term, structured, psychoeducational intervention for newly diagnosed cancer patients. En M. Watson y D. W. Kissane (eds.),

Handbook of Psychotherapy in Cancer Care (pp. 119-136). Chichester, U. K.: John Wiley & Sons, Inc.

86. Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
87. Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 126-135.
88. Ferguson, R. J., Ahles, T. A., Saykin, A. J., McDonald, B. C., Furstenberg, C. T., Cole, B. F., & Mott, L. A. (2006). Cognitive-behavioral management of chemotherapy-related cognitive change. *Psycho-Oncology*, 16(8), 772-777. <https://doi.org/10.1002/pon.1133>
89. Fernández, M. E. R., Gregorio, M. Á. P. S., Más, M. B., & Rodríguez, A. (2010). Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria Psychological differences of breast cancer patients according to the type of breast surgery. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*. <https://doaj.org/article/98415166d98849fd8739ac9c00ad4b7e>
90. Fernández, L. C., & García, M. L. R. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista puertorriqueña de Psicología*, 23(1), 109- 126. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4000273> Mostrar menos
91. Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57 – 65.
92. Fernández, S. G. M., Delgado, M. L. L., & Postigo, J. M. L. Ansiedad Estado, Resiliencia e Inteligencia Emocional Percibida en un grupo de mujeres con cáncer de mama.
93. Ferradás Canedo, M. D. M.; Freire Rodríguez, C. Calidad de vida y bienestar en la vejez. ed. Madrid: Difusora Larousse - Ediciones Pirámide, 2016. 196 p. Disponible en: <https://ezproxy.unisimon.edu.co:2258/es/ereader/unisimon/115616?page=6>. Consultado en: 20 Jul 2023
94. Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2017). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, 18(1), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>
95. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of concepts, definitions, and theory. *European Psychologist*, 18 (1); DOI: 10.1027/1016-9040/a000124, 12-23.
96. Fores, A., & Grane, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Plataforma actual.
97. Fox, B. H. (1995). The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology (Williston Park)*, 245-256.

98. Fradelos, E. C., Latsou, D., Mitsi, D., Tsaras, K., Lekka, D., Lavdaniti, M., Tzavella, F., & Papathanasiou, I. V. (2018). Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Wspolczesna Onkologia-Contemporary Oncology*, 22(3), 172-177. <https://doi.org/10.5114/wo.2018.78947>
99. Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Veneti, A., Daglas, A., Christodoulou, E., Zyga, S., & Kourakos, M. (2017). Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(9), 2545.
100. Franco, C., Amutio, A., Mañas, I., Sánchez-Sánchez, L. C., & Mateos-Pérez, E. (2019). Improving psychosocial functioning in mastectomized women through a mindfulness-based program: Flow meditation. *International Journal of Stress Management*, 27(1), 74.
101. Gallagher, M. W., Long, L. J., Richardson, A., y D'Souza, J. M. (2019). Resilience and coping in cancer survivors: The unique effects of optimism and mastery. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 32-44. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9975-9>
102. Galloway, S. & Bell, D. (2006). Quality of Life and Well-being: Measuring the Benefits of Culture and Sport: Literature Review and Thinkpiece: Scottish-Executive-Social-Research
103. Gálvez-Hernández, C. L., Ortega Mondragón, A., Villarreal-Garza, C., & Ramos del Río, B. (2018). Mujeres Jóvenes con Cáncer de Mama: Necesidades de Apoyo en Atención y Resiliencia. *Psicooncología*, 15(2).
104. García, A. L. G., Hurtado, A. G., & Aranda, B. E. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*, 12(1). https://doi.org/10.5209/rev_psic.2015.v12.n1.48908
105. Garcia-Vesga, M.C & Dominguez de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), pp.63-77.
106. Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34 (4), pp. 416-430.
107. Garmezy, N. & Masten, A. (1994). Chronic adversities. In M. Rutter, E. Taylor & L. Herson (eds.) *Child and adolescent psychiatry*, (pp. 191-207). Oxford, UK: Blackwell Scientific.
108. Gil, E (2010). La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar. *Revista El guiniguada*. (19) pp 27-42
109. Gil Villa, F. (2012). La cara social del cáncer. Barcelona: Octaedro.
110. Gómez-Acebo, P., Bravo, C., de Viu, C. M., Carmena, F. F., & Álvarez, I. N. (2013). *Resiliencia, gestión del naufragio*. Editorial Almuzara.

111. Gómez-García, A., Hernández-Cruz, M., Romero-Rojas, R., & Zamora-Ámezquita, Y. (2017). El cáncer de mama: Somatización y la resiliencia en mujeres diagnosticadas. *Revista de Ciencias de la Salud*, 4(12), 27-41.
112. Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F. & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 1-12.
113. Gómez-Vela, M. & Sabeh, E. (2000). Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 3(9), 1-4
114. Gómez-Vela, M. (2004). Evaluación de la calidad de vida de alumnos de Educación Secundaria Obligatoria con Necesidades Educativas Especiales y sin ellas. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca
115. González, M. T. (2004). Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos-CAEPO. *Editorial: TEA ediciones: España*.
116. Gotay, C. C., Ransom, S., y Pagano, I. S. (2007). Quality of life in survivors of multiple primary cancers compared with cancer survivor controls. *Cancer*, 110(9), 2101-2109 .
117. Gordon, W. A., Freidenbergs, I., Diller, L. Hibbard, M., Wolf, C., Levine, L., Lipkins, R., Ezrachi, O. y Lucido, D. (1980). Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 743-759.
118. Greve, W., & Staudinger, U. M. (2015). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. *Developmental psychopathology: Volume three: Risk, disorder, and adaptation*, 796-840.
119. Grossarth-Maticek, R., & Eysenck, H. J. (1991). RETRACTED: Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part I—Description of treatment.
120. Grotberg, E.H. (1995). The international resilience project : Research, application, and policy. *Symposium International Stress e Violencia*, Lisbon, Portugal
121. Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En: A. Melillo y E. N. Suárez Ojeda (comp.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas* (p. 19- 30). Buenos Aires: Paidós.
122. Grotberg, E. H. (Ed.). (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
123. Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S., & Mestre, J. M. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127.

124. Haglund, M. E., Nestadt, P. S., Cooper, N. S., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2007). Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. *Development and Psychopathology*, *19*(3); DOI:10.1017/S0954579407000430, 889-920.
125. Harms, C. A., Cohen, L., Pooley, J. A., Chambers, S. K., Galvão, D. A., & Newton, R. U. (2019). Quality of life and psychological distress in cancer survivors: The role of psycho-social resources for resilience. *Psycho-oncology*, *28*(2), 271–277. <https://doi.org/10.1002/pon.4934>
126. Helmreich, I., Kunzler, A., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *The Cochrane library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012527>
127. Henry, B. J. (2017). Quality of life and resilience: Exploring a fly fishing intervention for breast cancer survivors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *21*(1), E9-E14. <https://doi.org/10.1188/17.cjon.e9-e14>
128. Hernández Sampieri, Roberto , Fernández Collado, Carlos , Baptista Lucio, María del Pilar (2014). Metodología de la investigación (6° ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V
129. Heydari, M., Hajiheydari, A., Roozitalab, M., & Rohani, A. (2022). The effectiveness of resilience training on anxiety, depression, stress, life expectancy and psychological well-being of women with breast cancer. *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7368574>
130. Hill, J., Holcombe, C., Clark, L., Boothby, M. R., Hincks, A., Fisher, J., . . . Salmoni, P. (2011). Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological Medicine*, *41* (7); DOI:10.1017/s0033291710001868, 1429–1436. 9 (4), 569-582.
131. Hipkins, J., Whitworth, M., Tarrier, N. y Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *Journal of Health Psychology*.
132. Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Javna, C. D. y Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skill training and maintenance chemotherapy: one year effects of a controlled study on relapse and expression emotion. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 797-805.
133. Hong, Y. S., Park, J. Y., Kim, S. H., Kim, S. A., & Kim, Y. H. (2016). Effects of a navigation program for patients with newly diagnosed gastric cancer: A randomized controlled trial. *Asian Oncology Nursing*, *16*(3), 132-138.
134. Hopko, D. R., & Colman, L. K. (2010). The impact of cognitive interventions in treating depressed breast cancer patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *24*(4), 314-328. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.4.314>

135. Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G., & Bliss, J. (2007). The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *Breast*, 16(3), 241–251. doi: 10.1016/j.breast.2006.
136. Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T., & Wu, K. (2019). Psychological resilience of women after breast cancer surgery: A cross-sectional study of associated influencing factors. *Psychology, Health & Medicine*, 24(7), 866-878. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1574353>
137. Hu, T., Xiao, J., Peng, J., Kuang, X., y He, B. (2018). Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. *Journal of cancer research and therapeutics*, 14(1), 72.
138. Iara M, Arce s, Alvarado M, et al. Cáncer de mama. En Herrera G, Granados G y González B. instituto Nacional de Cancerología. Manual de Oncología. Procedimientos médico quirúrgicos. segunda edición. 2006. p. 464-471
139. Im, E. O., Yi, J. S., Kim, H., & Chee, W. (2021). A technology-based information and coaching/support program and self-efficacy of Asian American breast cancer survivors. *Research in nursing & health*, 44(1), 37–46. <https://doi.org/10.1002/nur.22059>
140. Inbar, J. (2011). Resiliencia, prevención y afrontamiento de la depresión y crecimiento posterior desde una perspectiva psicoterapéutica integrativa. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/50196>
141. Ingran, R.E y Scott, W.D. (1990). Cognitive behaviour therapy. En A.S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (dirs), *International handbook of behavior modification and therapy* (2ª edición). Nueva York: McGraw-Hill.
142. Infante, F. (1997): “Acciones específicas que los jóvenes y los agentes de salud toman para promover la resiliencia en los primeros”, tesis para postular al título de psicóloga de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
143. Infante, F. (2001a): *Five Open Questions to Resilience: A Review of recent literatura*, La Haya, Fundacion Bernard van Leer.
144. Infante, F. (2001b): *Four Programs in Latin America Working within a Resilience Framework*, La Haya, Fundacion Bernard van Leer.
145. Izydorczyk, B., Kwapniewska, A., Lizińczyk, S., & Sitnik-Warchulska, K. (2018). Psychological resilience as a protective factor for the body image in Post-Mastectomy women with breast cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1181. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061181>
146. Jamison, M. G., Weidner, A. C., Romero, A. A., y Amundsen, C. L. (2007). Lack of psychological resilience: an important correlate 5 for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 18(10), 1127-1132

147. Javier, D. (2018). *Resiliencia: Como la mente supera las adversidades*. EMSE EDAPP, S.L
148. Ji, H. L., Suk, K. N., A-Reum, K., Boram, K., Min, J. L. y Sang, M. L. (2013). Resilience: a meta-analytic approach. *Journal of Counseling and Development*, 91, 269-279.
149. Kaplan, R. M. (1994): "The Ziggy theorem: toward an outcomes-focused health psychology". *Health Psychol*, 13, pp. 451-460.
150. Kaplan, H. (1999): "Toward an understanding of resilience: A critical Review of definitions and models", en Glantz, M. y Johnson, J. (eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York, Plenum Publishers, pp. 17-84.
151. Karimi, M., & Shariatnia, K. (2017). Effect of spirituality therapy on the resilience of women with breast cancer in Tehran, Iran. *DOAJ (DOAJ: Directory of open Access Journals)*. <https://doaj.org/article/f442c0f154964b9a9b3f9aa9228a031d>
152. Kelleher, S. A., Dorfman, C. S., Plumb Vilaradaga, J. C., Majestic, C., Winger, J., Gandhi, V., Nunez, C., Van Denburg, A., Shelby, R. A., Reed, S. D., Murphy, S., Davidian, M., Laber, E. B., Kimmick, G. G., Westbrook, K. W., Abernethy, A. P., y Somers, T. J. (2017). Optimizing delivery of a behavioral pain intervention in cancer patients using a sequential multiple assignment randomized trial SMART. *Contemporary clinical trials*, 57, 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2017.04.001>
153. Kim, Y. H., Choi, K. S., Han, K., & Kim, H. W. (2017). A psychological intervention programme for patients with breast cancer under chemotherapy and at a high risk of depression: a randomised clinical trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 572-581. <https://doi.org/10.1111/jocn.13910>.
154. Klosterkötter J, Maier W. *Schattauer-Verlag*. Stuttgart: 2017. Handbuch Präventive Psychiatrie: Forschung-Lehre-Versorgung.
155. Kobada, S. (1979). Streeful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11
156. Kobasa, S. C. (1979a). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community* 7, 413-423.
157. Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., De Bree, R., Leemans, C. R., ... y Verdonck de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta analysis of diagnostic interviews and self report instruments. *Psycho Oncology*, 23(2), 121-130.
158. Lawton, M. (2001). "Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto". Santiago de Chile, Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006

159. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
160. Lazarus R, Folkman S.(1986) *Estrés y procesos cognitivos* 2ed. Barcelona: Martínez Roca; 124-5.
161. Lee, J. H., & Kim, H. Y. (2018). Symptom distress and coping in young Korean breast cancer survivors: the mediating effects of social support and resilience. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(2), 241-253.
162. Lehman, A. F.; Ward, N. C., y Linn, L. S. (1982): "Chronic mental patients: the quality of life issue". *Am J psychiatry*, 139, pp. 1271-1276.
163. Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Duloherly, M. M., ... & Montori, V. M. (2014). The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PloS one*, 9(10), e111420.
164. Li, M., Yang, Y., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among chinese bladder cancer patients: a cross- sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 73-81. doi: 0.1186/s12955-016-0481-z
165. Li, Y., LI, y., Chen, L., Li, Y., Qi, W y Yu, L (2018) Relationships between family resilience and posttraumatic growth in breast cancer survivors and caregiver burden. *Psychooncology* 27(4) 1284-1290.
166. Li, Y., Wang, K., Yin, Y., Li, Y., & Li, S. (2018). Relationships between family resilience, breast cancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 88, 79-84.
167. Li, Y., Qiao, Y., Luan, X., Li, S., & Wang, K. (2019). Family resilience and psychological well-being among Chinese breast cancer survivors and their caregivers. *European Journal of Cancer Care*, 28(2), e12984. <https://doi.org/10.1111/ecc.12984>
168. Lim, J. W., Shon, E. J., Paek, M., & Daly, B. (2014). The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. *Supportive Care in Cancer*, 22, 3209-3217.
169. Lillie, H. M., Venetis, M. K., & Chernichky-Karcher, S. (2017). "He would never let me just give up": Communicatively constructing dyadic resilience in the experience of breast cancer. *Health Communication*, 33(12), 1516-1524. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1372049>
170. Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011) Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance

resilience among breast cancer survivors: A pilot randomized clinical trial. *Clinical Breast Cancer*. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2011.06.008>

171. Lopez-Carton, A. (2015). *Factores predictores de procesos resilientes en jóvenes universitarios* [tesis doctoral, Universidad de Coruña] Repositorio UDC <http://hdl.handle.net/2183/15355>
172. Ludolph, P., Kunzler, A., Stoffers-Winterling, J., Helmreich, I., & Lieb, K. (2019). Interventions to promote resilience in cancer patients. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0865>
173. Luthar, S. y Cushing, G. (1999): “Measurement issues in the empirical study of resilience : An overview”, en Glantz, M. y Johnson, J. (eds), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York, Plenum Publishers, pp. 129-160.
174. Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guideline for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/pdf/nihms-21559.pdf>
175. Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4); DOI:10.1017/S0954579400004156, 857-885.
176. Lü, Q., Chen, L., Shin, L. J., Wang, C., Dawkins-Moultin, L., Chu, Q., Loh, A., & Young, L. (2021). Improvement in quality of life and psychological well-being associated with a culturally based psychosocial intervention for Chinese American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 29(8), 4565-4573. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05942-8>
177. Macarulla, T., Ramos, F., & Tabernero, J. (2009). *Comprender el cancer*. Barcelona : Amat. S.I.
178. Maddi, S. (2006). Hardiness: The courage to grow from stress. *The Journal of positive Psychology*, 1(3), 160-168.
179. Mahoney, M. y Arnkoff, D.B (1978). Cognitive and self-control therapies. En S.L. Garfield y A. L. Bergin (dirs), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York: Wiley.
180. Manciaux, M., Vanistendael, S, J & Cyrulink, B (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Comps). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (pp 17-27). Barcelona: Gedisa.
181. Mancini, A. D. y Bonnano, G. (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual difference model. *Journal of Personality*, 77 (6), 1805-1830

182. Martínez-Basurto, A. E., Lozano-Arrazola, A., Rodríguez-Velázquez, A. L., Galindo-Vázquez, O., & Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta mexicana de oncología*, *13*(1), 53-58.
183. Martínez, N., Zamudio, P., Rodríguez, D., Luna, J., Landa, A., & Domínguez, B. (2020). Terapia cognitivo-conductual grupal sobre la sintomatología depresiva-ansiosa y temperatura nasal en mujeres con cáncer de mama: estudio piloto. *Psicooncología*, 255-271
184. Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., y Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho Oncology*, *24*(12), 1639-1645.
185. Masten, A. (1999): “ Resilience comes of age: Reflections on the past and outlooks for the next generation of researchers”, en Glantz, M. y Johnson, J. (eds), *Resilience and development: Positive Life Adaptations*, Nueva York, Plenum Publishers, pp. 281-296.
186. Masten, A. (2001): “Ordinary magic: Resilience processes in development”, *American Psychologist*, marzo de 2001, pp. 227-238.
187. Masten, A. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, *23* (2); DOI:10.1017/S0954579411000198, 493-506.
188. Masten, A. (2014). Invited commentary: Resilience and positive youth development frameworks in developmental science. *Journal of Youth and Adolescence*, *43* (6); DOI:10.1007/s10964-014-0118-7, 1018-1024.
189. Masten, A. & Coatsworth, D. (1998). The development of competent in favorable and un favorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, *53*, 205-220
190. Masten, A., & Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of war, disaster and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, *63*; DOI:10.1146/annurev-psych-120710-100356, 227-257.
191. McCormick, M., & Cushman, G. (2019). Happiness When the Body Hurts: Achieving Well-Being in Chronic Health Conditions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *28* (2); DOI:https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.008, 147–156.
192. McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: The role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, *23*(1), 114-120. doi: 10.1002/pon.3380
193. McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., Dunne, E. J., Horen, B. y Toran, J. (1995). Multiple family group and

- psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-687.
194. McKiernan, A., Steggles, S., Guerin, S., & Carr, A. (2010). A controlled trial of group cognitive behavior therapy for Irish breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(2), 143-156.
 195. Medina Valencia, J Jesús, Ángeles Bueno, Wenceslao Guillermo, Delgado Vázquez, Juan Antonio, Lomelí Muñoz, Jorge Antonio, Ojeda Babilonia, Joan Arlene, & Montes Velázquez, Leonora. (2015). Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama: cirugía radical versus cirugía conservadora. *Cirujano general*, 37(1-2), 15-24. Epub 26 de marzo de 2020. Recuperado en 21 de diciembre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992015000100015&lng=es&tlng=es.
 196. Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 18(1), 32-38.
 197. Mejía-Rojas, M. E., Rengifo, A. C., & Hernández-Carrillo, M. (2020). Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomedica*, 40(2), 349-361. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
 198. Melillo, Aldo, Suarez Ojeda Elbio, (2001). *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas*. Argentina: Editorial Paidós SAICF.
 199. Melillo, A., Cuestas, A., & Estamatti, M. (2008). Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. En E. Suárez Ojeda, *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (págs. 83-102). Madrid: Paidós.
 200. Mercado, A. & Zaragoza, M. (2011). La interacción social en el pensamiento sociológico de Erving Goffman. *Espacios Públicos*, 14(31), 158-175. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/676/67621192009.pdf>
 201. Metin, Z. G., Karadaş, C., İzgü, N., Özdemir, L., & Demirci, U. (2019). Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: an assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 42, 116-125. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.003>
 202. Min JA, Yoon S, Lee CU, et al (2013). Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients. *Support Care Cancer*, 21, 2469-76.
 203. Mohlin, Å. , Axelsson, U. , Bendahl, PO , Borrebaeck, C. , Hegardt, C. , Johnsson, P. , Hallberg, IR y Rydén, L. (2020). Resiliencia psicológica y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres suecas con cáncer de mama recién diagnosticado . *Manejo e investigación del cáncer* , 12 , 12041-12051. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S268774>

204. Molina, Y., Yi, J., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K., Yi-Frazier, J. & Rosenberg, A. (2014). Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 93-10.
205. Monardes, C., Gonzalez, F., Soto, F. (2011). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, (2), 68-86
206. Moser, A., Silliman, R. A., Stuck, A. E., & Clough-Gorr, K. M. (2012). Resilience in older breast cancer survivors. *Journal of Geriatric Oncology*, 3, S87-S90. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2012.10.109>
207. Mushtaq, M., & Naz, F. (2017). Body image satisfaction, distress and resilience in women with breast cancer surgery: A within group study. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 31(1)..
208. Neuner, J. M., Zokoe, N., McGinley, E. L., Pezzin, L. E., Yen, T. W. F., Schapira, M. M., & Nattinger, A. B. (2014). Quality of life among a population-based cohort of older patients with breast cancer. *Breast*, 23(5), 609-16. doi: 10.1016/j.breast.2014.06.002
209. Nobles, D., & Brunal, B. (2009). Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. *Revista Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 5(8). Disponible: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=72123&id_seccion=4327&id_ejemplar=7209&id_revista=274, 101-107.
210. Oblitas, L. (2006b). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2a. ed.). México: Thomson.
211. Ocampo, J., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. I., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L. A., & García-Fabela, R. O. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 265-269.
212. Ochoa, C.; Castejón, V.; Sumalla, E. C. y Blanco, I. (2013). Crecimiento post-traumático en supervivientes de cancer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario? *Terapia Psicológica*, 31(1), 81-92. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000100008
213. Ochoa, P. & Uribe, I. (2015). Sentido de la interacción social mediada por Facebook en un grupo de adolescentes, estudiantes de bachilleratos públicos de Cóloma, México. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 21(42), 9-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/316/31642649002.pdf>
214. O'Dougherty, M., Master, A. y Narayan, A. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity.

En S. Goldstein y R. Brooks, Handbook of resilience in children (pp. 15-38). Nueva York: Springer a

215. Olivares, M. E. (1996). Factores biopsicosociales de la enfermedad neoplásica mamaria (Tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4010001.pdf>
216. Organización Mundial de la Salud OMS. (2012). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
217. Organización Mundial de la Salud (1996). Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué calidad de vida? En Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
218. Ospina , M. M., Huertas, J., Montañó, C. J., & Rivillas, G. J. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33 (2); Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12039090013>>, 262-276.
219. Ospina D.E. (2007). La medición de la resiliencia. *Invest Educ Enferm.*,(25)1:58-65. Localizado el 30 de mayo de 2010 en www.edu.co/scielo.php?pid=S012053072007000100006&script=sci_arttext.
220. Oviedo, M &Reidl, L (2007) Predictores individuales de la calidad de vida en diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de psicología*, 24(1), 31-42.
221. Padilla-Ruiz, M., Ruiz-Román, C., Pérez-Ruiz, E., Rueda, A., Redondo, M., & Rivas-Ruiz, F. (2019). Clinical and sociodemographic factors that may influence the resilience of women surviving breast cancer: cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 27, 1279-1286.
222. Patoó, M., Allahyari, A. A., Moradi, A., Payandeh, M., & Hassani, L. (2017). Studying the relation between mental adjustment to cancer and Health-Related quality of life in breast cancer patients. *International journal of cancer management*, 11(7). <https://doi.org/10.5812/ijcm.8407>
223. Patrick, D. L., y Erikson, P. (1993): Health status and health policy. Allocating resources to health care. Nueva York: Oxford University Press.
224. Penttinen, H., Utriainen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Raitanen, J., Sievänen, H., Nikander, R., Blomqvist, C., Huovinen, R., Vehmanen, L., & Saarto, T. (2019). Effectiveness of a 12-month exercise intervention on physical activity and quality of life of breast cancer survivors; five-year results of the BREX-Study. *in Vivo*, 33(3), 881-888. <https://doi.org/10.21873/invivo.11554>
225. Pick, S., Poortinga, Y. H. y Givaudan, M. (2003). Integrating intervention theory and strategy in culture-sensitive health promotion programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (4), pp. 422-429.

226. Pick, S., & Poortinga, Y. H. (2005). Marco conceptual y estrategia para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: Una visión científica, política y psicosocial. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 37(3), 445-459. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n3/v37n3a01.pdf>
227. Pieters, C. (2016) "I'm Still Here" Resilience Among Older Survivors of Breast Cancer. *Cancer Nursing*, (39) pp 2-9
228. Pineda, B (2021). *Resiliencia y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que asisten al Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, marzo - noviembre 2019*. Tesis (Lic. en Psicología)-Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9257>
229. Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L. E., ... & Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 4(1), 59-74.
230. Poortinga, Y. H. & Soudijn, K. (2002). Behavior-culture relationships and ontogenetic development. En H. Keller, Y. H. Poortinga & A. Schoelmerich (Eds.), *Between biology and culture: Perspectives on ontogenetic development*. Cambridge: Cambridge University Press.
231. Prince-Embury, S. (2012). The ego-resiliency scale by block and kremen (1996) and trait ego-resiliency. *The Springer Series on Human Exceptionality*; DOI:10.1007/978-1-4614-4939-3_9, 135–138.
232. Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
233. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
234. Puig, G y Rubio, J.L. (2011) *Manual de resiliencia aplicada*. Prólogo de Stefan Vanistendael. Barcelona: Editorial. Gedisa S.A.
235. Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 37-44.
236. Quiceno, J. M. (2010). *Diseño y evaluación de un programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide* (Tesis doctoral inédita). Universidad Autónoma de Madrid, España
237. Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: Una aproximación a partir del "Illness Perception Questionnaire". *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83.

238. Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69- 82. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/801/80122596006.pdf>
239. Ramirez, A. G., Muñoz, E., Parma, D. L., Perez, A., & Santillan, A. A. (2020). Quality of life outcomes from a randomized controlled trial of patient navigation in Latina breast cancer survivors. *Cancer Medicine*, 9(21), 7837-7848. <https://doi.org/10.1002/cam4.3272>
240. Ramos, C., Costa, P. A., Rudnicki, T., Maroco, A. L., Leal, I., Guimarães, R., ... & Tedeschi, R. G. (2018). The effectiveness of a group intervention to facilitate posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 27(1), 258-264.
241. Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
242. Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 3(4), 727.
243. Ristevska-Dimitrovska, G., Stefanovski, P., Smichkoska, S., Raleva, M., & Dejanova, B. (2015). Depression and resilience in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(4), 661.
244. Roberto Belmont, M. S. (2018). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos que reciben quimioterapia (tesis para optar por el título profesional de Licenciado en Psicología). Universidad de Lima.
245. Rodríguez, M. M. F., Morell, J. M., & Fresneda, J. (2015). Manual de promoción de la resiliencia infantil y adolescente. *Editorial Pirámide*.
246. Rodríguez, V. P., Amboage, A. M., Blázquez, M. H., Torres, M. Á. G., y Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172.
247. Romero Retes, R. (2011). Cuestionario de creencias, atribuciones y afrontamiento al cáncer (Tesi doctoral no publicada). Universitat de València. València. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/78864>
248. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28
249. Rueda, P., & Cerezo, M. V. (2021). Resiliencia y cáncer: una relación necesaria. *Escritos de Psicología*, 13(2), 90-97. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v13i2.10032>
250. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), pp. 316-331.

251. Rutter, M. (1991): "Resilience: Some Conceptual Considerations", trabajo presentado en Initiatives Conference on Fostering Resilience, Washington D.C., diciembre de 1991.
252. Rutter, M. (2007). Resilience, competency and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209
253. Rutter, M. (2012). Resilience: Causal pathways and social ecology. En M. Ungar, *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*; DOI:10.1007/978-1-4614-0586-3_3 (págs. 33-42). New York: Springer.
254. Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing. *American Psychologist*, 55, 68-78.
255. Saavedra, E. y Villalta, M. (2008a). Escala de Resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos. Curicó: CEANIM.
256. Sadoughi, M., Mehrzad, V., & Mohammad Salehi, Z. (2017) The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*.
257. Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Escala de resiliencia 14 ítems (RS-14): propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(40), 103-113. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf>
258. Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., et al. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470
259. Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2003). Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales (M. A. Verdugo & C. Jenaro, Trans.). Madrid: Alianza Editorial.
260. Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. In M. A.
261. Schoon, I., & Bynner, J. (2003). Risk and resilience in the life course: Implications for interventions and social policies. *Journal of Youth Studies*, 6 (1); DOI:10.1080/1367626032000068145, 21-31.
262. Schooler, N. R., Keith, S. J., Severe, J. B. y Matthews, S. M. (1995). Maintenance treatment of schizophrenia: A review of dose reduction and family treatment strategies. *Psychiatric Quarterly*, 66, 279-292.

263. Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2009). A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of clinical psychology*, 65(4), 443-455.
264. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21.
265. Shen, M. J., Redd, W. H., Winkel, G., y Badr, H. (2014). Associations among pain, pain attitudes, and pain behaviors in patients with metastatic breast cancer. *Journal of behavioral medicine*, 37(4), 595–606. <https://doi.org/10.1007/s10865-013-9529-2>
266. Shumaker, S., & Naughton, M. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En S. A. Shumaker & R. Berzon (Eds.), *Quality of life: theory translation measurement and analysis* (pp. 3-10). Oxford, Inglaterra: Rapid Communication of Oxford.
267. Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2017). Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 67(1); DOI:10.3322/caac.21387, 7-30.
268. Silva, M. A. H., Martínez, A. O. R., Escobar, S. G., & Rangel, A. L. M. G. (2021). Afrontamiento, apoyo social y resiliencia asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 34(3), 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.09.007>
269. Simancas Fernández, M., Zapata Rueda, C., Galván Patrignani, G., Celedón Rivero, JC, & Hernández Padilla, J. (2021). Adaptación a la enfermedad, resiliencia y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.006>
270. Sirera, R., Sánchez, P. T., y Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48. Recuperado de http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/p psicooncologia/numero1_vol3/articulo3.pdf
271. Sirgo Rodríguez, A. y Gil Moncayo, F. L. (2000). Intervenciones psicoeducativas y terapia de grupo en pacientes con cáncer. En F. Gil (ed.), *Manual de* (pp. 57-75). Barcelona: Nueva Sidonia.
272. Smith, P. R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 829-837. Smith, B. W., y Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and Resilience in women with arthritis: Test of a Two-Factor Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 799-810.
273. Sood A., Loprinzi, C., Sharma, V., y Prasad, K. (2012). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *BMC Complement Alternative Medicine*, 12, P211. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-12-S1-P211>

274. Spiegel, D., Bloom, J. R. y Yalom, I. D. (1981) Group support for metastatic cancer patients: a randomized breast cancer treatment: results of a randomized French Study. *Psycho-Oncology*, 18, 647-656.
275. Spielberger, C., Buela-Casal, G., & Agudelo, D. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones
276. Steinhardt, M. A., Mamerow, M. M., Brown, S. A., y Jolly, C. A. (2009). A resilience intervention in african american adults with Type 2 Diabetes: A pilot study of efficacy. *The Diabetes Educator*, 35(2), 274-284.
277. Suarez Ojeda, E.N. y Krauskopf, D. (1995): *El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente: una perspectiva psico-social*, Publicación científica n°552, Washington D.C., OPS/OMS.
278. Sumalla, E. C.; Ochoa, C., y Blanco, I. (2009). ¿Es real o ilusorio el crecimiento personal como consecuencia de afrontar un càncer?. *INFOCOP*, 42, 67-68. Recuperado de <http://www.cop.es/infocop/pdf/1694.pdf>
279. Tadayon, M., Dabirizadeh, S., Zarea, K., Behroozi, N., & Haghizadeh, M. H. (2018). Investigating the relationship between psychological hardiness and resilience with depression in women with breast cancer. *The Gulf journal of oncology*, 1(28), 23-30.
280. Taghizadeh, M. Investigating the Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral therapy on the Resilience of Women with Breast Cancer.
281. Tait, R. C., Zoberi, K., Ferguson, M., Levenhagen, K., Luebbert, R. A., Rowland, K., Salsich, G. B., y Herndon, C. (2018). Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment. *The journal of pain*, 19(12), 1367–1383. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.06.002>
282. Talepasand, S., Pooragha, F., & Kazemi, M. (2013). Resiliency and quality of life in cancer patients: moderating role of time duration of awareness of cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 6(4), 222-226.
283. Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, S. y Freeman, H. L. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
284. Tatrow, K., & Montgomery, G. H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 29, 17-27.
285. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1);
Disponibile:<https://classblogdrjackson.files.wordpress.com/2010/10/tedeschi-calhoun-2004-posttraumatic-growth.pdf>, 1-18.

286. Theis, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. En M. Manciaux, resiliencia resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa.
287. Tomkiewicz, S. (2003). El buen uso de la resiliencia: cuando la resiliencia sustituye a la fatalidad. In *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 289-300). Gedisa.
288. Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65, 87-108.
289. Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Martins, C., Ventura, C., Bairradas, J., & Southern European Psycho-Oncology Study Group. (2010). Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliat Support Care*, 8 ; DOI:<http://dx.doi.org/10.1017/S147895151000026X>, 405-413.
290. Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., & Bahamón, M. J. (2020). Coronavirus in Colombia: Stigma and quarantine. *Journal of Global Health*, 10(2).
291. Trujillo, S., Tobar, C., & Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3, 89-98.
292. Turner, D. y Cox, H. (2004). Facilitating posttraumatic growth. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 43. DOI:10.1186/1477-7525-2-34.
293. Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38 (2); DOI: 10.1093/bjsw/bcl343, 218-235.
294. Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81 (1); DOI:10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x, 1-17.
295. Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *rauma, Violence & Abuse*, 14 (3); DOI:10.1177/1524838013487805, 255-266.
296. Ungar, M. (2015). Practitioner review: Diagnosing childhood resilience — A systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56 (1); DOI:10.1111/jcpp.12306, 4-17.
297. UNICEF. (2003). Skills based health education to prevent HIV/AIDS – expanding effective and promising approaches to the national scale [On-line]. Disponible: www.unicef.org/programme/lifeskills/priorities/scalingup
298. Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 341 - 348.
299. Urzúa, A., Bravo, M. Á. E., Ogalde, M., & Vargas, C. M. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica De Chile*, 139(8), 1006-1014. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872011000800005>

300. Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research*, 5 (2); DOI:10.1177/1558689811400607, 126-149.
301. Üşenmez, T. Y., Öner, U., Şanlı, M. E., & Dinç, M. (2022). The Effect of Spirituality on Psychological Resilience in Women with Breast Cancer Who Have Received Chemotherapy: A Cross-sectional Study from Turkey. *Journal of Religion & Health*, 62(3), 1964-1975. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01668-5>
302. Valderrama Rios, M. C., y Sánchez Pedraza, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 211-220
303. Van der Meulen, I., May, A., de Leeuw, J., Koole, R., Oosterom, M., & Ros, W. (2014). Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: a randomized controlled trial. *British Journal of Cancer*, 110(3), 593–601. doi: 10.1038/bjc.2013.733.
304. Vanhove, A. J., Herian, M. N., Perez, A. L. U., Harms, P. D., & Lester, P. B. (2016). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(2), 278–307. <https://doi.org/10.1111/joop.12123>
305. Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2004). Resiliencia y sentido de vida. En A. Melillo, N.E. Suárez & D. Rodríguez, (Comps.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. (pp. 91-101). Buenos Aires: Paidós.
306. VANISTENDAEL, S. (1994). La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. Suiza, BICE
307. Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2006). La felicidad es posible. Despertar en los niños maltratados la confianza en sí mismos: Construir la resiliencia. España: Gedisa.
308. Vanistendael, S. (2005, noviembre). La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos. 2º Congreso Internacional de los trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid, España.
309. Vargas, R., & Pulido, S. (2012). Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Ciencia Y Cuidado*, 9(1), 65-78.
310. Vázquez Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2- 3), 433-451.
311. Velasco, L., Gutiérrez, L., Castillejos, N. A., Friedman, P. Q., Peñacoba, C., Catalá, P., & Sánchez-Román, S. (2020). Association between quality of life and positive coping strategies in breast cancer patients. *Women & Health*, 60(9), 1063-1069. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1802398>

312. Velasco, L., Sánchez, S., & Arcila, D. (2003). La psicoterapia en el paciente enfermo desde el punto de vista médico. *Psiquiatría en Medicina Interna. México: Mc Graw Hill*, 7-24.
313. Vera Poseck, Beatriz, & Carbelo Baquero, Begoña, & Vecina Jiménez, María Luisa (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1),40-49. [fecha de Consulta 5 de Julio de 2022]. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827106>
314. Vidal y Benito, M.C. (2008) *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. Polemos, Buenos Aires.
315. Villalobos, A. (2009). Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales. Trabajo de Investigación para optar por el grado de Especialista en Psicología Clínica, Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis11.pdf>,
316. Vinaccia Alpi, S. y Quiceno, JM (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psicología Avances de la disciplina*, 6(1), 123-136.
317. Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), pp.165-178
318. Wagnild, G. M. (2009c). *The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. Worden, Montana (USA): The Resilience Center
319. Waller, M. (2001). Resilience in Ecosystemic Context: Evolution of the Concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 290-297.
320. Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
321. Weis, J., Gschwendtner, K., Giesler, J. M., Adams, L., & Wirtz, M. (2019). Psychoeducational Group intervention for breast cancer survivors: a non-randomized multi-center pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 28(7), 3033-3040. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05076-6>
322. Werner, E. & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds*. Nueva York: Cornell University Press.
323. Wolin, S.J. y Wolin, S. *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. Villard, Nueva York, 1993.
324. World Health Organization. (2018). *Global Health Observatory*. Geneva: World Health Organization. Disponible: who.int/gho/database/en. idadde uu

325. Wright, M. O., & Masten, A. S. (2006). Resilience processes in development. Fostering positive adaptation in the context of adversity. En S. Goldstein, & R. B. Brooks, *Handbook of resilience in children* (págs. 17-37). New York: Springer.
326. Wright, M. O., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. En S. Goldstein, & R. B. Brooks, *Handbook of resilience in children* (págs. 15-37). New York: Springer.
327. Wu, P., Chen, S., Huang, W., Su, C., & Hsu, M. (2018). Effects of a psychoeducational intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Nursing Research*, 26(4), 266-279. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000252>
328. Wu, Z., Liu, Y., Li, X., & Li, X. (2016). Resilience and associated factors among mainland Chinese women newly diagnosed with breast cancer. *Plos one*, 11(12), e0167976.
329. Yanguas, J. J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: IMSERSO.
330. Yelamos, C., (2013) Intervención psicoeducativa con pacientes con cáncer. En Cruzado, J.A., Manual de psicooncología tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer. pp 79-100 Editorial Pirámide.
331. Ye, Z. J., Liang, M. Z., Qiu, H. Z., Liu, M. L., Hu, G. Y., Zhu, Y., Zeng, Z., Zhao, J., & Ye, Z. J. (2016). Effect of a multidiscipline mentor-based program, Be Resilient to Breast Cancer (BRBC), on female breast cancer survivors in mainland China—A randomized, controlled, theoretically-derived intervention trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 158(3), 509-522. <https://doi.org/10.1007/s10549-016-3881-1>
332. Yi, J., Vitalino, P., Smith, R., Yi, J. & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 311-325. <https://doi.org/10.1348/135910707X186994>
333. Zambarloukos, S. & Constantelou, A. (2002). Learning and skills formation in the new economy: Evidence from Greece. *Journal of Training and Development*, 6, 24-25
334. Zautra, A. J., Hall, J. S., y Murray, K. E. (2008). Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2(1), 41-64.
335. Zayas, A., Gómez-Molinero, R., Guil, R., Gil-Olarte, P., y Jiménez, E. (2018). Relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental a*
336. Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical*

science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 23, 5969.

337. Zhang, T., Li, H., Liu, A., Wang, H., Yaqi, M., & Wanjun, D. (2018). Factors promoting resilience among breast cancer patients: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 54(3), 293-303. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1502615>
338. Zhou, K., Li, J., & Li, X. (2019). Effects of cyclic adjustment training delivered via a mobile device on psychological resilience, depression, and anxiety in Chinese post-surgical breast cancer patients. *Breast cancer research and treatment*, 178, 95-103.
339. Zimmerman, M.A y Brenner, A.B., (2010). Resilience in Adolescence. Overcoming Neighborhood Disadvantage. En Reich, J.W, Zautra A, J., Stuart A. J. *Handbook of Adult Resilience* (pp.238-257). NY. The Guildorf Press

ANEXOS.

Anexo 1. Consentimiento Informado

Fecha:

La presente investigación tiene como propósito la exploración del nivel de alcance de un programa orientado a promover Bienestar emocional y afrontamiento en mujeres de nacionalidad colombiana diagnosticadas con cáncer de mama. Para el cumplimiento del mencionado objetivo se aplicará un cuadernillo de preguntas que indagarán sobre pensamientos, sentimientos y conductas.

Este proyecto se encuentra diseñado y dirigido por Mavenka Cuesta psicóloga clínica y colaboradores.

Su colaboración voluntaria en esta investigación consiste, además de responder al cuadernillo de preguntas en dos ocasiones en diferentes momentos a través de plataformas virtuales, también se trata de asistir a las diferentes reuniones o sesiones convocadas por los investigadores de manera puntual con la pertinente disposición junto a la realización de las diferentes propuestas, las cuales están cuidadosamente seleccionadas y diseñadas. Si tiene preguntas sobre el presente proyecto o su participación en ella, puede realizarlas en cualquier momento. Puede negarse a participar si así lo desea, si después de dar su aprobación desea retirarse, sólo debe manifestarlo, sin que esto le presente algún inconveniente.

Su nombre y sus datos personales NO aparecerán en ninguna parte de la investigación, por lo que se asegura estricta confidencialidad. Adicionalmente a esto se le tratará con el debido respeto validando sus emociones y pensamientos relacionados a su proceso de enfermedad. Además, NO se verá sujeto a ningún riesgo de tipo físico o mental.

Por último, esta investigación no es remunerable, por lo que NO debe entregar dinero a terceros ya que los profesionales a cargo de la presente NO se harán responsables.

Entendido lo anterior, doy mi aprobación para que me sea aplicado el cuadernillo de preguntas y el programa psicológico y que los resultados se utilicen para publicaciones científicas escritas o verbales.

Nombre:

Firma:

Teléfono:

Responsables de la investigación:

Anexo 2.

Cuestionario de datos generales y médicos

Instrucciones: Preguntar de manera verbal a las pacientes y anotar las respuestas según indica el formato.

DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _

Ocupación: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nivel de estudios cursados: Básica primaria: _ Básica secundaria__ Tecnológica__
Universitario__ Postgrado__

Estado civil: Soltero_ Casado_ Separado/divorciado_ Unión Libre_ Viudo_

Ocupación: Empleado_ Trabajador independiente_ Jubilado/pensionado_
Desempleado_ Ama de casa__ Estudiante_

Estrato socioeconómico: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__

Tiene hijos: Sí _____ No _____

No. De hijos en caso de tener: _____ Edades de sus hijos: _____

Datos de salud de la enfermedad

DX: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Etapa de la enfermedad: _____

¿Practicaron mastectomía? Sí _____ No _____

¿Fecha de la mastectomía? En caso de haber sido
intervenida: _____

¿Actualmente está en tratamiento de cáncer de mama?: Si _____ No _____

¿Cuál? _____

Si toma quimioterapia ¿Número de sesiones que ha tomado? _____

Si toma radioterapia ¿Numero de sesiones que ha tomado?

Si ha tomado otro tipo de tratamiento especificar cual _____

En este momento presenta metástasis a otros órganos SI ___ NO _____

Datos de salud en General.

Asiste a proceso psicoterapéutico SI ___ No _

Asiste a grupos de apoyo SI ___ No __ ¿Cuál? ____

Tiene tratamiento psiquiátrico SI ___ No _

En el caso de que sea afirmativa su respuesta escribir que tipo de medicamentos consume _____

¿Ha sido diagnosticado con Covid-19? SI ___ NO _

Datos de conectividad

Tiene Internet SI ___ NO _

Cuenta con algún dispositivo para conectarse a internet: Celular _ Computador_
Tableta_____

Anexo 3.

LA ESCALA DE RESILIENCIA DE 14-ITEM (ER-14)

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de los números

Haz un círculo en la Respuesta adecuada	Totalmente de acuerdo				Totalmente en desacuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada.	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar generalmente algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7

12. En una emergencia, soy alguien en lo que la gente puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 4.

ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR – DAVIDSON (CD – RISC)

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

0 = “En absoluto”, 1= “Rara vez”, 2= “A veces”, 3= “A menudo”, 4= “Casi siempre”

	En absoluto	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios					
2. Puedo enfrentarme a cualquier cosa					
3. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas					
4. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme mas fuerte					
5. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras privaciones.					
6. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.					
7. Bajo presión me centro y pienso claramente.					
8. No me desanimo fácilmente con el fracaso					
9. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y					

dificultades de la vida.					
10. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como tristeza, temor y enfado.					

Anexo 5.

ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE (RSES)

Marque con una X la respuesta que considere para cada pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente nos gustaría saber qué valoración tiene de usted mismo. Trate de ser lo más sincero posible. Muchas gracias.

	Tot alm ent e en des acu erd o	En des acu erd o	De acu erd o	Tot alm ente de acu erd o
1. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	1	2	3	4
2. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.	1	2	3	4
3. Creo que tengo buenas cualidades.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	1	2	3	4
5. Pienso que tengo muchas cosas de las cuales sentirme orgulloso/a.	1	2	3	4
6. A veces me siento inútil.	1	2	3	4
7. Creo que soy una persona igual de valiosa a la mayoría de la gente.	1	2	3	4
8. Quisiera respetarme más a mí mismo/a.	1	2	3	4
9. Tiendo a pensar que soy un fracasado/a.	1	2	3	4
10. Tengo una visión positiva sobre mí mismo/a.	1	2	3	4

Anexo 6.

ESCALA FACT-G

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

ESTADO FISICO GENERAL DE LA SALUD	NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
<i>Me falta energía</i>	0	1	2	3	4
<i>Tengo nauseas</i>	0	1	2	3	4
<i>Debido a mi estado físico tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia</i>	0	1	2	3	4
<i>Tengo dolor</i>	0	1	2	3	4
<i>Me molestan lo efectos secundarios del tratamiento</i>	0	1	2	3	4
<i>Me siento enferma</i>	0	1	2	3	4
<i>Tengo que pasar tiempo acostada</i>	0	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL	NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
<i>Me siento cercana a mis amistades</i>	0	1	2	3	4
<i>Recibo apoyo emocional por parte de mi familia</i>	0	1	2	3	4
<i>Recibo apoyo por parte de mis amistades</i>	0	1	2	3	4
<i>Mi familia ha aceptado mi enfermedad</i>	0	1	2	3	4
<i>Estoy satisfecha con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad</i>	0	1	2	3	4
<i>Me siento cercana a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo)</i>	0	1	2	3	4

<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla marque esta casilla y continúe</i>					
<i>Estoy satisfecha con mi vida sexual</i>	0	1	2	3	4

ESTADO EMOCIONAL	NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
<i>Me siento triste</i>	0	1	2	3	4
<i>Estoy satisfecha de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad</i>	0	1	2	3	4
<i>Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad</i>	0	1	2	3	4
<i>Me siento nerviosa</i>	0	1	2	3	4
<i>Me preocupa morir</i>	0	1	2	3	4
<i>Me preocupa que mi enfermedad empeore</i>	0	1	2	3	4

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL	NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
<i>Puedo trabajar (Incluya el trabajo en el hogar)</i>	0	1	2	3	4
<i>Mi trabajo me satisface (Incluya el trabajo en el hogar)</i>	0	1	2	3	4
<i>Puedo disfrutar de la vida</i>	0	1	2	3	4
<i>He aceptado mi enfermedad</i>	0	1	2	3	4
<i>Duermo bien</i>	0	1	2	3	4
<i>Disfruto con mis pasatiempos de siempre</i>	0	1	2	3	4
<i>Estoy satisfecha con mi calidad de vida actual</i>	0	1	2	3	4

Anexo 7.

IDER: INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO/RASGO

PARTE A

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo en la columna de respuestas el número de “1” (Casi Nunca) a “4” (Casi Siempre) que más se aproxime a cómo se siente **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

ITEM	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi Siempre
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Me siento desgraciada	1	2	3	4
3. Me siento plena	1	2	3	4
4. Me siento dichosa	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
6. Estoy decaída	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
8. Estoy hundida	1	2	3	4
9. Estoy triste	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

PARTE B

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo el número de 1 (Nada) a 4 (Mucho) que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una frase y trate de dar la respuesta que mejor describa **sus sentimientos actuales**.

ITEM	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4

6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

Anexo 8. Descripción de las sesiones que componen el programa.

SESION 1	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: propiciar un espacio de cohesión grupal y explicar los componentes y propósitos del programa.				
Conocer a los miembros del grupo	Presentación	Se le explica a las participantes el objetivo del programa, expresándoles que es un espacio en el cual se busca promover bienestar emocional y estrategias de afrontamiento en el proceso de la enfermedad, posteriormente se les pide a las participantes, que digan su nombre, su mayor cualidad y un suceso en vida que haya tenido mucho significado para ellas, esta actividad la iniciara el terapeuta para promover confianza grupal y finalizando		15 min
Presentación del programa por parte del terapeuta	Pregunta	El terapeuta presenta el programa, con sus objetivos y la cantidad de sesiones en la cual se desarrollará, como también se les instruye en la importancia de algunas actividades que se llevaran a cabo a lo largo del programa como las actividades psicofisiológicas específicamente la respiración profunda y posteriormente escucha las inquietudes que tengan las participantes con relación al programa siendo aclaradas por parte de éste con el fin de que las participantes tengan la mayor claridad posible sobre el proceso a desarrollar.	Comentarios de las participantes	15 min
Identificar las expectativas y crear sentido de compromiso con el	Preguntas y respuestas	Se les invita a las participantes a compartir con el grupo las expectativas que tienen con el programa en relación con su diagnóstico, con el fin de que entre ellas identifiquen	Comentarios de los participantes	15 min

grupo y el programa		aspectos emocionales y cognitivos, lo cual les permita una cohesión grupal		
Acuerdos de los compromisos	Preguntas y respuestas	Se presentan a los miembros del grupo algunas reglas básicas para el buen funcionamiento de éste, como son la confidencialidad de lo que se aborde en las sesiones, la asistencia habitual al mismo, la puntualidad, la participación en grupo y la importancia de realizar tareas para la casa.	Comentarios de los participantes	15 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda		10 min

SESION 2: Conociéndome	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: Conocer la autopercepción de los participantes en términos cognitivos y emocionales				
Promover un autoconcepto positivo en las participantes	Me percibo como...	Escribir todos los aspectos que consideren importantes con relación a su autopercepción en las diversas áreas de su vida (personal, social, familiar etc.) y las emociones que experimentan durante el ejercicio.	Agenda de vida.	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer sus autopercepciones	Socialización	Se ubica a las participantes en círculo y se les invita a socializar sus ejercicios y la manera cómo se sintieron realizándolo y que pensamientos afloraron durante su desarrollo.	Comentarios de los participantes de cada participante	15 min
Reducir las activaciones de emociones negativas	Técnica de imaginación guiada	Se pide a las participantes que imaginen una situación de contenido emocional negativo relacionadas a cómo se perciben, posteriormente se les pregunta	Comentarios de las participantes	5 min

		<p>por las emociones que está experimentando, se les pide después que intente cambiarlas por otras agradables, cuando lo logren, se les pregunta por los pensamientos que vinieron a su mente para poder cambiarlos. Este ejercicio se desarrollará en el tiempo de 3 a 5 minutos.</p>		
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda	Comentarios de los participantes	10 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	<p>Se les explicará a las participantes las siguientes actividades.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Realizar una Línea del tiempo donde colocaran los momentos en los cuales se han percibido importantes y los aprendizajes obtenidos en la sesión con relación a su diagnóstico y a su autopercepción. 5) Practicar la respiración profunda dos veces a la semana. 6) Practicar la técnica de imaginación guiada en el momento que identifiquen una emoción desagradable. 	Agenda de vida	5 min

SESION 3. Soy Valiosa.	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: sensibilizar sobre la importancia de la autoestima en el estado emocional de las participantes				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo z	Comentarios de las participantes	15 min
Identificar la valía personal de las participantes	El termómetro de la autoestima	Las participantes encontrarán en su agenda de vida una imagen denominada “El termómetro de mi autoestima” donde ellas calificaran como se encuentra su autoestima con unos niveles, donde 0 es mínima y 10 es alta, posteriormente escribirán las razones de evaluación en términos de pensamientos y emociones	Agenda de vida.	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Las participantes expresarán sus evaluaciones y se examinará la evidencia a favor y en contra de sus cogniciones estableciendo en conjunto un pensamiento más funcional de los mismos, modificando las falsas creencias que la predisponen a distorsionar sus experiencias. apoyado en	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min

		las evaluaciones positivas que hayan identificado de su valía personal.		
Modificar pensamientos erróneos sobre su valía personal	Lista de pensamientos Positivos	Las participantes escribirán en su agenda de vida los pensamientos positivos que resultaron de la actividad en su agenda de vida.		10 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	Se les explicará a las participantes las siguientes actividades. 3) Escribir en su agenda de vida seis razones que le permiten amarte a sí misma, Practicar la respiración profunda dos veces a la semana. 4) Practicar la respiración profunda	Agenda de vida	10 min

SESION 4. Aceptándome	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: Fomentar la aceptación personal de su corporalidad en las participantes				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo	Comentarios de las participantes	10 min
Conocer los pensamientos y emociones relacionadas con su cuerpo	Mi cuerpo es...	Se pide a las participantes realizar la actividad denominada "Mi cuerpo" en su agenda de vida en la cual deben realizar una descripción de sí mismas, involucrando cada parte de su cuerpo que ellas deseen (cabello, piel, abdomen, senos etc.) con el fin de conocer sus pensamientos y emociones acerca de su autoimagen, a partir de las siguientes preguntas poderosas: ¿Cómo veo mi cuerpo y qué emoción experimento? ¿Qué parte de mi cuerpo me gusta? ¿Qué parte de mi cuerpo me desagrada?	Agenda de vida.	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su	Comentarios de los participantes	20 min

para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio		ejercicio y la manera se sintieron realizándolo	de cada participante	
Modificar pensamientos erróneos sobre su corporalidad	Frases importantes de mi cuerpo.	Se identifican las posibles distorsiones cognitivas relacionadas con el aspecto físico, atractivo y valía personal, modificándolas por creencias sobre su corporalidad más útiles y funcionales para su valía personal, a través de frases con pensamientos apropiados que deberán escribir en su agenda de vida.	Agenda de vida	20 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	Se les explicará a las participantes las siguientes actividades. 4) Mirarse al espejo y escribir en su agenda, las emociones y pensamientos experimentados durante el ejercicio (mínimo 5 de cada uno), en el caso de identificar pensamientos y emociones negativas, en su hoja de registro escribir pensamientos alternativos más	Agenda de vida	5 min

		<p>apropiados que minimicen el malestar emocional experimentando.</p> <p>5) Realizar unas tarjetas de apoyo en la cual escribirán frases relacionadas con su cuerpo que generen bienestar emocional y las colocarán en espacios visibles para ellas.</p> <p>6) Practicar la respiración profunda</p>		
--	--	--	--	--

SESION 5 Sonriéndole al cáncer	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: Fomentar una percepción funcional del proceso de la enfermedad a través del humor.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo	Comentarios de las participantes	10 min
	Carta al cáncer	Se les pide a las participantes escribir una	Agenda de vida.	30 min

<p>Modificar pensamientos distorsionados de la enfermedad mediante el humor.</p> <p>Promover emociones saludables mediante el humor.</p>		<p>carta divertida al cáncer, y en ella identificar los aspectos más graciosos que han experimentado a través de su enfermedad generando un ambiente de bienestar emocional, y facilitando una modificación de pensamientos erróneos que tienen del cáncer por otros más funcionales mediante el humor</p>		
<p>Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio</p>	Socialización	<p>Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera se sintieron realizándolo</p>	<p>Comentarios de los participantes de cada participante</p>	20 min
<p>Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes</p>	Ejercicio de respiración profunda	<p>Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda</p>	<p>Comentarios de los participantes</p>	5 min
<p>Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión</p>	Tareas para la casa	<p>Se les explicará a las participantes las siguientes actividades.</p> <p>3) Realizar en la actividad 6 denominada “El muro de la diversión” en su Agenda de vida, en cual deberán realizar un Collage</p>	<p>Agenda de vida</p>	5 min

		<p>que ilustre momentos divertidos experimentados en el transcurso de su vida, incluyendo el proceso de la enfermedad,</p> <p>4) Practicar la respiración profunda</p>		
--	--	--	--	--

SESION 6	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
El club de la comedia				
Objetivo: Fomentar una percepción funcional del proceso de la enfermedad a través del humor.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo	Comentarios de las participantes	10 min
Modificar pensamientos distorsionados de la enfermedad mediante el humor. Promover emociones saludables mediante el humor.	La historia de Filomena.	Después narrar la historia “La historia de filomena” por parte del terapeuta, se les pide a las participantes expresar vivencias cortas y graciosas de una duración de 1 minuto, relacionadas con su cuerpo, el tratamiento, los efectos del tratamiento, con el fin que identifique mediante esta actividad conductual descatastrofisar		30 min

		los pensamientos erróneos de la enfermedad		
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera se sintieron realizándolo	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	Se les explicará a las participantes las siguientes actividades. 3) Realizar en la actividad 6 denominada “ El muro de la diversión ” en su Agenda de vida, en cual deberán realizar un Collage que ilustre momentos divertidos experimentados en el transcurso de su vida, incluyendo el proceso de la enfermedad, 4) Practicar la respiración profunda	Agenda de vida	5 min

SESION 7 Afrontando la adversidad	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Objetivo: Promover estrategias de afrontamiento adecuadas frente al diagnóstico.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, que dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo	Comentarios de las participantes	10 min
Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas.	Afrontando la adversidad.	Las participantes buscan en su agenda de vida la actividad denominada "Afrontando la adversidad" en la cual encontrarán una serie de preguntas que las invita a identificar cómo han afrontado la enfermedad y qué resultados han generado las estrategias utilizadas	Comentarios de las participantes	30 min
Promover sentido de control personal	La otra cara de la moneda	Escribir una lista de alternativas y/o soluciones que utilizarían para afrontar el proceso de la enfermedad y las enumere según grado de importancia.		
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera se sintieron realizándolo	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min

experimentados durante el ejercicio				
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda	Comentarios de los participantes	5 min
Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión	Tareas para la casa	<p>Se les explicará a las participantes las siguientes actividades.</p> <p>3) Repasar la lista que hicieron en la sesión, escoger una de ellas y ejecutarla escribiendo en la otra columna de la Actividad denominada “La otra cara de la moneda” los pensamientos, emociones y conductas experimentada con el ejercicio.</p> <p>4) Practicar la respiración profunda</p>	Agenda de vida	5 min

SESION 8	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
La torta de mis logros				
Objetivo: Fortalecer creencias y percepciones de autoeficacia.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, que dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada que alternativas proponen para cumplir con el objetivo	Comentarios de las participantes	10 min
Fortalecer creencias de autoeficacia.	La torta de mis logros.	Escribir una lista de los logros que han obtenido en diversas áreas de su vida.	Comentarios de las participantes	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera se sintieron realizándolo	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda	Comentarios de los participantes	5 min

<p>Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión</p>	<p>Tareas para la casa</p>	<p>Se les explicará a los participantes las siguientes actividades.</p> <p>2) Realizar la actividad denominada “La encuesta de Logros” en la cual a las personas más cercanas (dos o tres personas) que tengan le hagan las siguientes preguntas:</p> <p>1 ¿En el tiempo de conocerme ubica un logro que haya obtenido?</p> <p>2 ¿Cuál fue y recuérdamelo de la manera más amplia posible?</p> <p>3. ¿Que he hecho yo que ha generado emociones positivas en ti?</p> <p>Posteriormente deberán escribir las emociones experimentadas y que creencias de sí mismas validaron como reales con relación a la consecución de sus logros</p> <p>4) Practicar la respiración profunda</p>	<p>Agenda de vida</p>	<p>5 min</p>
---	----------------------------	--	-----------------------	--------------

SESION 9	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
La pirámide de mis metas				
Objetivo: Fomentar la confianza y convicción en la búsqueda de objetivos propios.				
Socializar sobre la experiencia obtenida con la ejecución de la tarea	Socialización de la tarea	Se les pide a las participantes que compartan con el grupo la experiencia de haber realizado la tarea, qué dificultades u obstáculos tuvieron, como los manejaron y si la tarea no fue realizada qué alternativas proponen para cumplir con el objetivo	Comentarios de las participantes	10 min
Fortalecer creencias de autoeficacia.	Pirámide de mis metas	Escribir su propia pirámide en la cual asignaran unos niveles de tiempo a corto, mediano y largo plazo, y en cada uno de ellos escriben las metas que quieren cumplir, y especialmente en las metas a corto plazo la planeación para realizarlos	Comentarios de las participantes	30 min
Brindar un espacio de socialización de las participantes para dar a conocer los pensamientos y emociones experimentados durante el ejercicio	Socialización	Se les invita a las participantes a socializar su ejercicio y la manera se sintieron realizándolo.	Comentarios de los participantes de cada participante	20 min
Reducir la activación fisiológica y sensibilizar a las participantes	Ejercicio de respiración profunda	Se llevará a cabo un ejercicio de respiración profunda	Comentarios de los participantes	5 min

<p>Poner en prácticas las estrategias trabajadas en la sesión</p>	<p>Tareas para la casa</p>	<p>Se les explicará a las participantes las siguientes actividades.</p> <p>5) Escoger. una meta de las propuestas en la sesión ubicadas en el nivel de tiempo de mediano y largo plazo, y escriba como planea cumplirlas</p> <p>6) Practicar la respiración profunda</p>	<p>Agenda de vida</p>	<p>5 min</p>
---	----------------------------	--	-----------------------	--------------

Anexo 9.

Compromiso 1.(Sesión 1)

¿Qué me motiva a estar aquí?

Compromiso 2. (Sesión 1)

Mis compromisos.

Cada vez que iniciamos un camino en nuestra es importante tener en cuenta que tiene diversas líneas que debemos recorrer, pero lo que siempre impulsará continuar en ese camino es nuestro compromiso y voluntad de avanzar, porque esta de nuestra parte lograr los objetivos propuestos si siempre tenemos motivación para continuar y lograr las acciones necesarias para lograr culminar esa meta.

Por eso yo, _____ el día _____ del mes de _____ del año _____ me comprometo a cumplir con los siguientes acuerdos de compromiso.

Compromisos personales:

Compromisos con el grupo:

Compromisos con el programa:

FIRMA:

Anexo 10.

Ejercicios Psicofisiológicos del programa.

A través del desarrollo del programa vas a recibir un entrenamiento constante con el fin de aumentar tus recursos fisiológicos, psicológicos y emocionales facilitando el enfrentamiento de situaciones difíciles que generen un malestar emocional.

Este entrenamiento es importante que sea llevado a cabo en tu vida cotidiana, no solamente durante la ejecución del programa, por lo tanto, es necesario que destines un tiempo para realizarlo de acuerdo con las instrucciones que brinde el terapeuta.

A continuación, se explicará el procedimiento para cada una de las actividades.

Ejercicios de respiración Profunda.

Instrucciones para el ejercicio de respiración natural completa.

Elija la posición corporal más cómoda para usted, ya sea, sentado de pie. En este ejercicio siempre respire por la nariz de manera pausada, tranquila y sin esfuerzos.

Primero concéntrese en su cuerpo y la forma en que respira, coloque su mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda cerrando sus ojos. Segundo, inspire por la nariz de forma lenta y suave imaginando una bolsa vacía dentro de su abdomen debajo donde apoyan las manos notando que se llenan sus pulmones y como esa sensación desciende hasta los hombros, inspirando durante 3 a 5 segundos

Tercer, mantenga la respiración y repítase interiormente “mi cuerpo esta relajado”

Cuarto, se le indica exhalar el aire lentamente y sientan la relajación.

El entrenamiento mediante este ejercicio consiste, en general, en realizar 4 0 5 ejercicios de respiración seguidos y repetir durante en día, y especialmente en situaciones que considere estresantes.

Entrenamiento en imaginación guiada.

En algunas actividades durante el desarrollo del programa, es probable que experimentes emociones desagradables, debido a los pensamientos que llegan a tu mente en ese momento porque nuestros pensamientos tienen mucha influencia en nuestras emociones y conductas, por lo tanto llevaremos a cabo una técnica de imaginación en la cual te pediremos que imagines situaciones particulares e iremos preguntándote por los sentimientos y conductas que te acompañan en ese momento, para así cambiar los

pensamientos manteniendo la situación para posteriormente indagar el cambio de sentimientos y conductas que se pueden presentar.

Autorregistros.

En el transcurso de las sesiones, tendrás la oportunidad de hacer un registro de tus pensamientos, emociones y conductas, con el fin de que logres identificar qué aspectos emocionales y cognitivos afectan tu estado del ánimo y el afrontamiento de la enfermedad para lograr modificarlos por otros que generen mejor bienestar emocional y faciliten una experiencia más agradable durante todo tu proceso.

Tarjetas de Apoyo.

Anexo 11.

ACTIVIDADES DURANTE LAS SESIONES DEL PROGRAMA

En este apartado encontrarás diversas actividades que serán realizadas en las sesiones de encuentro que tengas con el terapeuta, prepárate que vas a vivir una experiencia maravillosa, con cada de una de ellas lograrás fortalecer muchos de tus recursos personales para darle frente a esta batalla. Es posible que cuando estés realizando el ejercicio vengan a tu mente pensamientos negativos que generen un malestar emocional, no te preocupes, lo importante es conocerte y que logres mediante esta actividad un viaje a tu interior y fortalezcas tu autoconcepto.

Anexo 12

Actividad 2 (Sesión 2).

Me percibo como.....

El autoconocimiento es una tarea que debemos hacer diariamente, porque facilita descubrir nuestras fortalezas, debilidades, emociones, pensamientos, gustos etc., y hasta aspectos de tu vida que de pronto no conocías. Es un proceso de reflexión en el que reconoces quien realmente eres, con que cuentas en tu vida y de lo que puedes llegar a ser.

Por lo tanto, en esta actividad tendrás esa oportunidad, y para lograrlo inicia primero respondiendo las siguientes preguntas poderosas:

1) ¿Cuáles son las creencias que tengo sobre mí?

2) ¿Como me veo a mí misma?

3) ¿Qué recursos personales tengo para afrontar el proceso de la enfermedad?

Anexo 13.

Actividad 3 (sesión3).

El termómetro de mi Autoestima.

Ahora que has logrado hacer un autoconocimiento de tu ser, es necesario conocer el valor que te das a ti misma, una valía personal alta permite tener una actitud positiva de ti misma, te ayuda a sentirte mejor contigo misma y con los demás, la autoestima te impulsa emocionalmente a seguir adelante en este proceso siendo un factor clave para tu bienestar personal.

Por tanto, es importante todos los días fortalecer esa parte de ti, y en esta actividad identificaras como evalúas tu autoestima y los pensamientos y emociones que experimentas durante el ejercicio.

A continuación, encontrarás un termómetro en cual calificaras tu autoestima, hallarás unos niveles donde 0 es mínima y 10 es alta, calificarás el nivel en que tu crees que se encuentra tu autoestima, después de hacerlo, escribirás las razones de tu evaluación en términos de pensamientos.

Imagen del termómetro.

Razones de mi evaluación (máximo 5)

Anexo 14.

Actividad 4 (sesión 4)

Mi cuerpo es....

Tu cuerpo ha sido un protagonista importante en todo el proceso de tu enfermedad, es probable que hayas experimentado algunos cambios que no han sido de tu agrado, por este motivo te invito a identificar que pensamientos pasan por tu mente, y que emociones experimentas a través del desarrollo de las siguientes preguntas poderosas. Es probable que lleguen a ti pensamientos negativos sobre tu apariencia, tranquila, en este ejercicio no tendrás censura de expresarlos, siéntete en la libertad de expresar lo que piensas y sientes de tu cuerpo.

¡Animo!

¿Qué pienso de mi cuerpo y que emoción siento cuando lo observo?

¿Qué parte de mi cuerpo me gusta y por qué?

¿Qué parte de mi cuerpo me desagrada y por qué?

Anexo 15.

Actividad 5 (sesión 5).

Sonriéndole al cáncer.

A veces los seres humanos cuando están experimentando una situación difícil, utilizan el sentido del humor para amortiguar los sentimientos desagradables que esa experiencia les genera. No significa que eviten lo doloroso de su realidad, o que no tengan conciencia de ella, si no que les sirve como un bastón fuerte en el cual pueden apoyarse para afrontarla con otra mirada, permitiendo atenuar la gravedad de la experiencia y encontrar un rayo de esperanza en el sufrimiento.

Por lo tanto, te invito a utilizar el humor, para expresar de manera lúdica las distintas emociones negativas y reconstruirte mediante la adversidad produciendo un cambio en nuestras emociones y conductas.

En la siguiente actividad, vamos a escribirle una carta al cáncer, pero de forma divertida, identifica los aspectos más graciosos que has experimentado de la enfermedad, la historia debe contener un título gracioso y no debe extenderse de una hoja.

Así que... adelante,

Carta: Título

Anexo 16.

Actividad 6 (Sesión 6)

El club de la Comedia.

A continuación, encontrarás una anécdota de una mujer sobreviviente de cáncer de seno, producto de la cotidianidad que puede vivir cualquier mujer con este diagnóstico, la anécdota que lleva por título *Los cuentos de Filomena*.

Sea del material que sea aquello que te pones para disimular ese vacío en tu pecho - llámese prótesis, teta, media de fútbol, bola de icopor, bolsita de alpiste - resulta siendo parte de tí. Tu cómplice. La que te acompaña al salir a la calle, la que no permite que las personas noten esa mastectomía y todos esos momentos duros por los que has pasado. A veces no se porta muy bien, cobra vida propia. Porque incomoda, porque se desacomoda, ¡¡¡porque se puede caer!! y en el lugar donde menos lo esperas! Estando en una reunión de trabajo, estábamos de frente unos a otros en un salón. De repente se me cayó una hoja y al querer inclinarme para recogerla, "ella", mi prótesis mamaria, salió de mi brasier dando botes por todo el piso, ante la mirada de todos. El tiempo se detuvo. Miraba a todos como en cámara lenta. Tenía dos opciones: o avergonzarme más haciendo que los demás sintieran pena también, o tomarlo con humor para lograr que el momento fuese aleccionador. Así como cuando las modelos caen en la pasarela, es más importante la forma como se levantan, triunfantes, aceptando el hecho con elegancia e inteligencia ante el público. En esas milésimas de segundo sonreí y busqué las miradas de mis compañeros "Ay Filomena por favor quédate quieta" dije. Me paré, la recogí, la metí dentro de mi brasier y seguí como si nada. Todos reímos por la gracia del momento. ¿Por qué Filomena? así se llamaba una muñeca que yo amaba cuando era niña. Fue el primer nombre que llegó a mi mente. Y así se quedó. Hoy Filomena es ampliamente reconocida por mis amigos y lugar de trabajo, y cada tanto, con cada ocurrencia, Filomena nos hace reír. Ahora te invito a narrar una historia de tu preferencia en la cual hayas pasado por algo similar a la historia anterior, tiene máximo un minuto para expresarlo, pero recuerda no olvides la persona graciosa que hay en ti, después descubriremos como te sentiste con la experiencia.

¡Anímate!

Anexo 17.

Actividad 7 (sesión 7) .

La otra cara de la moneda

Ahora que ya has aprendido a utilizar el sentido del humor para ver este proceso de la enfermedad de una manera más positiva convirtiéndose en una estrategia de afrontamiento muy importante en el proceso de tu enfermedad, en esta actividad te invito a tener una mirada hacia tu interior para que identifiques que otras armas tienes para darle frente a esta batalla, que de alguna manera te permiten darte cuenta de lo valiente que eres y también reconoces como tus pensamientos influyen en tus emociones, es posible que en la actualidad te resulte un poco complejo descubrir esas armas poderosas que han permitido que las emociones negativas de tu ser sean más livianas, porque ante una adversidad como la que experimentas a veces puedes darte cuenta que no sabes que alternativas tienes o puedes desarrollar para poder resolverla y sentirte mejor a nivel emocional, es por esto, que en esta actividad primero vamos a conocer cuáles han sido tus estrategias para afrontar el diagnóstico, y descubriremos otras alternativas de las que ya conoces para seguir afrontamiento este proceso. ¡ánimo, tú puedes hacerlo!

Para esto, te invito a responder las siguientes preguntas poderosas.

1) ¿Como he afrontado mi enfermedad?

2) ¿He pensado que perderé algo valioso de mi vida?

3) ¿Qué o quienes me han ayudado a afrontar la enfermedad?

4) ¿Qué aspectos positivos de mí misma y de los que me rodean he encontrado en el proceso de mi enfermedad?

Después de realizar estas preguntas poderosas y socializarlas, es probable que hayas identificado algunas alternativas de afrontamiento que no favorecían un adecuado afrontamiento del diagnóstico, por tal motivo, te invito a que pienses en un problema o dificultad que crees que no está favoreciendo un buen afrontamiento y pienses en una lista de alternativas que podrían ayudarte a enfrentar la situación, es por eso, que vamos a realizar la actividad denominada “La otra cara de la Moneda” en la cual escribirás una lista de alternativas y/o soluciones que utilizarías para afrontar el proceso de la enfermedad y enumerarlas según grado de importancia

Lista de Alternativas.

Anexo 18.

Actividad 7 (Sesión 8)

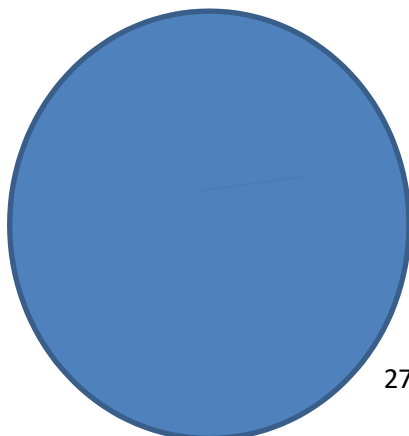
La torta de mis logros.

No todo lo que nos sucede en la vida es negativo o que no coincide con nuestros deseos, en nuestra historia de vida han existido experiencias que consideramos maravillosas y que nos han fortalecido mucho en nuestra autoestima y nuestra percepción de nosotros mismos, y uno de ellos son los logros que hemos obtenido.

Te invito a que te imagines lo siguiente” *Imagina que estas sentada en un carro del color y el modelo que te guste. Ahora imagina que estás viendo el retrovisor de ese carro, y al mirar ese espejo quiero que veas en él reflejado los logros que tú consideras que has obtenido en cualquier etapa de tú vida, cuando los identifiques, trata de evocar cada detalle de ese momento logrado incluyendo tus emociones y pensamientos Después de haber identificado tus logros, los va a escribir en el diagrama siguiente denominado la Torta de mis logros.*

Encontrarás un diagrama en forma de torta, en ella dividirás sus porciones de acuerdo a tus áreas de vida por ejemplo personal, laboral, académica, familiar etc., y en cada una de esas porciones registrarás los logros que consideres hayas obtenido

Torta de mis logros



Anexo 19.

Actividad 8 (sesión 9)

La escalera de mis metas

Ahora que has avanzado en adquirir más recursos psicológicos que te facilitan un mejor manejo de la enfermedad y en percibir los aspectos positivos que vas descubriendo del proceso de esta experiencia, es necesario trabajar en tus planes a futuro con el fin de que fortalezcas la confianza y convicción en tus objetivos generando emociones placenteras.

Sin embargo, lograr esto no es fácil, por lo tanto, es necesario ejercitarnos en esta planeación iniciando con pequeñas metas en un tiempo corto para que vayas adquiriendo la confianza personal para adquirir las metas de largo plazo, esto es un camino lento de recorrer, pero con la certeza que llegarás a cumplirlas. Por lo tanto, te invito a desarrollar la “La escalera de mis metas” en la cual escribirás en cada peldaño las metas de acuerdo con el plazo de tiempo estipulado.

Anexo 20.

ACTIVIDADES PARA LA CASA DEL PROGRAMA.

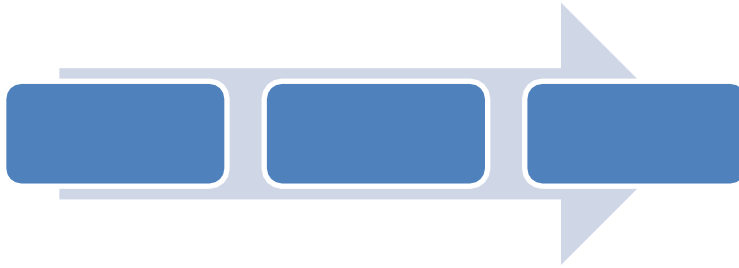
En este apartado encontrarás los compromisos que desarrollarás en casa después de cada sesión trabajada en el programa. Quiero recordarte que la realización de estas tareas ayudará a afianzar lo que has aprendido durante el desarrollo del programa.

Siempre intenta buscar un espacio para realizarlas, recuerda que esto es un espacio solo para ti, en el cual irás descubriendo aspectos que de pronto no concias que fortalecerán no solo la adaptación a la enfermedad sino también aprender a través de ella.

Anexo 21.

Compromiso de la sesión dos.

Realiza una línea de tiempo en la cual escribirás los momentos en los cuales te has percibido importante y los aprendizajes que obtuviste de la sesión.



¿Que aprendí de la sesión de mi autoconocimiento?

No olvides Practicar el ejercicio de respiración profunda.

Anexo 22.

Compromiso de la sesión 3.

Escribe seis razones que tienes para amarte a sí misma.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Ahora que ya tienes tus razones colócalas en algún lugar de tu habitación y léelas en voz alta diariamente.

¿Qué aspectos me gustaron y que aprendí de la sesión 3?



No olvides practicar el ejercicio de respiración profunda.

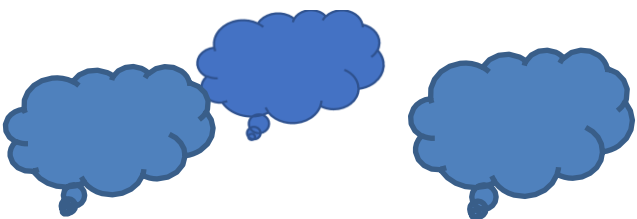
Anexo 23

Compromiso de la sesión 4.

Reconciliándome con el espejo.

Teniendo en cuenta la actividad “Aceptándome” te invito que busques un espacio del día y mírate al espejo, y cuando lo hagas identifica las emociones y pensamientos que experimentas en ese momento. Si aún no te sientes segura de mirarte al espejo, escribe de igual manera los pensamientos y emociones que experimentas en ese momento. Si estos son de carácter negativo escribir Pensamientos alternativos en las tarjetas de apoyo que encontraras a continuación que minimicen el malestar emocional experimentado.

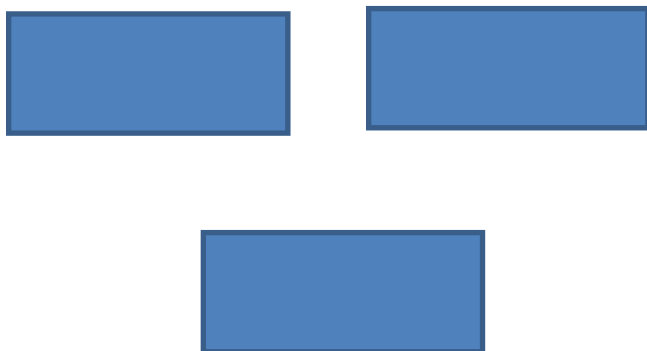
Pensamientos.



Emociones



Tarjetas de apoyo con Pensamientos positivos sobre mi cuerpo y yo (Max 4)



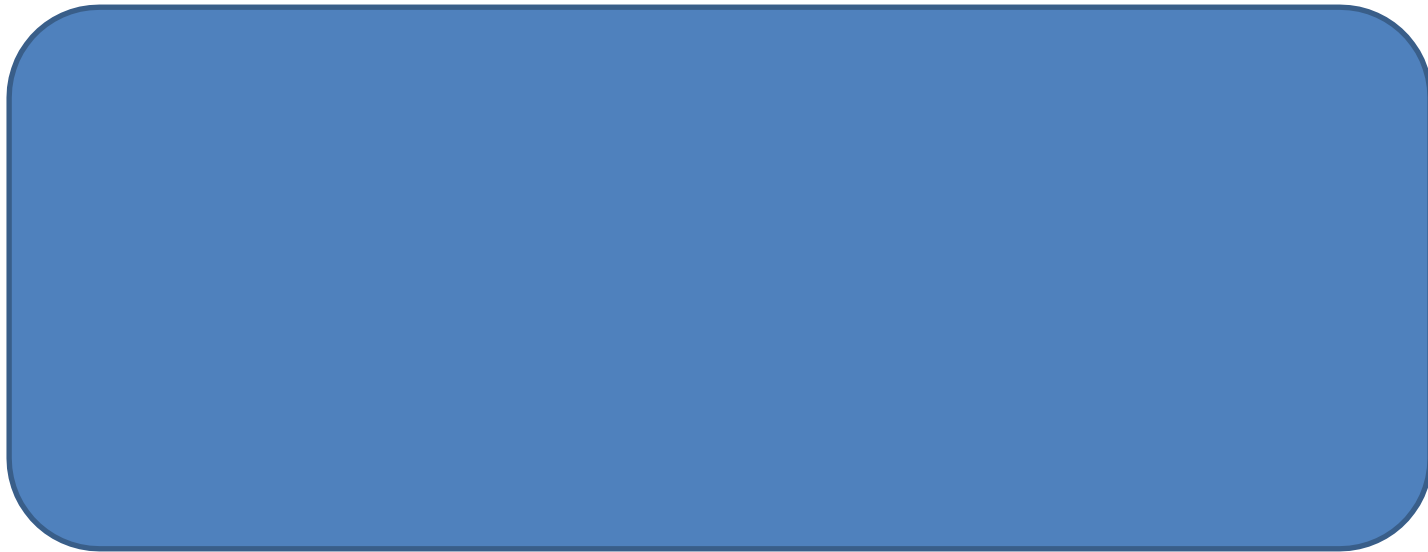
No olvides Practicar el ejercicio de respiración profunda.

Anexo 23.

Compromiso de la sesión 5

El muro de la diversión.

Realizar un collage que ilustre momentos divertidos experimentados en el transcurso de su vida, incluyendo el proceso de la enfermedad, en compañía de tus seres queridos o amigos.



No olvides practicar ejercicios de respiración profunda

Anexo 24.

Compromiso de la sesión 6.

¡Es mejor reír que llorar!

Teniendo en cuenta lo realizado en la sesión, donde hiciste un dramatizado de carácter gracioso sobre alguna experiencia divertida de tu proceso de la enfermedad, y logaste modificar pensamientos disfuncionales sobre la enfermedad y su tratamiento, te invito que realices lo mismo, pero en esta ocasión en frente de un familiar y/o amigo (a) muy cercano que consideres y le comentes una experiencia divertida con el fin de que tu red de apoyo también experimente emociones placenteras y haga interpretaciones de la enfermedad con otros ojos.

Cuando hayas realizado esto, pensarás en la siguiente frase que tiene como título este compromiso y cuando lo hagas, escribirás a continuación tres razones de que porque es mejor reír que llorar.

1. _____ -
2. _____
3. _____

No olvides practicar ejercicios de respiración profunda.

Anexo 25.

Compromiso de la sesión 7.

La otra cara de la moneda.

Teniendo en cuenta lo aprendido en la sesión donde realizaste una lista de las diferentes alternativas de afrontamiento, es decir ¡tus mejores armas!, elige una de ellas y llévala a cabo, cuando lo hagas escribirás los pensamientos, emociones y comportamientos experimentados

Pensamientos (max 4)

Emociones.

Comportamientos.

No olvides practicar ejercicios de respiración profunda.

Anexo 26.

Compromiso 8.

La encuesta de logros.

Teniendo en cuenta lo aprendido y en la sesión número 8, deben realizar el siguiente compromiso, la opinión que tiene tu familias y amigos es importante para este proceso que enfrentas, por tal motivo, realiza la siguiente encuesta a personas muy cercanas a ti (1 o 3).

- 1) ¿En el tiempo de conocerme ubica de manera más amplia posible un logro que haya obtenido?

- 2) ¿Cuál fue y recuérdamelo de la manera más amplia posible?

- 3) ¿Qué he hecho yo que ha generado emociones positivas en ti?

Después de realizar esta encuesta escribirás a continuación las emociones experimentadas y que creencias de sí mismas se validaron como reales con relación a la consecución de sus logros

Emociones

Creencias positivas.

Practicar la técnica de respiración profunda.

Anexo 27.

Compromiso de la sesión 9.

Teniendo en cuenta lo aprendido en la sesión “La escalera de mis metas”, debes escoger una de las metas escritas en el tiempo de corto plazo y esta semana empezarás a escribir las acciones que realizaste, y como te sentiste con la experiencia.

Anexo 28. EVALUACION CUALITATIVA EXPERTO 1

Nombres y Apellidos	José Julian Javela
Título de Pregrado	Psicología
Título de Postgrado	Doctor en Neurociencias
Institución y año de graduación	Universidad Surcolombiana 2002
Título de doctorado	Doctor en Neurociencias
Institución y año de graduación	Universidad Complutense de Madrid – 2011
<p>Principales publicaciones:</p> <p>Psychometric properties of the self-efficacy scale for chronic disease management (SEMCD-S) in older Colombian adults. orena Cudris-Torres, Stefano Vinaccia Alpi , Álvaro Barrios-Núñez , Natali Gaviria Arrieta , Martha Luz Gómez Campuzano , Giselle Olivella-López , Juan Hernández-Lalinde , Valmore Bermúdez Olaiza Lobato Pérez , Jorge Armando Niño-Vega , Jorge Navarro-Obeid , Román José Ortega Fernández and José Julián Javela. BMC Psychol 11, 301 (2023). DOI. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01347-4 Q1. Impact Factor: 0.91</p> <p>Psychometric properties of the Alexian Brother Urge to Self-Injure (ABUSI) Spanish version for adolescents. Journal Heliyon Marly Johana Bahamón; José Julián. Javela; Nidia-Johanna Bonilla-Cruz; Diego Rivera; Stefano Vinaccia; Jesús Forgiony-Santos. (2023), Volume 9, Issue 6 DOI. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16167 Q1. Impact Factor: 3.77</p> <p>Analysis of the psychometric properties of the Reduces versions Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) in Colombian adolescents. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes (RPCNA) José Julián Javela; Marly Johana Bahamón; Diego Rivera; Rodrigo E. González-Reyes. (2023) Vol. (3). 1-8. DOI: https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.3.8 Q2. Impact Factor: 0.50.</p>	

Risk and Protective Factors in Ecuadorian Adolescent Survivors of Suicide. *Journal Children*. Bahamón, M.J.; Javela, J.J.; Vinaccia, S.; Matar-Khalil, S.; Cabezas-Corcione, A.; Cuesta, E.E.. (2023), 10, 549. DOI: <https://doi.org/10.3390/children10030549>. Q2. Impact Factor: 2.85.

Moral Emotions in Latin-American: A Socio-cultural and Socio- economic Analysis Context. María Antonia Londoño-Cortés, María Camila Idárraga-López, Lorena Cudris-Torres, Roberto E. Mercadillo, José Julián Javela. *Current Psychiatry Research and Reviews* (2022) Vol. 19, No. 2, 147-158. 2023, DOI 10.2174/2666082218666220829115417 Q4. Impact Factor: 0.17.

8. Aggression and violence in adolescents in the Iberoamerican context, a systematic review. José Julián Javela*, Brahian Naranjo-Niño, Diana J. Ospina-Sánchez, Marly J. Bahamón, Mavenka Cuesta-Guzmán, Milgen Sánchez-Villegas, HA Moreno. *Gaceta Médica de Caracas* (2022) 130 (Supl 3): S475-S484, DOI: 10.47307/GMC.2022.130.s3.3.http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/24148/144814490502 Impact Factor: Q4. 0.13

Psychometric properties of the family communication scale in colombian population. Lorena Cudris – Torres, Marly Johana Bahamón, José Julián Javela, Giselle Olivella – López, Raúl A. Gutiérrez–García, Libia Alvis Barranco, Maira A. López – Castellar, Jonattan Pumarejo Sánchez. *Gaceta Médica de Caracas* (2021), Vol,129 (Supl 1) S90-S101. DOI 10.47307/GMC.2021.129.s1.7 Q4. Impact Factor: 0.13

Qualitative study on well-being in adolescents with and without risk of suicide. Marly Johana Bahamón, Yolima Alarcón-Vásquez, Ana María Trejos-Herrera, Stefano Vinaccia Alpi, Gladys Gaviria-García, René Barraza-López, Lorena Cudris-Torres, José Julián Javela. *Revista de Cultura de los Cuidados* (2020), 24 (58).DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.18> SCImago: Q1. Impact Factor: 0.19

PET neuroimaging reveals serotonergic and metabolic dysfunctions in the hippocampal electrical kindling model of epileptogenesis. Pablo Bascuñana, Luis García-García, Julián Javela, Rubén Fernández de la Rosa, Ahmed Anis Shiha, James Kelly, Mercedes Delgado, Miguel Ángel Pozo. *Neuroscience* (2019) 409 101-110. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2019.04.028>. PMID: 31034972. SCImago: Q2. Impact Factor: 3.0

Astroglial role in the pathophysiology of status epilepticus: an overview. Karina Vargas-Sánchez, Maria Mogilevskaya, John Rodríguez-Pérez, María G. Rubiano, José J. Javela and Rodrigo E. González-Reyes. *Oncotarget* (2018), Vol. 9, (No. 42), pp: 26954-26976. DOI: <https://doi.org/10.18632/oncotarget.25485>. PMID:29928494. SCImago: Q1. Impact Factor: 5.1

[18F]FDG-PET Neuroimaging Predicts Pentylentetrazole (PTZ) Kindling Outcome in Rats. Bascuñana P, Javela J, Delgado M, Fernández de la Rosa R, Shiha AA, García-García L, Pozo MÁ. *Mol Imaging Biol.* (2016) 18(5):733-40. DOI:<https://doi.org/10.1007/s11307-016-0950-0> PMID: 27043223. Q1. Impact Factor: 2.9

Usted ha sido seleccionado como posible experto para ser consultado respecto al diseño de un programa basado en la terapia cognitivo conductual para promover resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. Se necesita antes de realizarle la consulta correspondiente como parte del método de investigación “consulta a expertos” determinar su coeficiente de competencia en este tema, a los efectos de reforzar la validez del resultado del estudio que se emprende.

Por favor, marque con una cruz (X) en la tabla siguiente el valor que corresponde al grado de conocimientos que Usted posee sobre el tema **“EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA PROMOVER LA RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**

”. Considere que la escala que se presenta es ascendente, es decir, el conocimiento sobre el tema referido va creciendo desde 0 a 10.

Tabla 1.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				X					

Realice una valoración del grado de influencia que tienen las fuentes expuestas en el cuadro, sobre su experticia en el tema. Por favor marque con una cruz (X), según corresponda

Tabla 2.

Fuentes de Argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes		
	Alto	Medio	Bajo
Experiencia investigativa	X		
Revisiones teóricas	X		
Conocimiento sobre el tema de la resiliencia		X	

Conocimiento sobre diseño y/o evaluación de programas de intervención		X	
Conocimiento metodológico sobre experimentos	X		

FORMULARIO PARA VALORACIÓN DEL PROGRAMA POR PARTE DE LOS EXPERTOS

A continuación, encontrará una serie de ítems sobre los cuales solicito realizar la valoración que usted considere de acuerdo con la información suministrada sobre el programa de intervención contextualizado para promover resiliencia en mujeres con cáncer de mama. La valoración se realizará en una escala de 1 a 10, las puntuaciones cercanas a 1 son inferiores y cercanas a 10 son superiores.

Además, encontrará una casilla de observaciones para que incluya la información que usted considere necesaria a fin de mejorar el programa.

ASPECTOS A EVALUAR	PUNTAJE (1 A 10)	OBSERVACIONES
El programa es claro y coherente	10	Es claro y Coherente
Las dimensiones del programa son pertinentes con el tema de resiliencia	10	Es suficiente
En términos generales, el programa promoverá conductas resilientes en las participantes	10	Si considero que promoverá.
Considera que el número y duración de las sesiones es pertinente para promover resiliencia en las participantes	10	Es suficiente
Los contenidos y actividades propuestas en las sesiones pueden ayudar a promover resiliencia en las participantes	10	Dado que el término "humor" es tan difuso, cabría aclarar un poco como es su manejo terapéutico.

Las estrategias de intervención definidas y utilizadas en el programa realmente son estrategias	10	Están definidas.
---	----	------------------

Anexo 29. Evaluación cualitativa del programa experto 2

Nombre del evaluador: Marta Martinez Banfi

Nombres y Apellidos	Martha Martinez Banfi
Título de Pregrado	Psicóloga (2001)
Título de Postgrado	Especialista en Psicología clínica (2006)
Institución y año de graduación	Universidad del Norte
Título de doctorado	Doctora en Neuropsicología clínica (2016)
Institución y año de graduación	Universidad de Salamanca

Principales publicaciones:

En el siguiente link se puede observar las publicaciones:

<https://scholar.google.com/citations?user=Bq4xRfwAAAAJ&hl=es>

Usted ha sido seleccionado como posible experto para ser consultado respecto al diseño de un programa basado en la terapia cognitivo conductual para promover resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. Se necesita antes de realizarle la consulta correspondiente como parte del método de investigación “consulta a expertos” determinar su coeficiente de competencia en este tema, a los efectos de reforzar la validez del resultado del estudio que se emprende.

Por favor, marque con una cruz (X) en la tabla siguiente el valor que corresponde al grado de conocimientos que Usted posee sobre el tema **“EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA PROMOVER LA RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA”**

Considere que la escala que se presenta es ascendente, es decir, el conocimiento sobre el tema referido va creciendo desde 0 a 10.

Tabla 1.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							x		

Realice una valoración del grado de influencia que tienen las fuentes expuestas en el cuadro, sobre su experticia en el tema. Por favor marque con una cruz (X), según corresponda

Tabla 2.

Fuentes de Argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes		
	Alto	Medio	Bajo
Experiencia investigativa	x		
Revisiones teóricas	x		
Conocimiento sobre el tema de la resiliencia		x	
Conocimiento sobre diseño y/o evaluación de programas de intervención		x	

Conocimiento metodológico sobre experimentos		x	
--	--	---	--

FORMULARIO PARA VALORACIÓN DEL PROGRAMA POR PARTE DE LOS EXPERTOS

A continuación, encontrará una serie de ítems sobre los cuales solicito realizar la valoración que usted considere de acuerdo con la información suministrada sobre el programa de intervención contextualizado para promover resiliencia en mujeres con cáncer de mama. La valoración se realizará en una escala de 1 a 10, las puntuaciones cercanas a 1 son inferiores y cercanas a 10 son superiores.

Además, encontrará una casilla de observaciones para que incluya la información que usted considere necesaria a fin de mejorar el programa.

ASPECTOS A EVALUAR	PUNTAJE (1 A 10)	OBSERVACIONES
El programa es claro y coherente	9	Considero que podría ser aún más descriptivo y específico.
Las dimensiones del programa son pertinentes con el tema de resiliencia	10	Entiendo que las dimensiones de resiliencia que se trabajan son autoestima, humor y resolución de problemas. No obstante, no se ve con claridad en las sesiones el trabajo en resolución de problemas.
En términos generales, el programa promoverá conductas resilientes en las participantes	9	El programa tiene un objetivo claro e importante y contribuye al desarrollo de conductas resilientes, pero creo que si apunta a una intervención con mayor impacto necesitaría más sesiones o concentrarse en menos dimensiones.
Considera que el número y duración de las sesiones es pertinente para promover resiliencia en las participantes.	9	En la sesión 2 y 3 considero que se le debería dar un poco más de tiempo al desarrollo de las técnicas.

		Como manifestaba en el punto anterior si apunta a una intervención con mayor impacto necesitaría más sesiones o concentrarse en menos dimensiones.
Los contenidos y actividades propuestas en las sesiones pueden ayudar a promover resiliencia en las participantes	10	
Las estrategias de intervención definidas y utilizadas en el programa realmente son estrategias	9	Considero que la estrategia sería la intervención cognitivo conductual que permea todo el programa y su metodología. Y las actividades serían las técnicas. Valdría la pena revisar la terminología.

Anexo 30. Evaluación cualitativa del programa experto 3

FORMULARIO PARA VALORACIÓN DEL PROGRAMA POR PARTE DE LOS EXPERTOS

Nombres y Apellidos	Zulgenis Fornaris Parejo.
Título de Pregrado	Psicóloga
Título de Postgrado	Magíster en Educación
Institución y año de graduación	Universidad Autónoma del Caribe, 2012
Título de doctorado	Doctora en Métodos Alternos de Solución de Conflictos
Institución y año de graduación	Universidad Autónoma de Nuevo León (Monterrey-México) 2022
Principales publicaciones:	
Artículos	
<ul style="list-style-type: none">• Producción bibliográfica - Artículo - Publicado en revista especializada	
ZULGENIS ESTER FORNARIS PAREJO, "Conflicto y paz: Miradas inaplazables desde la escuela". En: México Eirene estudios de paz y conflictos ISSN: 2594-2883 ed: v.2 fasc. p.22 - 42 ,2019.	
ZULGENIS ESTER FORNARIS PAREJO. Los principios de la mediación y sus abordajes desde la normatividad en Colombia y el derecho internacional privado. Sapientia, 12(4), 28-40.2021	

Capítulos de libro

- Tipo: Capítulo de libro

ZULGENIS ESTER FORNARIS PAREJO, "LOS PRINCIPIOS DE LA MEDIACIÓN Y CONCILIACIÓN EN ARGENTINA" LOS PRINCIPIOS DE LA MEDIACIÓN Y CONCILIACIÓN EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. En: Colombia ISBN: 978-958-53453-7-9 ed: UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR , v. , p.59 - 70 ,2021

- Tipo: Capítulo de libro

ZULGENIS ESTER FORNARIS PAREJO, "LOS MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN EL CONTEXTO EDUCATIVO MEXICANO" MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS PARA LOGRAR EL ACCESO A LA JUSTICIA. En: México ISBN: 978-607-30-7551-0 ed: Universidad Nacional Autónoma de México , v. , p.183 - 195 993 ,2023.

- Trabajos dirigidos/Tutorías - Trabajo de grado de maestría o especialidad clínica

ZULGENIS ESTER FORNARIS PAREJO RELACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE FAMILIA Y EL ESTILO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN ADOLESCENTES ENTRE LOS 13 Y 16 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DE SOLEDAD ATLÁNTICO EN 2022. UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR Estado: Tesis concluida MAESTRÍA EN FAMILIA, 2020.

Usted ha sido seleccionado como posible experto para ser consultado respecto al diseño de un programa basado en la terapia cognitivo conductual para promover resiliencia en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. Se necesita antes de realizarle la consulta correspondiente como parte del método de investigación “consulta a expertos” determinar su coeficiente de competencia en este tema, a los efectos de reforzar la validez del resultado del estudio que se emprende.

Por favor, marque con una cruz (X) en la tabla siguiente el valor que corresponde al grado de conocimientos que Usted posee sobre el tema **“EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA PROMOVER LA RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA”**

”. Considere que la escala que se presenta es ascendente, es decir, el conocimiento sobre el tema referido va creciendo desde 0 a 10.

Tabla 1.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Realice una valoración del grado de influencia que tienen las fuentes expuestas en el cuadro, sobre su experticia en el tema. Por favor marque con una cruz (X), según corresponda

Tabla 2.

Fuentes de Argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes		
	Alto	Medio	Bajo
Experiencia investigativa	X		
Revisiones teóricas	X		
Conocimiento sobre el tema de la resiliencia	X		
Conocimiento sobre diseño y/o evaluación de programas de intervención	X		
Conocimiento metodológico sobre experimentos	X		

FORMULARIO PARA VALORACIÓN DEL PROGRAMA POR PARTE DE LOS EXPERTOS

A continuación, encontrará una serie de ítems sobre los cuales solicito realizar la valoración que usted considere de acuerdo con la información suministrada sobre el programa de intervención contextualizado para promover resiliencia en mujeres con cáncer de mama. La valoración se realizará en una escala de 1 a 10, las puntuaciones cercanas a 1 son inferiores y cercanas a 10 son superiores.

Además, encontrará una casilla de observaciones para que incluya la información que usted considere necesaria a fin de mejorar el programa.

ASPECTOS A EVALUAR	PUNTAJE (1 A 10)	OBSERVACIONES
El programa es claro y coherente	7	<p>En el primer párrafo de presentación del programa debe mencionar brevemente el sentido del programa, dejando claridad que las personas o mujeres con cáncer de mama requieren apoyos para afrontar esta condición de salud, esta observación se hace debido a que inicia de inmediato mencionando que incluye actividades...</p> <p>Se sugiere describir en qué consiste el tercer momento del programa ya que solo describe los dos primeros momentos.</p> <p>Se debe especificar el plazo en el cual se proyecte la aplicación, es decir que tiempo oscila entre una sesión y otra, también explicar porque se espera que con 9 sesiones se logrará el objetivo del programa.</p> <p>Se debe asignar un nombre a la sesión 1.</p> <p>Se debe hacer mayor descripción de la actividad de respiración profunda, ya que solo se menciona que se realizará, pero no explica brevemente el cómo se hará.</p> <p>En la sesión 2 momento 1 debe iniciar su descripción en otro tiempo verbal así como lo hizo en los distintos momentos de las sesiones.</p> <p>La organización de la tabla debe modificarse, reubicando el nombre de cada momento de la sesión como primera columna y luego el objetivo de cada momento en la columna</p>

		<p>siguiente, ya que tal como está genera confusión.</p> <p>Se debe unificar el estilo de las tablas.</p>
Las dimensiones del programa son pertinentes con el tema de resiliencia	9	Son pertinentes, sin embargo las sesiones se dirigen en su mayoría a dos de las tres dimensiones.
En términos generales, el programa promoverá conductas resilientes en las participantes	10	Sí puede promover la resiliencia en las participantes.
Considera que el número y duración de las sesiones es pertinente para promover resiliencia en las participantes	7	<p>Podrían proponerse un mayor número de sesiones para lograr una transformación de los pensamientos de las participantes ya que esto ocurre de manera paulatina y requiere un proceso de reflexión y empoderamiento constante.</p> <p>Además, se sugiere incluir más sesiones relacionadas con la dimensión del humor, ya que es un eje del programa y solo se aprecia una sesión en la que se trabaja (Sesión 6) y debe haber un equilibrio de sesiones enfocadas en las dimensiones que pretende abordar el programa.</p>
Los contenidos y actividades propuestas en las sesiones pueden ayudar a promover resiliencia en las participantes	10	Los contenidos pueden ayudar a promover la resiliencia.
Las estrategias de intervención definidas y utilizadas en el programa realmente son estrategias	10	Es una estrategia porque planifica acciones con objetivos claros y alcanzables para dar solución a un problema que además de la salud física afecta la salud mental de las futuras beneficiarias de este programa.

