

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León.

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Psicología.



Tesis para optar al título de:

“Licenciado en Psicología”

Resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del hospital escuela “Oscar Danilo Rosales Arguello” León, 2011-2012.

Autores: Br. Silvio Osmar Guadamuz Alvarez.

Br. Vicente Rafael Ocampo Blanco.

Tutor: Dr. René Pérez Montiel

Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Medicas UNAN- León

“A la libertad por la universidad”

Índice

Contenido	Página
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V. OBJETIVOS.....	8
VI. MARCO TEORICO.....	9
6.1. RESILIENCIA.....	9
6.2. FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA.....	9
6.3. AMBIENTE QUE FAVORECE LA RESILIENCIA.....	10
6.4. FACTORES QUE FORTALECEN LA RESILIENCIA.....	10
6.5. NIVELES DE RESILIENCIA.....	11
6.6. OPTIMISMO.....	13
6.7. CARACTERISTICAS DEL OPTIMISMO.....	13
6.8. GENERALIDADES DEL OPTIMISMO.....	15
6.9. HABILIDADES PARA PROMOVER EL OPTIMISMO.....	17
6.10. CANCER.....	17
6.11. CANCER DE MAMA.....	18
6.12. IDEAS FALSAS Y CREENCIAS.....	18
6.13. EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER DE MAMA.....	18
6.14. FACTORES DE RIESGO DEL CANCER DE MAMA.....	18
6.15. CONSECUENCIA DEL CANCER DE MAMA.....	21
6.16. FASES DEL DIAGNOSTICO DE CANCER.....	22
6.17. ESTRATEGIAS DE PREVENCION.....	24
6.18. INTERVENCION PSICOLOGICA.....	25
6.19. TRATAMIENTO Y CUIDADOS.....	27
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
7.1. TIPO DE ESTUDIO.....	30
7.2. AREA DE ESTUDIO.....	30
7.3. POBLACION DE ESTUDIO.....	30
7.4. MUESTRA.....	30

7.5. TIPO DE MUESTRA.....	30
7.6. TIPO DE MUESTREO.....	30
7.7 CRITERIOS DE INCLUCION.....	30
7.8. INSTRUMENTOS.....	31
7.9. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	31
7.10. FUENTES DE INFORMACION.....	31
7.11. PLAN DE ANALISIS DE DATOS.....	31
7.12. SESGOS.....	32
7.13. CONSIDERACIONES ETICAS.....	32
7.14. MATRIZ DE VARIABLES.....	34
VIII. RESULTADOS.....	38
IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	45
X. CONCLUSION.....	47
XI. RECOMENDACIONES.....	48
XII REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	49
XIII ANEXOS.....	52

Resumen.

El cáncer de mama es una enfermedad crónica, que amenaza la vida del paciente por la idea de una muerte próxima e inminente, Esta enfermedad lo torna vulnerable a diferentes reacciones psicológicas incluyendo el miedo a la muerte, a la desfiguración, al abandono, a la ruptura de las relaciones sociales, a la incapacidad, a la pérdida de la independencia personal y económica. La forma como estos pacientes evolucionen ante dicha enfermedad dependerá del su optimismo y su capacidad de resiliencia.

El objetivo general fue determinar los niveles de resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales” León, 2011-2012. Los específicos fueron Caracterizar el perfil socio-demográfico de la población, Identificar el nivel de resiliencia de los pacientes y señalar el nivel de optimismo en los pacientes.

Material y métodos: Se realizo un estudio descriptivo de corte transversal, con una población de 58 pacientes con cáncer de mama y una muestra de 25 pacientes de los años 2011 y 2012.

Resultados: Se estudiaron a 25 pacientes diagnosticados con cáncer de mama, encontrando que la mayoría de los pacientes se encontraban entre las edades de 46-60 presentando un nivel de resiliencia “alto” y un nivel alto de optimismo

Conclusión: presentaron las siguientes características edades de 46-60 años, religión católica, nivel académico de primaria incompleta y estado civil casada. El nivel de Resiliencia predominante fue el “Medio”, presentándose en mujeres con edades de 18-30, solteras y primaria incompleto. Y un nivel optimismo “alto”.

Palabras claves: optimismo, Resiliencia, cáncer, cáncer de mama, patología.

Dedicatoria.

“Sabemos lo que queremos, y vamos a lograrlo si insistimos; pero el tiempo para llegar al objetivo depende de la ayuda de DIOS.”

Dedico esta monografía en primer lugar:

A DIOS, padre todo poderoso, fuente inagotable de sabiduría y misericordia.

A mi Virgencita, tierna y cuidadosa madre.

A mi Familia.

Porque de no haber nacido en este núcleo familiar, no hubiese sido la persona que soy ahora, le agradezco per concederme la gracia de habitar en el espacio terrenal con seres como ustedes; ya que me han impulsado a ubicarme en el sitio que ahora me encuentro.

A mi madre: Omayma Auxiliadora Alvarez Reyes. No tengo como agradecerle por apoyarme con esa actitud tan incondicional y por tolerarme como hijo, mil gracias por el soporte emocional y la calidez con la que siempre tratas a tus hijos, eres capaz de proteger todo menos a ti, y eso habla del amor incondicional que aportas como el gran ser humano que eres.

A mi padre: Silvio Javier Guadamuz García, siempre estaré agradecido con usted por haberme brindado las herramientas para realizarme en la vida, ya que sin su apoyo no lo hubiese logrado. Le agradezco infinitamente por siempre respetar mis decisiones, por tolerarme como hijo y sobre todo por demostrarme cuanto me quiere y también por sus consejos.

A mis Amigos sinceros, a esas personas que me rodean, que han compartido conmigo momentos felices y tristes de mi vida, ellos son testigos de lo que me ha costado llegar hasta aquí.

Finalmente a todas y cada una de las personas, que hicieron posible la creación de esta tesis a todos ellos con mucho Amor y Cariño.

Silvio Osmar Guadamuz Alvarez.

Dedicatoria.

En especial dedicamos este humilde trabajo a Dios, que ha permitido que la sabiduría dirija y guie nuestros pasos. Ha sido el todo poderoso quien ha iluminado nuestro sendero cuando más oscuro ha estado. Ha sido el creador de todas las cosas, el que ha dado la fortaleza para continuar cuando a punto de caer hemos estado por ello, con la humildad de nuestro corazón dedicamos primeramente a él.

De igual forma a nuestros padres, docentes, quienes han sabido formarnos, con buenos sentimientos, hábitos y valores, los cuales nos han ayudado a salir adelante buscando siempre el buen camino.

Vicente Rafael Ocampo Blanco.

Agradecimiento.

“Si uno avanza confiadamente en la dirección de sus sueños y se empeña por vivir la vida que imagina, encontrara el éxito inesperado en cualquier momento”

Henry David Thoreau Filósofo Estadounidense.

A DIOS padre celestial, gracias por acompañarme, por ser mi guía y nunca dejarme sola cuando te necesito, por llevarme de la mano en este largo y duro camino, sin ti no hubiese sido posible llegar hasta aquí, llenándome con tu infinita misericordia y sabiduría y sobre todo darme la fuerza necesaria para seguir adelante. A mi Virgencita tierna y amorosa madre, quien siempre me protege y me socorre ante mis momentos de debilidad.

A mi Madre, Omayma Auxiliadora Alvarez Reyes; ejemplo de sacrificio y paciencia. Mi Padre Silvio Javier Guadamuz García., roca fuerte y ejemplo a seguir en la vida; gracias a ambos, por haberme inculcado los valores principales, para aprender a regir y guiar mi vida por el mejor camino, por su trabajo y esfuerzo que nunca han dejado de luchar por mí, por el apoyo económico, y gracias a ustedes soy todo lo que soy y me han llevado hasta este momento de la vida.

A mi Tutor, Dr. Fausto René Pérez Montiel; por la enseñanza, apoyo y formación para concluir exitosamente este tesis, a la Lic. Sandra Blanco, Lic. Claudia Medina y Lic. María Estela que me brindaron su ayuda, conocimiento Y brindarme parte de su tiempo, por toda su paciencia, por todo su apoyo, su ayuda, y su enseñanza; gracias.

A mi novia Maria Jose Gonzales por todo el apoyo brindado y por todos los momentos que estuviste pendiente de esta tesis

A todos y cada una de estas personas, que me hicieron posible la creación de mi trabajo monográfico, le estoy infinitamente agradecida.

Silvio Osmar Guadamuz Alvarez.

Agradecimiento.

Primeramente doy gracias infinitas a dios por haber dado la fuerza, sencillez, valor y la humildad necesaria para terminar estos estudios universitarios.

Agradecemos la confianza y el apoyo de mis padres y hermanos por que han contribuido positivamente para llevar a cabo la difícil jornada, siendo ellos la mayor parte de importancia al apoyarnos desde que somos pequeños hasta llegar a estas instancias, que confiando en que seremos unas personas de bien no dudan en cobijarnos con los más lindos y hermosos deseos.

A todos los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, pero en especial a los profesores de la carrera de Psicología que nos asesoraron, porque cada uno de ellos con sus valiosas aportaciones nos ayudaron a creer como personas y profesionales.

Un agradecimiento muy especial a nuestro tutor el Dr. Rene Pérez Montiel, quien con su gran calidad humana dotada de una inteligencia nos abrió las puertas al entendimiento y conocimiento, de igual forma a la Lic. Sandra Blanco y a la Lic. Claudia Medina que desde el momento que dimos nuestros primeros pasos en la carrera de psicología han sido como unas hadas madrinas, siempre a la espera de ayudar. Son estas las principales personas que con su valiosa información nos han dado los cimientos para terminar nuestro trabajo de tesis.

Finalmente agradezco a mis compañeros de generación porque con la constante comunicación he contribuido a transformar y mejorar en gran medida mi forma de actuar en nuestro trabajo, así como a nivel personal. Siendo especialmente ellos que nos brindaron la comprensión en los momentos más difíciles y que se necesitaba de un hombre amigo.

Vicente Rafael Ocampo Blanco.

I. Introducción.

El cáncer de mama es un conjunto de enfermedades originadas en las diferentes células que componen la glándula, consiste en un crecimiento anormal y desordenado de estas células. Por esta razón esta enfermedad se presenta de muchas formas y no es igual en todas las mujeres, pues varía de acuerdo con la velocidad del crecimiento del tumor y su capacidad de diseminación a otras partes del cuerpo. Es imposible predecir con certeza las consecuencias de la enfermedad, puesto que el grado de malignidad varía y, además, porque las personas reaccionan de forma diferente a la enfermedad (O.M.S.1990).

En el año 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pronosticaron 92.136 casos y 37.640 defunciones por cáncer de mama, de los cuales 83,9 y 81,2% corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente siendo esto un gran problema de salud. Así mismo también estimo la incidencia proporcional en la mujer es 33.3% por 100 mil habitantes y en el hombre, es 6.2% por 100 mil habitantes en todo el mundo y se observa un aumento creciente de los índices de incidencia específica por edades, aumentando progresivamente desde los 30 años (O.P.S. 2002).

Es por esto que el cáncer de mama no es sólo una enfermedad crónica, que amenaza la vida del paciente por la idea de una muerte próxima e inminente, sino también al disminuir su capacidad de control sobre su vida y encontrarse regido por procedimientos que ayudan a su supervivencia, lo torna vulnerable a diferentes reacciones psicológicas incluyendo el miedo a la muerte, a la desfiguración, al abandono, a la ruptura de las relaciones sociales, a la incapacidad, a la pérdida de la independencia personal y económica, así como el utilizar mecanismos de defensa como la negación y culpa (Coughlin,Benichou, Weed.1996).

Una característica psicológica muy importante en pacientes con cáncer de mama que les puede ayudar mucho en el transcurso de la enfermedad es el optimismo que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro. Está

relacionado con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Rodríguez. 2006).

También el optimismo puede actuar como potenciador hacia el mejoramiento y la satisfacción en aquellas personas que presentan una enfermedad mortal ya que puede mejorar su calidad de vida. Por ser considerado como un potenciador de expectativas positivas que ayudaran a las personas a afrontar y seguir en el día a día con esta enfermedad (Ortigosa. 2009).

Así mismo el término de Resiliencia se refiere a la capacidad que tienen los sujetos a sobreponerse o afrontar períodos de dolor emocional y traumas. Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una Resiliencia adecuada y puede sobreponerse o incluso resultar fortalecido por los mismos (Domínguez. 2004).

Así mismo la resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Porque no procede exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato, dado por el proceso continuo que se desarrolla entre persona y entorno. Es por esto que es conocido como un factor muy importante en el diagnostico y continuidad en una persona enferma con cáncer de mama (Melillo.2002).

El hecho de afrontar una patología mortal conlleva riesgos y peligros en el transcurso de la enfermedad principalmente en las personas que no cuentan con las herramientas adecuadas para hacerle frente a esta enfermedad. Es por esto que con esta investigación se pretende conocer los niveles de resiliencia como de optimismo en el paciente diagnosticado con cáncer de mama.

Finalmente durante la enfermedad, debido en parte a los cambios físicos y a las condiciones de vida de las personas, estas experimentan una serie de reacciones psicológicas que pueden ir desde alegría hasta tristeza. Esto dependerá en gran parte de cómo están sus habilidades resilientes y su nivel de optimismo.

II. Antecedentes.

Masten (2001), realizó en la ciudad de Sevilla España un estudio sistemático que analizó una muestra grande de 144 pacientes femeninas diagnosticado con cáncer de mama, encontrando resultados favorables, casi la mitad de ellas (56.8%) presentaron un nivel de resiliencia alto ya que informaron haber encontrado algún beneficio de la experiencia vivida, beneficios que pudieron agruparse en cuatro categorías: capacidad de protección ante los problemas, capacidad de auto-protección, incremento en el conocimiento, el 26.4% presentaron un nivel de resiliencia medio y el 16.8 mencionaron haber tenido un nivel de resiliencia bajo (López.2007).

Un estudio realizado en Barcelona España sobre el impacto del optimismo como factor que modula la respuesta ante situaciones adversas en pacientes con cáncer de matriz demostró los siguientes resultados. Es menor la presencia de tensión y ansiedad en aquellas personas con formas optimistas de afrontamiento con un 65%. Elemento que indiscutiblemente tiene un impacto en la salud de los pacientes (Snyder y López, 2002).

Otro estudio realizado por Taylor, Lichtman y Word en Kansas City E.E.U.U en el año 2003, se les preguntó a personas a las que se les había diagnosticado con cáncer de mama, si su vida había experimentado cambios y qué cambios concretos experimentaron. El 70% contestó afirmativamente a la primera pregunta, y de ellos un 60% consideró positivos los cambios. En la mayoría de los casos los pacientes informaron haber aprendido a tomarse la vida de otra forma y a disfrutar más de ella (Mérida. 2010).

En otro estudio con 38 pacientes afroamericanos en Boston, E.E.U.U. entre los 25 y 61 años de edad con enfermedad de cáncer de piel y de pulmón. Se encontraron como factores resilientes, la determinación, perseverancia y tenacidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad que estos pacientes hayan presentado (Melillo.2008).

Carver realizó un estudio en el estado de Monterrey, México con un grupo de colaboradores, donde investigaban la adaptación al tratamiento en las etapas iniciales del cáncer de mama, arrojó interesantes resultados. Estos investigadores tomaron en cuenta que el diagnóstico de cáncer de mama es realmente traumático para las mujeres. Para llegar a conclusiones se entrevistó a 30 paciente en el momento del diagnóstico, luego de la cirugía (alrededor de 7 días después) y finalmente 12 meses después. El 60% de los pacientes presentaron un uso del estilo optimista de afrontamiento y se pudo predecir la disminución considerable de aquellas variables clínicas que indicaban una evolución negativa. Significa esto que la mujer optimista intervenida por cáncer de mama que enfrentó su cirugía, y posterior evolución, optimistamente presentó una recuperación física posterior muy favorable comparada con las féminas que asumieron pesimistamente su condición con un 40% (Manciaux. 2003).

Así mismo en la ciudad de Tamaulipas Guerrero se llevó a cabo un estudio con una muestra de 160 pacientes de cáncer en la matriz, quienes tenían una media de edad de 45 años, donde se compararon pacientes que sobrevivieron más allá de su pronóstico (sobrevivientes excepcionales) con pacientes de cáncer con mejor pronóstico (sobrevivientes controles). En esta investigación se encontró que los sobrevivientes excepcionales presentaron mejor bienestar que el grupo de pacientes sobrevivientes controles. Los primeros obtuvieron mayores niveles de sentido de coherencia y de resiliencia, en comparación al grupo de sobrevivientes controles. Además, hubo pocas diferencias psicológicas (Walsh. 2004).

Otro estudio realizado en Perú en 2009 sobre el optimismo en pacientes diagnosticado con cáncer de mama en la ciudad de Lima demostró que el 25% de los pacientes eran optimistas y están mejor ajustadas psicológicamente, experimentando más emociones positivas y menos negativas, además, informan de mayor satisfacción en algunas áreas de su vida, como la pareja y Familia, y el 75% de estos pacientes demostraron estar sin esperanza y eran

menos receptivas a emociones positivas dentro de la familia e individualmente (Mérida.2010).

Rubio en el año 2011 en el municipio de Zulia en Venezuela Realizo un estudio cuantitativo sobre el optimismo como un estilo de afrontamiento, se evaluó a 15 personas diagnosticadas con cáncer de mama en el hospital local de la ciudad y se obtuvo los siguientes resultados, el 22% de los pacientes mostraron esperanza y optimismo como un efecto positivo en su recuperación mientras que el 88% demostró que no le encontraron sentido a la vida y presentaban desesperanza una vez diagnosticadas(Esmok.2009).

Cabe destacar que no se encontraron antecedentes de estudios de resiliencia y optimismo en pacientes con cáncer de mama en Nicaragua u otros países pero si existen muchos estudios de resiliencia en la población en general entre ellos destacan:

Rammsy Carla. La Resiliencia, (2000). Cerisola Carla, La Resiliencia y programas preventivos, (2003), A.P, Pobreza y resiliencia en la etapa de escolarización, (2007), Morales Centeno, H., Rivera Rivera J. Resiliencia y Pobreza en adolescentes del Municipio de Achuapa, León Marzo – Septiembre 2011, entre otros.

III. Justificación.

Enfrentarse a esta enfermedad como es el cáncer de mama es una situación difícil tanto para el paciente como para los familiares, ya que es un cambio radical en su vida. Se pasa de ser una persona sana, con sus ocupaciones y sus problemas cotidianos, a ser una persona con una enfermedad mortal.

De esta manera, el afrontamiento, se convierte en un aspecto muy importante de la salud en los momentos iniciales de la enfermedad, pudiendo incidir en el bienestar físico y psicológico de cada paciente en función del estilo asumido. Sin embargo significa un complejo proceso de reestructuración vital en la persona.

Con la presente investigación se pretende proporcionar información a las autoridades de salud sobre los niveles de resiliencia y optimismo en el paciente con cáncer de mama.

De igual manera los resultados que se obtengan en este estudio. Servirán de referencia para futuras investigaciones relacionadas con resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticada con cáncer de mama. Eventualmente la carrera de Psicología de la UNAN-León, ya que dispondrá de información, sobre este aspecto para crear y desarrollar estrategias de afrontamiento y de esta manera ayudar al paciente a nivel psicológico en el día a día con esta enfermedad.

IV. Planteamiento del problema.

En el presente año se registraron 1,209 nuevos casos de cáncer de mama a nivel nacional (MINSA, 2010).

Se asume que el cáncer de mama es una experiencia traumática tanto para las personas que lo padecen como para sus familias, debido a las numerosas situaciones a las que tienen que enfrentarse en el transcurso de la enfermedad ya que esta enfermedad representa una amenaza para la vida o integridad física debido a los procedimientos médicos dolorosos, tratamientos con efectos secundarios adversos, cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, separación del grupo de iguales, alteración del comportamiento familiar, entre otros (Pérez. 2007).

Todas estas condiciones mencionadas anteriormente colocan a la población en riesgo de experimentar dificultades psicológicas a corto y largo plazo. Ya que se trata de una patología que puede curarse con el tiempo en algunos casos debido a los avances en los tratamientos, pero también puede tener consecuencias fatales para otros pacientes.

El hecho de hacer frente a este problema de salud, significa confrontar trastornos físicos que de alguna forma pueden impactar en el aspecto psíquico de las personas. Y es cuando inicia la tarea de aprender a manejar la enfermedad que corre más por cuenta de los pacientes.

Por tal razón con esta investigación se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los niveles de resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el hospital escuela "Oscar Danilo Rosales" León, 2011-2012?

V. Objetivos

Objetivo General:

Determinar los niveles de resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales" León, 2011-2012.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar el perfil socio-demográfico de la población.
2. Identificar el nivel de resiliencia de los pacientes.
3. Señalar el nivel de optimismo en los pacientes
4. Determinar los niveles de resiliencia según las características socio-demográfica de los pacientes.

VI. Marco teórico.

Resiliencia.

La resiliencia se ha definido como la capacidad personal de sobreponerse a las presiones y dificultades que, en su lugar, otra persona no podría lograr, soportar retos perturbadores en la vida y recuperarse de la adversidad, hacer frente a situaciones muy adversas, adaptándose y restaurando el equilibrio en la vida personal y evitando el efecto deletéreo potencial del estrés esta adaptación exitosa implica también una "transformación" de la persona luego de la crisis, manifestada en un conjunto de cualidades (González.A.2007).

Esa capacidad de resistencia se prueba en situaciones de fuerte y prolongado estrés, como por ejemplo el debido a la pérdida inesperada de un ser querido, al maltrato o abuso psíquico o físico, al abandono afectivo, al fracaso, a las catástrofes naturales y a las pobreza extremas.

También se ha definido como el conjunto de conductas, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona en su proceso de adaptación a la adversidad y que le permiten "rebotar" de experiencias difíciles (traumas, tragedias, amenazas, problemas familiares o de relaciones interpersonales, enfermedades crónicas o situaciones estresantes laborales y financieras), como si fuera una bola o un resorte (Contreras.2007).

Factores que promueven la resiliencia

La American Psychological Association reconoce los siguientes factores como los más importantes en la afirmación de la resiliencia personal a nivel general:

1. Tener relaciones de amor, cariño, apoyo, amor y confianza, dentro y fuera de la familia, que provean modelos a seguir y que ofrezcan estímulos y seguridad.
2. Capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo.
3. Tener una visión positiva de sí mismo y confianza en las propias fortalezas o habilidades.
4. Destreza en la comunicación y en la solución de problemas.
5. Capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes (Zaragoza.2008).

Ambientes que favorecen la resiliencia.

Existen algunos ambientes que favorecen la resiliencia, a continuación las características de cada uno de ellos.

A) La existencia de expectativas altas y apropiadas a su edad, comunicadas de manera consistente, con claridad y firmeza que le proporcionan metas significativas, lo fortalezcan y promueven su autonomía, y le ofrezcan oportunidades de desarrollo.

B) La apertura de oportunidades de participación: los adultos protectores son modelo de competencia social en la solución de problemas, pudiendo proporcionar oportunidades para que los niños y adolescentes participen y en conjunto, aprendan de los errores y contribuyan al bienestar de los otros, como parte de un equipo solidario y participativo (Catret.2007).

Pilares que fortalecen la resiliencia.

Los factores son cualidades o capacidades propias del ser humano, las cuales son desarrolladas de acuerdo a las diferencias individuales de cada persona, los factores son las líneas de trabajo para el fortalecimiento de la resiliencia o bien el punto de partida para el trabajo psíquico de las personas, se considera que son habilidades innatas se desarrollan durante el ciclo de la vida del ser humano, entre los principales factores de la resiliencia tenemos:

1. Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De allí la posibilidad de cooptación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.
2. Independencia: Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.

3. Autoestima consistente: Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, "suficientemente" bueno y capaz de dar una respuesta sensible. Consciencia, Aceptación, Responsabilidad, Autoafirmación, Propósito e Integridad.
4. Humor: Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.
5. Capacidad de relacionarse: Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otra persona, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.
6. Creatividad: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.
7. Iniciativa: El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
8. Moralidad: Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros (Branden. 2011).

Características de las personas Resilientes. Los adolescentes resilientes presentan, las siguientes características comunes:

- Adecuado control de emociones en situaciones difíciles o de riesgo
- Optimismo y persistencia ante el fracaso.
- Habilidad para manejar de manera constructiva el dolor, el enojo, la frustración y otros aspectos perturbadores.
- Capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos.

- Capacidad para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás, estableciendo amistades duraderas basadas en el cuidado y apoyo mutuo.
- Competencia en el área social, escolar y cognitiva; lo cual les permite resolver creativamente los problemas.
- Mayor autonomía y capacidad de auto observación(Branden,2001)

Niveles de resiliencia.

El Dr. Flores Dagoberto clasifica la resiliencia en los siguientes niveles:

- 1. Resiliencia Muy Alta (RMA):** La resiliencia muy alta le permite al sujeto disfrutar de un alto grado de tenacidad ante el estrés, ansiedad y probablemente es muy eficaz al enfrentarse a las adversidades.
- 2. Resiliencia Alta (RA):** Podría estar enfrentando niveles de estrés muy bajos, dependiendo de su capacidad para lidiar correctamente con los cambios de su vida. Será positivo afrontar mejor los cambios y a minimizar los efectos adversos con constancia, pensamiento crítico y perseverancia, los sujetos con resiliencia alta son capaces de desarrollar relaciones interpersonales muy adecuadas siempre y cuando no se deje de trabajar con la autoestima.
- 3. Resiliencia Media (RM):** El individuo que posee un nivel de resiliencia media es capaz de proteger su propia integridad, bajo presión formando un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias embarazosas, pero aún puede experimentar efectos negativos pero mostrar mayor interés por cuestiones u actividades productivas y edificantes ejemplo de ello podría ser:
 - a) Visitar un grupo religioso.
 - b) Ayudar a otras personas.
- 4. Resiliencia Baja/Anomia Baja (AB):** Teniendo en cuenta que la anomia es el antónimo de la resiliencia y que además es una actitud enferma y una conducta desviada de la norma que se caracteriza principalmente por transformar la visión real de sí mismo, por una visión errónea, podemos entonces decir que un sujeto con anomia baja debe estar

sufriendo algunos efectos negativos del estrés o ansiedad que le impidan operativizar acciones concretas ante la preocupación de cualquier índole, será aconsejable que buscara recursos que le ayudaran a afrontarlo más eficazmente.

5. **Anomia Media (AM):** Una persona que presente anomia media se caracterizara por la dificultad de reír, disgustarse con mucha facilidad y mostrarse irritable, los cambios en una persona con anomia media representaran una enorme barrera que hay que enfrentar por tanto no los resistiera y en su lugar escapara a la situación estresante.
6. **Anomia Alta (AA):** Si ya de por si la anomia es sin duda un aspecto negativo la anomia alta manifestará en el sujeto dificultades para concentrarse, será usual que mienta para escapar de situaciones espinosas, con grande dificultades aceptara estar en un grupo y muy posible que otros tomen las decisiones por el o ella, además culpabilizara a otros por sus errores transformándolo en mentiroso y dependiente.
7. **Anomia muy Alta (AMA):** La anomia muy alta en sí constituye el último peldaño para la total y absoluta co-dependencia, el sujeto es víctima de depresión, ansiedad, incapacidad para conciliar trabajo y vida privada e indecisión, incapaz de poder resolver por sí sólo los asuntos acuciantes se inhibirá aislándose de todo contacto con la realidad para evitar cualquier afrontamiento que lo deje vulnerable, el amor propio será quebrantable y frágil, con todos estos elementos en su contra el anómico en su totalidad será incapaz de acceder a procesos vitales significativos que le sirvan de fortaleza y apoyo constante ante las situaciones desfavorables (Flores.2008)

Optimismo.

El optimismo ha sido relacionado con las expectativas que las personas tienen acerca del futuro, en este sentido, sería una disposición que se asocia a las expectativas positivas generales de la vida, el optimismo también puede ser conocido como una expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la

vida ocurrirán cosas positivas, es decir, sería la tendencia a esperar que en el futuro ocurran resultados favorables.

El optimismo permite predecir variables de notable importancia en la Psicología. De este modo parece jugar un importante papel en el uso de conductas de afrontamiento adaptativo así como en el bienestar psicológico y físico y parece ser un importante predictor de la enfermedad (Carbacas. 2008).

Características del optimismo según Robert Kriegel y David Brandt.

1. **Recursividad:** Las personas recursivas sacan el máximo provecho de toda situación y emplean los recursos que tengan para formular planes y contingencias. Ven más de una manera de alcanzar una meta y son capaces de buscar ayuda en los lugares menos obvios. Tienen un verdadero talento para encontrar maneras nuevas de resolver problemas. Definimos recursividad como la habilidad para hacer algo de la nada. Una persona recursiva va a hacer lo más posible en cualquier situación en la que se encuentre usando cualquier recurso disponible. Se da cuenta de que hay más de una forma de cumplir una meta y de que la forma obvia no es la única.

2. **Espíritu de Aventura:** Ser aventurero significa amar los retos, estar dispuesto a tomar riesgos y tener un deseo de perseguir oportunidades desconocidas con la esperanza de la llegada de algo sustancial. Es lo opuesto a seguir una ruta. A los aventureros les aburre la rutina, odian la repetición y se sienten obligados a romperla. Andan a la búsqueda de nuevas maneras de hacer las cosas.

Para entrenarse como aventurero:

- a. Haga algo divertido con un poco de riesgo, del tipo de cosas que a todos les gusta la idea pero que nadie se atreve a hacer.
- b. Práctica del riesgo, para aprender a correr riesgos, hay que practicar, por ejemplo exprese una opinión diferente a la del gusto general, actúe contrario a las expectativas, confronte a alguien que le intimide.

3. Empuje: El Empuje es el combustible que maximiza todos los demás rasgos de carácter. Es una combinación en partes iguales de energía y deseo mental y forma la base del dinamismo de una persona. El Empuje inyecta pasión y determinación. Si usted tiene empuje, nada parece imposible. Si no lo tiene, el cambio es, agotador.

Para desarrollar el empuje en una persona:

- a) Impúselos a expresar sus sueños y pasiones.
- b) Visualice mentalmente el futuro con su vida ideal

4. Adaptabilidad: La adaptabilidad consiste en flexibilidad y elasticidad. Las personas flexibles cambian sus expectativas de acuerdo a las circunstancias. Las personas elásticas son las que se recuperan de sus fracasos rápida y confiadamente, recobran su estado inicial pronto y siguen adelante (Castro.1996).

Para desarrollar más adaptabilidad:

- a) Juegue algo familiar (como voleyball) con cambios en las reglas cada 10 minutos.
- b) Trate de describir una situación importante desde su punto de vista de un niño de 7 años.

5. Confianza: Esta es una fuerte creencia en su capacidad de manejar cualquier cosa. La confianza es desarrollar autoadmiraación y acrecentarla mediante una creencia interna de que cualquier situación es influenciada de una u otra forma. Si el optimismo es la actitud de que una situación saldrá bien, la confianza es la seguridad de que somos capaces de manejarla.

Para aumentar la confianza:

- a) Refuerce los éxitos pasados y enmarque los eventos pasados tan positivamente como sea posible.

- b) Revise los errores positiva y constructivamente y no en forma negativa concentrándose en una queja.

- 6. Tolerancia a la Ambigüedad: Un cierto grado de ambigüedad es bueno y realista. La ambigüedad permite afinar los planes conforme existan más hechos disponibles. Sin una sana tolerancia a la ambigüedad, el cambio no sólo resulta incómodo sino temible (López.2007).

Generalidades del optimismo.

Varios autores mencionan que el optimismo es considerado actualmente como un tema de renombrado interés entre los investigadores de la psicología positiva.

En otras palabras el optimismo se puede decir que es la predisposición a mirar el futuro con una actitud más favorable, lo que le permite a la persona tener un mejor estado de ánimo y ser más perseverante con respecto a sus metas futuras.

El optimismo no es una simple cognición; por el contrario, resalta que implica todo un proceso mucho más complejo que solo la utilización de frases positivas o imágenes de victoria; tiene su fundamento en como conceptualizamos las causas de los eventos y hechos que tienen lugar a nuestro alrededor.

Cada ser humano tiene una forma particular de definir las causas de las cosas o un "estilo explicativo" que se va conformando desde la infancia y contamos con él a lo largo de toda nuestra vida.

Para una persona optimista, los problemas se consideran como pasajeros, determinados y los atribuyen a causas externas. Este tipo de explicaciones, se asocian con la disminución de síntomas depresivos, mayores niveles de exaltación, los motivos de los éxitos son atribuidos a las características propias del sujeto, además de que la persona aprende a tener mayor control sobre el futuro, a salir fortalecida y encontrar beneficios en situaciones adversas, traumáticas o estresantes, fomentan las relaciones sociales y el éxito académico e incluso podrían llegar a proteger de la enfermedad

diferencia los conceptos de "gran optimismo" y "pequeño optimismo"; que es más que todo un asunto de magnitud sobre los hechos y las expectativas que desarrolla la persona ante ellos; así, el primero hará referencias a situaciones más grandes, mientras que el otro estará presente en situaciones más específicas (Carbacas.2008).

También es importante en este caso, resaltar la diferencia existente entre el "optimismo" y "el pensamiento positivo"; que está relacionada íntimamente con el carácter de verdad que poseen las cosas y los sucesos; una persona optimista puede ver claramente cuáles son sus problemas y los afrontan, esperando que posteriormente obtengan resultados favorables. Por el contrario, los pensamientos positivos, tenderían a tergiversar la realidad y a afirmar que todo lo que pasa es bueno, por ello cuesta mucho más que lleguen a afrontar la realidad (Bares. 2003).

Habilidades cognitivas para promover el optimismo:

- a) Reconocer e identificar los pensamientos que se cruzan por la mente en los peores momentos (estos pensamientos afectan el estado de ánimo). Realizar una evaluación de estos pensamientos.
- b) Generar explicaciones más certeras y alternativas y utilizarlas para desafiar esos pensamientos automáticos.
- c) Intentar descatastrofizar la situación.

Se ha destacado las ventajas que tienen en sus vidas las personas optimistas, entre ellas "suelen presentar mejores habilidades de resolución racional de problemas".

Ser optimista ante la enfermedad, mejora la calidad de vida, tienen una vida más prolongada, son personas más sociables y felices, rinden mejor en los deportes, se previene en ellos el desarrollo de síntomas depresivos, entre otros (Contreras.2007).

Cáncer:

El cáncer es un grupo de muchas enfermedades relacionadas y todas ellas tienen que ver con las células. Las células son unidades minúsculas que forman a los seres vivos, incluido el cuerpo humano. Existen miles de millones de células en el cuerpo de una persona, el cáncer aparece cuando las células anormales crecen y se extienden rápidamente. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y tienen mecanismos para dejar de crecer. Con el tiempo, también mueren. A diferencia de estas células normales, las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose descontroladamente, y no se mueren (Farreras. 2004).

Este comienza en la transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en una progresión de una lesión pre-cancerosa a un tumor maligno.

Cáncer de mama: Es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria. La palabra 'cáncer' es griega y significa 'cangrejo'. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada y con ramificaciones similar a la de un cangrejo marino y de ahí deriva su nombre (Lopez..2007).

Ideas falsas y creencias:

Las creencias acerca del cáncer de mama en la población general y los dispensadores de atención sanitaria también pueden constituir obstáculos para su control. A menudo se piensa que el cáncer es una enfermedad incurable, que conduce irremediablemente a la muerte. Por otro lado, los senos se perciben como algo íntimo y es posible que las mujeres no se animen a referir los síntomas relacionados con él, especialmente cuando el dispensador de atención sanitaria es un varón o pertenece a una cultura diferente.

Una excelente estrategia para animar a las mujeres a someterse a pruebas de detección y buscar tratamiento cuando presentan síntomas indicadores de cáncer de mama puede ser la desestigmatización de diálogo sobre las mamas (pechos) de la mujer (Arbizu.2009).

Epidemiología de cáncer de mama en el mundo, Latino America y Nicaragua.

El cáncer de mama genera 10% de todas las neoplasias, lo que hace que sea el cáncer más frecuente en mujeres en el mundo

En latino América el 60 % se ha atribuido a factores como edad, reproductivos, antecedentes personales y familiares, y 40 % no se han determinado las causas (15). Es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, en varones es menos de 1 % de los casos totales, representa el 32 % del total de los canceres en las mujeres, el riesgo de padecer cáncer de mama es de 8 -12 % y el de morir es de 3.6-4% (1-2), 10% a 15 % pueden ser neoplasias familiares, de los cuales 30 % son atribuibles a mutaciones en genes.

En Nicaragua para el año 2010, los tumores de mama ocuparon la segunda causa de defunción (Tasa: 38.3 por 100 mil habitantes), siendo en mujeres de 41 años y hombres de 35 años. Para el año 1985, los tumores representaban el 6.0% de todas las causas de defunción y en el año 2007 ese porcentaje fue de 12. %Según las estadísticas del MINSA en el 2010(MINSA, 2011).

Factores de riesgo de cáncer:

a) Antecedentes Médicos y Familiares:

El riesgo de desarrollar un segundo carcinoma en una misma paciente, aumenta 6 veces su número de posibilidades que en el resto de la población. En aproximadamente el 0,5% de las pacientes que han padecido un cáncer de mama unilateral, es posible predecir el desarrollo de un segundo cáncer primario, cada año, durante por lo menos 15 años.

Con respecto a las enfermedades benignas de la mama, la enfermedad fibroquística, el fibroadenoma, etc. los datos indican índices poco claros, aunque la relación con la hiperplasia epitelial e indicios histológicos de

calcificación, parecen indicar un aumento del riesgo. También el riesgo se asocia con cánceres previos de ovario o de endometrio.

Hay también descripción de patrones mamográficos benignos que parecen estar relacionados con un riesgo asociado al desarrollo de un cáncer.

Hay una evidente predisposición familiar, que aumenta en relación directa con el número de afectados en la misma familia, y aún mayor si dicho familiar, lo es de primer grado y sigue aumentando si dicha enfermedad apareció antes de la menopausia (Badier. 2010).

b) Factores menstruales y reproductores:

El riesgo está aumentado en los casos de menarca de aparición temprana y la instalación de una menopausia tardía. La aparición de esta enfermedad, declina bruscamente con la aparición de la menopausia, de hecho, la menopausia artificial, inducida por un tratamiento médico tiene un efecto protector semejante al de una menopausia natural.

Se reconoce el efecto protector de un primer embarazo de término en una edad temprana, como así también el de una progenie numerosa confiere un cierto grado de protección adicional. Se ha sugerido que el aborto durante el primer trimestre del embarazo antes del primer embarazo de término, se asocia con un riesgo sustancialmente aumentado, aunque esta conclusión no ha sido confirmada por otros estudios. Se le atribuye también a la lactancia un efecto protector, considerando la asociación entre el cáncer de mama y una lactancia infructuosa.

c) Peso Corporal y Dieta:

El riesgo es directamente proporcional al peso corporal relativo y se asocia con una probabilidad mayor de incidencia de 1,5 a 2 veces. Aunque este riesgo aumentado, parece limitarse a las pacientes post-menopáusicas. En la premenopausia es posible relacionarlo con la mayor facilidad de diagnóstico en las mujeres más delgadas

Las investigaciones relacionadas con la ingesta de grasa animal y su relación con el cáncer de mama, no son concluyentes, y sus resultados equívocos.

d) Uso de Hormonas con fines Anticonceptivos y de Tratamiento Médico:

Aunque todavía no se tienen datos relativos suficientes, los anticonceptivos combinados orales, no parecen ejercer ningún efecto sobre el riesgo de padecer cáncer mamario, al ser utilizados por mujeres en la mitad de la edad reproductora, aunque es posible que el riesgo aumente cuando son utilizados durante períodos prolongados desde edades muy tempranas o antes del primer embarazo a término. Un leve aumento del riesgo, podría aparecer en mujeres perimenopáusicas o post-menopáusicas, sometidas al uso prolongado de estrógenos por tratamientos destinados a la reposición hormonal (Andreu.2003).

e) Alcohol:

Los estudios de caso-control, no parecen indicar un aumento del riesgo de incidencia. Algunos estudios que le atribuyen un aumento del riesgo, han sido observados por ausencia de información adecuada, escasez de la muestra, o grupos de mujeres poco representativos.

Consecuencia del cáncer de mama:

Entre las consecuencias de la enfermedad se encuentran Las necesidades emocionales del paciente se centran en su capacidad de adaptarse a la perdida, y de enfrentarse a sus tumores y ansiedades. Una enfermedad mortal, trae consigo una serie de perdidas. La persona enferma se vuelve dependiente de los demás (Carbacas. 2008).

A continuación se mencionaran algunas consecuencias psicológicas:

1. Intimidad: una persona con cáncer de mama todo se le vuelve una incertidumbre luego del diagnostico y esta (paciente) pierde interés por la intimidad con su pareja por el mismo agobio y frustración que provoca la enfermedad.
2. Rutinas de la vida: los pacientes dejan de hacer lo que hacían antes por estar enfocado en su enfermedad y no tener recaídas por esto y a la vez también deja de mantener su rutina por el tratamiento que recibe en los hospitales para su enfermedad.

3. Familia: la persona con cáncer de mama busca como aislarse o mantenerse solo para no estar con la familia debido al sentimiento de culpa que esto le provoco y también por no ser un estorbo para su familia.
4. Posición: deja de tener una posición de autoridad en su familia por el hecho de presentar su enfermedad y deja de tener valor social por la lástima que le tienen y la disposición que no le permite tener la enfermedad.
5. Estilo de vida: El estilo de vida de la persona, cambia de ser alguien activo con muchas cualidades a ser una persona sin valor para la sociedad por la enfermedad que esta presenta.
6. Imagen corporal: Esta ya no se siente femenina porque piensa que ha sido mutilada de su feminidad debido a la operación que tuvieron que hacerle para sacarle el tumor maligno y este no se expandiera (Andreu.2003).

Fases del diagnóstico del cáncer.

El diagnóstico de cáncer conlleva un impacto emocional tanto para el paciente como para todos los miembros de la familia, supone una brusca alteración del ritmo de vida, con serias implicaciones en cada uno de sus miembros. Los pacientes pueden pasar por diferentes dificultades en las diferentes fases que suceden luego de su diagnóstico desde la hospitalización hasta que el paciente es dado de alta y vuelve a su hogar.

1. La hospitalización del paciente es una fuente de estrés que conlleva a importantes cambios y situaciones negativas desde:
2. Pérdida de contacto con su medio habitual: escuela, amigos.
3. Separación de sus hermanos y del resto de la familia.
4. Ninguna explicación previa, incomprensión de la necesidad de esta hospitalización.
5. Llegada a un lugar extraño rodeado de personal sanitario.
6. Procedimientos dolorosos e intervenciones quirúrgicas (Farreras. 2004).

Es posible que el paciente presente problemas de adaptación al entorno hospitalario, manifestados a través de alteraciones en el sueño y alimentación, tendencia al aislamiento y miedo. La ansiedad y depresión son las principales alteraciones principales emocionales producidas por la hospitalización, que, junto con los miedos, temores y la falta de actividad, pueden causar importantes alteraciones comportamentales, como: conductas negativas, agresividad, trastornos del sueño, respuestas de evitación, mutismo y trastornos de atención.

El diagnóstico es uno de los momentos más difíciles para los pacientes y sus familias. Es el período en el que también están más necesitados de orientación y apoyo.

El impacto psicológico del cáncer puede ser más devastador mientras más joven sea, ya que la enfermedad y su terapia les alejan por un tiempo de su ambiente y provocan cambios en su físico, les afecta de forma muy especial, surgiendo temores no sólo ante la enfermedad, sino también a la pérdida de un lugar entre sus compañeros, de control de una independencia recién iniciada, de su privacidad y de sus actividades. Sin un adecuado apoyo, todo ello puede repercutir en su autoestima, con consecuencias tanto a nivel emocional como social, relacional y de rendimiento.

Además de la información, el paciente necesita percibir esperanza y control emocional en los que le rodean. Tener la seguridad de lo que perciban como antes y que aceptan los cambios físicos que experimentado, que le traten normalmente. Necesita volver a la normalidad, sentirse como uno más, en definitiva seguir siendo el mismo.

La fase del tratamiento es período se caracteriza por el estado de ánimo más positivo. Los familiares y el paciente se sienten más integrados en el ámbito hospitalario y más seguro ante la posibilidad ante un tratamiento. Existen distintos tratamientos oncológicos, afectando de modo diferente al paciente (Ortigosa.2009).

La quimioterapia.

De todos los efectos secundarios provocados por este tratamiento, por su implicación sobre la estabilidad emocional del paciente destaca:

Caída de cabello (alopecia). Este evidente cambio físico hace que el paciente se perciba diferente al resto pudiendo llegar a presentar conductas de evitación social o retraimiento, especialmente en la adolescencia.

Neutropenia. Esto se manifiesta clínicamente como anemia, hemorragias o disminución de las defensas ante las infecciones. Cuando esto último ocurre, se hace necesario aislar al paciente del exterior. Esta situación supone una privación sensorial y social para el paciente que incrementa aún más su situación del aislamiento del exterior.

La radioterapia: Genera gran ansiedad al paciente por lo desconocido y la frialdad del tratamiento y de la habitación en sí misma. Además, ha de permanecer solo, lo que tiende a incrementar las fantasías de dolor y el miedo a lo desconocido. Para muchos tumores sólidos, la cirugía es el tratamiento más efectivo. Esta intervención genera un elevado nivel de ansiedad por el desconocimiento del proceso que se va a llevar a cabo por la extrañeza del medio y de los que lo rodean y por la separación de sus familiares.

Un paciente sometido a cirugía padecerá las consecuencias del tipo intervención sufrida y de su localización. Es especialmente traumática cuando el tumor está localizado en el globo ocular, en un hueso, pues conlleva la amputación parcial o total del órgano enfermo. Dicha intervención altera gravemente la imagen corporal del paciente pudiendo afectar su autoestima (Arbizu.2009).

El trasplante de médula: Este procedimiento médico se caracteriza por una cierta "normalización". Donde pasar largos períodos en casa y tiene un mayor contacto con el mundo exterior. Sin embargo, su situación física aun no le permite hacer una vida normal.

Estrategias de prevención:

- ✓ Intensificar la prevención de los factores de riesgo enumerados más arriba.
- ✓ Vacunar contra el virus del papiloma humano (VPH) y contra el virus de la hepatitis B (VHB).
- ✓ Controlar los riesgos ocupacionales.
- ✓ Reducir la exposición a la radiación solar.

Detección precoz: aproximadamente la tercera parte de la carga de morbilidad por cáncer se podría reducir si los casos se detectaran y trataran precozmente. La detección precoz del cáncer está fundamentada por la observación de que el tratamiento resulta más eficaz si el cáncer ha sido detectado tempranamente. El objetivo es detectar el cáncer cuando está localizado (antes de la metástasis). Las actividades de detección precoz constan de dos elementos:

Educación para ayudar a las personas a reconocer los signos precoces de cáncer y solicitar rápidamente atención médica; los síntomas pueden ser inflamación, dolor, indigestión persistente, tos persistente, o pérdida de sangre por orificios corporales.

Programas de detección precoz del cáncer o de las lesiones pre cancerosas antes de que se manifiesten signos reconocibles, por ejemplo mediante mamografías para el cáncer de mama (René.2007).

La intervención psicológica.

Existe una taxonomía en función del tipo de intervención psicológica a realizar: Dicha intervención debe adecuarse a los distintos momentos y etapas de la enfermedad:

Intervención a nivel de prevención primaria.

Se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad y tiene por misión impedir su aparición. Es el tipo de intervención más deseable.

1. Estilos de vida: un obstáculo para que esta intervención primaria del cáncer sea eficaz son los estilos de vida. Vemos que buena parte de los estímulos carcinógenos o los sospechosos de promocionar cáncer son

placenteros, reforzantes, reales e inmediatos. Además, el tiempo que separa la aplicación del estímulo carcinógeno de la aparición clínicamente detestable del cáncer, es grande y ésta es solo probable, mientras que los estímulos carcinógenos o sospechosos de promocionar cáncer son reales, inmediatos y placenteros. Esto lleva a que el individuo escoja un estilo de vida no adecuado a no ser que: a) se le adiestre a posponer sus satisfacciones; b) aprenda a encontrar satisfacciones igual de placenteras e inmediatas con otros estímulos no carcinógenos. Y ahí es donde entra en juego esa primera intervención psicológica (Rodríguez.2006).

2. El estrés: aunque el estrés no es la causa primaria del cáncer, sí constituye la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo. Así pues, las estimulaciones carcinógenas son una condición necesaria pero no suficiente para la aparición y desarrollo del cáncer. El estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: 1) Aumentando la exposición de un sujeto a un carcinógeno. Por ejemplo: sujeto con ansiedad, fuma más; 2) Interactuando con los efectos del carcinógeno. La intervención psicológica primaria: es importante adiestrar a los sujetos que se encuentran en situaciones de alto riesgo (por ejemplo: muerte de la pareja) en estrategias para afrontar esos problemas de forma que no se vea afectada su salud por el estrés.
3. El comportamiento alimentario: La alimentación está considerada como un factor importante en la expansión actual del cáncer. Determinados alimentos son carcinógenos y a pesar de ello como nos gustan y nos producen una satisfacción inmediata, no renunciamos a ellos. Los psicólogos deben intervenir para favorecer un cambio dietético (Garassini.2010).

Intervención a nivel de prevención secundaria.

Tiene como objetivo localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; se trata, si es posible de detectar la enfermedad en sus estados iniciales o

inmediatamente previos a su casi inevitable o muy probable aparición. Cuanto más pronto se detecta un cáncer, mayores posibilidades de superar la enfermedad. ¿Cómo detectar lo antes posible un cáncer? ¿Qué factores pueden facilitar o dificultar dicha detección?. Factores psicológicos que pueden facilitar dicha detección:

1. Conseguir una transmisión eficaz de información a la población general y, en especial, a las poblaciones de alto riesgo.
2. Conseguir que se adquieran unos hábitos periódicos y sistemáticos de detección, especialmente en las poblaciones de alto riesgo.

Intervención a nivel de prevención terciaria

Se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Desde un punto de vista psicológico, la prevención terciaria del cáncer, debería comprender todos aquellos conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar, total o parcialmente, solas o en unión de las intervenciones biomédicas, aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad (Ortigosa. 2009).

Tratamiento y cuidados:

El tratamiento tiene por objeto curar a los pacientes, prolongarles la vida y mejorar la calidad de ésta. Algunos de los tipos más frecuentes de cáncer, como los de mama, de cuello del útero y de colon-recto, arrojan tasas elevadas de curación si son detectados precozmente y tratados de acuerdo con las prácticas óptimas. Los principales métodos de tratamiento son cirugía, radioterapia y quimioterapia. Para un tratamiento adecuado es fundamental contar con un diagnóstico exacto obtenido por imaginología (ultrasonido, endoscopia o radiografía) e investigaciones de laboratorio (de anatomía patológica (Arbizu.2009).

Tratamiento psicológico.

Considerada como tratamiento intermedio a la intervención terapéutica. Utilización de las técnicas psicológicas al reto.

Relajación: Se utiliza para contrarrestar los efectos nocivos del estrés y provocar cambios fisiológicos opuestos a los producidos en el organismo en situaciones de fuerte contenido ansiógeno. La relajación puede aprenderse mediante la práctica de diversas técnicas:

- a) Respiración abdominal o diafragmática: es una respiración profunda que nos libera de la tensión y da lugar a la respuesta de relajación.
- b) Meditación: localizar la atención en un estímulo determinado con el fin de modificar el estado mental del sujeto y provocar su tranquilidad. La meditación y visualización potencian la reacción de los glóbulos blancos en la sangre y la eficiencia de la respuesta hormonal.
- c) Relajación muscular progresiva: consiste en enseñar al paciente a relajarse por medio de ejercicios simultáneos en los que se tensan y relajan los músculos del cuerpo. Lo que se pretende es que el paciente se concentre y sea consciente de la tensión que se origina en los músculos y sea capaz de liberarse de ella.
- d) Entrenamiento autógeno: basado en la hipnosis. Se pretende que el paciente logre generarse por sí mismo el estado de relajación por medio de representaciones mentales adecuadas, las cuales provocarán los cambios fisiológicos correspondientes.
- e) Biofeedback: pretende enseñar cómo modificar ciertos procesos biológicos (anteriormente considerados bajo control únicamente involuntario del sistema nervioso autónomo) con el fin de someterlos a control voluntario. De esta manera, la persona sometida a los efectos fisiológicos provocados por la ansiedad, podrá aprender cómo reducirlos e incluso evitarlos (Castro.1996).

Terapia cognitiva: Esta terapia pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza, en la manera de interpretar y entender la enfermedad por el paciente de cáncer, siempre y cuando, el paciente se encuentre invadido por pensamientos, creencias, ideas o conceptos deformados, irracionales o inapropiados acerca de su enfermedad y

su verdadera situación. Según la TRE (terapia racional emotiva): las personas se sienten perturbadas muchas veces no por los acontecimientos de la vida sino por la manera en que los interpretan. Las alteraciones emocionales tienen su origen en el pensamiento irracional o erróneo que impide, obstaculiza o dificulta la consecución de metas. En el caso del enfermo de cáncer dichos pensamientos irracionales le obstaculizan en: su aceptación del diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente en la batalla contra la enfermedad (Domínguez.2004).

VII. Diseño Metodológico.

Tipo de Estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: El Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello" de la ciudad de León, el cual cuenta con un aproximado de 180 trabajadores organizados en diferentes áreas que atienden a pacientes con diversas enfermedades en las que se encuentran los pacientes con cáncer de mama.

Población de estudio: 58 pacientes con cáncer de mama distribuidos de la siguiente manera según información epidemiológica del hospital.

1. Año 2011: 45 (77%).
2. Año 2012: 13 (23%).

Muestra: 25 pacientes diagnosticados con cáncer de mama desde el año 2011-2012, sobreviviente de la enfermedad y residente del casco urbano de la ciudad de León.

Para la selección de nuestra muestra se tomo en cuenta que los pacientes cumplieran con todos los datos en el expediente clínico que estos tienen en el departamento de patología del hospital.

Tipo de muestra: La muestra de 25 pacientes fue estimada a partir de un universo de 58 casos, con un 95% de confianza y un 5% de error, utilizando el siguiente modelo matemático: $n = z^2 (p.q) / d^2$.

Tipo de Muestreo: No probabilístico por conveniencia, debido a que se tomo a los pacientes que cumplieran con el expediente clínico completo que proporciono el hospital y que hayan sobrevivido a la enfermedad.

1. Año 2011: 16 pacientes.
2. Año 2012: 9 pacientes.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que deseen participar en el estudio.
2. Pacientes diagnosticados en el hospital periodo 2011-2012.
3. Pacientes que sean del casco urbano de la ciudad de León.

4. Sobrevivientes de la enfermedad.

Instrumentos: Para dar respuesta a nuestros objetivos se utilizaran los siguientes instrumentos:

Para determinar el nivel de resiliencia se utilizó el Inventario de anomia asiliente y resiliencia nómica (IAAR) elaborado por el doctor Dagoberto Flores Olvera y validado en octubre del 2008 (Universidad Autónoma de México) y otorgados todos los derechos al Instituto Internacional de Investigación para el Desarrollo, A.C. Oficina Regional para Norte, Sud América y Caribe.

El test IAAR el cual tiene una duración entre 10 a 15 minutos, consta de 35 ítem, se puede aplicar de forma individual o colectiva, es de opción múltiple con opciones: si, a veces y no, incluye más de 20 ítems adicionales para registrar los datos demográficos con los que se obtienen cruces importantes, El test IAR tiene un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.86.

Los niveles de resiliencia proporcionados por del test son los siguientes:

<u>Niveles de Resiliencia</u>		
<i>Nivel</i>	<i>Abreviatura</i>	<i>Puntuación</i>
Resiliencia muy alta	RMA	61 – 100
Resiliencia alta	RA	46 – 60
Resiliencia media	RM	31 – 45
Anomia baja	AB	0 – 30
Anomia media	AM	-1 a -30
Anomia alta	AA	-31 a - 45
Anomia muy alta	AMA	-46 a -100

Para medir los **Niveles de optimismo** se utilizo la Escala de Orientación hacia la vida -Revisado (LOT-R) diseñada para evaluar los niveles de optimismo identificando expectativas positivas y negativas, a partir del grado de acuerdo o desacuerdo. Costa de 10 ítems de los cuales 3 miden optimismo, 3 pesimismo y los otros 4 son de relleno o distractores, los cuales los pacientes marcaran con una "X" seleccionando entre cinco alternativas (Completamente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, indeciso, parcialmente en desacuerdo y completamente en desacuerdo). Es un instrumento auto-aplicado, la administración puede ser individual y colectiva, con una duración de aproximadamente 5 minutos. El puntaje máximo para cada ítems positivo es de 5 (estoy totalmente de acuerdo) y el mínimo de 1 (estoy totalmente en desacuerdo), este puntaje para los 3 ítems negativos los cuales son 3,7 y 9 se invertirá siendo 5 el más bajo y 1 el más alto esto con el fin de medir el optimismo. En la interpretación de los puntajes, los valores más altos indican mayor optimismo. El Test de LOT-R tiene un alpha de Cronbach de 0,79 y una fiabilidad de 0.80.

Niveles de optimismo	
Optimismo Alto	≥ 26
Optimismo Medio	16-25
Optimismo Bajo	≤ 15

Plan o procedimientos para la recolección de datos:

Se solicito a la dirección de la carrera de psicología una carta dirigida al director del hospital para la autorización de revisión de expedientes. Una vez revisado los expedientes se procedió a visitar los hogares de los pacientes seleccionados, luego se solicito la autorización de la persona o el jefe de familia para la aplicación de los instrumentos. Se le explico a la persona en qué consiste los test y la forma como responderían estas. En el caso de los pacientes que son analfabetas se les leyó cada una de las preguntas y se marco la respuesta brindada por dicho paciente.

Fuente de Información:

1. **Primaria:** Corresponde a la información obtenida de los instrumentos aplicados a los pacientes.

Plan de análisis de los datos.

Los datos obtenidos por el test IAAR se analizaron mediante una base de datos desarrollados en Excel por el autor del test IAAR Dr. Dagoberto Flores Olvera. Los datos serán presentados en tablas.

Los datos proporcionados por el test de optimismo fueron procesados mediante el programa de paquete estadístico de Ciencias Sociales (SPSS) versión 15, cuyo análisis se realizara mediante estadísticos descriptivos (Frecuencia absoluta y frecuencia porcentual). Los datos serán presentados en tablas.

Sesgos:

Sesgo de no respuesta: Se les explico de forma más sencilla las preguntas que no comprendan no cambiando el sentido de la misma.

Sesgo de medición: Test IAAR fue validado con un coeficiente Alfa de Cronbach con valor 0.86. El Test de LOT-R tiene un alfa de Cronbach de 0,79 y una fiabilidad de 0.80.

Sesgo de análisis e interpretación: Se tendrá el cuidado de transcribir en la base de datos cada respuesta, una vez introducidos todos los datos se tendrá el cuidado de verificar la base de datos nuevamente para ver si esta correctos para hacer el análisis de los resultados.

Sesgos de Memoria: para reducir este sesgo se tomara en cuenta que los pacientes hayan sido diagnosticado en el tiempo que se realizara el estudio por su cercanía con el diagnostico con esta enfermedad y también sus intervalos de tiempo, es decir entre más cerca sea el evento más probabilidad habrá que las personas lo recuerden.

Consideraciones éticas según Helsinki.

Las consideraciones éticas a tomar en cuenta en el procedimiento de recolección de datos serán:

- a) Antes de proceder a recolectar datos se les informara a las participantes en qué consiste el trabajo investigativo de manera verbal, evitando así la distorsión de resultados.
- b) Se le entregara a las personas un consentimiento informado el cual la persona lo firmara si desea participar en el estudio.
- c) Todos los datos recopilados serán utilizados únicamente para fines investigativos, sin tomar en cuenta los nombres de las pacientes.
- d) Se aceptará la decisión de los participantes de no querer continuar en el estudio una vez empezado.

Matriz de variables.

Objetivo 1- Caracterizar el perfil socio-demográfico de los pacientes.

Variable	Definición de operación.	Dimensión de las variables.	Valores.	Escala.	Instrumento
Perfil socio-demográfico de los pacientes	Condiciones básicas que representan características ambientales y personales	Edad.	18-30 31-45 46-60.	Discreta.	Test Inventario de Anomia Asiliente y Resiliencia nómica.
		Religión.	(1) Católico (2) Evangélico (3) Testigo de Jehová (4) Otra (5) Ninguna	Nominal	
		Nivel. Académico.	(1) Ninguno (2) Primaria incompleta. (3) Primaria completa. (4) Secundaria incompleta. (5) Secundaria completa. (6) Técnico. (7) Universitario	Nominal.	
		Estado civil	1. Casado. 2. Soltero. 3. Divorciado. 4. Unión libre.	Nominal	

Objetivo 2- Identificar el nivel de resiliencia de los pacientes.

Variable	Definición de la variable	Dimensión de las variables.	Valores de la variables	Instrumento
Nivel de Resiliencia	Fase en la que se encuentra una persona en relación a su capacidad de afrontar y resistir a situaciones adversas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resiliencia muy Alta. 2. Resiliencia Alta 3. Resiliencia Media 4. Anomia Baja 5. Anomia Media 6. Anomia Alta 7. Anomia muy Alta 	<p>-61-100</p> <p>-46-60</p> <p>-31-45</p> <p>-0-30</p> <p>-1 a -30</p> <p>-31 a -45</p> <p>-45 a -100</p>	Test Inventario de Anomia Asiliente y Resiliencia nómica.

Objetivo 3- Señalar el nivel de optimismo en los pacientes.

Variable	Definición de la variable	Dimensión de las variables.	Valores de la variables	Instrumento
Nivel de optimismo	Es el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia , confiando en nuestras capacidades y posibilidades para salir adelante.	<ol style="list-style-type: none">1. Optimismo alto.2. Optimismo medio.3. Optimismo bajo.	≥ 26 16-25 ≤ 15	Escala de Orientación hacia la vida-Revisado (LOT-R)

VIII. Resultados.

Después de haber aplicado el test de orientación hacia la vida (optimismo) y el test de anomia asiliente y resiliencia nómica (IAR) en los 25 pacientes diagnosticados con cáncer de mama en el Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello" de la ciudad de León. 2011-2012, se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación a las características sociodemográficas predominaron las siguientes: edades de 46-60 años (48.0%), Religión católica (68.0%), Nivel académico primaria incompleta (76.0%), Estado civil casada (36.0%) tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Características socio-demográficas de los pacientes diagnosticados con cáncer de mama en el Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello" de la ciudad de León.2011-2012.

Edad (n=25)	Frecuencia	Porcentaje
18-30	6	24.0
31-45	7	28.0
46-60	12	48.0
Religión (n=25)		
Católico	17	68.0
Evangélico	2	8.0
Testigo de Jehová	6	24.0
Nivel académico (n=25)		
Ninguno	2	8.0
Primaria incompleta	19	76.0
Secundaria completa	4	16.0
Estado civil (n=25)		
Casada	9	36.0
Soltera	5	20.0
Divorciada	4	16.0
Unión Libre	7	28.0

Fuente: Test IAR, 2008 de Dr. Dagoberto Flores Olvera.

En los resultados del test de anomia asiliente y resiliencia nómica el 76.0% de los pacientes diagnosticados con cáncer de mama son resilientes, de las cuales el 48.5% presentan un nivel de resiliencia media. Sin embargo, el 24.0% de los pacientes presentan anomía, destacándose el 16.0% que presentan una anomia baja.

Tabla 2. Niveles de Resiliencia en pacientes diagnosticados con cáncer de mama en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, 2011-2012.

(n=25)	Niveles de Resiliencia	Frecuencia	Porcentaje
ANOMIA	Anomia baja	4	16%
	Anomia muy alta	2	8%
			24.0%
RESILIENCIA	Resiliencia muy alta	7	28.0
	Resiliencia media	12	48.5
			76.0%
	Total	25	100.0

Fuente: Test IAR, 2008 de Dr. Dagoberto Flores Olvera.

En los resultados del el test de orientación hacia la vida-Lot-R (optimismo) el 48% de los pacientes diagnosticados con cáncer de mama presentan un nivel de optimismo alto y el 36% presentan un nivel de optimismo bajo.

Tabla 3. Niveles de optimismo en pacientes diagnosticados con cáncer de mama en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, 2011-2012.

Niveles de optimismo(n=25)	Frecuencia	Porcentaje
Optimismo alto	12	48,0
Optimismo Medio	4	16,0
Optimismos Bajo	9	36,0
Total	25	100,0

Escala de Orientación hacia la vida - Revisado (LOT-R)

Los pacientes diagnosticados con cáncer de mama que se encuentran entre las edades de 18-30 presentan un nivel de resiliencia media (33,3%) y los pacientes que se encuentran entre las edades de 46-60 años presentan un nivel de Resiliencia muy alto (57.1%) a diferencia de las que se encuentran entre las edades de 31-45 que presentan un nivel de anomia baja (50%).

Tabla 4. Edad - Nivel de Resiliencia en los pacientes diagnosticados con cáncer de mama en el Hospital Escuela Óscar Danilo Rosales, León. 2011-2012.

			Nivel de resiliencia (n=25)				
			Resiliencia muy alta	Resiliencia media	Anomia baja	anomia muy alta	Total
Edad 18-30 años	Frecuencia		1	4	1	0	6
	Porcentaje		14,3%	33,3%	25,0%	,0%	24,0%
31-45 años	Frecuencia		2	3	2	0	7
	Porcentaje		28,6%	25,0%	50,0%	,0%	28,0%
46-60 años	Frecuencia		4	5	1	2	12
	Porcentaje		57,1%	41,7%	25,0%	100,0%	48,0%

Fuente: Test IAR, 2008 de Dr. Dagoberto Flores Olvera.

En relación a la religión, los que profesan la religión católica presentan un nivel de resiliencia medio(83.3),en cuanto a los que profesan la religión evangélica (50%) como testigo de Jehová(50%) presentan un nivel de anomia baja, A continuación se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5.Religión-Nivel de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, León, 2011-2012

			Nivel de resiliencia (n=25)				
			Resiliencia muy alta	Resiliencia media	Anomia baja	anomia muy alta	Total
Religión	Católico	Frecuencia	5	10	0	2	17
		Porcentaje	71,4%	83,3%	,0%	100,0%	68,0%
	Evangélico	Frecuencia	0	0	2	0	2
		Porcentaje	,0%	,0%	50,0%	,0%	8,0%
	Testigo de Jehová	Frecuencia	2	2	2	0	6
		Porcentaje	28,6%	16,7%	50,0%	,0%	24,0%

Fuente: Test IAR, 2008 de Dr. Dagoberto Flores Olvera.

Con respecto al nivel académico, los pacientes que no presentan ningún tipo de estudio (50%) presentan un nivel de resiliencia media, al igual que el otro (50%) que presenta un nivel de asiliencia baja, en cuanto a las que presentan un nivel académico de primaria incompleta (50%) presentan un nivel de resiliencia medio como también los de secundaria completa que presentan un nivel de resiliencia medio (50%). Como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 7. Nivel académico- Nivel de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, León, 2011-2012.

			Nivel de resiliencia				
			Resiliencia muy alta	Resiliencia media	Anomia baja	anomia muy alta	Total
Nivel académico	Ninguno	Frecuencia	0	1	1	0	2
		Porcentaje	,0%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
	Primaria incompleta	Frecuencia	6	9	2	2	19
		Porcentaje	31,6%	47,4%	10,5%	10,5%	100,0%
	Secundaria completa	Frecuencia	1	2	1	0	4
		porcentaje	25,0%	50,0%	25,0%	,0%	100,0%
Total	Frecuencia	7	12	4	2	25	
	Porcentaje	28,0%	48,0%	16,0%	8,0%	100,0%	

Fuente: Test IAR, 2008 de Dr. Dagoberto Flores Olvera.

En relación al estado civil de los pacientes diagnosticados con cáncer de mama las personas que eran casadas mostraron un nivel de resiliencia alto (66.7%) como también las solteras (60%) como las de unión libre (57.1%) presentaron un nivel de resiliencia medio.

Tabla 8.Estado civil- Nivel de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, León, 2011-2012.

			Nivel de resiliencia				
			Resiliencia muy alta	Resiliencia media	Anomia baja	anomia muy alta	Total
Estado civil	Casada	Frecuencia	6	2	0	1	9
		Porcentaje	66,7%	22,2%	,0%	11,1%	100,0%
	Soltera	Frecuencia	0	3	1	1	5
		Porcentaje	,0%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	Divorciada	Frecuencia	0	3	1	0	4
		Porcentaje	,0%	5,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Unión libre	Frecuencia	1	4	2	0	7
		Porcentaje	14,3%	57,1%	28,6%	,0%	100,0%
	Total	Frecuencia	7	12	4	2	25
		Porcentaje	28,0%	48,0%	16,0%	8,0%	100,0%

Fuente: Test IAR, 2008 de Dr. Dagoberto Flores Olvera

IX. Discusión de los resultados.

Se ha mencionado que el diagnóstico de cáncer de mama supone una idea de soledad, abandono y desesperanza, a demás de la experimentación de una noticia tan fuerte e inesperada para las personas es por esto que la manera como estos pacientes enfrenten esta enfermedad influirá en su recuperación y en el día a día con esta enfermedad.

1. Las edades que más predominaron en nuestro estudio fueron las que comprenden de 46-60 con poco menos de la mitad lo que según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) es un factor prevalente para presentar cáncer de mama, así también el nivel académico que mas predomino fue el de primaria incompleta con más de la tercera parte de la población, lo cual coincide también con estudio realizados por la organización panamericana de la salud (O.P.S) este menciona que un factor para presentar esta enfermedad es el desconocimiento y la falta de información que estos tienen sobre dicha enfermedad.

2. En relación con la resiliencia se encontró en el presente estudio que los pacientes en su mayoría son resilientes y el nivel de resiliencia mas predominante fue "medio", las que se encuentran entre las edades de (18-30) años muestran un nivel de resiliencia medio a diferencia de las mayores (46-60) años que presentan un nivel de resiliencia "alto", esto puede ser debido a la a la determinación, perseverancia, tenacidad y amor a la vida que las personas de esta edad presentan independientemente de la gravedad de la enfermedad que estos padecen lo que se puede comparar con un estudio de Melillo en el 2008 que mencionan que estos son factores que promueven la resiliencia en personas a esta edad.

Se encontró que los pacientes que profesan la religión católica presentan un nivel de resiliencia media lo que coincide con el tercer factor que favorece la resiliencia según Gamez, la disponibilidad de apoyo social en sus múltiples formas, como es pertenecer a los grupos de oración, una organización de ayuda, una institución que proporciona cuidados o los servicios de una religión o confesión religiosa (catret, 2007).

En relación al nivel académico tanto en los pacientes que tienen un nivel de escolaridad de primaria incompleta como los de secundaria completa presentan un nivel de resiliencia medio, esto contradice lo que dice Branden que menciona como un factor que promueve la resiliencia es la competencia en el área social, escolar, lo cual les permite resolver creativamente los problemas, sin embargo un solo elemento no determina el nivel de resiliencia, si no que es una variedad de factores, como puede ser el de la creatividad que le permite dar belleza y finalidad a la vida a partir de un caos y el desorden.

En los pacientes casadas predomina la resiliencia muy alta y en relación a las solteras y unión libre predomina la resiliencia media, en cambio los pacientes divorciados presentan una anomia baja, lo que puede explicarse según los pilares que fortalecen la resiliencia con respecto a la capacidad de relacionarse es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otra persona, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros abiertamente (Branden, 2011).

3. En cuanto al optimismo la mayor parte de los pacientes encuestados presentan un nivel "alto" de optimismo y menos de la mitad presentan un nivel bajo de optimismo, estos resultados contradicen los estudios realizados por Grothber en el 2010 y Rubio en el 2011 que encontraron que el 25% y 32% eran optimista las cuales estaban ajustadas psicológicamente en la realidad y el cual resultaba como un efecto positivo en su recuperación, en estos mismos estudio se demostró que el 78% y 32 respectivamente eran pesimista y presentaban desesperanza.

X. Conclusión.

Con la realización de este estudio se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de los pacientes diagnosticado con cáncer de mama presentan las siguientes características: edades de 46-60 años, religión católica, nivel académico de primaria incompleta y estado civil casada.
2. El nivel de Resiliencia predominante fue el "Medio", presentándose en mujeres con edades de 18-30, solteras y primaria incompleto. Por otra parte un 16% presento anomia baja, encontrándose en pacientes de 31-45 años, testigo de Jehová, evangélicos y ningún tipo de estudio. El nivel de Resiliencia alto se encuentra en los pacientes de 46-60, católicos y casadas.
3. Respecto al nivel de optimismo la mayor parte presentan un nivel alto de optimismo y un poco más de la tercera parte un nivel bajo de optimismo.

XI. Recomendaciones.

Al Hospital:

Crear un departamento de psicología para la atención de pacientes que serán diagnosticados con cáncer, para que pueda ser ayudado a afrontar la enfermedad.

Crear un programa orientado al fortalecimiento de la resiliencia y el optimismo en los pacientes con cáncer.

A la Familia:

Brindar el apoyo necesario a los pacientes para crear o fortalecer el optimismo en los pacientes y de esta manera ayudarlos tomar buenas decisiones ya sea para seguir o mantener un tratamiento en conjunto familia-paciente.

A los Pacientes:

Realizarse autoexploraciones de senos mensualmente para así detectar alguna alteración en el tejido interno, también realizarse mamografías dos veces al año.

Con respecto a los pacientes que presentaron anomia baja, se les recomienda integrarse a actividades de competencia social ya sea religioso o formativas, para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás, de esta manera poder establecer amistades basadas en el cuidado y apoyo mutuo.

XII. Referencias bibliográficas.

1. Arbizu, J.P. (2009). *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento*, España.
2. Andreu, M.J. (2003). *Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama*. 283-296.
3. Badier, L. (2010). *Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos*. *Revista internacional de psicología Clínica*. 243-250.
4. Bares, L. (2003). *La inducción de sensación de control como elementos fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer*. Recuperado de http://www.psicologia_cientifica.com.
5. Branden, P. (2011). *Los seis pilares del autoestima en pacientes con una enfermedad terminal*. México. *Revista palido*. 134-138.
6. Carbacas, V. (2008). *Aspectos psicológicos de la mujer masectomizada*. Colombia.
7. Catret, A. (2007) *Adulthood and resilience. Attitudes and resources in the face of pain*. Valencia.
8. Contreras, M. (2007). *Resiliencia, Atención, Memoria, Aportes a la clínica psicopedagógica*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
9. Coughlin, Benichou J, Weed. (1996) *Estimación del riesgo atribuible en los estudios de casos y controles*.
10. Castro, S.A. (1996). *Actitud del médico en atención primaria ante el paciente terminal y su familia*. Centro de Salud.
11. Domínguez, L. (2004) *Terapias Alternativas contra el cáncer*. Facultad de Ciencias Médicas: Guantánamo.
12. Esmok, P. (2009) *Reacciones emocionales en el paciente oncológico*, (Tesis inédita de maestría, Universidad de Castilla, Valencia) Recuperado de <http://snp.nt.pdf>.
13. Farreras, R. (2004) "Tratamientos psicológico de soporte" en *Medicina Interna*, Barcelona.
14. Flores, D. (2008) *Test Inventario de Anomia Asiliente y Resiliente (IAAR)*, México D.F, pp. 3-6.

15. Grotberg,P. (2006) *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona, España: Gedisa; Cap. 1- 8. E.H. editor.
16. González,A. (2007) *Factores Determinantes de la Resiliencia en niños de la Ciudad de Toluca*.(Tesis doctoral, Universidad Iberoamericana de Mexico) Recuperado de <http://Biblioteca Virtual.1235 pdf>.
17. Garassini,M.E. (2010) *Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos. (Tesis de maestría, Universidad Metropolitana)*, Recuperado el [http// Jornada científica.23-29](http://Jornada científica.23-29)
18. López,J. (2007) *La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer*. Psicooncología, Peru.111-115.
19. Ministerio de Salud (MINSA) *Dirección General de Servicios de Salud. (2010) Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del cáncer de mama*. Nicaragua.
20. Manciaux,M. (2003): *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Edit Gedisa, Estados Unidos.
21. Mérida,G. (2010) *“Cómo los estilos de comunicación influyen en familias resilientes*. Recuperado el 12/07/2012 de [http://: www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).
22. Melillo,E.(2008), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.31-53
23. Ortigosa,J. (2009) *Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: La perspectiva cognitivo-conductual*. Psicooncología; Colombia 413-420.
24. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002) *Programa para una tecnología apropiada en salud (path).programas apropiados para la prevención del cáncer Vigilancia y evaluación de los programas*.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1990) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*.
26. Pérez,G. (2007) *“Resiliencia familiar”*. Recuperado el 15/08/2012 de [http://: www.es.catholic.net/psicologoscato%u00edlicos](http://www.es.catholic.net/psicologoscato%u00edlicos)
27. Quintero. Á. M.(2001) *La resiliencia: un reto para el trabajo social*. Madrid, pp. 4-33.

28. Rodríguez, I. (2006) *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: Un estudio empírico y clínico*. (Tesis de doctorado, Universidad, autónoma de Madrid) Recuperado de <http://sinat.enu.pdf>
29. Walsh, F. (2004) *Resiliencia familiar*. Buenos Aires, Argentina.
30. Zaragoza, L. (2008) *Conductas de riesgo y factores protectores en la adolescencia*. Recuperado el 3/07/2012 de [http://: www.Jornada americana de psiquiatría.com](http://www.Jornadaamericana.depsiquiatria.com).

Anexos

Anexo .1

Test IAR

Inventario de Anomia Asiliente y Resiliencia nómica.

Encuesta No _____	Edad 18-60 _____	Estado civil: 1-Casada 2- Soltera 3-Divorciada 4-Union libre.		
Nivel educativo: Ninguno___ Primaria incompleta___ Primaria completa___ Secundaria incompleta___ Secundaria completa___ Técnico___ Universitario___				
Religión: Católico___ Evangélico___ Testigo de Jehová___ Otra___ Ninguna___				
Fecha:				
Agradecemos tu ayuda. Es importante contestar en forma rápida y sincera, no hay respuestas correctas o incorrectas. INSTRUCCIONES: Marca con UNA "X" de acuerdo a tu opinión en los cuadros de la derecha.		SÍ	A Veces	NO
1	Estoy de buen humor aunque tenga problemas.			
2	Puedo tomar decisiones con facilidad.			
3	Tengo confianza en mí mismo.			
4	Me esfuerzo por decir la verdad y que me entiendan.			
5	Me gusta buscar caminos nuevos para llegar a una meta.			
6	Me cuesta trabajo tomar mis propias decisiones.			
7	Puedo resolver lo difícil.			
8	Ante un problema difícil trato de estar tranquilo y busco resolver la situación.			
9	Para lograr lo que quiero trato de no hacer trampa.			
10	Me recupero bien después de estar triste.			
11	Me gusta mi forma de ser.			
12	Puedo buscar maneras de resolver mis problemas.			
13	Prefiero que me digan lo que debo hacer.			
14	Me disgusta mi cuerpo y lo rechazo.			

15	Puedo resolver problemas propios de mi edad.			
16	Me siento bien con los compañeros de mi clase.			
17	Aunque a veces deseo hacer algo prohibido, puedo evitarlo.			
18	Yo soy capaz de trabajar en equipo.			
19	Aunque tengo algunos defectos me acepto como soy.			
20	Es difícil que me dé por vencido cuando hay que terminar algo.			
21	Cuando me piden que entregue mi tarea generalmente no la termino a tiempo.			
22	Si hay algo que hacer, no me tienen que decir que lo haga.			
23	Cuando hay problemas o dificultades, me cuesta trabajo resolverlos.			
24	Cuando hay peligro no sé prevenirlo.			
25	Me enojo sin lastimar a nadie.			
26	Me gusta que los demás tomen las decisiones por mí.			
27	Manejo bien mis sentimientos cuando no obtengo lo que quiero.			
28	Logro acostumbrarme a las situaciones que cambian y no me detengo ante los problemas.			
29	Me gusta ayudar cuando alguien está triste o tiene problemas.			
30	Ayudo a mis compañeros cuando puedo.			
31	Cuando una persona tiene algún defecto me burlo de ella.			
32	Me doy cuenta que cuando tengo problemas soy capaz de aprender y ser más fuerte.			
33	Me veo incapaz de lograr algo importante.			
34	En tu opinión, ¿Por qué hay gente que vive en pobreza? (Marca con UNA "X" tu elección):			
	a) Porque no ha tenido suerte _____			
	b) Por flojera o falta de voluntad _____			
	c) Porque no pueden mejorar por sí mismos _____			
	d) Porque es muy difícil superarse _____			

Resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del hospital escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello" León, 2011-2012.

	e) Porque es culpa de la religión _____			
	f) Porque hay muchas injusticias _____			
	g) Porque es inevitable en este país _____			
	h) otra: _____			
Todos los Derechos Reservados al IID ® 2011				

Anexo.2

Instrumento

Escala de Orientación hacia la vida - Revisado (LOT-R)

Las siguientes afirmaciones se refieren a cómo usted ve la vida en general. Después de cada afirmación, indique si está de acuerdo o en desacuerdo con una **X**. No hay respuestas correctas, ni incorrectas, solo me interesa su opinión honesta. Use la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.

1	2	3	4	5
Estoy completamente de acuerdo	Estoy parcialmente de acuerdo	Indeciso	Estoy parcialmente en desacuerdo	Estoy completamente en desacuerdo

Marca todas las afirmaciones:

1. En momentos de incertidumbre o inseguridad, generalmente pienso que me va a ocurrir lo mejor.	1	2	3	4	5
2. Me es fácil relajarme.	1	2	3	4	5
3. Si algo malo me pueda pasar, estoy segura(o) que me pasara.	1	2	3	4	5
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro.	1	2	3	4	5
5. Disfruto de mis amistades.	1	2	3	4	5
6. Para mí, es importante estar siempre ocupado(a).	1	2	3	4	5
7. Raramente espero que las cosas salgan a mi modo.	1	2	3	4	5
8. No logro enfadarme fácilmente.	1	2	3	4	5
9. No espero que las cosas buenas me sucedan.	1	2	3	4	5
10. En general, yo pienso que más cosas buenas que malas me van a suceder. No espero que las cosas buenas me sucedan.	1	2	3	4	5

Anexo 3.

Consentimiento Informado

Yo _____ Paciente diagnosticada con la enfermedad.

Hago constar que habiendo sido informado acerca de los objetivos de la investigación "**Resiliencia y optimismo en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el hospital escuela "Oscar Danilo Rosales" León, 2011-2012.**" y asegurando que los datos obtenidos sean confidenciales y utilizados solo para los fines de la investigación accedo de libre y espontanea voluntad a que se me administre el Test IAR de Inventario de Anomia Asiliente y Resiliencia nómica y la Escala de Orientación hacia la vida - Revisado (LOT-R)

Firma de la persona