



San José de Cúcuta, 05 de diciembre de 2019


Señores
Trabajo de Grado
Programa de psicología
Universidad de Pamplona

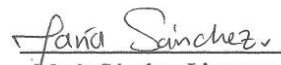
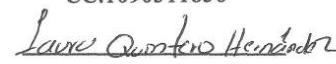
Asunto: Aval de trabajo de grado.

Cordial Saludo,

Por medio de la presente y dentro del ejercicio académico realizado como directora de la tesis denominada: **“Capacidad de resiliencia de una paciente de tercera edad, al ser diagnosticada con la enfermedad de Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander”**, que desarrollan las psicólogas en formación María del Carmen Sánchez Lizarazo identificada con la cédula de ciudadanía 1090511856 y Laura Mercedes Quintero Hernández identificada con cédula de ciudadanía 1090498389, estudiantes de décimo semestre de la Universidad de Pamplona; certifico que se ha revisado y aprobado el trabajo de grado.

Agradezco su atención.


Psi. Diana Granados
CC.1020784700


María Sánchez Lizarazo
CC.1090511856

Laura Quintero Hernández
CC.1090498389

Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



Capacidad de resiliencia de una paciente de tercera edad, al ser diagnosticada con la enfermedad de Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Laura Mercedes Quintero Hernández

1.090.498.389

María del Carmen Sánchez Lizarazo

1.090.511.856

Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología
Cúcuta
2019-II



Capacidad de resiliencia de una paciente de tercera edad, al ser diagnosticada con la enfermedad de Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Modalidad de trabajo de grado: Tesis

Laura Mercedes Quintero Hernández

1.090.498.389

María del Carmen Sánchez Lizarazo

1.090.511.856

Director

Diana Fernanda Granados Cataño

Cúcuta

2019-II

Agradecimientos

Primeramente, queremos agradecer a Dios por permitirnos estar vivas y cumplir con uno de los deseos que más hemos anhelado de nuestras vidas, el graduarnos de la profesión de psicología.

En segunda instancia a nuestras familias, especialmente nuestros padres y hermanos por apoyarnos en cada decisión y proyecto, especialmente durante los últimos 5 años.

En memoria de Lucelia Velandia, una persona llena de luz y amor, quien estuvo en cada momento importante de mi vida, hasta el último día de su vida. Siempre en mi corazón. -M.S.

A la vida por ser tan generosa con nosotras y a cada uno de los docentes de la Universidad de Pamplona por transmitirnos los conocimientos y formarnos como profesionales, resaltando a los docentes Esp. Eliana María Ibáñez Casadiegos, la docente Psi. Diana Granados y al docente y coordinador Gerardo Parada.

De igual forma queremos agradecer a nuestra paciente B.E.A por aceptar y permitir que la investigación se llevara a cabo, siendo una persona asertiva y empática durante cada encuentro.

Tabla de anexos

| | |
|---|-----|
| Ilustración 1. Consentimiento informado..... | 119 |
| Ilustración 2. Consentimiento informado..... | 120 |
| Ilustración 3. Validación de expertos 1..... | 121 |
| Ilustración 4. Validación de expertos 1..... | 121 |
| Ilustración 5. Validación de expertos 1..... | 122 |
| Ilustración 6. Validación de expertos 1..... | 122 |
| Ilustración 7. Validación de expertos 2..... | 123 |
| Ilustración 8. Validación de expertos 2..... | 123 |
| Ilustración 9. Validación de expertos 2..... | 124 |
| Ilustración 10. Validación de expertos 2..... | 124 |
| Ilustración 11. Validación de expertos 3..... | 125 |
| Ilustración 12. Validación de expertos 3..... | 125 |
| Ilustración 13. Validación de expertos 3..... | 126 |
| Ilustración 14. Validación de expertos 3..... | 126 |

Índice de tablas

| | |
|--------------|----|
| Tabla 1..... | 38 |
| Tabla 2..... | 61 |
| Tabla 3..... | 63 |
| Tabla 4..... | 84 |

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Resumen | 9 |
| Abstract | 10 |
| Introducción | 1 |
| Problema de investigación | 3 |
| Formulación del problema:..... | 3 |
| Planteamiento del problema | 3 |
| Descripción de problema | 4 |
| Justificación..... | 7 |
| Objetivos | 9 |
| Objetivo general | 9 |
| Objetivos específicos..... | 9 |
| Estado del arte | 9 |
| Internacional | 9 |
| Nacional..... | 11 |
| Local | 12 |
| Marco teórico | 14 |
| Capítulo I: Psicología | 14 |
| Capítulo II: Tercera edad..... | 22 |
| Capítulo III: Resiliencia..... | 27 |
| Capítulo IV: Cáncer..... | 35 |
| Capítulo V: Parkinson | 46 |
| Marco legal..... | 51 |
| Ley 1090 de 2006 | 51 |
| Ley 1616 del 21 enero del 2013 | 53 |
| Ley 1384 de Abril 19 del 2010..... | 55 |
| Ley 1733, 8 Septiembre del año 2014 | 57 |
| Ley 33 de 2009 | 58 |
| Metodología | 59 |
| Tipo de investigación..... | 59 |
| Enfoque..... | 59 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Diseño a utilizar..... | 59 |
| Población | 60 |
| Muestra | 60 |
| Categorías | 61 |
| Entrevista semiestructurada..... | 63 |
| Observación no participante | 64 |
| Resultados | 65 |
| Observación no participante..... | 84 |
| Discusión..... | 90 |
| Conclusiones | 98 |
| Recomendaciones..... | 102 |
| Estrategias | 103 |
| Referencias bibliográficas | 104 |
| Anexos..... | 119 |

Resumen

Introducción: La resiliencia es la capacidad que tiene una persona para afrontar situaciones que causan estrés físico y psicológico en la vida del individuo, el cual permite seguir proyectándose en el futuro sin importar los eventos desestabilizadores que se puedan presentar; así mismo la resiliencia contribuye a la salud mental de la persona y ha sido confirmado por muchas personas que han pasado por diferentes situaciones traumáticas que por medio de esta han podido salir adelante, afrontando de una mejor manera dichas situaciones complicadas, incluso en un nivel superior puesto que se desenvuelven y viven mejor que antes (Gómez, Hernández, Romero y Zamora, 2017).

Objetivo: Conocer la capacidad de resiliencia en una paciente diagnosticada con Cáncer y Parkinson por medio de un estudio de caso, para el mejoramiento de la calidad de vida.

Metodología: La presente investigación se realizó mediante un estudio de caso descriptivo con el enfoque cualitativo, asimismo, la muestra que se tomó fue un paciente con diagnóstico de Cáncer y Parkinson, además de esto, las técnicas de recolección de información empleadas para el desarrollo de la investigación fue la entrevista semiestructurada y la observación no participante.

Discusión: Se encontró que existen unos factores protectores de la resiliencia, los cuales influyeron de manera positiva en el afrontamiento del diagnóstico. Así pues, Michaud (1999), citado por Bacca, et al. (2014), conceptualizan dichos factores como: “Aquellas características, hechos o situaciones que elevan la capacidad para enfrentarse a circunstancias adversas y disminuye la posibilidad de disfunciones y desajustes bio-psico-sociales, aún bajo el efecto de factores de riesgo” lo anterior quiere decir que, dichos factores se encargan de evitar que los eventos negativos tomen fuerza sobre el sentido de la vida que le otorga esa persona, permitiendo de este modo ver las cosas desde una perspectiva diferente, sin dejarse afectar en las áreas funcionales.

Conclusión: A partir del estudio realizado al paciente con diagnóstico de Cáncer y Parkinson, se evidencia que B.E.A. es una persona resiliente, puesto que cuenta con la capacidad reconocer y aceptar su enfermedad, pese a la sintomatología y la afectación que esta genera.

Palabras claves: Capacidad de Resiliencia, Cáncer, Parkinson, Estudio de caso.

Abstract

Introduction: Resilience is the ability of a person to face situations that cause physical and psychological stress in the life of the individual, which allows to continue projecting in the future regardless of the destabilizing events that may occur; Resilience also contributes to the mental health of the person and has been confirmed by many people who have gone through different traumatic situations that have been able to get through this way, dealing with these complicated situations in a better way, even at a higher level. since they develop and live better than before. (Gómez, Hernández, Romero y Zamora, 2017).

Objective: To know the resilience capacity in a patient diagnosed with Cancer and Parkinson's through a case study, for the improvement of the quality of life.

Methodology: The present investigation was carried out by means of a descriptive case study with the qualitative approach, also, the sample that was taken was a patient with a diagnosis of Cancer and Parkinson's, in addition to this, the information gathering techniques used for the development of the investigation was the semi-structured interview and the non-participant observation.

Discussion: It was found that there are protective factors for resilience, which positively influenced the coping of the diagnosis. Thus, Michaud (1999), cited by Bacca, et al. (2014), conceptualize these factors as: "Those characteristics, facts or situations that increase the ability to face adverse circumstances and reduce the possibility of bio-psycho-social dysfunctions and imbalances, even under the effect of risk factors" It means that, these factors are responsible for preventing negative events from taking force on the meaning of life granted by that person, thus allowing to see things from a different perspective, without being affected in the functional areas.

Conclusion: From the study conducted on the patient diagnosed with Cancer and Parkinson's, it is evidenced that B.E.A. He is a resilient person, since he has the ability to recognize and accept his illness, despite the symptoms and the affectation it generates.

Keywords: Resilience, Cancer, Parkinson, Case study.

Introducción

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta la definición de la resiliencia, la cual es comprendida como la capacidad que tiene una persona para afrontar situaciones que causan estrés físico y psicológico en la vida del individuo, el cual permite seguir proyectándose en el futuro sin importar los eventos desestabilizadores que se puedan presentar. Asimismo, la resiliencia contribuye a la salud mental de la persona y ha sido confirmado por muchas personas que han pasado por diferentes situaciones traumáticas que por medio de esta han podido salir adelante, afrontando de una mejor manera dichas situaciones complicadas, incluso en un nivel superior puesto que se desenvuelven y viven mejor que antes. (Gómez, Hernández, Romero y Zamora, 2017).

Así pues, el proyecto de investigación tuvo como objetivo conocer la capacidad de resiliencia en una paciente diagnosticada con Cáncer y Parkinson por medio de un estudio de caso, para el mejoramiento de la calidad de vida, así como también identificar la perspectiva frente a las enfermedades, teniendo en cuenta el ciclo vital en el que se encuentra. Del mismo modo, se encuentra el problema de investigación, con su respectiva formulación, planteamiento y descripción del problema.

Seguidamente, se encuentra la debida justificación del trabajo de investigación, en el cual se menciona la importancia y los aportes que proporciona para la sociedad, la Universidad y para las psicólogas en formación. Asimismo, se mencionan las investigaciones que contribuyen al enriquecimiento del proyecto investigativo, tanto a nivel internacional, como a nacional y local. Del mismo modo, se abordan cinco capítulos en el marco teórico, los cuales se dividieron de la siguiente manera: Psicología, Tercera edad, Resiliencia, Cáncer y por último, Parkinson.

Por otra parte, dicha investigación tuvo en cuenta los aspectos regidos por leyes nacionales, las cuales son de vital importancia al momento de realizar algún tipo de intervención psicológica, lo anterior hace referencia al marco legal. Además de esto, es importante mencionar que la metodología implementada en dicha investigación es la siguiente: Es un estudio descriptivo, debido a que es esencial para realizar descripciones rigurosas de los fenómenos. Además de que es un estudio fundamental para investigadores que busquen saber el qué, quién y dónde de los acontecimientos. Asimismo, a todo enfoque cualitativo de investigación, los estudios descriptivos cualitativos realizan una valiosa aproximación metodológica en y por sí mismos. (Aguirre y

Jaramillo, 2015). Respecto al enfoque cabe aclarar que el enfoque es cualitativo, en vista de que el interés de ésta radica en captar la realidad social, “a través de los ojos” de la persona que está siendo estudiada, de acuerdo a la percepción que tiene su propio contexto. (Bonilla y Rodríguez, 1997), citado por Monje, C. (2011).

En cuanto al método de estudio, es indispensable resaltar que se realizó mediante un estudio de caso, el cual es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios. Además, Chetty (1996) citado por López, W. (2013).

Por otro lado, la población utilizada para la investigación fueron personas con Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander. No obstante, la muestra del estudio fue únicamente un paciente de 81 años de edad con doble diagnóstico de Cáncer y Parkinson. Así pues, seguidamente se presentan las diferentes categorías que surgieron a partir del marco teórico, con la definición de cada una de estas. Por otro lado, se definen las técnicas utilizadas para la recolección de información, los cuales fueron: Entrevista semiestructurada y observación no participante.

Para finalizar, se encuentran los resultados de la entrevista semiestructurada y la observación no participante, lo anterior se analizó a través de una matriz de análisis. Además, se presenta la discusión realizada a partir de las categorías establecidas en las técnicas de recolección de información, contrastando y relacionando los resultados con la teoría. Finalmente, el presente trabajo de investigación culmina con las conclusiones, recomendaciones y estrategias de intervención desde la resiliencia para el participante.

Problema de investigación

Formulación del problema:

¿Cómo es la capacidad de resiliencia que tiene una paciente de edad avanzada al ser diagnosticada con la enfermedad de Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander?

Planteamiento del problema

La resiliencia es la capacidad que tiene una persona para afrontar situaciones que causan estrés físico y psicológico en la vida del individuo, el cual permite seguir proyectándose en el futuro sin importar los eventos desestabilizadores que se puedan presentar; así mismo la resiliencia contribuye a la salud mental de la persona y ha sido confirmado por muchas personas que han pasado por diferentes situaciones traumáticas que por medio de esta han podido salir adelante, afrontando de una mejor manera dichas situaciones complicadas, incluso en un nivel superior puesto que se desenvuelven y viven mejor que antes. Por otra parte, se debe mencionar que cuando una persona carece de resiliencia, no cuenta con la capacidad para afrontar de forma asertiva las diferentes situaciones negativas que suelen presentarse a lo largo de la vida, puesto que no tiene la habilidad para salir adelante ante las adversidades, siendo así fácil de influenciar y por lo tanto, cada día se convierten en personas más vulnerables a las emociones y pensamientos destructivos. (Gómez, Hernández, Romero y Zamora, 2017).

Asimismo, la organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), afirma que el cáncer es una problemática de salud pública a nivel mundial, es así como es el causante principal de muertes en todas partes. De acuerdo con unos estudios realizados en el año 2008 se estima que los 7,6 millones de fallecimientos en este año fue por este motivo, teniendo en cuenta que un 20% de las muertes por los diferentes tipos de enfermedades oncológicas fue en países con ingresos económicos medios y bajos, del mismo modo se le atribuye el 9% a los países con ingresos altos. (Flórez & Klimenko, 2011). Por otro lado, la OMS en el año 2012 refiere que se presentaron 14 millones de casos nuevos de cáncer y se predice que los índices de tasas tendrán un aumento desde el 70% dentro de 20 años. De acuerdo con lo anterior, se evidencia como la resiliencia se convierte en un aspecto importante para los pacientes que están diagnosticados con cáncer, en vista de que dependiendo de cómo sea la capacidad para enfrentar las situaciones complejas, va a influir positiva o negativamente la salud mental.

Igualmente, se menciona que el cáncer es una patología que afecta la calidad de vida del paciente y de su familia presentando cambios en áreas como: el trabajo, ocio y relaciones sociales; surgiendo de este modo cambios significativos en el funcionamiento habitual de la persona que está padeciendo la enfermedad y por ende en la familia también se pueden presentar alteraciones en los funcionamientos cotidianos. Cabe destacar que en la actualidad es muy necesario prestar atención a los aspectos psicosociales para el manejo integral del proceso oncológico. (Castillo, Mañas, Moralejo & Ahijado, 2017).

Del mismo modo, es importante mencionar la enfermedad de Parkinson, esta es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor prevalencia después del Alzheimer a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2004), cabe destacar que el Parkinson la padecen aproximadamente 5 millones de personas en todo el mundo. (Olanow & Schapira, 2012). Al no tener un adecuado afrontamiento de la enfermedad repercute negativamente en la vida diaria del paciente y en sus relaciones interpersonales, debido a que se presentan cambios fisiológicos y cognitivos, esto es así porque su funcionamiento cambia a causa de esta enfermedad. (Chaná, et al., 2004). Citado por Munguia, A., & González, M. (2017).

Para finalizar, los pacientes con la enfermedad de Parkinson son extremadamente vulnerables a presentar alteraciones en el procesamiento emocional a causa de los cambios que experimentan por la enfermedad, siendo más complicado cuando se presenta otra enfermedad crónica como lo es el Cáncer. Es así como surge el interés por conocer la capacidad de resiliencia durante el proceso que vivió dicha paciente al afrontar el diagnóstico y los cambios que se presentaron a partir de esto.

Descripción de problema

Desde hace aproximadamente 10 años la psicología de la salud ha abordado el tema de la resiliencia, debido a que se ha evidenciado a través de muchas personas que la resiliencia es un factor importante a la hora de afrontar enfermedades graves (Bonanno, 2004). Citado por Quinceno J, & Vinaccia, S. (2011), la psicología de la salud define este concepto como la capacidad con la que cuentan los individuos para mantener la salud y el bienestar psicológico en un ambiente dinámico y amenazante (Zautra, 2008). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011).

Es importante destacar que el patrón resiliente en un paciente es aquel que ha activado su respuesta de adaptación positiva frente a la tragedia, el trauma y la adversidad, progresando significativamente frente a los factores estresores durante el curso de la vida. De este modo, la resiliencia funciona como un mecanismo de autocontrol, que podría proteger a los sistemas personales de las consecuencias negativas en etapas difíciles de la vida; es decir que la resiliencia es un patrón autorregulador que motiva a las personas a salir adelante a pesar de las diferentes circunstancias adversas que atraviesa el paciente, desafortunadamente no todos los seres humanos tienen la capacidad de afrontar situaciones difíciles, por tal motivo es que se considera que la resiliencia debería ser fomentada a lo largo del ciclo vital de cada persona, para que de este modo los individuos estén preparados para resolver y adaptarse ante cualquier situación que pueda representar un problema al bienestar físico y psicológico de la persona. (Parra, 2012). Citado por Osorio, A. (2018).

Los seres humanos actúan según los factores psicosociales, enfrentando y superando de diferentes maneras una determinada situación, de acuerdo a las circunstancias que se presentan a medida que pasa el tiempo, ya sea una enfermedad o cualquier otro problema que genere un malestar psicológico en el ser humano; además de esto, teniendo en cuenta que cada sujeto puede responder a situaciones adversas con un menor grado de efectos negativos, esto se debe a la habilidad para seguir adelante pese a la situación que se presente (Rutter, 1986). Citado por Temprano, M. (2015). En vista de que la resiliencia es un aspecto que se deriva de múltiples factores, tales como lo son los aspectos ambientales y personales del individuo, los cuales son adquiridos a lo largo de la vida, se considera relevante describir de dónde surge la capacidad de resiliencia de la paciente. Asimismo, se expresa que en algunas ocasiones no se le suele prestar la suficiente atención a las causas mencionadas anteriormente y al papel fundamental que cumplen en la determinación del desarrollo de dicha capacidad. (Temprano, 2015).

Por tal motivo es que el hecho de no tener desarrollada la capacidad de resiliencia repercute negativamente en la adaptación del individuo frente a la enfermedad y contribuye al incremento del estrés crónico o agudo, por esta razón es que la resiliencia se vuelve una estrategia fundamental para la supervivencia de los seres humanos que padecen enfermedades crónicas, debido a que este tipo de enfermedades implican un compromiso con la salud, el deterioro de la calidad de vida y la capacidad funcional, añadiendo además el estrés que ocasiona como tal la enfermedad. La

resiliencia, en dichos pacientes juega un papel de gran importancia en el desarrollo de ésta, puesto que, a mayor grado de resiliencia, menor es la probabilidad de vulnerabilidad de los efectos negativos; sin embargo, actualmente no existe un conocimiento claro sobre cómo se manifiesta la resiliencia de acuerdo al tipo de enfermedad y perfil que presenta el paciente. (Beltrán, 2015).

Además de esto, las enfermedades oncológicas requieren de muchos cuidados y atención a medida que transcurre el tiempo, la vida de los individuos que la padecen y sus familiares sufren un cambio abrupto a causa de los múltiples chequeos médicos, tratamientos, dietas y cirugías que experimenta el paciente; los síntomas se presentan de forma particular, dependiendo de la edad cronológica y la etapa en la que se encuentra la enfermedad. (Chuga, 2015).

Finalmente, el Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor prevalencia en pacientes de edad avanzada, debido a que la edad es el factor de riesgo más importante para desarrollarla, se caracteriza por ser una enfermedad crónica y progresiva que afecta principalmente los movimientos voluntarios e involuntarios, los síntomas más comunes, es el temblor de reposo, la bradicinesia, la rigidez y la inestabilidad postural, se producen por la pérdida de neuronas dopaminérgicas en la sustancia nigra pars compacta. Los movimientos son una de las funciones más importantes del ser humano y contribuye a la autonomía de éste, la afectación de esta función es lo más llamativo de la enfermedad, puesto que es el principal causante de discapacidad desde que se empieza a presentar, a medida que transcurre el tiempo estos síntomas cobran mayor relevancia en el grado de afectación de los síntomas, afectando principalmente la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores. (Díazgranados, Guevara, Gómez, Lozano, Ramírez, 2011).

Justificación

La resiliencia está conformada por aspectos personales y sociales, dependiendo de estos la persona afronta los diversos problemas que se presentan a lo largo del ciclo vital. Asimismo, los individuos caracterizados por poseer un alto grado de resiliencia, tienden a ser más asertivos, lo cual no solo contribuye a la resolución de conflictos sino también a la fomentación de la comunicación interpersonal, la interacción, junto con el intercambio de destrezas y habilidades como: Valores, convicciones e ideologías, lo anterior hace parte de un conjunto de conocimientos que permiten que los seres humanos enfrenten su realidad de la mejor manera posible. (Temprano, 2015).

Trabajar la resiliencia conlleva una serie de beneficios, los cuales contribuye al desarrollo del bienestar psicológico de la persona, entre ellos se destacan: El control personal, la autoeficacia, la autoestima, las emociones positivas, el optimismo y el afrontamiento. Estos aspectos cumplen un papel determinante en el desarrollo de los individuos debido a que el control personal es aquel factor que posibilita a los seres humanos adaptarse a una nueva situación y por ende, modificar sus metas de acuerdo a su nueva condición de vida. Del mismo modo, la autoeficacia incide en la forma de pensar, sentir y actuar de los individuos, frente a determinadas situaciones sabiendo de esta manera enfrentar las emociones positivas y negativas, teniendo en cuenta que al tener un menor grado de autoeficacia aumenta los factores de vulnerabilidad para padecer enfermedades como: Depresión, ansiedad y desamparo. Bandura. (1999). Citado por Temprano, M. (2015).

Además, la autoestima es el concepto y la actitud que opta cada ser humano sobre sí mismo, así como también es un ente influenciador que proporciona la capacidad de desenvolverse positivamente durante el ciclo vital a las personas, sin importar que tan complicadas sean las situaciones que estén afrontando. Las emociones positivas, el optimismo y el afrontamiento son aspectos que cooperan entre sí para fortalecer la calidad de vida de los seres humanos al momento de afrontar situaciones adversas, debido a que estos tres se encuentran estrechamente relacionados y está comprobado que al tener un alto grado de resiliencia las personas soportan de una mejor forma las situaciones difíciles, puesto que la capacidad para regular sus emociones de manera positiva es muy alta. (Temprano, 2015).

Así pues, el cáncer es una enfermedad crónica que puede afectar gravemente la vida de los individuos en cualquier momento de su ciclo vital, el solo hecho de que la persona se entere que tiene esta enfermedad afecta significativamente el bienestar psicológico de la persona. En Colombia, se estima que anualmente hay cerca de 71.442 casos nuevos de cáncer: 34.398 en hombres y 37.044 en mujeres; en hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad, para todos los cánceres excepto piel es de 175,2 por 100.000; en mujeres de 151,5 por 100.000. Ambas tasas sitúan a la población colombiana en un riesgo intermedio de tener cáncer si se compara con otros países. (Murillo, et al., 2015). Desde hace más de dos décadas la psicooncología ha aportado numerosos estudios acerca de los factores psicológicos que influyen en el cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad.

Del mismo modo, se debe tener en cuenta las cifras de la enfermedad de Parkinson, en vista de que es considerada la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente a nivel mundial, de acuerdo con estudios realizados, se considera que aproximadamente 150 personas la padecen por cada 100.000 habitantes y dichas cifras pueden aumentar, dependiendo de los ajustes que se realicen por cada década de más que tenga el paciente. (Ariza, Guerrero, Ortiz y Moreno, 2016). En relación con Colombia, se halló que existen 4,7 afectados por cada mil habitantes, de acuerdo con estos estudios el Parkinson suele presentarse con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. (Marín, Carmona, Ibarra y Gámez, 2018).

Es así, que esta investigación tiene como fin identificar la capacidad y las características de la resiliencia, las cuales influyen y utiliza dicha paciente para hacer frente a las enfermedades de Cáncer y Parkinson, teniendo en cuenta el ciclo vital en el que se encuentra. Asimismo, el conocer la historia de vida de la paciente para determinar qué aspectos positivos constituyen la resiliencia que posee, es importante puesto que permite adquirir un aprendizaje significativo con respecto a su calidad de vida, para de este modo implementarlo en la vida diaria. Del mismo modo, proporciona información relevante sobre un caso único, el cual generalmente llama la atención de las personas. Cabe resaltar que esta investigación, es un estudio de cual se contraerá nueva información para el área de psicología, generando así aportes valiosos para las psicólogas en formación que la realizan.

Objetivos

Objetivo general

Conocer la capacidad de resiliencia en una paciente diagnosticada con Cáncer y Parkinson por medio de un estudio de caso, para el mejoramiento de la calidad de vida.

Objetivos específicos

Identificar la perspectiva que tiene la paciente frente a las enfermedades que padece por medio de una entrevista semiestructurada.

Describir las características de resiliencia de una paciente diagnosticada con Cáncer y Parkinson

Proponer estrategias de mejoramiento de la calidad de vida desde la resiliencia en pacientes diagnosticados con Cáncer y Parkinson.

Estado del arte

En el siguiente apartado se encuentra las investigaciones que se han realizado sobre el tema a nivel internacional, nacional y local.

Internacional

En primer lugar, a nivel internacional está la investigación titulada: “Estilos de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores con enfermedad crónica”, cuyo objetivo fue: identificar la asociación entre las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en un grupo de adultos mayores con enfermedad crónica de Cd. Victoria, Tam. México. Se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional, con una muestra de 647 adultos mayores con enfermedad crónica, para la recolección de datos se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Afrontamiento de Font (ALPHA de Cronbach 0.74 y 0.82). El análisis de datos se llevó a cabo a través el programa SPSS V.23. La investigación obtuvo como resultados, el promedio de edad 73 años, evidenciándose como problema principal la situación económica (55%).

La estrategia de afrontamiento que utilizan con mayor frecuencia ante estos problemas es la que se orienta al problema o conducta (55%), con una resiliencia moderadamente baja a moderada (Rango 125-145), junto con una asociación estadísticamente significativa con la estrategia orientada al problema ($p= 0,03$). A partir del estudio realizado, se puede concluir que los adultos mayores, evalúan y se adaptan a las situaciones adversas que experimentan, lo que les ha permitido

desarrollar la estrategia de afrontamiento encaminadas a la solución del problema. Por lo tanto, a través de los resultados se evidencia la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la resiliencia. (Banda, et al., 2017).

En segundo lugar, se encuentra la investigación “Resiliencia y ajuste mental en mujeres con Cáncer de Mama y Quimioterapia del instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, la cual se realizó en Perú. El objetivo principal era establecer la relación entre la resiliencia y los estilos de ajuste mental al cáncer en una muestra conformada por 135 mujeres de 30 a 70 años de edad, el diseño utilizado fue no experimental transversal correlacional-causal, con un muestreo no probabilístico de tipo por oportunidad. Del mismo modo, se aplicaron dos escalas adaptadas a la población: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptado por Del Águila (2003) y la Escala de Ajuste Mental al Cáncer de Watson et al. (1988), adaptado por Trigos (2009).

Así pues, en los resultados se obtuvo que las pacientes se caracterizaron por tener altos niveles de resiliencia y tendencias de respuestas semejantes a los cuatro estilos de ajuste mental. Igualmente, ambos constructos obtuvieron una correlación estadísticamente significativa: Resiliencia Total y Espíritu de lucha ($r = .310$; $p \leq .01$), Desamparo/ Desesperanza ($r = -.235$; $p \leq .05$), Preocupación Ansiosa ($r = -.222$; $p \leq .01$) y Fatalismo/Aceptación estoica ($r = .202$; $p \leq .05$). Es importante destacar que, las redes de apoyo son necesarias durante el proceso de adaptación a la enfermedad. (Torres, 2018).

Por otra parte, se presenta la investigación llamada “Funcionamiento familiar, apoyo social y resiliencia en el adulto oncológico” de tipo correlacional y de corte transversal, se desarrolló en Trujillo, Perú con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar, apoyo social y la resiliencia en el adulto oncológico. La población estuvo conformada por 80 adultos oncológicos, se descubrió que el funcionamiento familiar en el adulto oncológico es severamente disfuncional en el 23.8%, disfuncional 30%, moderadamente funcional el 25% y funcional el 21.2%. En relación con el apoyo social, cuentan con apoyo social máximo el 36.3% es alta, el 38.8% se media y el 25% baja.

En cuanto al nivel de funcionamiento familiar y nivel de resiliencia se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 25.873 con un p-valor de significancia de 0.000 ($p < 0.05$). Sobre al nivel de apoyo social y el nivel de resiliencia se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 19.126 con un p-valor de significancia de

0.001 ($p < 0.05$). Concluyendo que existe una relación significativa entre el nivel de funcionamiento familiar con el nivel de resiliencia y el nivel de apoyo social con el nivel de resiliencia. (Pascuala, y Sachún, 2016).

Nacional

Por otra parte, a nivel nacional se encuentra la investigación “Factores protectores presentes en el proceso de Resiliencia de pacientes en Cuidados Paliativos” la cual tuvo como objetivo, comprender los factores de protección presentes y actuantes que promueven o favorecen el proceso de resiliencia en adultos que se encuentran en cuidados paliativos del Hospital Universitario San Ignacio en la ciudad de Bogotá D.C. La metodología que se empleó para llevar cabo la consecución del objetivo, se caracterizó por la implementación de un enfoque cualitativo con un modelo descriptivo.

Los participantes fueron cuatro pacientes adultos de sexo masculino en cuidados paliativos del Hospital Universitario San Ignacio. Se aplicó, una entrevista dirigida a los participantes, y se realizó una triangulación de las fuentes es decir entre la teoría consultada, los participantes y las investigadoras, se encontró que los factores protectores principales para que se promueva un proceso de resiliencia son el sentido espiritual y trascendente, y las redes de apoyo, respecto al afrontamiento activo y la flexibilidad y evaluación cognitiva, también son factores importantes en este proceso resiliente. En conjunto, estos hallazgos sugieren que, para el paciente en cuidados paliativos, el sistema de creencias, el acompañamiento y el apoyo de sus redes favorecerá el afrontamiento las situaciones adversas de un modo determinado, ya que se genera una introspección positiva y desarrollo de aspectos resilientes que complementarán el objetivo de los cuidados paliativos para así brindarles una mejor calidad de vida. (Bacca, Moyano, Quintero y Soler, 2014).

Asimismo, otra investigación realizada en la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia, tuvo por nombre: “Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional”, El objetivo del estudio fue evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad y conducta de enfermedad, y el efecto de éstas sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 49 pacientes con diagnóstico de Dispepsia Funcional de la ciudad de Bogotá, Colombia. El diseño fue descriptivo correlacional de corte transversal.

Se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de afrontamiento resiliente BSRS, Cuestionario de percepción de enfermedad IPQ-B, Cuestionario de conducta de enfermedad IBQ, y Cuestionario de calidad de vida en relación con los problemas de estómago e intestinales (QOL-PEI). Los resultados mostraron niveles moderados de resiliencia y niveles desfavorables de calidad de vida, sobre todo en la dimensión síntomas habituales del cuestionario QOL-PEI. A nivel del análisis de regresión lineal múltiple, se encontró que la dimensión respuesta emocional del IPQ-B tuvo un peso negativo sobre la calidad de vida. A partir de la investigación se obtuvo la siguiente conclusión: se sugiere el desarrollo de programas de intervención psicológica para el tratamiento del estrés psicológico y la sintomatología física de los pacientes con dispepsia funcional. (Vinaccia, Quinceno, Castañeda, y Castelblanco, 2014).

Del mismo modo, se presenta la siguiente investigación a nivel nacional realizada en Bogotá, Colombia la cual tiene por nombre “Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta”, su finalidad era mostrar cómo la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud, especialmente, al área de la enfermedad crónica. Por lo tanto, se describen las características de las personas adultas resilientes y los procesos psicobiológicos y genéticos asociados, los instrumentos psicométricos empleados en la población adulta para medir la resiliencia, las diferentes patologías físicas en la que ha sido estudiada y los respectivos programas de intervención desarrollados con pacientes enfermos crónicos. Entre sus conclusiones se enmarca que en lo que respecta a la enfermedad crónica, se aprecia que el apoyo social, las creencias espirituales, la autotrascendencia, optimismo, autoestima, autoeficacia, autocontrol, sentido y propósito en la vida y el afecto positivo son variables que favorecen y modulan la resiliencia y sirven como factores de protección hacia la salud. (Quinceno, y Vinaccia, 2011).

Local

A nivel local, se encontró la investigación “Diferencias en el nivel de resiliencia de acuerdo al sexo en pacientes con artritis reumatoide en institución presentadora de Salud de Cúcuta” desarrollada en la ciudad de Cúcuta, Colombia. La investigación proporcionó un aporte de la psicología clínica desde el componente individual, con que la persona puede sobrellevar y afrontar las distintas situaciones que se le presenten su vida cotidiana, por lo tanto; el objetivo era observar el comportamiento de la variable resiliencia por sexo, con el proceso cuantitativo. Fue un diseño no experimental transversal de corte, la población total fue de 832 personas de las cuales se

seleccionó una muestra de 30 pacientes, la cual fue no probabilística por conveniencia, dado que se requería realizar una comparación por sexo. Asimismo, se utilizó la prueba de Levene con la finalidad de calcular la igualdad de varianzas, en donde se presentó una puntuación superior al indicador de $>0,05$, por lo cual, la pertenencia al sexo no influye en las medias poblaciones. (Ortiz, Parada, y Ruíz, 2014).

Por otra parte, se presenta la siguiente investigación: “Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama”, tuvo por objetivo establecer la relación entre la calidad de vida y apoyo social en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que recibían tratamiento de quimioterapia en una clínica cancerológica de Norte de Santander. Fue un estudio cuantitativo correlacional, de tipo descriptivo transversal, en el cual se calculó una muestra de 120 mujeres, con una selección a conveniencia intencionada. La recolección de la información se realizó por medio de los instrumentos de QOL de Betty Ferrell para evaluar la calidad de vida y SSCI de G. Hilbert para el apoyo social de este grupo de mujeres.

En cuanto a los resultados, se presentó una calidad de vida buena, en donde las dimensiones que más se correlacionaron fueron la física y la psicológica. Asimismo, el mayor apoyo social se obtuvo de las personas que las rodean, evidenciándose la relación significativa de todas las dimensiones entre sí. Dicho estudio llegó a la conclusión de que al establecer la relación entre calidad de vida y apoyo social en las mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento con quimioterapia, se acepta la hipótesis nula de que no existe correlación entre las dos variables, aunque el valor $p=0,002$ representa una significancia estadística. Se deduce que las dos variables, aunque son independientes, se relacionan entre sí por las dimensiones y las sub-escalas. (Martínez, 2018).

Marco teórico

A continuación, se encuentra el marco teórico de la investigación, el cual está dividido en 5 capítulos: Psicología, Adulthood Media, Resiliencia, Cáncer y Parkinson.

Capítulo I: Psicología

La psicología, cuyas raíces más profundas se remontan a los primeros hombres que se interrogaron sobre su propio comportamiento, el comportamiento de los demás seres humanos y de otros organismos de la naturaleza, observamos también la influencia de esos factores sociales. Según Ardila, (2007), afirma que el comienzo de la psicología científica se ha fijado en 1879 cuando Wundt creó el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig. En ese momento había empezado ya a considerarse a la fisiología como ciencia independiente, y las universidades alemanas habían visto su nacimiento. A la sombra de esta nueva ciencia, y en la misma tradición universitaria, nació la psicología.

Así pues, la psicología se describe como el estudio del comportamiento de los seres vivos, particularmente investiga y analiza los principios que rigen la actividad humana. Las letras PSI hacen alusión a la palabra psiqué. Por lo tanto, se suele utilizar como símbolo de la psicología a la letra PSI, de acuerdo a lo siguiente:

El significado surge a partir de la asociación de la letra psi con la palabra griega psiqué, que originalmente tenía el significado de mariposa (incluso hay una semejanza de la letra con una mariposa con las alas desplegadas) e incluso el de soplo de una brisa, aliento, ánimo, y, de aquí, más tarde, alma. (Bustos, 2013, p.7).

El origen del nombre de la psicología (ciencia del “alma”) y del uso de la letra psi para representarla. Los griegos tenían la creencia de que cuando alguien fallece, en su último aliento (su alma) dejaba el cuerpo volando en la figura de mariposa. Bustos (2013) afirma “La psique es una realidad por derecho propio y capaz de operar según sus propios principios”. Es decir, ésta se encarga de trabajar por sí misma de acuerdo a sus correspondientes fundamentos, por lo cual es muy importante para la psicología.

Asimismo, se considera importante mencionar que la psicología, es la ciencia de la actividad mental y del comportamiento. El término psicología proviene del griego “psycho”, significa mente; actividad mental, “psykhe”: alma, el yo, vida, aliento «estudio del alma». Es una de

las ciencias de constitución más tardía, pese a que su objeto de estudio, es decir, la actividad psíquica del hombre, ha preocupado a los pensadores de todos los tiempos. (Bustos, 2013, p.8).

En Colombia, la psicología, aparece ligada en sus comienzos a la medicina y en grado menor a la educación. La primera publicación sobre un tema psicológico específico, el hipnotismo, se remonta a 1888, y se debe al Dr. Proto Gómez; apareció en la Revista Médica de Bogotá. Durante los últimos años del siglo 19 y los primeros años del siglo 20, diferentes médicos se interesaron en problemas psicológicos y psiquiátricos. En una línea similar, se describe, La psicología como la ciencia que contiene diferentes disciplinas, unas de ellas es la psicología clínica. Ardila, (2007).

Por otra parte, la Ley 1090 de 2006 del Código Deontológico y Bioético por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología define esta ciencia como aquella profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida.

La psicología clínica se origina a partir de la medicina, puesto que se trata de disminuir el sufrimiento que generan las enfermedades físicas en los individuos, destacándose así, la importancia de esta rama para la psicología. La psicología clínica es una rama que hace parte de la psicología, el cual posee un gran interés por la investigación y el tratamiento de la conducta anormal, es por este motivo que se relaciona con la psiquiatría. (Rey & Guerrero, 2012). Citado por Arias, M. (2014).

Asimismo, Resnick (1991). Citado por Arias, M. (2014). Define la psicología clínica como: *“El campo que abarca la investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad e incomodidad intelectual, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de usuarios”*. Es decir, emplea estrategias dirigidas a optimizar el funcionamiento del ser humano en todas sus áreas de ajuste.

Es importante resaltar que dentro de la psicología clínica se encuentran pilares fundamentales, los cuales son los siguientes: El pronóstico, diagnóstico/evaluación y el tratamiento, se vuelve fundamental para el psicólogo clínico realizar una valoración del curso que puede tomar la

enfermedad o afección en el futuro. Por tal motivo, el profesional de la salud de acuerdo a la evaluación que realiza del estado del paciente, recopila información relevante la cual le permite generar un pronóstico de la evolución de este, teniendo en cuenta las características personales y el contexto que lo rodea. (Ibáñez & Echeburúa, 2014).

Por otro lado, la evaluación psicológica está constituida por el método científico y por la aplicación de instrumentos psicológicos, los cuales arrojan resultados relevantes para realizar un diagnóstico. (Nunes, García & Alba, 2006). Citado por (Pallás, M., Carmen., LLorens. G., & Olatz. 2010). Siendo dicha evaluación psicológica un proceso que puede incluir, según el caso, test estandarizados como un recurso para alcanzar los diferentes objetivos propuestos; por tal razón la evaluación psicológica, consta de diferentes procedimientos de medida, estableciendo dimensiones específicas del paciente del ambiente y la relación entre ellos. (Noronha, 1999). Citado por (Pallás, M., Carmen., LLorens. G., & Olatz. 2010).

Es importante resaltar que, de acuerdo al enfoque que maneje el psicólogo clínico será establecido el tratamiento y a partir del diagnóstico establece unos objetivos a cumplir durante el proceso terapéutico, informando primeramente al paciente sobre lo que le está generando malestar psicológico, las variables que lo mantienen y las técnicas que pueden modificarlo. Asimismo, durante el tratamiento el psicólogo se centra en que explore aquellas habilidades del paciente, para de este modo fortalecerlas y así, el paciente pueda enfrentar las diferentes problemáticas que puedan surgir. (Dahab, Rivadeneira, & Minici, 2014).

Del mismo modo, la psicooncología cumple un papel fundamental dentro de la presente investigación debido a que la enfermedad cancerosa, siempre va acompañada de efectos psicológicos, los cuales han sido identificados por la comunidad científica. El psicólogo especialista en oncología, trabaja con un equipo multidisciplinar oncológico, debe encargarse de las tareas de soporte oncológico, desde el diagnóstico, hasta la curación del paciente, además de esto, no se puede olvidar el lugar tan importante que ocupan en el diseño de la Educación para la salud pública, junto con las campañas de prevención y diagnóstico precoz. (Rivero et al., 2008).

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que la psicooncología es una subespecialidad de la oncología, la cual tiene los siguientes objetivos: El primer objetivo es la prevención primaria, esto se realiza por medio de la detección e intervención de los factores psicosociales que pueden llegar a afectar en la aparición del cáncer. En el segundo objetivo se encuentra la prevención secundaria,

la cual se desarrolla a través de la detección e intervención de los factores psicológicos que, de mayor relevancia, que permiten detectar de manera precoz el cáncer.

La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos, hacen parte del tercer objetivo y este hace referencia a la intervención en la respuesta emocional de los pacientes, familiares y todas aquellas personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares, etc), en todas las diversas fases de la enfermedad: Diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión. Del mismo modo, también se interesa proteger y mantener la calidad de vida (en cuanto a los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar: social, psicológico y emocional), que está generando afectaciones por la enfermedad o su tratamiento. Finalmente, se encuentra el objetivo de la investigación, siendo fundamental y de gran importancia, puesto que proporciona el desarrollo y crecimiento de esta subespecialidad. (Rivero et al., 2008).

La especialidad de psicooncología comenzó formalmente a mediados de 1970, cuando la barrera que existía para revelar el diagnóstico se derrumbó y se hizo posible hablar con los diferentes pacientes sobre esto y las implicaciones del Cáncer para sus vidas. Después de esto, se da inicio a investigaciones profundas y amplias en relación sobre las reacciones de los pacientes oncológicos. Dichas investigaciones, se enfocaron en la adaptación a la enfermedad, a las intervenciones médicas que deben llevarse a cabo, las intervenciones psicológicas durante la prevención y en los procesos de adaptación del enfermo al cáncer, la búsqueda de las variables inmunológicas y neuroendocrinas que intervienen en los procesos de aparición de la enfermedad, hasta los cuidados paliativos, los problemas psicofarmacológicos y los dilemas éticos. (Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013).

A partir de esto, se desarrolla la disciplina que actualmente se conoce como psicooncología, para que finalmente logre formarse como área independiente en las últimas tres décadas. Esto se generó debido a que los pacientes que son diagnosticados y reciben tratamiento oncológico presentan problemas que afectan las dificultades cognitivas, emocionales, motivacionales y de comunicación, las cuales no son sanadas únicamente desde un punto de vista médico. Para Holland, la psicooncología es una subdisciplina de la oncología, que se encarga de atender las necesidades emocionales de los pacientes en todos los estados de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial), igualmente, se enfatiza en el estudio de los factores

psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico).

La Dra. Holland es considerada como la fundadora de la psicooncología. En los años setenta se estableció la definición de los diferentes aspectos psicológicos y psiquiátricos, sociales y de comportamiento del cáncer. En 1977 creó la primera unidad de psicooncología del mundo y tiempo después, el primer comité de psicooncología como parte de ensayos clínicos subvencionados por el National Cancer Institute de EE.UU. Asimismo, en el año 1984 instauró la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS), con el objetivo de crear una red de conexiones a nivel internacional con aquellas personas interesadas en el tema de la psicooncología. Cabe resaltar nuevamente que, aunque en el comienzo la psicooncología solo se dedicaba casi que únicamente en el paciente de tratamiento oncológico activo, en la actualidad esto ha ido cambiando y abarcando la prevención, riesgo genético, aspectos de supervivencia y adaptación a largo plazo, además del cuidado clínico y el manejo comunicacional médico-paciente. (Robert, et al., 2013).

Por otra parte, para lograr disminuir las repercusiones que la enfermedad ocasiona y fomentar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, se les proporciona apoyo psicológico necesario, el cual es adaptado a las condiciones y necesidades de cada ser humano, de acuerdo al estado de enfermedad con el que el paciente se encuentra. En el caso de que la enfermedad dure muchos años, se debe coadyuvar a que la persona se adapte lo mejor posible. De la misma manera, el psicooncólogo debe estar capacitado e informado en psicopatología, psicodiagnóstico y psicoterapia, además de tener los conocimientos indispensables de oncología y otras enfermedades crónicas, formación especializada en counselling, capacidad de trabajo en equipo y experiencia práctica. (Cruz, 2013).

Cruz (2013) menciona las diferentes fases en las que debe intervenir el psicooncólogo, abarca desde la prevención hasta el final de la vida y la atención en el duelo. A continuación, se encuentran descritas cada una de ellas:

Prevención

La función que ejerce el psicólogo en esta es la de promoción de hábitos saludables, en vista de que es fundamental la prevención y el tratamiento del tabaquismo, en el cual los tratamientos psicológicos son altamente eficaces, junto con la promoción del ejercicio físico y alimentación adecuada. Del mismo modo, es muy importante realizar acciones encaminadas a la prevención del cáncer de próstata o de mama. En el Consejo Genético Oncológico, el propósito del psicólogo se

enfatisa en la comprensión de la percepción de riesgo, el manejo de las emociones, la comunicación familiar, la toma de decisiones sobre los tratamientos profilácticos y la adaptación a las secuelas de estas decisiones.

Fase de tratamiento

Sin importar la etapa en la que se encuentre el tratamiento del cáncer, puede generar incertidumbre sobre la eficacia de las diferentes opciones terapéuticas o preventivas, lo que repercute negativamente en la calidad de la persona implicada y sus familiares. La intervención psicológica en la toma de decisiones hace parte de esta fase, garantizando una adecuada comunicación entre el paciente y el equipo sanitario, educa al paciente sobre las habilidades de comunicación en el entorno familiar, aprendiendo de este modo a manejar la ansiedad y las emociones adecuadamente para la toma de decisiones desde un estado de tranquilidad y reflexión, enseña al paciente a aplicar estrategias de resolución de problemas, fundamentadas en el análisis de las diversas alternativas y la valoración de acuerdo a las preferencias y creencias del paciente, todo el tiempo asesorado por el equipo médico.

Igualmente, Cruz (2013) menciona que debe existir “un afrontamiento activo dirigido al problema, que incluya una interacción comunicativa con el equipo sanitario, comprender la información médica, tomar decisiones sobre las distintas alternativas y el plan terapéutico, así como reorganizar el patrón de vida personal y familiar. Por otro lado, se ha de promover el adecuado afrontamiento emocional, basado en la aceptación, la apertura al apoyo familiar y social y la expresión asertiva de las necesidades afectivas y materiales”. (p.53).

Fase de intervalo libre de enfermedad

Una vez superado el cáncer, en la mayoría de los casos se necesita rehabilitación y entrenamiento para la adaptación a una vida con múltiples cambios. Para algunos individuos, la experiencia del cáncer produce el crecimiento personal y una transformación en la vida, en cuanto a sus creencias y metas más centradas en su vida personal, familiar y de ayuda hacia los demás, lo que les genera un grado más alto de bienestar. No obstante, existen otros casos en los cuales, la vida puede llegar a quedar muy afectada debido a la presencia de pensamientos rumiativos de victimización, minusvaloración personal y estados de tristeza y ansiedad, esto puede ser en parte; por todos los cambios producidos en las actividades de la vida diaria. Muchos supervivientes de cáncer pierden hábitos saludables de nutrición, ejercicio físico, etc, o presentan alteraciones

importantes en la sexualidad y en la función laboral. La vida de pareja y familiar, puede sufrir repercusiones, por lo cual es indispensable la intervención psicológica.

Fase de recidiva

Frente al miedo a la recidiva, el paciente y sus familiares debe identificar los aspectos que son controlables en dicha situación, por lo cual es necesario la adherencia a las revisiones periódicas y a los métodos de vigilancia, comunicarse continuamente con el equipo médico con total confianza y preguntar todas aquellas dudas que surjan. Lo que permite que el paciente se dé cuenta de que la consulta médica es la mejor garantía para obtener una mayor seguridad, puesto que en el caso de confirmar que la persona está sana o que presenta algún problema, se implementaría inmediatamente los tratamientos adecuados para su control de manera inmediata. Cabe resaltar que, es de gran importancia dialogar sobre el significado y las implicaciones de una recidiva, en vista de que algunos familiares y pacientes consideran la recidiva como un fracaso frente a los esfuerzos realizados durante el tratamiento.

Es de vital importancia, dar a conocer al paciente y a la familia a través del diálogo sobre la probabilidad de una recidiva, lo cual significa reconocer e identificar los pensamientos rumiativos y los niveles de ansiedad. De igual modo, es fundamental enseñar a diferenciar las preocupaciones que tienen contenido racional o realista de aquellas que son irracionales, en el caso de que sean irracionales, exageradas o poco realistas, lo que se debe hacer es facilitar estrategias para interrumpir la cadena de pensamientos y comprometerse en realizar acciones útiles. En cuanto a que lo que se esté presentando sean pensamientos con contenido racional, hay diversas acciones que pueden ser desarrolladas y lo ideal, es llevarlas a cabo cuanto ante.

Tratamientos especiales: Cirugía, trasplante de médula ósea, inmunoterapia, etc

El psicólogo es el encargado de intervenir en la preparación a la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, el trasplante de médula ósea, etc, para ello se aplican tratamientos basados en la información, comunicación adecuada, counselling y técnicas cognitivo-conductuales, tales como la inoculación de estrés y la exposición, las cuales han comprobado ser tratamientos eficaces. Incluso, se puede aplicar un programa para pacientes con cáncer de mama, la finalidad de la fase prequirúrgica, es proporcionar estrategias de control de ansiedad ante la hospitalización y cirugía próxima; en la fase postquirúrgica, el propósito es mitigar el efecto estresante del diagnóstico y la mastectomía y finalmente, en la fase de quimioterapia, su objetivo es prevenir la aparición de náuseas y vómitos condicionados.

Fase final de la vida.

En esta fase la intervención es el momento más complejo de afrontar para el paciente y su familia, se necesita un equipo interdisciplinar, que permitan tratar los síntomas físicos, asegurar el confort y del mismo modo, facilitar la comunicación, el apoyo familiar, la aceptación, la despedida y atender las necesidades espirituales, para de este modo lograr una muerte digna con el menor sufrimiento y mayor sufrimiento para el paciente y sus familiares. Lo anterior se realiza a través de la comunicación, el counselling, el apoyo familiar, el seguimiento continuo y control de los síntomas, el manejo de las emociones y la atención a las necesidades espirituales, psicoeducación y las técnicas cognitivas.

Supervivencia

Durante esta fase la psicooncología se enfatiza en la instauración de estrategias dirigidas a la promoción de la aceptación, crear objetivos y metas vitales, además de realizar actividades que posibiliten la adaptación a la nueva situación, en cuanto al área familiar, personal y con su pareja. En múltiples ocasiones, se implementa un tratamiento para mejorar el bienestar emocional, la autoestima, la imagen corporal y la sexualidad, también llevan a cabo actividades encaminadas a recuperar o instaurar hábitos de ejercicio físico y nutrición, ejecución de actividades sociales o preparación para el retorno al trabajo.

Para finalizar, se considera pertinente mencionar que en cada una de estas fases la intervención debe enfocarse a la mitigación del sufrimiento del paciente, amortiguar el impacto psicológico y facilitar el proceso de adaptación en todas las áreas de ajuste, para de este modo conseguir afrontar la incertidumbre que la enfermedad ocasiona, siendo capaces de vivir con esperanza, seguir disfrutando la vida y las cosas que aún tienen en ella. (Cruz, 2013).

Así pues, es de vital importancia la realización de un capítulo mencionando los aspectos y los factores vulnerables a lo que se encuentra expuesta, debido a la etapa en la se encuentra.

Capítulo II: Tercera edad

Piñera (2010), citado por Aponte, V. (2015), refiere que la vejez puede ser definida como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, los cuales son normales e inherentes de todos los individuos, los cuales dejan huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, el cual se ve plasmado en el estilo de vida y en la interacción con el medio. Lo anterior repercute en el sistema social y económico de la sociedad, cabe resaltar que es irreversible y se inicia desde el momento del nacimiento.

De acuerdo con Lazarus (1998-2000), citado por Aponte, V. (2015), a medida que los seres vivos envejecen, la probabilidad de que se ocasionen pérdidas funcionales es cada vez mayor. Las personas de tercera edad, presentan temor a perder su buen funcionamiento mental y físico, lo que puede empeorar si el individuo presenta depresión e impotencia, puesto que estos ocasionan la pérdida del control del propio cuerpo. Dichos problemas, normalmente hacen que el adulto mayor se aíse y se sienta inútil, haciendo de tal manera que su vida sea mucho más compleja. En relación con lo anterior, Gómez y Cabello (2012), citado por Aponte, V. (2015) afirman que: “El deterioro que se presente tanto físico como mental, contribuye a que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona”.

La calidad del proceso de envejecimiento, se encuentra estrechamente relacionada con la manera en cómo el sujeto satisface sus necesidades durante su ciclo vital. El bienestar se asocia con desarrollo económico, la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, el estado de salud, con la longevidad individual, la calidad y cantidad de los servicios médicos, con los ingresos o salarios económicos, la satisfacción de necesidades y deseos, con la existencia de la llamada felicidad, dichos elementos individual o colectivamente pueden ser sentimientos transitorios, los cuales se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar. (Prado, 2010), citado por Aponte, V. (2015).

Aspectos biológicos del envejecimiento

Son diversos los factores que determinan un mayor o menor grado de envejecimiento: Herencia no longeva, nutrición, estilo de vida y acción de los radicales libres y si bien es verdad que la ciencia no ha podido explicar cuál es el grado de interrelación entre esos factores, sí se sabe que existe un denominador común: el medio ambiente, que influye en la involución celular precoz; por otra parte, existe un factor hereditario, responsable del 25% del problema, que es altamente

modificable por factores internos y externos capaces de dañar o lesionar el DNA introduciendo cambios en el código genético (7,8). (González, y Sánchez, 2007).

Aspectos sociales del envejecimiento

Dichos aspectos son tan complejos como los biológicos, puesto que no existe un elemento al cual se le pueda atribuir un sello distintivo a esta etapa de la vida, pese a que hay algunas características en común entre los ancianos, tales como: Desconfianza y la excesiva precaución. De la misma forma, cada individuo afronta y vive la vejez de manera diferente, por lo general, de acuerdo a la personalidad y a cómo ha manejado su vida hasta entonces, siendo influenciado también por su grado de realización personal representado por los éxitos y fracasos del paso. (González, y Sánchez, 2007).

Así pues, hay quienes marcan su agresividad, se vuelven intolerantes, poco comprensivos y/o adoptan posiciones rígidas y conservadoras, incluso tiránica. Por otra parte, también están los flexibles en extremo, que no muestran interés por nada y que no pocas veces descuidan detalles importantes. Tanto los unos como los otros, se vuelven en fuente de conflictos, trastornando su vida y la de quienes los rodean. Sin llegar a los extremos, en los niveles intermedios, hacen parte los adultos mayores dóciles, amables, cariñosos y felices, que conservan sus energías, mantienen sus intereses y un alto grado de integración a la sociedad. Lo anterior, es sinónimo de orgullo para la familia, debido a que esta encuentra bienestar y apoyo, disfrutando con ellos los éxitos, por pequeños que sean o sufriendo junto con ellos si ocurre una desgracia. (González, y Sánchez, 2007).

Por otro lado, se debe prestar atención al bienestar psicológico en los últimos años de vida, los cuales se saben son complejos para las personas mayores, en vista de que se caracteriza por pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos. Dichos sucesos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos, a pesar de estos inconvenientes, los adultos mayores se adaptan a todos estos nuevos cambios, replanteándose sus metas y desafíos, adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas. Por tal motivo, es que muchos de ellos informan altos niveles de bienestar, pues sus metas ya no son las mismas de hace 10 años, lo que disminuye la frustración al fracaso cuando no se puede llegar a precisar las metas propuestas a esta edad. (Ortiz, y Castro, 2009).

Para la tercera edad, la autoestima es fundamental puesto que el sujeto debe valorar sus destrezas y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. El problema se presenta cuando en el contexto en el cual realiza esta valoración, dado que el individuo se

encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se siente rechazado y cree que la sociedad los evalúa negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la vejez. En síntesis, la autoestima cumple un papel fundamental como elemento psicológico durante la valoración del adulto mayor, por lo que es necesario prestarle especial atención y fomentar esto, en el trabajo diario que se realiza con la persona. Además, se considera relevante estimular la investigación sobre el tema para de este modo conocer cuál es la realidad del país de Colombia y de acuerdo a las características socioculturales. (Ortiz, y Castro, 2009).

Se considera que el apoyo de redes en la adultez es de gran importancia para la adaptación del individuo.

Apoyo de redes en la adultez

Cuando se llega a la etapa de adulto mayor, esta genera una serie de cambios, que se deben reconocer y del mismo modo adecuar las condiciones para lograr una satisfactoria adaptación, de lo contrario su nuevo estado pueden conformar para la persona una etapa de amargura y sufrimiento (Osorio, Torrejon, Meersohn & Sol, 2011). Citado por Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2018). Cabe destacar que en la etapa de la adultez es necesario contar con redes de apoyo y de esta forma evitar enfermedades psicológicas como ansiedad, depresión y estrés; La concepción en torno a las redes de apoyo social se establece a partir de las categorías de apoyo social y capital social. Las redes de apoyo conforman la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren. Se estructuran y toman sentido los roles sociales. Cooperan al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas las redes de apoyo son de vital importancia ya que evitan el aislamiento e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores (Pillemer, Phyllis & Wethington, 2000). Citado por Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2018).

De acuerdo a los autores Fusté, Pérez & Paz, (2018) las redes de apoyo social varían según la edad y características de los individuos, por este motivo se describen las tipologías de redes de apoyo en la tercera edad, y éstas se derivan de la siguiente manera: los materiales, los instrumentales, las emocionales y las tipologías cognitivas. A continuación, se desglosa cada una de estas. Dentro de la tipología de los materiales se encuentran los aspectos de: dinero, alojamiento, comidas, ropa, pago de servicios; ya que, los adultos de tercera edad no cuentan con las capacidades

de ejercer un trabajo para sostenerse por sí mismo, Por otro lado, las instrumentales hacen referencia a: cuidados, transportes y labores del hogar; porque a medida que avanza la edad, se requieren de mayores cuidados que garanticen la calidad de vida de la persona adulta.

Asimismo, las tipologías emocionales se refieren a: afectos, compañía, empatía, reconocimiento y escucha; por ultimo las tipologías de la cognición, hace alusión a los intercambios de experiencias, información y consejos. Se consideran importantes estas tipologías puesto que el adulto en la edad tercera de alguna manera requiere de un apoyo para desenvolverse en las funciones diarias, además se consideran sensibles y más vulnerables ante sucesos, que se presentan en la vida del ser humano.

Para los autores Fusté, Pérez, & Paz, (2018) la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, por este motivo se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las funciones que genera la vida cotidiana. Es para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, de lo contrario puede representar insatisfacción, malestar y estrés. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud.

Etapas Psicosociales del Ser Humano

Por otro lado, Estudios revelan 8 etapas psicosociales por el cual el ser humano debe atravesar, la última etapa que atraviesa el individuo es la vejez adulta, esta hace referencia a la integridad VS desesperación, según este autor cuando una persona ya está en el final de su vida puede ocasionar dos impactos diferentes. Las personas mayores que han alcanzado la integridad del ego sienten que su vida tiene un significado y de alguna manera sienten que ya están listos para morir; sin embargo, hay personas mayores que se frustran y se condenan, porque ya es demasiado tarde para enmendar la pobreza de los años pasados, estas personas viven constantemente aterrorizadas de morir, se determina que la primera resulta cuando las personas se sienten contentas, tranquilas y sin miedo a la muerte; en su contraparte, la desesperación, las personas no tienen esperanza, se sienten deprimidas y aterrorizadas por la muerte inminente.

Asimismo, la salud mental de los adultos mayores está determinada por aspectos de su historia clínica, la incidencia de padecimientos que generan incapacidad y afectan el funcionamiento cerebral. Las limitaciones en el estilo de vida, la pérdida de autonomía, la muerte de personas

significativas o de bienes y estatus social, la pobreza y el aislamiento son factores de riesgo. En general, quienes están más satisfechos de la vida son quienes gozan de mejor salud y mejor calidad de vida. (Erikson,1985). Citado por Bordignon, N. (2015).

De acuerdo al texto anterior se puede deducir que, según el sentido de vida que tenga la persona adulta será más resiliente ante las adversidades que se le presente, en el transcurso de la vida. Existen Investigaciones que afirman que la resiliencia se caracteriza por tener un fuerte sentido de autoestima, de capacidad para aprender de las experiencias y de desarrollar la adaptación, siendo esta última característica fundamental para sobrellevar las enfermedades (Kralik, van Loon & Visentin, 2006). Citado por Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2011).

Capítulo III: Resiliencia

La palabra resiliencia empezó a aparecer hace muy poco en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, dicha palabra es tomada de otros idiomas como el inglés, el cual contiene términos muy parecidos: Resilience, resiliency, resilient, resiliently, resilim o resilie; estos se encuentran en la versión electrónica del Oxford English Dictionary (OED), del año 2009. El vocablo cuenta con el origen etimológico a principios del siglo XVI, dicha palabra proviene del latín resilio y resilire, el significado se relaciona con el hecho de dar un salto, saltar hacia o salir rebotado. (Vaquero, 2013).

En 1942 se utilizó la palabra resiliencia aplicada a las personas por primera vez, época de la Segunda Guerra Mundial, para referirse a niños y niñas que se enfrentaban a eventos de riesgo para sus vidas. Gil. (2010)., Kalawski., & Haz. (2003). Citado por Vaquero, E. (2013). Esta definición se le otorga a la investigadora y psiquiatra M.C. Scoville, esta psiquiatra uso dicho término para hacer referencia al hecho de que: “Situaciones peligrosas para la vida no afectaban a los niños y niñas, mientras que sí lo hacía el desarraigo de la familia”. Kalawski., & Haz. (2003). Citado por Vaquero, E. (2013).

Del mismo modo, el psiquiatra y psicoanalista británico John Bowlby proporcionó grandes aportes para relanzar el término resiliencia aplicado en la etapa infantil. Bowlby reconoce como resilientes a las personas que se desarrollan psicológicamente exitosas y sanas, aunque nacen vulnerables a vivenciar situaciones de alto riesgo. Manciaux. (2003). Rutter. (1993). Citado por Vaquero, E. (2013). A partir de esta época, la resiliencia comenzó a obtener un mayor interés científico centrado en las características de los niños que afrontan positivamente las situaciones adversas, aunque, los primeros autores se limitaron únicamente a referir resilientes a los niños con esta cualidad, afirmando que toleraban adecuadamente el estrés. Lösel, Bliesener, Korfel. (1989). Citado por Vaquero, E. (2013).

La resiliencia se analiza desde diferentes bases científicas, por tal razón se interpreta desde una perspectiva multidisciplinar con el propósito de conocer las diferentes disciplinas científicas donde el concepto tiene connotaciones afines a la raíz etimológica de la palabra, no se sabe con exactitud cuando se empezó a utilizar el término de resiliencia, pero algunos autores se dieron a la tarea de realizar un consenso general y se estableció que el término resiliencia fue inicialmente utilizado en el campo de la física. Poco a poco, este término se fue expandiendo a otras áreas del conocimiento,

cada área estudiando y evolucionando de forma independiente, por ejemplo, desde la física, la ecología, la economía, la medicina, la psicología hasta diferentes ciencias sociales como la sociología o la antropología, etc. (Vaquero, 2013).

La medicina utiliza el término resiliencia para definir la habilidad que tienen los huesos de crecer adecuadamente después de una fractura. De igual forma, la neurología estudia dicho concepto, explicándolo con la plasticidad que presenta el cerebro y su capacidad de regenerar las redes neuronales cuando se ha sufrido un daño, una lesión o un trauma. Respecto al campo de la salud mental, la resiliencia se encuentra fuertemente relacionada con la forma en que los pacientes cuentan con la fortaleza de reducir la intensidad frente al estrés y la sintomatología que genera ansiedad, depresión o ira. Forés., & Grañé. (2008). Citado por Vaquero, E. (2013).

Para la inteligencia emocional, la resiliencia es la habilidad para generar emociones positivas y recuperarse rápidamente de las experiencias emocionales negativas Davidson. (2000). Citado por Vaquero, E. (2013). Los autores Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin (2003), argumentan que la experimentación recurrente de emociones positivas puede ayudar a las personas a desarrollar la resiliencia, asimismo añaden que ciertas personas resilientes emplean emociones positivas como el humor, el optimismo, o la creatividad como estrategia de afrontamiento, es decir según Fredrickson, 2006. Citado por Vaquero, E. (2013). “La experimentación de emociones positivas aumenta el rasgo de la resiliencia, lo que predice un bienestar y crecimiento psicológicos que forman un ciclo que se retroalimenta”.

La resiliencia también ha sido estudiada, desde las distintas ramas de la psicología, según la rama de la psicología evolutiva, para Masten, Best., & Garmezy (1990). Citado por Vaquero, E. (2013). Definen la resiliencia como: “*Un proceso, una capacidad para o el resultado de una satisfactoria adaptación a pesar de los desafíos o circunstancias amenazantes*”. No obstante, esta capacidad también es estudiada desde un punto de vista más individual, a partir de una perspectiva psicoanalítica, algunos autores comprenden la resiliencia como una capacidad, que pueden desarrollar las personas, para enfrentar las adversidades que se presentan en el diario vivir. Para el autor Block (1980-2002). Citado por Vaquero, E. (2013). La resiliencia se entiende como una característica de la personalidad consistente en la habilidad de adaptar el propio nivel de control temporalmente según dicten las circunstancias.

Factores protectores

El significado de vivir para el ser humano no se basa solamente en fijar metas y cumplirlas, sino que también es necesario estar listo para afrontar las situaciones adversas que manifiestan a lo largo de la vida. Dado que, la construcción de cada individuo cambia de forma permanente según las experiencias propias, los análisis y las nuevas adversidades. Grotberg, (2003), citado por Bacca, D., Moyano, E., Quintero, D., & Soler, D. (2014). Del mismo modo, este autor menciona que una de las situaciones más difíciles que experimentan las personas son los problemas de salud, debido a que requieren de un cuidado especial, principalmente en el caso de enfermedades crónicas por su tratamiento, control o prevención del empeoramiento de la condición o aparición de nuevas dificultades.

De acuerdo a Michaud (1999), citado por Bacca, D., et al., (2014), *“los factores protectores son aquellas características, hechos o situaciones que elevan la capacidad para enfrentarse a circunstancias adversas y disminuye la posibilidad de disfunciones y desajustes bio-psico-sociales, aún bajo el efecto de factores de riesgo”* lo anterior quiere decir que, dichos factores se encargan de evitar que los eventos negativos tomen fuerza sobre el sentido de la vida que le otorga esa persona, permitiendo de este modo ver las cosas desde una perspectiva diferente, sin dejarse afectar en las áreas funcionales. Por otro lado, Cyrulnik, (2005), refiere que es de vital importancia contar con un tutor de resiliencia, puesto que este hace énfasis a una figura con la que se crean relaciones de apego, generando en la persona confianza, apoyo y protección en vez de dolor y sufrimiento; siendo la persona capaz de encontrarle un significado y sentido a lo ocurrido, produciendo de tal forma esperanza en sí mismo.

Asimismo, Pereira, (2007). Citado por Bacca, D., et al., (2014), señala otros factores protectores de resiliencia como lo son los factores protectores de la propia persona, los factores protectores sociales, los factores protectores en la relación con el medio externo y factores protectores propios del medio externo, a continuación, se explicarán detalladamente.

Factores protectores de la propia persona

En este apartado se encuentran los siguientes aspectos:

Habilidades relacionales. Son todas aquellas personas a las que se les facilita mantener relaciones estrechas con otros sujetos, aumentando así las posibilidades de obtener los recursos necesarios.

Creatividad. Cumple un papel indispensable, puesto que por medio de esta se puede transformar el dolor y el desorden en orden y belleza.

Humor. Es la capacidad que tienen los individuos para reírse frente a situaciones de mayor complejidad, sacando el lado cómico que tiene dicha situación.

Autonomía. Se refiere a la habilidad para conservar los límites tanto de las características internas de la persona como las externas. Es decir, no fundirse ante las situaciones adversas, de modo que resulte difícil poner distancia con ellos.

Iniciativa. Es la destreza con la que cuenta el sujeto para retarse a él mismo, incluso en situaciones complejas, poniendo de este modo a prueba sus capacidades.

Introspección. Capacidad de preguntarse a sí mismo y responderse.

Sentido moral. Es la habilidad que existe para comprometerse con los valores.

Confianza en sí mismo. Este factor es indispensable, puesto que facilita la superación de las adversidades, generalmente, esto se genera como resultado de la interacción con el tutor de resiliencia. y por último, se encuentra el factor protector de la capacidad de dar sentido a lo ocurrido.

Factores protectores sociales

En primera instancia se describe las Redes Sociales, puesto que son de vital importancia, debido a que estas redes están en los momentos más difíciles y hasta sustituyen la pérdida de un ser significativo, siendo un apoyo. Por otro lado, el sistema familiar y social, constituyen un rol que

mitiga la problemática, es decir; en el caso de las redes sociales como el trabajo o la escuela, fortalecen el proceso de resiliencia.

Factores protectores en la relación con el medio externo

Uno de los componentes que conlleva el factor de relación con el medio externo son los aspectos claros que fomentan la autonomía y los que permiten el acceso a fuentes de apoyo y ayuda en el medio socio-cultural. Otro componente importante, es pertenecer a una organización ya sea de tipo religioso o socio-políticas que coadyudan como factor protector y de este modo permite que las personas generen convicciones que favorezcan la resiliencia.

Factores protectores propios del medio externo

Dichos factores son los siguientes:

Entorno cultural. Debe estar ritualizado que genere estrategias para enfrentar situaciones adversas.

Aprobación social. Consiste en la aprobación y agradecimiento de la sociedad ante una determinada circunstancia.

Un nivel alto de participación comunitaria. Lo ideal es que este unido al sentimiento social de estar en capacidad de superar las dificultades.

No obstante, cabe resaltar que, así como la aprobación social es un factor protector, la reprobación, la humillación y la vergüenza trae consecuencias que repercuten significativamente la vida de las personas.

Factores de riesgo y características de las personas adultas resilientes

Así como se han realizado investigaciones con niños y adolescentes, del mismo modo se ha estudiado sobre cómo se desarrolla la adaptación resiliente en el adulto, de acuerdo a la relación con el contexto en el cual se encuentra, asimismo se determinan unos factores que ponen en riesgo la resiliencia. Infante (2002). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). A continuación, se mencionan algunos de estos: En primer lugar, se destacan los Biológicos/Bioquímicos y

Fisiológicos, en segundo lugar, se describen los factores de riesgo Individuales, los Interpersonales/Familiares y por último, lo Social/Comunitario y Organizacional.

En cuanto a los factores Biológicos/Bioquímicos se destacan los siguientes: La presión arterial, los niveles de colesterol, la glucosa, el índice de masa corporal, los factores genéticos asociados con la ansiedad, la alta reacción de la proteína C o de otras elevaciones en los procesos inflamatorios. Por otra parte, los factores de riesgo individuales hacen referencia al riesgo con el que cuenta la persona de padecer una enfermedad debido a los antecedentes familiares, tales como la depresión, desesperanza y alguna lesión cerebral traumática.

Los factores de riesgo interpersonales/familiares el cual radica del trauma infantil y/o historias de abuso en edad adulta, puesto que esto predispone a la persona a padecer de estrés crónico de tipo social. Finalmente, la parte Social/Organizacional consiste en las amenazas o peligros para la sociedad, junto con las tasas de criminalidad y el estrés laboral. (Quinceno & Vinaccia, 2011).

Con respecto a las características de las personas adultas resilientes, en primera instancia se destaca la descripción de características psicobiológicas y de genética molecular de las personas resilientes, actuando como marcos protectores. Charney (2004)., Feder, Nestler, & Charney. (2007)., & Stein (2009). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). La primera característica hace alusión a las emociones positivas, tales como el Optimismo y el sentido del humor, enfatizando que estas pueden ser heredadas o adquiridas a través del medio ambiente. “A nivel neurobiológico, posibilitan la disminución de la actividad autonómica y se fortalecen los circuitos de recompensa (área del sistema nervioso central encargado de agrupar las neuronas asociadas a sensaciones profundas de placer, bienestar y satisfacción).”

La segunda característica trata sobre el afrontamiento activo ante la búsqueda de soluciones y el control emocional, el cual se puede desarrollar disminuyendo la evaluación de la amenaza, fomentando pensamientos alternativos positivos sobre sí mismo y centrándose en los aspectos a moldear, puesto que al enfrentar los temores se puede aumentar los niveles autoestima y sentido de autoeficacia, es decir; de acuerdo al nivel de los mecanismos neurobiológicos se previene el condicionamiento del miedo y la desesperanza aprendida y genera la extinción del miedo y la inoculación del estrés.

Otra característica con la que cuenta una persona adulta resiliente, es la flexibilidad cognitiva/reevaluación, cognitiva y aceptación. Con respecto a la flexibilidad Cognitiva se refiere a la interpretación positiva frente a situaciones estresantes o desagradables para el individuo, otorgándole un significado y del mismo modo, siendo capaz de ver las diferentes oportunidades que surgen a partir de este. Ahora bien, la aceptación juega un papel importante, dado que reconoce la existencia de situaciones que se pueden salir de control, reevaluándolas, cambiando de este modo las expectativas sobre el resultado final de una forma realista, para así centrarse en los aspectos controlables del factor estresor. La aceptación se encuentra estrechamente relacionada con la salud física, los bajos niveles de ansiedad y el estrés, debido a que los niveles de mecanismo neurobiológicos activan la memoria y fortalece el control cognitivo emocional.

Ahora bien, para la cuarta característica los límites morales juegan un papel muy importante, en vista de que consideran la integración a un grupo como una guía de principios y al altruismo, puesto que las acciones incondicionales aumentan el bienestar personal. Es muy importante resaltar que, a nivel neurobiológico, las experiencias de fe, moral, espiritual- religiosa y altruista podrían obtener un aumento en el sistema de funcionamiento de la serotonina, fomentando la resiliencia y protegiendo a la persona de desarrollar enfermedades mentales postraumáticas. Por otra parte, la quinta instancia habla sobre el ejercicio físico, y sus efectos positivos, tanto a nivel físico, cognitivo y psicológico. Además, el ejercicio físico contiene grandes efectos, en cuanto a los factores neurobiológicos que median la resiliencia: Promueve la neurogénesis, mejora la cognición, atenúa la reacción al estrés del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, (HPA), aumenta la liberación de endorfinas e incrementa los niveles en plasma de monoaminos y los triptófanos, ayudando a la regulación de las emociones y estimulando el sistema inmune.

Así pues, la sexta característica hace mención al apoyo social, el cual se relaciona con la red de seguridad ante eventos estresantes. El apoyo social disminuye el índice de comportamientos que ponen en riesgo el bienestar de la persona, reduce la percepción negativa de amenaza, debilitando la percepción negativa de amenaza, además contrarresta los sentimientos de soledad, aumentando la capacidad de afrontamiento y adaptación, desarrollando así el sentido de autoeficacia y adherencia a los tratamientos en caso de enfermedad. A nivel de los mecanismos neurobiológicos, la oxitocina neuropéptida es fundamental en la medicación del apego social y el vínculo afectivo, favoreciendo de este modo el apoyo social y disminuyendo los niveles ansiolíticos durante las

situaciones de estrés. Es relevante mencionar que las interacciones sociales positivas son uno de los elementos más importantes e influyentes en la resiliencia.

Cabe destacar que el autor Zautra (2008). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Agrega la visión social-comunitaria/organizacional, la cual trata sobre la participación en actividades de conservación del medio ambiente, como lo es el voluntariado y la satisfacción laboral. De igual manera, las características anteriores han sido retomadas por otros autores. Karoly., & Ruhlman. (2006). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Hay que mencionar, además que otros estudios consideran que la autoestima, autoeficacia y el autocontrol personal y emocional también pueden ser características de la resiliencia, permitiendo estas la prevención de problemas cíclicos en el tiempo. Carrobes., Benavides. (2009)., Yi., Vitaliano., Smith., Yi., & Weinger. (2008). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). Es así que, los investigadores de resiliencia adoptan la postura de la psicología positiva, esta hace énfasis en que la resiliencia es un constructo que promueve el bienestar y la salud de las personas con o sin patologías. Pan., & Chan. (2007). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011).

Las ciencias médicas mencionan la predisposición genética que existe para padecer enfermedades mentales. Sin embargo, también mencionan sobre la “resistencia de los genes”, los cuales se encargan de proteger a algunos individuos de presentar síntomas depresivos bajo circunstancias adversas. Por otro parte los estudios han enfatizado sobre lo siguiente: “La variación del gen 5-HTTLPR y los genes que llevan el código de la proteína transportadora de serotonina. El alelo 5-HTT puede ser largo o corto. Las personas con dos alelos largos tienen mayor posibilidad de movimiento de recuperación tras los acontecimientos vitales estresantes”. En coherencia con lo anterior, aquellas personas que tengan un alelo corto tendrán menos capacidad de resiliencia en comparación con las que tengan dos alelos cortos, por lo tanto, serán muy vulnerables a ser depresivos. (Quinceno, & Vinaccia, 2011).

No obstante, que un individuo tenga un alelo corto no significa que automáticamente va a padecer del trastorno de depresión, este solo se activa cuando se vivencia una situación adversa como lo es el abuso infantil, la guerra o el estrés crónico. Cabe destacar que un adecuado apoyo social juega un papel muy importante en la vida de los seres humanos, puesto que le permite afrontar la genética y el riesgo ambiental existente. (Quinceno, & Vinaccia, 2011).

Capítulo IV: Cáncer

El cáncer es una enfermedad ocasionada por la transformación de las células normales en células incapaces de controlar su crecimiento, esto es ocasionado por complejos cambios en el material genético llamado mutaciones. Así pues, la manera de guardar la información de las células es por medio de las cadenas de ADN, lugar crítico de la génesis tumoral, igualmente es un blanco específico de las drogas oncológicas. Chacón (2009) afirma:

La complejidad para que múltiples mutaciones o cambios en el ADN acumulados durante meses o años conduzcan al desarrollo de cáncer es tan marcada como asimismo el proceso para que un tumor genere metástasis (implantes del tumor primario en otros órganos). Uno de los ejemplos más concretos es el desarrollo de cáncer de colon en la población general a partir de un pólipo (lesión benigna) que sufre sucesivas transformaciones a adenomas, con displasia leve primariamente, luego moderada, severa y la ulterior cancerización. El período transcurrido entre la lesión inicial y la formación del tumor oscila entre los 5 a 10 años, siendo trascendente la importancia del concepto de prevención para esta patología mediante la colonoscopia.

Del mismo modo, es importante mencionar que el término cáncer se utiliza para referirse a enfermedades en las que las células se fragmentan alcanzando invadir otros tejidos. El cáncer no es solo una patología, sino que son muchas acumuladas. Hay incomparables tipos de cáncer; la mayoría toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan. (Revista Biomédica Latinoamericana de México, 2010), citado por Flórez, J., & Klimenko, O. (2011). Además, el proceso de sufrir una enfermedad oncológica, origina un desgaste tanto corpóreo como físico, debido a que por el simple hecho de conocer el diagnóstico; la salud mental del sujeto se deteriora.

Por otra parte, el cáncer es una enfermedad que se presenta constantemente en el ser humano. Existen diferentes tipos de tumores con tratamiento y pronóstico diametralmente opuestos, se estima que una de cada dos personas padecerá de un tumor durante el transcurso de su vida, teniendo en cuenta que, si el diagnóstico y tratamiento es el apropiado, más del 50% de los afectados podrán recuperarse. Comprendiendo por sanación, el hecho de que dicha afección no volverá a la vida del individuo. (Chacón, 2009).

A nivel mundial, el cáncer provoca millones de muertes en el año, lo que genera altos costos a nivel económico y social, tanto por los valores asignados al tratamiento, como por el compromiso que se adquiere en la productividad laboral de los seres humanos que están directamente afectados, junto con su entorno familiar y/o cuidadores. Además de esto, el cáncer está relacionado a determinantes sociales que influyen en la salud, tales como: El nivel socioeconómico, la educación, las condiciones laborales, la calidad de recursos básicos como: El agua y diferentes servicios sanitarios, factores de riesgo: Mal nutrición o estilos de vida no saludables, finalmente, también se considera que es debido a condiciones estructurales asociadas a políticas públicas, socioeconómicas, culturales y medioambientales. (Ministerio de Salud, 2018).

La manera en que el individuo afronta la enfermedad oncológica depende en gran parte de la conciencia que tiene de la misma, de su historia personal, del significado que le dé, de las consecuencias que de ella se derivan y lo más importante, los recursos de afrontamiento que puede utilizar frente a la circunstancia que está vivenciando. Por lo tanto, los recursos personales con los que cuenta el individuo cumplen un papel de gran importancia al experimentar este tipo de enfermedad, debido a que de acuerdo al significado que le otorgue; así será su forma de enfrentarlo. (Alonso, 2003), citado por Fernández, C., y Bastos, A. (2011).

Por otra parte, el cáncer puede provocar una adaptación psico-fisiológica inadecuada a la situación que está experimentando la persona, lo que puede ocasionar una dificultad para superarla. Esta reacción se denomina “distrés”. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Citado por Talbi, N. (2016). Define este término como: “La experiencia emocional desagradable y de naturaleza multifactorial, que incide en la dimensión psicológica, social y/o espiritual de la persona, y que interfiere en la capacidad para afrontar el cáncer de forma efectiva, en sus síntomas físicos y en su tratamiento”. Asimismo, el distrés puede manifestarse en pacientes oncológicos como una respuesta adaptativa o, todo lo contrario, originar trastornos psicopatológicos. Por tal motivo, el estado de ánimo ejerce una fuerte influencia en el desarrollo de la enfermedad, debido a que puede contribuir positiva o negativamente; además de esto, al ser conscientes de las necesidades físicas y psicológicas del paciente se puede abordar de una mejor manera y aportando de este modo al mejoramiento de la calidad de vida. (Talbi, 2016).

El diagnóstico de cáncer está considerado como un evento vital estresante que altera no solo a la persona, sino también a su entorno familiar y social directo. La valoración del suceso como una pérdida importante de salud, bienestar psicológico, esperanza de vida y otros, tendrá a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en melancolía, ansiedad y depresión. (López, 2010), citado por Flórez, J., y Klimenko, O. (2011). En concordancia con lo anterior, Broche y Medina (2011) citado por Reyes, C., Saldarriaga, M., & Davalos, D. (2015) afirman que: “Los pacientes construyen sus significados y desde allí identifican recursos y obstáculos para afrontar la enfermedad. En el paciente con cáncer el proceso de afrontamiento es considerado un mecanismo que lo protege ante el estrés y le permite adaptarse a su nueva realidad”.

Es decir, los individuos que se encuentran diagnosticados con enfermedades oncológicas crean sus propias formas de combatir la enfermedad, a partir de los aspectos positivos y buenos que conlleva esta condición. Por otra parte, el cáncer es reconocido como una afección esencialmente letal, pero por fortuna a través del tiempo los tratamientos y conocimientos sobre el cáncer han mejorado, particularmente en el último siglo debido a los avances tecnológicos en diagnóstico y terapias, las cuales permiten prevenir, controlar y mejorar la supervivencia de los enfermos. Por esta razón, ha cambiado el determinismo inexorable del cáncer como enfermedad letal, pasando a la clasificación del grupo de enfermedades crónicas. (Murillo, et al., 2015).

De la misma manera, Murillo, et al., (2015) afirman que:

La atención del cáncer presenta retos importantes dado que reúne más de 150 patologías con características biológicas diferenciales que requieren condiciones de tratamiento específico según estas características y según su frecuencia. De manera adicional, el número creciente de casos y el mayor número de supervivientes hacen que la atención del cáncer se haya constituido en un objeto de mayor interés.

Lo anterior hace referencia a que dicha afección cuenta con grandes retos, debido a que existen múltiples tipos de cáncer y todos requieren una atención personalizada. Los más comunes son los siguientes: De pulmón, estómago, mama, colon/recto y del cuello de útero, no obstante; esto puede variar de un país a otro, tal y como lo muestra la siguiente tabla según Cortinas (2012):

Tabla 1
Frecuencia de los principales tipos de cáncer

| Localización del cáncer | País con frecuencia elevada (incidencia) | País con frecuencia baja (incidencia) |
|-------------------------|--|--|
| Pulmón | Estados Unidos (individuos de raza negra en Nueva Orleans) (110) | India (Madrás) (5.8) |
| Mama | Hawái (hawaianas) (94) | Israel (no judías) (14.0) |
| Próstata | Estados Unidos (individuos de raza negra en Atlanta) (91) | China (Tianjin) (1.3) |
| Cuello del útero | Brasil (Recife) (83) | Israel (no judías) (3.0) |
| Estómago | Japón (Nagasaki) (82) | Kuwait (kuwaitíes) (3.7) |
| Hígado | China (Shangai) (34) | Canadá (Nueva Escocia) (0.7) |
| Colon | Estados Unidos (individuos blancos en Connecticut) (34) | India (Madrás) (1.8) |
| Melanoma | Australia (Queensland) (31) | Japón (Osaka) (0.2) |
| Nasofaringe | Hong Kong (30) | Gran Bretaña (sudoeste) (0.3) |

| | | |
|----------|--|--------------------------------------|
| Esófago | Francia (Calvados) (30) | Rumania (Cluj, área urbana) (1.1) |
| Vejiga | Suiza (Basilea) (28) | India (Nagpur) (1.7) |
| Útero | Estados Unidos (Bahía de San Francisco, individuos blancos) (26) | India (Namur) (1.7) |
| Ovario | Nueva Zelanda (isleñas polinesias) (26) | Kuwait (kuwaitíes) (3.3) |
| Recto | Israel (europeos y nacidos en los Estados Unidos) (23) | Kuwait (kuwaitíes) (3.0) |
| Laringe | Brasil (São Paulo) (18) | Japón (Miyagi, área rural) (2.1) |
| Páncreas | Estados Unidos (coreanos de Los Ángeles) (16) | India (Poona) (1.5) |
| Labio | Canadá (Terranova) (15) | Japón (Osaka) (0.1) |
| Riñón | Canadá (NWT y Yukón) (15) | India (Poona) (0.7) |
| Leucemia | Canadá (Ontario) (12) | India (Nagpor) (2.2) |

| | | |
|------------|---------------------------|-----------------------|
| Testículos | Suiza (Vaud, área urbana) | China (Tianjin) (0.6) |
| | (10) | |

Nota: La anterior tabla contiene los diferentes tipos de cáncer con mayor o menor frecuencia en algunos países.

En cuanto a la etiología del cáncer se encuentran una serie de factores de tipo exógeno como endógeno, entre los de tipología endógena se encuentran: El tabaco, el alcohol, la dieta, las radiaciones, factores ocupaciones asociados a determinadas sustancias (asbesto, arsénico, cuero, níquel, etc), algunos fármacos y determinados virus. Por otro lado, los factores endógenos están relacionados a determinadas alteraciones genéticas, siendo reconocidas hoy en día como primordiales implicados: Los oncogenes dominantes y los genes supresores de tumores o antioncogenes. (Cajaraville, Carreras, Massó, y Tamés, 2010).

Las señales y los síntomas del cáncer dependerán en gran medida de su localización, el tamaño y la afección de los órganos o estructuras comprometidas a su alrededor, donde pueden empezar a ejercer presión en los órganos cercanos, vasos sanguíneos y los nervios. Los síntomas generales del cáncer (no específicos) son: Pérdida de peso inexplicable, fiebre, cansancio, dolor y cambios en la piel. Los síntomas específicos son los siguientes: Cambio en el hábito de evacuación o en la función de la vejiga, llagas que no cicatrizan, sangrado o secreción inusual, endurecimiento o una masa en el seno o en cualquier parte del cuerpo, indigestión o dificultad para ingerir alimentos y por último, cambios recientes en una verruga o lunar. (Gaviria, Vinaccia, Riveros, y Quinceno, 2007).

Los síntomas anteriormente mencionados, pueden presentarse debido a que las células cancerosas emplean mucho el suministro de energía del cuerpo del ser humano, o que secretan sustancias que afectan al metabolismo. Del mismo modo, los síntomas pueden ser originados por una reacción del sistema inmunológico ante el cáncer. (Hamilton, y Peters, 2007, Guillem, 2002) citado por Gaviria, A., et al. (2007). Para el tratamiento del cáncer, se utilizan fármacos que tienen como finalidad evitar la reproducción de las células cancerosas, combinado con la cirugía y radioterapia, a esto se le denomina tratamiento multidisciplinar. Asimismo, produce efectos secundarios, los cuales dependen del agente quimioterápico y lo más importantes son: Alopecia,

náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, anemia, inmunopresión, hemorragias, entre otros. (Brighton, y Wood, 2005) citado por Gaviria, A., et al. (2007).

Cáncer de Mama

A continuación, se profundizará en el Cáncer de Mama, en vista de que es el que la paciente de la presente investigación padece.

No se conoce qué es lo que produce el cáncer de mama, se identifican algunos factores que aumentan la probabilidad de enfermedad. Por lo tanto, no existe una única causa que lo origine, sino que es resultado de diversos factores y de los estilos de vida, así como también una carga genética con predisposición a la mujer a enfermar o no. Así pues, existen unos elementos que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama: La edad, debido a que la predisposición a enfermedad con la edad, especialmente después de los 50 años.

Del mismo modo, los antecedentes personales de cáncer de mama, antecedentes en la familia de mujeres con este diagnóstico, tratamiento con radioterapia dirigida al pecho, tratamiento con hormonas, tales como: Estrógeno y progesterona, después de la menopausia. Asimismo, en dichos factores se encuentran: Inicio de la menstruación a edad temprana o menopausia a edad tardía (luego de los 55 años), edad avanzada en el momento del primer parto (después de los 30 años) o nunca haber tenido hijos, obesidad, vida sedentaria y tomar alcohol (más de 2 copas de vino por día o equivalente). (Guía para Cáncer de mama, 2018).

Por otra parte, los órganos que hacen parte del cuerpo del ser humano están formados por células que por lo general crecen y se dividen para formar nuevas células en la medida que el cuerpo lo requiere. En algunas ocasiones, dicho proceso se descontrola, lo que ocasiona que las células se formen cuando el cuerpo no las necesite y que las células viejas o dañadas no mueren cuando deberían morir, esto forma una masa de tejido lo cual se conoce como tumor. Este tumor se puede desarrollar en diferentes partes del tejido mamario. (Guía para Cáncer de mama, 2018).

Existen dos tipos de tumores, los benignos (no cancerosos) y los malignos (cancerosos), en cuanto a los tumores benignos, se caracterizan porque las células crecen localmente y no se extienden a otras zonas. Respecto a los tumores malignos, las células invaden a los tejidos vecinos,

entrando en los vasos sanguíneos y pueden diseminarse por el organismo (proceso conocido como metástasis). (Guía para Cáncer de mama, 2018).

Etapas de diagnóstico

El cáncer de mama en las etapas iniciales se manifiesta de forma subclínica en la mayoría de los casos, lo que quiere decir que solo se puede detectar a través de estudios de imagen (mastografía, ultrasonido y resonancia magnética), en menor proporción por clínica (tumores palpables), no obstante, otra manera de presentación común es como un tumor no doloroso que hasta en un 30% es relacionado adenopatías axilares. Además, existe el carcinoma inflamatorio de la mama, el cual es un tipo de manifestación poco recurrente, pero de mal pronóstico y que normalmente, evoluciona rápidamente, se caracteriza por una induración difusa de la mama con eritema, edema y aumento de la temperatura local en al menos un tercio de la glándula, en la mayoría de los casos no existe una tumoración franca palpable. (Arce, et al. 2011).

Aunque es poco frecuente el diagnóstico de cáncer de mama por los síntomas de la metástasis y o por el tumor primario, puede suceder. Igualmente, es esencial tener en cuenta dentro del abordaje diagnóstico los factores de riesgo del paciente, sus condiciones generales y antecedentes heredo-familiares. (Arce, et al. 2011).

Estudios de imagen

La mastografía es conocida como uno de los mejores métodos existentes para la detección, cuenta con una sensibilidad diagnóstica de 80 a 95%, sin embargo, se estima que entre el 10 a 15% de los tumores puede ser ocultado, sobre todo en las mujeres que tienen mamas densas (con el uso de mastografía digital mejora la sensibilidad diagnóstica en ese grupo de pacientes). Por otro lado, el ultrasonido se utiliza en algunos casos como una herramienta complementaria para diferenciar masas quísticas de sólidas, para así caracterizar lesiones benignas y malignas y como guía para la realización de biopsias de lesiones no palpables. Del mismo modo, la imagen por resonancia magnética (IRM) con gadolinio tiene sensibilidad diagnóstica de 94 a 100%, pero baja especificidad (37 a 97%) y valor predictivo positivo de 44 a 96%. (Arce, et al. 2011).

Tratamiento

El tratamiento integral del cáncer de mama es multidisciplinario, los manejos locorregionales son cirugía y radioterapia en cualquiera de sus tres modalidades (neoadyuvante, adyuvante y paliativa) y el tratamiento sistémico incluye la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida a blancos moleculares. Así pues, el objetivo de la cirugía es mejorar el control oncológico, para realizar esto se deben tener en cuenta los factores personales del paciente (edad, género, comorbilidades, relación mama-tumor, antecedentes de radioterapia) o los factores de origen biológico del tumor (componente intraductal extenso >25%, multicentricidad, tamaño tumoral), junto con los factores externos tales como: La disponibilidad de equipos de radioterapia. Parte primordial en la toma de decisiones es indiscutiblemente la preferencia del paciente con el fin de ofrecer la mejor opción terapéutica en conjunto. En cuanto a la radioterapia en el cáncer de mama, localmente avanzado se indica como parte del tratamiento multimodal. (Arce, et al. 2011).

Quimioterapia

La finalidad de la quimioterapia adyuvante es eliminar la enfermedad micrometastásica antes del incremento de clonas resistentes, debido a que se comprobado que la recurrencia sistémica es la principal causa de muerte en estos pacientes. La quimioterapia basada en antraciclinas disminuye 33% las recaídas y 27% la mortalidad en mujeres menores de 50 años. A 15 años de seguimiento, la mortalidad en números absolutos disminuyó 7% (78% vs 71%) en pacientes con ganglios negativos y 11% (53 vs 42%) en pacientes con ganglios positivos. En mujeres de 50 a 69 años de edad el beneficio fue de 2% (69 vs 67%) en ganglios negativos y 3% (49 vs 46%) en ganglios positivos (20). El beneficio de la quimioterapia es independiente del estado ganglionar, menopáusico, expresión de los receptores hormonales u otras terapias adyuvantes. (Arce, et al. 2011).

De acuerdo con los autores García, L., & Navarro V. (2017). El cáncer de mama es una neoplasia maligna, el cual se diagnostica entre las mujeres específicamente a mujeres mayores de 50 años de edad y es la principal causa de muerte en este sexo, entre edades promedios de 40 y 79 años. Produce un impacto psicológico negativo al ser la mama un órgano que representa una carga afectiva adicional si está lesionado; puesto que está estrechamente relacionado con la sexualidad,

maternidad y feminidad, cuando una mujer padece esta enfermedad debe poner en prácticas una serie de medios adaptativos que le permitan afrontar dicha alteración.

En coherencia con el párrafo anterior, se puede decir que la resiliencia desempeña un papel importante, en vista de que ante una situación traumática, como es el caso del diagnóstico de cáncer, se muestra la habilidad de las personas para generar respuestas de crecimiento o maduración personal sin negar la vivencia de la adversidad vivida, otorgándole un significado o sentido a la propia vida. La resiliencia es un proceso dinámico debido a que depende de factores internos (personales) y externos (contextuales) tanto de riesgo como protectores, en los factores internos se encuentra el apoyo, el optimismo y la inteligencia emocional.

Cabe resaltar que García, L., & Navarro V. (2017). Aseguran que hay investigaciones que refieren que el apoyo social es un factor primordial para afrontar la enfermedad, en vista de que presentan una mejor evolución de esta. La búsqueda de apoyo social predice una mayor supervivencia en estos pacientes, por lo que se asocia esta búsqueda de apoyo afectivo a una adecuada adaptación a la enfermedad y una mejor salud. Es por esta razón, que se toma en consideración el apoyo social percibido como un predictor del estado de salud, la calidad de vida y la supervivencia en personas con cáncer. En cuanto al optimismo, uno de los resultados más resistentes de la investigación científica, menciona que aquellas personas que poseen altos niveles de optimismo y esperanza tienden a salir fortalecidos y a encontrar beneficio en situaciones traumáticas y estresantes.

Por otro lado, la inteligencia emocional comprendida para los autores García, L., & Navarro V. (2017). Es comprendida como: “Un conjunto de capacidades no cognitivas, competencias y destrezas que influyen en nuestra habilidad para afrontar con éxito las presiones y demandas sociales” lo anterior hace referencia a que las personas inteligentes emocionalmente son todas aquellas que saben cómo desenvolverse en una situación adversa, asimismo existen estudios que enfatizan en el papel preponderante que ejercen las emociones dentro del funcionamiento psicológico de una persona cuando esta enfrenta situaciones difíciles o acontecimientos estresantes, como es el caso del diagnóstico de la enfermedad de cáncer de mama. Dichos estudios demuestran que las personas que cuentan con la capacidad de regular las emociones se adaptan mejor a situaciones estresantes y experimentan un menor número de emociones negativas cuando se presenta el estímulo amenazante.

Para terminar, es importante resaltar que la resiliencia es fundamental a la hora de atravesar por situaciones difíciles, como es el caso de una enfermedad maligna, por consiguiente, es necesario que se investigue y del mismo modo, la sociedad implemente estrategias encaminadas a promover factores protectores que fomenten la resiliencia.

Capítulo V: Parkinson

Según los autores Diazgranados, Guevara, Gómez, Lozano & Ramírez (2011) el Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa crónica progresiva del mundo, que tiende a alterar el sistema nervioso central, tiene una alta prevalencia e incidencia, produciendo un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, esta enfermedad consiste en “la degeneración de neuronas dopaminérgicas en la sustancia nigra pars compacta”, las neuronas dopaminérgicas son células nerviosas del cerebro que producen dopamina, estas realizan procesos biológicos como el movimiento, la motivación y la función intelectual. El Parkinson se manifiesta en la aparición de síntomas motores como la bradicinesia (lentitud en el movimiento), temblor de reposo, rigidez e inestabilidad postural; así como también de síntomas no motores como alteraciones gastrointestinales, del sueño, autonómicas y cognitivas, que reflejan el compromiso de diferentes vías no dopaminérgicas.

De acuerdo con los autores Diazgranados, Guevara, Gómez, Lozano & Ramírez (2011) La calidad de vida del paciente con EP se deteriora progresivamente y crea una dependencia, ya que no puede ejecutar las mismas funciones que realizaba antes, por tal razón las personas que padezcan esta enfermedad, tienen altos riesgos de sufrir enfermedades psicológicas como la depresión y la ansiedad, la cual aumenta por los trastornos del sueño, de la cognición y la conducta, la depresión, ansiedad, duración de la enfermedad y la discapacidad que genera la EP. Cabe resaltar que las personas adultas son más vulnerables a padecer enfermedades crónicas; Según un estudio EPIINFO en Colombia hay 4.7 afectados de Parkinson por cada mil personas mayores de 50 años, lo cual está por encima de otras poblaciones estudiadas, se considera aproximadamente 180.000 enfermos en el país que la convierte en un problema de salud pública al que se le presta poca atención.

En coherencia con los autores Diazgranados, Guevara, Gómez, Lozano & Ramírez (2011) definen los siguientes efectos.

El Parkinson al inicio suele ser unilateral, aunque en la mayoría de los pacientes entre el segundo y cuarto año de evolución se hace bilateral. El temblor es el síntoma más prevalente en 75% de los casos, suele ser de reposo y afecta predominantemente las manos, también los pies, cara, mandíbula y músculos de la lengua; la bradicinesia, es

un síntoma muy discapacitante, ya que es responsable de la dificultad o bloqueo para realizar movimientos y la rigidez.

Es decir, que los efectos del Parkinson van aumentando a medida que transcurre el tiempo, además se puede decir que a raíz del Parkinson se desarrollan otras enfermedades; los autores Diazgranados, Guevara, Gómez, Lozano & Ramírez (2011) mencionan que el Parkinson tiene una prevalencia media entre los 10 a 15 años desde su diagnóstico, por tal razón se establece que La mortalidad de los pacientes está relacionada con complicaciones frecuentes como: neumonía por aspiración, úlceras por presión, alteraciones nutricionales, traumatismo y complicaciones por las caídas ya que son muy frecuentes debido a la bradicinesia.

Causas del Parkinson

No es posible establecer las causas por las cuales una determinada persona desarrolla la patología, ya que a lo largo de su vida pudo haber sido expuesto a muchos agentes tóxicos, o simplemente allá interaccionado con estos, por otra parte, se da la explicación de traumas, impactos psicosociales y la genética, ya que muchas personas pueden presentar una predisposición que le haya conferido cierta vulnerabilidad neuronal a la neurodegeneración dopaminérgica (Kumar, Djarmati-Westenberger, & Grunewald, 2011; Laing, 2001; McGuire, 2011). Hay estudios que demuestran que en los países industrializados los campesinos que cultivan vegetales con pesticidas y los individuos que están expuestos al cobre y al plomo son más propensos a padecer la enfermedad de Parkinson.

Efectos del Parkinson

Mesa, Pérez, Turro & Turro. (2018). Refieren que Las personas que presenta la enfermedad de Parkinson comienza a tener una serie de cambios funcionales tales como: funciones Somato sensoriales, ya que el cambio se debe a que hay menor sensibilidad vibratoria, discriminativa y táctil. Sin embargo, se conserva la sensibilidad posicional al ejercer presión. Por otra parte, los cambios de las funciones Motores, producen pérdidas en la capacidad de coordinación y el control muscular. Asimismo, la parte Intelectual-cognoscitivos, presenta pérdida de la memoria (reciente), dificultad de nuevos aprendizajes, además de esto, la inteligencia fluida de dichas personas se

deteriora; y, por último, se presentan cambios en el comportamiento, puesto que se manifiestan pérdidas en la adaptabilidad al medio y enlentecimiento general.

Sin embargo, otros autores como Sánchez, Padrón, Gutiérrez & Lastre (2018) clasifican otros síntomas no motores de la EP, que se pueden agrupar en tres grandes apartados, en primer lugar, los síntomas Neuropsiquiátricos y cognitivos como: depresión, ansiedad, psicosis, demencia, apatía, fatiga y trastornos del sueño, por otra parte, Sensoriales: pérdida del olfato, parestesias (sensación de quemadura o de pinchazos que se suele sentir en las manos, brazos, piernas o pies y en ocasiones en otras partes del cuerpo), disestesias (Sensación dolorosa anormal en ausencia de estímulo) y dolor; y para finalizar se encuentra los síntomas automáticos así como la hiperhidrosis que consiste en la sudoración anormal, sialorrea puesto que es un síntoma ocasionada por la incapacidad de retener la saliva dentro de la boca y su progresión al tracto digestivo, síncope definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea, estreñimiento, disfunción urinaria y disfunción sexual.

Tipos de Parkinson

Existen siete (7) tipos de Parkinson, A continuación, se describen cada uno de estos.

El parkinsonismo primario. En este tipo de enfermedad de Parkinson existe un predominio explícito de temblores rígidos a nivel acinéutico, además es común encontrarlo en pacientes a nivel juvenil (Horowitz, Korek, Shani, & Shemer, 2010). Citado por Parra, N., Fernández, J., & Martínez (2014). Por otra parte, se encuentra el Parkinson secundario, también llamado parkinsonismo sintomático, se diagnostica al estar vinculado con otros trastornos o condiciones de enfermedad. Las regiones encefálicas que se correlacionan de manera directa con este tipo de parkinsonismo, son la sustancia negra y el mesencéfalo; de igual forma se encuentra el parkinsonismo postencefálico se origina a partir de la consecuencia de la encefalitis letárgica, la cual muestra hasta el presente tasas muy bajas de supervivencia en quienes la padecen, los síntomas que se presenta son problemas de sueño, fatiga y estados catatónicos (Moreno,2010).Citado por Parra, N., Fernández, J., & Martínez (2014).

Una posible causa del parkinsonismo postencefálico, se debe a la amplia gama de virus neurotropos, ya que suelen ser los responsables de la aparición y mantenimiento de este tipo de EP.

Según estudios mencionan que dentro del grupo de parkinsonismo se haya el parkinsonismo plus, este se origina en un deterioro sistemático de redes neuronales, y que se ve representado por evidenciar un cuadro clínico de atrofia sistémica múltiple, degeneración corticobasoganglionar, daño a las células o cuerpos de Lewy, esclerosis lateral amiotrófica y parálisis supranuclear progresiva (Sánchez, Hernández, González, García & Zárate, 2003). Citado por Parra, N., Fernández, J., & Martínez (2014).

Asimismo, el parkinsonismo juvenil, que se caracteriza por los temblores, bradikinesia del descanso, rigidez postural y muscular. Su etiología se aduce a bases genéticas más que a bases ambientales. Los estudios afirman que este tipo de Parkinson suele ser más leve en jóvenes que en adultos y por último se menciona el parkinsonismo Iatrogénico, se determina por la relación que guarda la prescripción de fármacos antipsicóticos antidopaminérgicos, los causan consecuencias por su uso masivo, y se incluyen fármacos tales como el haloperidol, clorpromazina, antidepresivos y fenotiazinas (Matalqah, Radaideh, Yusoff & Awaisu, 2011). Citado por Parra, N., Fernández, J., & Martínez (2014).

Diagnóstico de la enfermedad

Para los autores Martínez, Gasca, Sánchez & Obeso (2016) los criterios clínicos más empleados son los del Banco de Cerebros del Reino Unido y permiten definir con una precisión elevada, cercana al 75-95%, que realmente se trata de una enfermedad de Parkinson. Se establecen en los siguientes síntomas: en primer lugar, la presencia de un parkinsonismo (definido por bradicinesia o lentitud de movimiento y al menos otro signo motor). Por otra parte, la exclusión de otras causas justificantes, generalmente descartadas por los antecedentes del paciente y el examen físico neurológico y por último La existencia de datos característicos de la enfermedad de Parkinson que apoyen este diagnóstico.

Actualmente, la *Movement Disorder Society* (MDS) ha publicado unos nuevos criterios que están pendientes de ser formalmente validados y que se fundamentan en los mismos principios que los criterios “clásicos” del Banco de Cerebros del Reino Unido. Los criterios del banco de cerebros de reino unido para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson idiopática son los siguientes: El primer criterio es la Bradicinesia (lentitud en el inicio del movimiento voluntario con reducción progresiva de la velocidad y la amplitud del mismo tras una acción repetida); por otra parte, los

signos que predominan son, Rigidez muscular, Temblor de reposo a 4-6 hercios, Inestabilidad postural no debida a afectación visual, vestibular, cerebelosa o propioceptiva primaria.(Martínez et al. 2019).

Los criterios que se mencionaran a continuación no hacen parte de la sintomatología del Parkinson: Los antecedentes de traumatismos craneoencefálicos repetidos, junto con antecedentes de encefalitis, así como también la afectación estrictamente unilateral después de tres años, y la aparición de demencia de forma precoz con alteración en memoria, lenguaje y praxis, etc. (Martínez et al. 2019).

Calidad de vida en los pacientes de Parkinson

El estudio de la Calidad de vida, en todo tipo de poblaciones, involucra necesariamente la consideración de la situación presente de los individuos investigados, por ejemplo, su capacidad y tipo de respuestas emocionales y cognitivas, sus conceptos, sus ideas personales y la percepción que ellos tienen a cerca de las condiciones personales y contextuales de sus propias vidas que les garanticen una forma de vida acorde a sus expectativas, a sus creencias, a sus metas y a sus proyecciones. La calidad de vida esta netamente ligada a la salud, puesto que se enfoca necesariamente en el impacto producido por la enfermedad sobre el bienestar psicológico de la persona, ya que el Parkinson genera un impacto explícito e implícito es sus diferentes etapas evolutivas. (Kulisevsky, 2013). Citado por Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014).

En conclusión, cuando se habla de Calidad de Vida, se refiere a la percepción que tienen los sujetos sobre su propio estado de salud, y sobre las concepciones (Jiang, 2013). Citado por Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014). que tienen en torno a lo que les representa o significa la Enfermedad del Parkinson en su experiencia vital. Para finalizar se menciona que las funciones sociales e interrelacionales, el estrés relacionado con la salud, los cambios en los estados de sueño y el descanso son afectados de manera significativa (Ríos, 2013). Citado por Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014).

Marco legal

Respecto al marco legal, existen aspectos regidos por leyes nacionales, las cuales deben tomarse en cuenta para no incumplirlas y ejercer adecuadamente el rol como futuros profesionales de la psicología. Por tal motivo, se considera importante hacer una breve referencia de las leyes relacionadas con el tema.

Ley 1090 de 2006

Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. En su artículo 2 del título II menciona los principios generales, que los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia deben regirse bajo los siguientes principios universales: Responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, anuncios públicos, confidencialidad, bienestar del usuario, relaciones profesionales, evaluación de técnicas, investigación con participantes humanos y finalmente, cuidado y uso de animales.

El título III, en su artículo 3 explica la actividad profesional del psicólogo, a los efectos de esta ley, se considera ejercicio de la profesión de psicólogo toda actividad de enseñanza, aplicación e indicación del conocimiento psicológico y de sus técnicas específicas en: Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, así como a la creación de programas de diagnóstico, evaluación e intervención psicológica. Del mismo modo, a la evaluación, pronóstico y tratamiento, desarrollo del ser humano, asesoría y consultoría, el dictamen de conceptos, informes, resultados y peritajes, además de toda actividad profesional que se derive de las anteriores y que tenga relación con el campo de la competencia del psicólogo.

De la misma forma, el artículo 4 de dicho título refiere que el psicólogo podrá ejercer su actividad en forma individual o integrando equipos interdisciplinarios, en instituciones o privadamente. Este ejercicio profesional, se desarrollará en los ámbitos individual, grupal, institucional o comunitario.

Por otro lado, el título V habla de los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones del profesional de psicología. Entre los principales derechos se encuentran los siguientes: Ser respetado y reconocido, recibir protección especial, ejercer su profesión, proponer innovaciones y contar con el recurso humano, de tecnología e insumos adecuados. En cuanto a los deberes y obligaciones del psicólogo, se destacan los siguientes: Ser reservado sobre la persona, situación o institución,

responsabilizarse de la información, llevar registro de las historias clínicas y demás, mantener en sitio cerrado las historias clínicas, llevar registro escrito, guardar el secreto profesional, cumplir con las normas vigentes, respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión.

Además de esto, el artículo 11 del presente título hace énfasis en las prohibiciones de los profesionales de psicología, a continuación se mencionarán algunos de estos: Queda prohibido participar honorarios entre psicólogos o cualquier otro profesional, publicar falsos éxitos terapéuticos, revelar el secreto profesional, omitir o retardar el cumplimiento de las actividades, solicitar o aceptar beneficios indebidos y por último, realizar actividades que contravengan la buena práctica profesional.

Por otra parte, el título VII en su capítulo I se enfoca en los principios generales del Código Deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología. En el artículo 13 está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la Psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley.

El ejercicio de la profesión de psicología debe ser guiado por criterios, conceptos y elevados fines que propendan a enaltecer su profesión; por lo tanto, están obligados a ajustar sus actuaciones profesionales a las disposiciones de las siguientes normas que constituyen su Código Deontológico y de Bioética, tales como: Informar a los organismos competentes que corresponda, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles inhumanas o degradantes, igualmente el psicólogo debe respetar los criterios morales y religiosos de sus usuarios. Asimismo, en la prestación de sus servicios, el profesional no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, el profesional con sus informes escritos, deberá ser sumamente cauto, prudente y crítico, entre otras.

Asimismo, el capítulo V del mismo título menciona los deberes del psicólogo con las instituciones, la sociedad y el estado, resaltando en su artículo 42 que el psicólogo cumplirá a cabalidad con los deberes profesionales a que esté obligado en las instituciones en las cuales preste

sus servicios, salvo en los casos en que ello comporte la violación de cualquiera de las disposiciones de la presente ley y demás normas legales vigentes. En esta última eventualidad, así se lo hará saber a su superior jerárquico.

Ley 1616 del 21 enero del 2013

Por medio de la cual se expide la ley de la salud mental y se dictan otras disposiciones, el objetivo de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma, se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. Dichas leyes son aplicables al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Igualmente, las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

El artículo 3 define la Salud Mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Por otra parte, el artículo 4 garantiza la Salud Mental, de la siguiente forma: El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

Asimismo, el artículo 5 considera que para la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones de la promoción de la salud mental, prevención primaria del trastorno mental, atención e integrada en salud mental, trastorno mental, discapacidad mental, problema psicosocial y rehabilitación psicosocial.

El título II de la presente ley enfatiza los derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental, además de los derechos consignados en la declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud de los derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental. Estos deberán publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

El título III de dicha ley menciona que el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

Por otra parte, el artículo 12 del capítulo II, establece que los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios, deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de

complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

Asimismo, el capítulo 5 se enfatiza en la atención integral y preferencia en salud mental para niños, niñas y adolescentes, es así como el artículo 23 menciona que de conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, ley 1098 de 2006 y los artículos 17,18,19,20 Y 21 de la ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental. Igualmente, el artículo 24 enfatiza en la integración escolar, afirmando que el estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental.

Ley 1384 de Abril 19 del 2010

En el siguiente apartado, se mencionarán los aspectos más relevantes de dicha ley. El primer artículo establece las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. Asimismo, los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana residente en el territorio nacional.

El artículo cuatro menciona las definiciones que se tendrán en cuenta en la ley 1384 de 2010, las cuales son las siguientes: Control integral del cáncer, cuidado paliativo, unidades funcionales y nuevas tecnologías en cáncer. Del mismo modo, clarifica que la contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, tales como: Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada.

Así pues, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto; así, por ningún motivo negarán la participación de

la población colombiana residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

El artículo sexto hace referencia a las acciones de promoción y prevención para el control del cáncer por parte de las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en los seis meses siguientes a la sanción de esta ley. Por otro lado, el artículo séptimo afirma que la prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en la presente ley, basados en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo, que garantizan atención integral, oportuna y pertinente.

Del mismo modo, el artículo octavo manifiesta que las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, las cuales deben cumplir con los siguientes criterios: Recurso humano, la unidad funcional, infraestructura, interdependencia de servicios, radioterapia, hospitalización, rehabilitación y la unidad de Cuidado Paliativo.

De acuerdo al artículo doce, la Red Nacional de Cáncer da a conocer que el Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta Red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología. Por otro lado, el artículo trece hace alusión a la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, puesto que las entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social y contenidos en la presente ley.

Ley 1733, 8 Septiembre del año 2014

Mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Así pues, en su artículo uno reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología.

Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida.

El artículo dos, tres y cuatro definen los siguientes términos: Enfermo en la fase terminal, enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida y los Cuidados Paliativos. Asimismo, el artículo cinco menciona los derechos de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida, los cuales son los siguientes: Derecho al cuidado paliativo, derecho a la información, derecho a una segunda opinión, derecho a suscribir el documento de Voluntad Anticipada, derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo, derechos de los niños y adolescentes y por último, derecho de los familiares.

Del mismo modo, el artículo sexto manifiesta las obligaciones que tienen las Entidades Promotoras de Salud EPS y las Instituciones Prestadoras de Salud IPS Públicas y Privadas, las cuales tienen la obligación de garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de cuidado paliativo en caso de una enfermedad en fase terminal, crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida, con especial énfasis en cobertura, equidad, accesibilidad y calidad

dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad, de acuerdo con la pertinencia médica y los contenidos de Plan Obligatorio de Salud.

El artículo séptimo menciona que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben garantizar el acceso a la atención de los servicios de cuidado paliativo, a través de la incorporación a su Red de Atención, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), con personal capacitado en cuidado paliativo, al cual le sea ofrecida educación continuada en este tema. Finalmente, el artículo octavo expresa el acceso a medicamento opioides, puesto que el Ministerio de Salud y de la Protección Social, el Fondo Nacional de Estupefacientes y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), asegurarán la distribución las 24 horas al día y los siete días a la semana, la accesibilidad y disponibilidad. Los primeros otorgarán las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Ley 33 de 2009

Por la cual se reconoce al cuidador familiar en casa para personas en estado de dependencia, por lo cual su artículo uno tiene como objetivo reconocer la figura jurídica del cuidador familiar en casa, refiriéndose a personas que están a cargo de familiares que por situación física, mental, intelectual o sensorial dependen de otro para realizar las actividades esenciales de la vida diaria.

El artículo segundo define los siguientes términos: Cuidador familiar, dependiente permanente total, y las actividades de la vida diaria. Asimismo, el artículo tercero manifiesta que las secretarías de salud de cada municipio llevarán el registro de los cuidadores familiares, donde conste por lo menos la identificación plena de la persona dependiente y del cuidador y el lugar de residencia de ambos. Para acceder a los beneficios como cuidadores, será indispensable acreditar la inclusión en este registro.

Además de esto, en el artículo cuatro menciona los derechos del cuidador familiar por parte del sistema de salud en el cual se encuentre inscrito el dependiente permanente total, el cual garantizará a su cuidador familiar debidamente registrado como tal, acceso a políticas de apoyo instrumental, apoyo emocional y apoyo social. Respecto al artículo cinco, expresa el deber de realizar constantemente una capacitación a los cuidadores familiares en casa sobre la enfermedad o padecimiento de la persona a su cuidado, así como en técnicas de cuidar en el hogar, primeros auxilios y manejo de medicamentos.

Metodología

En el siguiente se encuentra la metodología de la investigación, inicialmente se menciona el tipo de investigación, el enfoque, junto con el diseño a utilizar, además de la población y la muestra. Por otra parte, se describen las categorías y técnicas implementadas. Finalmente, se explica cómo se analizó la información recolectada.

Tipo de investigación

El tipo de investigación es un estudio descriptivo cualitativo, debido a que es esencial para realizar descripciones rigurosas de los fenómenos. Este estudio es fundamental para investigadores que busquen saber el qué, quién y dónde de los acontecimientos. Asimismo, a todo enfoque cualitativo de investigación, los estudios descriptivos cualitativos realizan una valiosa aproximación metodológica en y por sí mismos. (Aguirre y Jaramillo, 2015).

Enfoque

El enfoque de la presente investigación es cualitativo, debido a que el interés de ésta radica en captar la realidad social, “a través de los ojos” de la persona que está siendo estudiada, de acuerdo a la percepción que tiene su propio contexto. (Bonilla y Rodríguez, 1997), citado por Monje, C. (2011). Del mismo modo, González (2013), citado por Portilla, M., Rojas, A., & Hernández, I. (2014), afirma que la finalidad de la investigación cualitativa es la construcción de conocimiento sobre lo que vivencian realmente los seres humanos como sociedad, a partir de las condiciones particulares y la percepción de quienes lo generan y experimentan. Por lo cual, se necesita indagar en las creencias, mentalidades y sentimientos, que se consideren aspectos relevantes de analizar durante el proceso de producción y desarrollo del conocimiento con respecto a la realidad del sujeto en la sociedad a la cual hace parte.

Diseño a utilizar

El diseño a utilizar en la investigación es un estudio de caso, el cual según los autores Orkaizagire, Amezcua, Esparza & Arroyo (2014) es un tipo de investigación que goza de una importante tradición en las Ciencias Sociales, sin embargo, hasta ahora han encontrado su espacio en la investigación de la salud, coincidiendo con el creciente interés por esta metodología. El estudio de casos hace referencia a una situación real tomada en su contexto, estableciendo cómo se manifiestan y evolucionan los fenómenos que son motivo de interés para el investigador.

Según Yin (1989) citado por López, W. (2013). El método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios. Además, Chetty (1996) citado por López, W. (2013). menciona que los datos pueden ser obtenidos por diferentes medios de fuentes, tanto cualitativos como cuantitativos; estos son, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observaciones directas, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos, sin embargo, los resultados dependerán del paradigma en que se ubique la investigación. Cabe resaltar que el tipo de investigación es descriptiva ya que se pretende identificar y describir los distintos factores que ejercen influencia sobre el fenómeno estudiado.

Población

Personas con Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Muestra

La muestra del estudio fue un paciente de 81 años con doble diagnóstico de Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, B.E.A. nació en Pamplona, Norte de Santander; pero al cumplir los 9 años de edad empezó a vivir en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander; con sus padres y 9 hermanos. B.E.A. creció en una familia católica y aún se considera de la misma religión, asimismo, es una persona que respeta la libertad de culto. Por otra parte, al culminar sus estudios de primaria y bachillerato, decidió estudiar la carrera de Secretariado Comercial, el participante durante toda su vida le ha gustado realizar cursos en el Sena para aprender diferentes actividades y de esta manera desenvolverse en su vida diaria.

Al cumplir 26 años de edad, se casó y de este matrimonio nacieron sus 3 hijos: Un hombre y dos mujeres, naciendo con discapacidad intelectual su hija menor, en el año 2006 le es detectada la enfermedad de Cáncer de mama. Por otro lado, en el año 2009 fallece su compañero sentimental, de Leucemia, presentándose 3 meses después metástasis de Cáncer en la cadera y meses más tarde en el mismo año surgieron por primera vez los síntomas del Parkinson. B.E.A. ha presentado cambios significativos, tanto en la vida personal como familiar y social. Cabe resaltar que, en la actualidad se encuentra estable del Cáncer, sin embargo; los síntomas del Parkinson avanzan a medida que transcurre el tiempo, afectando de este modo su calidad de vida.

Además, se considera importante mencionar que es una persona creyente, entregada a Dios, lo que ha influido de manera positiva en la aceptación y adaptación de su enfermedad, del mismo modo; en su tiempo libre le gusta leer, descansar y asistir a un grupo de la tercera edad en Comfanorte. Actualmente, vive con su hija menor, su hijo, hermano y su cuñada. Con respecto a su red de apoyo, la familia ha estado pendiente durante todo el proceso de su enfermedad, resaltando principalmente al hermano y su hija, quienes además de apoyarla, siempre han mostrado preocupación e interés por acompañarla en cada una de las fases de su enfermedad.

Categorías

Las siguientes son las categorías con las cuales se describió y analizó la información: Emociones positivas, redes de apoyo, habilidades relacionales, autoestima y percepción de enfermedad.

Tabla 2
Categorías de la entrevista semiestructurada

| Categorías | Definición |
|---------------------|---|
| Emociones positivas | Las personas resilientes emplean emociones positivas tales como: El humor, el optimismo, o la creatividad. Asimismo, Estrada, Ramsés, Itzel y Martínez (2014), manifiestan que la esperanza, la fe y la confianza son emociones positivas que contribuyen como una estrategia de afrontamiento, es decir según Fredrickson (2006) Citado por Vaquero, E. (2013). “La experimentación de emociones positivas aumenta el rasgo de la resiliencia, lo que predice un bienestar y crecimiento psicológicos que forman un ciclo que se retroalimenta”. |
| Redes de apoyo | La concepción en torno a las redes de apoyo social se establece a partir de las categorías de apoyo social y capital social. Las redes de apoyo conforman la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren. Se |

| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>estructuran y toman sentido los roles sociales. Cooperan al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas las redes de apoyo son de vital importancia ya que evitan el aislamiento e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores (Pillemer, Phyllis & Wethington, 2000). Citado por Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2018).</p> |
| <p>Habilidades relacionales</p> | <p>Hace referencia a todas aquellas personas a las que se les facilita mantener relaciones estrechas con otros sujetos, aumentando así las posibilidades de obtener los recursos necesarios. Pereira, (2007). Citado por Bacca, D., et al., (2014).</p> |
| <p>Autoestima</p> | <p>Es el concepto y la actitud que opta cada persona sobre sí misma, además de que es un ente influenciador que proporciona la capacidad de desenvolverse positivamente durante el ciclo vital a las personas, sin importar que tan complicadas sean las situaciones que estén afrontando. (Temprano, 2015).</p> |
| <p>Percepción de la enfermedad</p> | <p>Se enfatiza en las percepciones que presenta el paciente cuando inicia su experiencia con la enfermedad. Asimismo, como los individuos intentan explicar las situaciones de acuerdo con sus propias construcciones. Además de esto, los pacientes desarrollan modelos cognitivos semejantes a partir de los cambios corporales y los síntomas. (Weinman, y Petrie,</p> |

1997, Álvarez, 2002). Citado por Quinceno, J., y Vinaccia, S. (2011).

Nota: En la anterior tabla se encuentran las categorías que se analizaron por medio de la entrevista semiestructurada.

Entrevista semiestructurada

De acuerdo con Díaz, Torruco, Martínez & Varela (2013), la entrevista semi.estructurada es una técnica de gran utilidad para recabar datos y se define como una conversación con un objetivo determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento que adopta la forma de diálogo entre investigador y sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas a las interrogantes planteadas. Además, los autores sostienen que la entrevista semiestructurada es más eficaz que un cuestionario ya que su flexibilidad permite obtener información más completa y profunda, al presentar la posibilidad de adaptarse, aclarar dudas durante el proceso, motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

A continuación, se encuentra la entrevista realizada al participante y a su cuidador, para así conocer la perspectiva que presenta ante el diagnóstico, la cual fue debidamente evaluada y validada por 3 jueces expertos antes de ser aplicada.

Tabla 3
Entrevista semiestructurada con las categorías.

| Categorías | Preguntas |
|---------------------|--|
| Emociones positivas | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué emociones experimentó al conocer los dos diagnósticos? 2. Describa cual emoción le ayudó a aceptar su diagnóstico 3. ¿Cómo manifiesta o expresa estas emociones? |
| Redes de apoyo | <ol style="list-style-type: none"> 4. Cuando presenta decaídas o se siente mal, ¿A quién busca? ¿Cuáles son las cualidades de esta persona? 5. ¿Considera que ha recibido apoyo por parte de su familia, amigos u otras personas |

| | |
|-----------------------------|--|
| | durante este proceso? Mencione detalladamente cómo ha sido este apoyo o acompañamiento. |
| | 6. ¿Asiste a alguna institución, grupo o iglesia? ¿Por qué le gusta asistir? ¿Qué le ofrecen? |
| Habilidades relacionales | 7. ¿Cómo eran sus relaciones antes del diagnóstico de las dos enfermedades? 8. ¿Cómo son actualmente sus relaciones? |
| Autoestima | 9. Después del diagnóstico, ¿Qué cambios ha presentado en su proyecto de vida? 10. ¿Qué cambios ha experimentado a nivel personal después del diagnóstico? 11. ¿Ha presentado algún cambio en la confianza en sí mismo a raíz del diagnóstico? |
| Percepción de la enfermedad | 12. ¿Qué actitud tomó frente al diagnóstico? 13. ¿Cuál es su percepción frente al cáncer? 14. ¿Cuál es su percepción frente al Párkinson? |

Nota: En la anterior tabla se encuentra la entrevista semiestructurada realizada al participante, junto con las respectivas categorías.

Observación no participante

Es un tipo de observación desarrollada por agentes externos, los cuales no realizan ninguna intervención dentro de los hechos, por lo tanto, no existe alguna relación con los individuos del escenario, en vista de que sólo se es espectador lo que sucede y el investigador, se limita a tomar nota de lo que ocurre para de este modo conseguir sus objetivos de investigación. (Campos, y Martínez, 2012).

Resultados

Los resultados de la entrevista semiestructurada se analizaron a través de una matriz de análisis, asimismo la información recolectada durante la entrevista se corroboró con el cuidador del participante.

Tabla 4

Entrevista semiestructurada realizada a la paciente B.E.A.

| <i>Categoría</i> | <i>Definición</i> | <i>Pregunta</i> | <i>Unidad de análisis</i> | <i>Análisis</i> |
|---------------------|--|--|---|---|
| Emociones positivas | Las personas resilientes emplean emociones positivas tales como: El humor, el optimismo, o la creatividad. Asimismo, Estrada, Ramsés, Itzel y Martínez (2014), manifiestan que la esperanza, la fe y la confianza son emociones positivas que contribuyen como una estrategia de afrontamiento, es decir según Fredrickson (2006) Citado por Vaquero, E. (2013). “La | 1. ¿Qué emociones experimentó al conocer los dos diagnósticos? | “Miedo y tristeza... Miedo y tristeza se combinan, tristeza por los hijos y mi esposo y miedo a morir, aunque tenemos que morirnos algún día”. “A veces amanezco muy enferma y no puedo caminar por el Parkinson, porque el Parkinson que tengo es estático, yo me paro y de repente me quedo así... No puedo inventar dar paso hasta que el cerebro me de la orden de caminar porque | B.E.A experimentó al conocer sus dos diagnósticos tristeza y miedo, las cuales son emociones naturales que surgen de situaciones adversas, sin embargo, es importante resaltar que B.E.A. asimiló dichas emociones, lo cual influyó en la adaptación eficaz a su condición médica. Asimismo, B.E.A. se caracteriza por ser una persona con humor, en vista que se le facilita realizar comentarios, con el objetivo de hacer reír a los demás, siendo agradable |

experimentación de emociones positivas aumenta el rasgo de la resiliencia, lo que predice un bienestar y crecimiento psicológicos que forman un ciclo que se retroalimenta”.

de lo contrario, me caigo... A eso le tengo miedo”.
 “Cuando me diagnosticaron lo de la cadera, me dijeron que debo tener mucho cuidado a no caerme, porque en mi caso; me caigo y no tengo remedio, puedo quedar en silla de ruedas por mi problema de la cadera, ya que no me pueden operar, eso me da mucho miedo y más por los riesgos que corro con el Parkinson”.

para ella realizar esto. Por otro lado, es de resaltar la valentía y habilidad del paciente para seguir con su vida normalmente, pese a su diagnóstico del Cáncer y Parkinson, se reconoce que fue un proceso complejo, lo cual no le impidió perder su autonomía para seguir tomando algunas decisiones importantes de su hogar.

-
2. Describa cual emoción le ayudó a aceptar su diagnóstico
- “Primeramente, una fuerza invisible que es Dios, cuando uno se pone en las manos de Dios porque él es grande, es
- La emoción de la esperanza y su creencia en Dios influyó para asimilar su diagnóstico de manera positiva, aunque al principio fue difícil para el
-

amoroso, él nos ayuda en todo... Todos somos hijos de él y así seamos malos, él nos ayuda”. “Yo siempre me pongo en las manos de Dios, soy una persona que le gusta hacer el bien”. “Aprender a perdonar también me ha ayudado mucho en el proceso de mi enfermedad, para estar con Dios debe aprender a perdonar y no hacerle daño a la gente, de nada sirve decirle a Dios que lo ayude y hacerle daño a la gente”.

paciente, en vista de que perdió una parte del miembro del cuerpo y de que el tratamiento del Cáncer afecta significativamente a las personas, debido a que es muy fuerte; dichos aspectos los aceptó a medida que transcurrió el tiempo y se fue adaptando a un nuevo estilo de vida. Respecto al Parkinson, afirma que al inicio de su diagnóstico no era consciente de la gravedad de dicha enfermedad y de lo que implica tenerla, actualmente los síntomas se encuentran vigentes y afectan negativamente su vida.

-
3. ¿Cómo manifiesta o
- “Pues al principio cuando recibí la noticia, quedo uno como paralizado, la
- Inicialmente, expresó sus emociones a través del llanto. No obstante, a medida que
-

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| | <p>expresa estas emociones?</p> | <p>reacción de uno trascurrió el tiempo su enseguida es ponerse a llorar y llorar sin parar... A medida que va pasando el tiempo uno se va adaptando a la enfermedad".</p> <p>“Yo antes preparaba mis comidas y ahora ya no puedo ni fritar un huevo... Los que viven en mi casa han tenido que adaptarse a los cambios en la comida, con el tiempo uno se acostumbra a todos esos cambios”.</p> | <p>capacidad para aceptar y asimilar su diagnóstico le permitió adaptarse al nuevo estilo de vida, influyendo en este proceso su deseo por continuar con su rutina normal.</p> <p>Cabe resaltar que, el apoyo familiar que recibió el participante cada vez que presentaba alguna crisis, contribuyó de manera positiva en este proceso, debido a que generalmente, siempre había una persona dispuesta a escucharla y motivarla a salir adelante.</p> |
| <p>Redes de apoyo</p> | <p>La concepción en torno a las redes de apoyo social se establece a partir de las categorías de apoyo social y capital social. Las redes</p> | <p>4. Cuando presenta decaídas o se siente mal, ¿A quién busca? ¿Cuáles son las</p> | <p>“A los de la casa, yo les digo que tengo dolor de cabeza y ellos me traen la pastilla o cuando me voy a dormir les digo que no</p> <p>Por lo general, su red de apoyo que es la familia, están pendientes que la paciente tenga lo necesario, aunque su hija mayor es quien sobresale,</p> |

de apoyo conforman la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren. Se estructuran y toman sentido los roles sociales, también cooperan al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas las redes de apoyo son de vital importancia ya que evitan el aislamiento e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores (Pillemer, Phyllis & Wethington, 2000). Citado por Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2018).

cualidades de esta persona?

de hagan bulla o cuando tengo hambre, que me den comida para poder tomar la pastilla... Ellos siempre están atentos de lo que necesito”. “Algunas veces mis amigos, especialmente mi amiga la psicóloga me visita y me consuela” “Pero mi hija y mi yerno, son los que más están pendientes de mí y cada vez que tengo un problema los busco a ellos, por ejemplo, cuando me meto en un problema o algo, mi yerno sabe decirme las cosas, me regaña, pero con amor; mi hija es la que está pendiente

pues no sólo le proporciona comodidad económica, sino que también, le genera apoyo emocional. Por otra parte, su grupo de amigos, se caracterizan por estar presentes cada vez que el participante necesita desahogarse o requiere de un consejo. Cabe resaltar que al integrarse con las personas que más estima, le produce motivación y tranquilidad, además de que es algo que disfruta.

siempre de mis cosas, ella paga mensualmente un millón de pesos para que me atiendan en la Clínica Norte”

“Las cualidades de mi yerno son: Alegre, amable, respetuoso y amorosa, el es muy especial conmigo”

“Las cualidades de mi hija son: Ella siempre está pendiente de mí, me llama, es amorosa y es muy generosa conmigo”

-
5. ¿Considera que ha recibido apoyo por parte de su familia, amigos u otras personas durante este proceso? Mencione detalladamente cómo ha sido este apoyo o acompañamiento.
- “Sí he recibido apoyo, ellos están dispuestos a llevarme a la clínica siempre, incluso a veces no he llegado a la clínica cuando ya están todos allá. Mi familia es unida, aunque a veces tienen sus peleas, como niños, pero hay que aprender a soportarse”. “Mi hermano siempre ha estado pendiente de mí, es el que me ha acompañado a hacerme los exámenes, también reclama los medicamentos, yo también vivo con mi hijo él es bueno, pero no tan bueno porque casi no esta tan pendiente”.
- El participante desde el inicio de su enfermedad ha contado con una red de apoyo familiar y por parte de sus amigos, dado que han estado presente en cada una de las fases de su enfermedad, proporcionándole de tal modo la compañía y ayuda que el individuo puede llegar a necesitar durante el proceso, lo anterior es de vital importancia porque de este modo evitan que el individuo se aíse en su enfermedad y mejoran su calidad de vida. No obstante, en algunas ocasiones se presentan problemas en su hogar, los cuales afectan de manera negativa su bienestar y tranquilidad.
-

“Con algunas personas del grupo de los Leones se puede contar, aunque son muy pocas porque la mayoría ya están muy viejos y enfermos, “ya no rugen”, aunque todavía nos reunimos, cuando alguien se enferma estamos pendientes y una vez por mes hacemos bingos en alguna casa”.

-
6. ¿Asiste a alguna institución, grupo o iglesia? ¿Por qué le gusta asistir? ¿Qué le ofrecen?
- “Yo asisto a un grupo de la tercera edad en Comfanorte hace aproximadamente 9 años, voy con mi hija todos los días de 8-10 am, me gusta ir porque me ofrece vida, salud y porque es saludable hacer ejercicio, también porque hay aire
- B.EA. se caracteriza por ser una persona altruista, puesto que durante gran parte de su vida ha mostrado interés por ayudar a la comunidad más vulnerable, principalmente en el Grupo Leones, al cual asistía constantemente a programar actividades con la finalidad de contribuir a la sociedad, sin
-

puro, algo diferente para mí. Allí se pueden hacer muchas cosas, yo participo en la baioloterapia, hago manualidades y algunas veces natación, ya no tanto porque se me dificulta ya que alguien debe ayudarme a cambiar”.
“Desde hace años estoy en un grupo que se llama “Los Leones”, no es un club social, sino un club de servicio, en ese club nos reuníamos para ayudarle a la gente, hacíamos brigadas, llevábamos ropa y después yo me dedicaba a

embargo; esto cambio a raíz de su diagnóstico, en vista de que tuvo que abandonar poco a poco ese estilo de vida y tomar uno nuevo. Por otra parte, actualmente es participe de un grupo de la tercera edad en Comfanorte, el cual es de su agrado porque puede estar en un lugar diferente a su casa, además de que puede desarrollar actividades como: Manualidades, baioterapia y natación en algunas ocasiones, lo cual contribuye de manera significativa, fortalece sus redes de apoyo y mejora de su calidad de vida. Finalmente, B.E.A. también visita la iglesia cada vez que puede, en vista de que por los síntomas del Parkinson debe ir

| | | | | |
|--------------------------|---|--|---|---|
| | | | <p>trabajar y a tratar de hacer el bien con mi familia”. “También voy a la iglesia del Buen Pastor, cada vez que alguien puede llevarme, me ofrece tranquilidad y paz, por eso me gusta ir y también porque soy muy rezandera”</p> | <p>acompañada siempre, además de esto; la iglesia es un lugar en el que el sujeto encuentra paz y tranquilidad para seguir con su vida diaria, pese a las decaídas y/o problemas.</p> |
| Habilidades relacionales | <p>Hace referencia a todas aquellas personas a las que se les facilita mantener relaciones estrechas con otros sujetos, aumentando así las posibilidades de obtener los recursos necesarios. Pereira, (2007). Citado por Bacca, D., et al., (2014).</p> | <p>7. ¿Cómo eran sus relaciones antes del diagnóstico de las dos enfermedades?</p> | <p>“Yo era mujer muy activa, todas las semanas se hacían diferentes actividades con el Club de los Leones, se programaban brigadas para llevar ropa y comida, también hacíamos bingos, salíamos a bailar. A mí siempre me ha gustado salir a bailar, tomar, recochar... Antes</p> | <p>B.E.A. se caracterizaba antes del diagnóstico, como una persona alegre, activa, que siempre estaba pendiente de las necesidades de las otras personas, además le gustaba reunirse con los amigos, para hablar, bailar y viajar con su compañero sentimental pues, esto le generaba satisfacción. Por otra parte, es importante resaltar que, siempre le ha</p> |

también viajaba mucho gusto pertenecer a diferentes con mi esposo, algo que cursos del SENA, con el fin de ha cambiado bastante es adquirir conocimientos, y de que ya no puedo viajar alguna manera, emprender como lo hacía por mi negocios para generar ingresos enfermedad, yo también económicos o simplemente solía llegar a hacer aseo cursos que le proporcionarían porque me gustaba tener fomentar el buen uso del la casa limpia, comprar el tiempo libre. mercado y hacer la comida”.

8. ¿Cómo son actualmente sus relaciones?
- “Ya no es como antes, ahora me siento como si estuviera en la banca porque no puedo salir a ningún lado sola. Aunque todavía nos reunimos con los del Club Leones para preparar brigadas de salud, es que es un Club muy grande y siempre permanecen como 30 o 20
- En la actualidad, las relaciones sociales de B.E.A. han sufrido un cambio abrupto en comparación de lo que eran antes de su diagnóstico, debido a que las actividades que realizaba anteriormente tuvo que dejarlas a causa de su enfermedad y aunque actualmente realiza algunas de estas, su personalidad y

| | | | | |
|-------------------|--|---|--|--|
| | | | <p>personas mínimo. El bingo también se sigue haciendo, pero una vez al mes y aparte de eso, voy a Comfanorte todos los días a hablar con las viejas”.</p> | <p>autonomía son diferentes, dado que debe estar acompañada y debe tener ciertos cuidados con la comida, vestimenta, al caminar y hablar, principalmente por la enfermedad de Parkinson. Cabe resaltar que B.E.A. en la actualidad no disfruta, ni siente el mismo placer por asistir a eventos y realizar labores, las cuales desempeñaba antes de su diagnóstico con total normalidad.</p> |
| <p>Autoestima</p> | <p>Es el concepto y la actitud que opta cada persona sobre sí misma, además de que es un ente influenciador que proporciona la capacidad de desenvolverse positivamente durante el</p> | <p>9. Después del diagnóstico, ¿Qué cambios ha presentado en su proyecto de vida?</p> | <p>“Uno queda como desubicado, volver a tomar el hilo es complicado, el Parkinson descompensa... Después del diagnóstico ya no pude seguir asistiendo como antes al Club</p> | <p>B.E.A es un individuo que se esfuerza constantemente para seguir siendo independiente a pesar de su diagnóstico, sin embargo, a medida que transcurre el tiempo hace un esfuerzo cada vez mayor, no obstante B.E.A, es una</p> |

ciclo vital a las personas, sin importar que tan complicadas sean las situaciones que estén afrontando. (Temprano, 2015).

porque tenía que estar pendiente de los exámenes, seguimientos y medicamentos, ya no era lo mismo porque los efectos del tratamiento descompensan a la persona... También el Parkinson es una enfermedad degenerativa con muchas complicaciones. Otro proyecto que tenía de seguir viajando y a partir de la enfermedad no pude seguir haciéndolo".

individuo que tiene la convicción de que, puede sobrellevar el diagnóstico, pues no le gusta depender de otros, asegura que ella es la única persona que sabe cómo hacer las cosas, refiriéndolo en la entrevista semiestructurada "yo soy la única personas que sabe lo que se necesita para comprar en esta casa ". Por otra parte, al paciente le gustaba realizar planes de viajes, pero a raíz de su diagnóstico, dejo aun lado todos esos planes, debido a que, para viajar actualmente es más complicado porque tendría que usar silla de ruedas y tener un acompañante pendiente tanto del

participante, como de su hija menor.

10. ¿Qué cambios ha experimentado a nivel personal después del diagnóstico?

“Un vestido ya no me va a quedar igual, ahora soy más callada, me invitan a una fiesta o a un matrimonio y no puedo ir, aunque quiera, hasta para comer es complicado. Antes no salía de las discotecas o clubes y ahora no puedo bailar como bailaba antes. Antes yo era gorda y a raíz del Parkinson, soy muy flaca, siento que la ropa ya no me queda porque es muy ancha, otro cambio que he experimentado es que ahora dependo de alguien para hacer las cosas, antes yo salía todo el tiempo sin

Después del diagnóstico, B.E.A. sufrió una serie de cambios en su vida personal, puesto inicialmente con el Cáncer le realizaron una mastectomía y a medida que los síntomas del Parkinson avanzaron fue perdiendo su autonomía y personalidad, además de que su imagen corporal experimentó una serie de cambios en comparación de lo que era anteriormente, todo esto ha ejercido influencia en lo que es actualmente B.E.A. una persona pasiva, tranquila, la cual permanece en su hogar la mayor parte del día; sin embargo, la actitud y percepción positiva que

necesidad de otra persona caracteriza al paciente en la y ya perdí esa mayoría de las ocasiones, le ha independencia. Sin permitido adaptarse a su embargo, a mí todavía me diagnóstico y desenvolverse gusta maquillarme, adecuadamente frente a esta. pintarme las uñas, arreglarme el cabello y vestirme bien”.

-
11. ¿Ha presentado algún cambio en la confianza en sí mismo a raíz del diagnóstico?
- “No porque yo tengo que ser capaz de sobrellevar la enfermedad, a mí me gusta estar pendiente de las cuentas y de las cosas de la casa, como lo hacía antes... En el negocio de postres, también me gusta estar pendiente, aunque hay muchas cosas que se me dificultan, trato de hacerlas”.
- B.E.A se caracteriza por ser una persona que, a pesar de las adversidades, trata de salir adelante, con una actitud positiva, adaptándose a los nuevos cambios que le genera el diagnóstico. Es un individuo que no le gusta depender de nadie, por tal motivo se esfuerza diariamente, para seguir adelante y continuar luchando contra su enfermedad, aun sabiendo que esta, poco a poco va
-

| | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|---|
| | | | | degenerando su cuerpo. Por lo cual, el participante se considera una persona que, pese a su enfermedad, no ha perdido la confianza en sí mismo. |
| Percepción de la enfermedad | Se enfatiza en las percepciones que presenta el paciente cuando inicia su experiencia con la enfermedad. Asimismo, como los individuos intentan explicar las situaciones de acuerdo con sus propias construcciones. Además de esto, los pacientes desarrollan modelos cognitivos semejantes a partir de los cambios corporales y los síntomas. (Weinman, y Petrie, 1997, Álvarez, | 12. ¿Qué actitud tomó frente al diagnóstico? | “Al principio, me puse triste y lloré, pero en medio de todo me recuperé y tome una actitud positiva, no voy a negar que en el momento no me desesperé, pero ya después me fui calmando. Al principio no sabía la gravedad del Parkinson y cómo afectan estos síntomas la vida de las personas”. | La reacción de B.E.A. al inicio de su diagnóstico es entendible y normal, debido a la gravedad del mismo, no obstante, con el pasar del tiempo fue asimilando su diagnóstico y adaptándose a el, asimismo, es de resaltar su actitud positiva frente a este proceso, además de su disposición para continuar con el tratamiento. Aunque la enfermedad del Parkinson es mucho más difícil de controlar la sintomatología, su deseo por llevar una vida con normalidad existe |

2002). Citado por Quinceno, J., y Vinaccia, S. (2011).

actualmente, siendo una persona perseverante y creyente en sí misma y en su capacidad para realizar las actividades que desea, logrando la mayoría de veces la obtención de estas.

-
13. ¿Cuál es su percepción frente al cáncer?
- “Algo natural del ser humano, le da a todo el mundo y yo soy una sobreviviente. Hay gente que se echa a morir porque se afligen y nadie se muere de cáncer, sino del corazón. Yo pienso que a las personas que les da cáncer es porque no saben perdonar y en el caso de los niños, puede ser heredado de los padres o abuelos”.
- La percepción que tiene el paciente frente al cáncer es que es natural en el ser humano padecerlo y aunque algunas personas reaccionen de manera negativa frente al diagnóstico y se depriman, es posible afrontar y sobrevivir a dicha enfermedad, por lo cual, B.E.A. se considera como una sobreviviente. Además de esto, el participante tiene la concepción de que el cáncer puede ser generado por la incapacidad para perdonar a
-

los demás y en el caso de los menores de edad, es probable que sea heredado de sus ancestros. Finalmente, es importante resaltar que la construcción que ha realizado el participante frente al cáncer ha influido de manera positiva en la adaptación a su enfermedad.

| | | |
|--|---|---|
| <p>14. ¿Cuál es su percepción frente al Párkinson?</p> | <p>“Es otra enfermedad que aparece como el alzheimer, es una enfermedad degenerativa, le degenera a uno las defensas, pero hay que aceptarla, le toca a uno y me tocó aceptarla, aunque me estoy deteriorando”.</p> | <p>Inicialmente el participante no era consciente de la gravedad de la enfermedad del Parkinson, y en cómo afectaría su vida cada uno los síntomas con el transcurso del tiempo, sin embargo, B.E.A. es consciente de que dicha enfermedad es degenerativa y que la sintomatología va aumentando cada día. Asimismo, vivenciar y asimilar</p> |
|--|---|---|

todo esto ha sido difícil para el individuo, debido a que en la actualidad es lo que le impide realizar sus actividades con total normalidad, además de que es el causante de que en algunas ocasiones B.E.A. se sienta triste y sola. Por otra parte, el esquema cognitivo del participante sobre su estado actual de la enfermedad es que debe aceptarla y ser fuerte para afrontarla positivamente.

Nota: En la anterior tabla se encuentra la entrevista semi-estructurada realizada a B.E.A., junto con las categorías, definiciones, respuestas y el respectivo análisis de cada una de estas.

Observación no participante

Tabla 4

Observación no participante realizada a B.E.A.

| Categorías | Observación | Análisis |
|---------------------|---|--|
| Emociones positivas | Cada vez que el participante refiere cómo fue el proceso que vivenció al conocer su diagnóstico, se reflejan emociones de tristeza, acompañado en algunas ocasiones de llanto, debido a todos los cambios que surgieron en su vida a raíz de esto. No obstante, a medida que narra su estado de salud, se denota que utiliza el humor en repetidas ocasiones, además de que es una persona muy creyente en Dios, lo cual le ha permitido tomar de una manera positiva su enfermedad. Por otra parte, se observa que B.E.A disfruta realizar actividades en su tiempo libre, tales como: Leer, manualidades, ejercicio, bailoterapia, juegos de mesa, natación en algunas ocasiones y relacionarse con sus amigos y/o conocidos, además de su familia. | B.E.A. aun experimenta la emoción de la tristeza cuando manifiesta el proceso que vivenció durante la fase del diagnóstico y el tratamiento de su condición médica, dicha emoción se caracteriza por generar sensaciones desagradables para el ser humano, lo cual produce el llanto en algunas ocasiones. Asimismo, las emociones positivas que han permitido a B.E.A. afrontar su estado de salud, por ende, generar una perspectiva adaptativa del diagnóstico, son las siguientes: Optimismo, humor, esperanza, fe y confianza, siendo de este modo capaz de crear nuevos esquemas, los cuales han contribuido a resistir cada uno de los síntomas de las dos enfermedades. Además, esta percepción ha proporcionado que el individuo tenga la convicción y/o creencia de que puede salir adelante y luchar contra sus síntomas, aumentado de tal modo, el rasgo de la resiliencia y su bienestar psicológico. |

Por otra parte, es relevante mencionar que el participante fortalece dichas emociones realizando actividades de su agrado durante su tiempo libre, lo cual genera que B.E.A. continúe con su vida, pese a los síntomas de la enfermedad y la afectación que esta ocasiona, siendo de tal modo capaz de afrontarla y adaptarse a un nuevo estilo de vida totalmente diferente al que llevaba anteriormente. Cabe resaltar que es un individuo fuerte, el cual trata de seguir siendo independiente, debido a que generalmente tiene buena disposición para llevar a cabo labores relevantes, sin importar su estado de salud o de ánimo.

Redes de apoyo

Respecto a sus redes de apoyo, durante la observación se identifica que existen falencias, principalmente en su familia, debido a que no cuenta con un acompañamiento constante cuando necesita realizar alguna labor difícil, en vista de que por los síntomas del Parkinson se le dificultan la ejecución de actividades como: Caminar, hablar, vestirse, comer, etc. Por otro lado, las personas que habitan en su hogar se dedican a cumplir con sus

B.E.A. cuenta con una red de apoyo conformada por algunos de sus amigos y familiares, cada vez que presenta recaídas o crisis respecto a su enfermedad se genera en el participante la necesidad de recurrir a esta red, en vista de que saben proporcionarle esperanza y tranquilidad, frente a su estado de salud. No obstante, el individuo cuenta con una red de apoyo escasa, formada por las dos hijas, su yerno y algunos

compromisos y en algunas ocasiones, olvidan prestarles atención a las necesidades de B.E.A. Del mismo modo, actualmente continúa recibiendo apoyo tanto económico, como emocional por parte de dichos familiares y amigos, asimismo, se observa en algunas situaciones que los familiares con quien convive actualmente, no le atribuyen la importancia necesaria a su diagnóstico, puesto que aparte de su condición médica, se presentan problemas y/o conflictos en su esfera familiar. cada vez que lo necesita B.E.A. lo que contribuye al mejoramiento de su calidad de vida y un mejor afrontamiento de la enfermedad. Por otro lado, existen otros miembros de la familia que le generan al participante malestar y/o preocupación, ejerciendo esta manera influencia en el deterioro de su salud y bienestar psicológico.

Sin embargo, su hija y yerno, los cuales viven en Bogotá se encuentran pendientes de la salud y bienestar de B.E.A. debido a que la llaman todos los días y le proporcionan apoyo económico y emocional, cada vez que presenta alguna recaída o crisis frente a su diagnóstico.

Finalmente, en algunas ocasiones las amigas y miembros del Grupo Leones, son un apoyo para el participante, pues recurre a ellos cada vez que siente la necesidad de desahogarse o de hablar con alguien y estos, recurrentemente la visitan.

| | |
|--------------------------|---|
| Habilidades relacionales | En cuanto a las habilidades relacionales de B.E.A., Antes de su diagnóstico, B.E.A. mantenía relaciones estrechas sin mayor dificultad, interactuar con los demás y participar en asimismo, para el participante era placentero |
|--------------------------|---|

actividades sociales, por lo cual, es agradable para este el compartir alguna actividad o conversación con su esfera social, principalmente con sus amigos y/o conocidos, los cuales, suelen frecuentar a su hogar. No obstante, a raíz del diagnóstico, lo anteriormente mencionado sufrió un cambio abrupto, puesto que, aunque desee desarrollar alguna de estas actividades, por su enfermedad del Parkinson no logra ejecutarlo de la misma forma que lo realizaba antes, debido a las complicaciones y la incomodidad que experimenta al momento de desarrollarlo.

participar e integrarse en diferentes eventos, cursos y reuniones de tipo social. Además de esto, constantemente viajaba, salía a bailar y compartía tiempo con su familia y/o amigos, por lo cual, puede considerarse al individuo como una persona sociable e interesada en establecer vínculos afectivos con otros seres humanos. Cabe resaltar que, las relaciones interpersonales de B.E.A. han sufrido un cambio significativo, debido a que en la actualidad no puede desempeñar el mismo rol que ejercía antes del diagnóstico, pues su autonomía y deseo de relacionarse con los demás se afectó, como consecuencia del tratamiento y los síntomas de la enfermedad. Lo anterior, se mantiene en la actualidad principalmente por el avance de los síntomas del Parkinson.

Autoestima

En algunas Ocasiones B.E.A presentaba sintomatología propia de su diagnóstico y del fármaco prescrito recientemente por el médico, no obstante, el participante recibió a las investigadoras con una actitud positiva, por otro lado, se evidenció en el participante la presentación personal acorde,

Actualmente B.E.A. continúa cuidando su imagen personal, tal y como lo realizaba antes del diagnóstico, debido a que es de su agrado estar pendiente de su aspecto físico, aunque el participante manifiesta que por motivos del Parkinson su contextura ha cambiado, puesto que

pese a su condición médica, puesto que siempre mantiene (uñas limpias y arregladas, al igual que su cabello, asimismo ropa reservada y pulcra); Además de esto, utiliza un lenguaje técnico y respetuoso. Por otra parte, se refleja que el participante no ha perdido la confianza en sí mismo y la autonomía para ejercer el rol de autoridad de su propia casa. Cabe resaltar que se observó que el participante es una persona que le gusta ser independiente, pues no es de su agrado que le realicen sus labores cotidianas y las realicen de una manera inadecuada, de tal modo que el paciente prefiera ejecutarlas por su propia cuenta, refiriendo “yo tengo que sobrellevar esta enfermedad, sino hago las cosas yo misma, nadie me las hace bien”.

Por último, se enfatiza que el participante refleja alegría, cuando alguno de sus amigos va a visitarla, ya que en ocasiones pasa por momentos difíciles donde lo único que quiere es desahogarse de lo que le sucede durante el día, para de este modo seguir afrontando las situaciones adversas que se presentan en la vida cotidiana del ser humano.

anteriormente era gorda y actualmente es delgada. Lo anterior, es de vital importancia puesto que influye en el desarrollo de las habilidades necesarias para afrontar la enfermedad de manera positiva, sin importar que tan complicados puedan ser sus síntomas.

B.E.A. manifiesta que es una persona que nunca le ha gustado depender de los demás, pues aún mantiene la confianza en sí mismo, pese a su enfermedad del Parkinson, hace todo lo posible, por ser una persona independiente. Por lo cual, asegura que aún puede desenvolverse en actividades de la casa, como lo es, el pagar un servicio público. Su enfermedad no ha sido impedimento para perder el deseo de ejercer el rol de un individuo con la capacidad de dirigir y tomar decisiones en su hogar y su vida personal.

Se debe resaltar la actitud positiva del participante frente a su diagnóstico, en vista de que las complicaciones y gravedad de sus síntomas no han sido un impedimento para desmotivarse y perder el interés en interactuar con su esfera social, lo cual le

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| | | ha permitido desenvolverse de forma adaptativa en su vida diaria., principalmente respecto a las labores y cuidados de su imagen personal. |
| Percepción de la enfermedad | Se logro observar por medio del lenguaje verbal y no verbal, que el participante paso por un proceso difícil, puesto que cuando comienza a narrar su historia, su tono de voz se escucha “entre cortada”, baja su mirada, por tal motivo se percibe que fue un proceso difícil de afrontar, pues la sintomatología que producía las quimio tapias eran fuertes, asimismo cuando el participante menciona que le “extrajeran el seno” surge un momento de silencio; además de esto, se evidencia que el diagnóstico del Parkinson actualmente está deteriorando su capacidad motora, mediante el enlentecimiento de los músculos, puesto que, cada vez será más difícil caminar, mantener el equilibrio y modular las palabras. | B.E.A. es una persona que a pesar de las circunstancias que ha atravesado, durante el transcurso de la vida, ha afrontado de una manera eficaz cada situación adversa. Además, durante el proceso del Parkinson, esta persona ha sido orientada sobre la sintomatología que produce el diagnóstico, por tal razón es consciente de la gravedad y consecuencias que este genera, puesto que, poco a poco va aumentando el enlentecimiento de los músculos, el participante sabe perfectamente que esta enfermedad no tiene cura, sin embargo, se puede controlar los síntomas con fármacos, alimentación sana y el reposo. |

Nota: En la anterior tabla se encuentra observación no participante realizada al participante B.E.A., junto con las categorías, observación y el respectivo análisis de cada una de estas.

Discusión

La discusión se realizó a partir de las categorías establecidas en la entrevista semiestructura y en la observación no participante, las cuales son las siguientes: Emociones positivas, redes de apoyo, habilidades relacionales, autoestima, por último, percepción de la enfermedad.

Respecto a la categoría de las emociones positivas, el participante al conocer su diagnóstico experimentó emociones de miedo y tristeza, las cuales son emociones normales que surgen en los individuos al conocer un diagnóstico de tal magnitud, debido a que surgen diversos interrogantes tales como preguntarse el ¿por qué de este diagnóstico?, y el enfrentar los cambios que se deben realizar a raíz de su nueva condición, puesto que son múltiples y representa un cambio abrupto en cada una de las áreas de ajuste. En relación con lo anterior, Grotberg (2003) citado por Bacca, Moyano, Quintero, y Soler (2014), manifiesta que una de las situaciones más difíciles que experimentan las personas son los problemas de salud, debido a que requieren de un cuidado especial, principalmente en el caso de enfermedades crónicas por su tratamiento, control o prevención del empeoramiento de la condición o aparición de nuevas dificultades.

Sin embargo, es importante resaltar que B.E.A. asimiló dichas emociones a medida que transcurrió el tiempo, lo cual influyó en la adaptación y aceptación eficaz a su condición médica. Lo anterior concuerda con la postura de la psicología evolutiva de los autores Masten, Best, y Garnezy (1990), citado por Vaquero, E. (2013), quienes definen a las personas resilientes como: *“Un proceso o una capacidad para o el resultado de una satisfactoria adaptación a pesar de los desafíos o circunstancias amenazantes”*.

Asimismo, se reconocen las emociones positivas que han intervenido en la aceptación de su diagnóstico, las cuales son las siguientes: El optimismo, la fe, la esperanza y el humor, siendo de este modo capaz de construir nuevos esquemas a partir de su enfermedad, los cuales le han permitido resistir cada uno de los síntomas de las dos enfermedades. Además, esta percepción ha proporcionado que el individuo tenga la convicción y/o creencia de poder salir adelante y luchar contra sus síntomas, aumentando de tal modo, el rasgo de la resiliencia y su bienestar psicológico. Por lo cual, se comprueba que las personas resilientes emplean emociones positivas, las cuales contribuyen como una estrategia de afrontamiento, es decir según Fredrickson (2006) citado por Vaquero (2013), afirma que: *“La experimentación de emociones positivas aumenta el rasgo de la*

resiliencia, lo que predice un bienestar y crecimiento psicológico, los cuales forman un ciclo que se retroalimenta”.

Por otra parte, es de vital importancia mencionar que el participante fortalece dichas emociones realizando actividades de su agrado durante su tiempo libre, lo cual genera que B.E.A. continúe con su vida, siendo de tal modo capaz de adaptarse a un nuevo estilo de vida totalmente diferente al que llevaba anteriormente. Cabe resaltar que es un individuo fuerte, el cual trata de seguir siendo independiente, debido a que generalmente tiene buena disposición para llevar a cabo labores relevantes, sin importar su estado de salud o de ánimo.

Del mismo modo, existen unos factores protectores de la resiliencia, los cuales influyeron de manera positiva en el afrontamiento del diagnóstico. Así pues, Michaud (1999), citado por Bacca, et al. (2014), conceptualizan dichos factores como: “Aquellas características, hechos o situaciones que elevan la capacidad para enfrentarse a circunstancias adversas y disminuye la posibilidad de disfunciones y desajustes bio-psico-sociales, aún bajo el efecto de factores de riesgo” lo anterior quiere decir que, dichos factores se encargan de evitar que los eventos negativos tomen fuerza sobre el sentido de la vida que le otorga esa persona, permitiendo de este modo ver las cosas desde una perspectiva diferente, sin dejarse afectar en las áreas funcionales.

Por ende, la teoría concuerda con las características que presenta B.E.A. en cuanto a la percepción y actitud frente a su diagnóstico, debido a que los factores protectores hacen parte del individuo, especialmente los factores protectores de la propia persona, los cuales son los siguientes: El humor, la confianza en sí mismo y su deseo por ser autónoma, aunque a causa de los síntomas de su enfermedad depende de alguien para realizar algunas de sus actividades cotidianas.

B.E.A. es un ser humano que, pese a la afectación de su enfermedad, posee un buen sentido del humor cuando se relaciona con su esfera social, además, de que no ha perdido la confianza en sí mismo, siendo este un factor indispensable en la vida del participante, puesto que le facilita la superación de las adversidades, proporcionando del tal modo, la destreza para dar sentido a lo ocurrido, en este caso, a su diagnóstico. Asimismo, respecto a su autonomía, B.E.A. cuenta con la habilidad para conservar los límites tanto de las características internas, como de las externas. Es decir, no se encasilla ante las situaciones adversas, lo que le permite continuar con su vida, aun con los síntomas del Parkinson.

El participante cuenta con una red de apoyo conformada por algunos de sus amigos y familiares, a la que cada vez que presenta recaídas o crisis respecto a su enfermedad se genera en el participante la necesidad de recurrir a esta red, en vista de que saben proporcionarle esperanza y tranquilidad, frente a su estado de salud. Del mismo, algunos de estos miembros han estado presente en cada una de las fases de su enfermedad, proporcionándole de tal manera la compañía y ayuda que el individuo requiere durante dicho proceso. Lo anterior es de vital importancia, puesto que de este modo evitan que el individuo se aísle a causa de su enfermedad, asimismo, mejoran su calidad de vida.

Así pues, en concordancia con Pillemer, Phyllis, y Wethington (2000) citado por Fusté, Pérez, y Paz (2018), las redes de apoyo conforman la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren. Estructurándose y tomando sentido los roles sociales, igualmente, también cooperan al sentido de pertenencia y generan integración social. En edades avanzadas las redes de apoyo son de vital importancia, puesto que evitan el aislamiento e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores. Por tal motivo, se relaciona la teoría con los resultados obtenidos, puesto que se puede deducir que las redes de apoyo le han generado al participante ayuda a fortalecer cada una de sus áreas de ajuste, evitando el deterioro de estas a raíz del diagnóstico, así como también han ayudado a evitar el aislamiento social de esta. De igual forma, el sistema familiar y social constituyen un rol que mitiga la problemática, es decir; en el caso de las redes sociales como lo es el trabajo o la escuela, fortalecen el proceso de resiliencia. Pereira (2007) citado por Bacca, et al. (2014).

No obstante, es importante mencionar que el individuo cuenta con una red de apoyo escasa, formada por las dos hijas, su yerno y algunos amigos. Del mismo modo, actualmente continúa recibiendo apoyo tanto económico, como emocional por parte de dichos familiares y amigos, cada vez que lo necesita B.E.A. lo que contribuye al mejoramiento de su calidad de vida y un mejor afrontamiento de la enfermedad. Por otro lado, existen otros miembros de la familia que le generan al participante malestar y/o preocupación, influyendo en la paciente un deterioro de su salud y bienestar psicológico.

Asimismo, B.E.A. se caracteriza por ser una persona altruista, puesto que durante gran parte de su vida ha mostrado interés por ayudar a la comunidad más vulnerable, principalmente en el Grupo Leones, al cual asistía frecuentemente a programar actividades con la finalidad de contribuir a la

sociedad, sin embargo; esto cambio a raíz de su diagnóstico, en vista de que tuvo que abandonar poco a poco ese estilo de vida y tomar uno nuevo. Por tal motivo, de acuerdo con Pereira (2007) citado por Bacca, et al. (2014), el pertenecer a una organización ya sea de tipo religioso o socio-política coadyuvan como factor protector, permitiendo de tal modo que las personas generen convicciones que favorezcan la resiliencia, del mismo modo la participación comunitaria constante que realizaba anteriormente, le permitió desarrollar el sentimiento social de estar en capacidad de superar cualquier dificultad. Por otra parte, actualmente es participe de un grupo de la tercera edad en Comfanorte, el cual es de su agrado porque puede estar en un lugar diferente a su casa, además de que puede desarrollar diferentes actividades, lo cual contribuye de manera significativa, fortalece sus redes de apoyo y mejora de cierto modo su calidad de vida.

Charney (2004), Feder, Nestler, y Charney (2007) y Stein (2009) citado por Quinceno y Vinaccia (2011) afirman que lo mencionado anteriormente, forma parte de las características de las personas adultas resilientes, puesto que los límites morales juegan un papel muy importante, en vista de que consideran la integración a un grupo como una guía de principios y al altruismo, puesto que las acciones incondicionales aumentan el bienestar personal. Por otro lado, B.E.A. también visita la iglesia cada vez que puede, debido a los síntomas del Parkinson debe ir acompañada siempre, además de esto; la iglesia es un lugar en el que el sujeto encuentra paz y tranquilidad para seguir con su vida diaria, pese a las decaídas y/o problemas.

Así pues, el apoyo de la esfera social de B.E.A. se relaciona con la red de seguridad ante eventos estresantes, en vista de que disminuye el índice de comportamientos que ponen en riesgo el bienestar del participante, reduciendo y debilitando de tal modo la percepción negativa de amenaza, además de que contrarresta los sentimientos de soledad al recurrir a esta red de apoyo, lo que aumenta la capacidad de afrontamiento y adaptación, desarrollando así el sentido de autoeficacia y adherencia a los tratamientos en caso de enfermedad. Siendo de tal modo, una característica fundamental de la resiliencia. Charney (2004), Feder, Nestler, y Charney (2007) y Stein (2009) citado por Quinceno y Vinaccia (2011).

En cuanto a las habilidades relacionales, el participante es una persona que siempre le ha generado satisfacción el relacionarse con los demás, mencionando que antes del diagnóstico, se caracterizaba por ser un individuo activo, que participaba constantemente en eventos, cursos y reuniones de tipo social, puesto que se define como un ser altruista. Además de esto,

frecuentemente viajaba, salía a bailar y compartía tiempo con su familia y/o amigos, sin embargo, a partir de los dos diagnósticos, las relaciones interpersonales del participante han sufrido un cambio significativo, puesto que actualmente es difícil que B.E.A. mantenga el mismo rol que desempeñaba anteriormente, debido a los efectos del Parkinson.

Sin embargo, es un participante que, aunque no tiene la facilidad de transportarse autónomamente, hace todo lo posible para relacionarse con sus amigos de vez en cuando, en coherencia con el autor Pereira (2007) citado por Bacca, et al. (2014) el cual alude que, las redes Sociales, son de vital importancia, debido a que estas redes están en los momentos más difíciles y hasta sustituyen la pérdida de un ser significativo, siendo un apoyo para este. Por otro lado, es importante mencionar que el participante cada vez que atraviesa por una crisis, ya sea por los efectos generados a causa el diagnostico o por problemas familiares u económicos, generalmente recurre a su escasa red de apoyo, por vía telefónica, con el fin, de que estos le transmitan tranquilidad y orientación frente a los problemas que se originan en la vida cotidiana del ser humano.

Por otra parte, es importante abordar que el participante siempre le ha gustado pertenecer a diferentes cursos del SENA, con el fin de adquirir conocimientos, y de alguna manera, emprender negocios para generar ingresos económicos o simplemente cursos que le proporcionarán fomentar el buen uso del tiempo libre. Es fundamental resaltar que, en el grupo de Comfanorte, realizan manualidades u otras actividades de esparcimiento y ejercicio físico, el cual le proporciona paz y tranquilidad, puesto que es un entorno ameno.

Asimismo, el ejercicio contribuye a estimular los movimientos y la actividad cerebral. En relación con los autores Charney (2004) Feder, Nestler, y Charney (2007) y Stein (2009), citado por Quinceno y Vinaccia (2011), refieren que, el ejercicio físico genera efectos positivos, tanto a nivel físico, cognitivo y psicológico. Además, el ejercicio físico contiene grandes efectos, en cuanto a los factores neurobiológicos que median la resiliencia. Se resalta que el participante asiste diariamente en horas de la mañana al grupo Comfanorte, siempre y cuando la persona que está a cargo pueda transportarlo, y el resto del día, permanece en su casa, a no ser que tenga una cita médica y tenga que salir, pero por lo general se encuentra en su hogar, leyendo libros, realizando labores sencillas o dialogando con una amiga quien todos los días pasa a saludar y saber cómo esta.

Conforme a la categoría de la autoestima, el participante es una persona que, siempre ha salido a adelante con una actitud optimista, pese a sus dos diagnósticos, siendo los efectos de la sintomatología un malestar tanto físico como psicológico, cabe resaltar que B.E.A. anteriormente era una persona autónoma en tomar decisiones, lo cual ha sido difícil de afrontar, pues B.E.A. aun desea ser independiente y tomar sus propias decisiones sin depender de nadie, no obstante la sintomatología del Parkinson le impide ser una persona totalmente autónoma, en vista de que es una enfermedad degenerativa.

Sin embargo, es una persona que continúa cuidando su imagen personal, tal y como lo realizaba antes del diagnóstico, debido a que es de su agrado estar pendiente de su aspecto físico, aunque el participante manifiesta que por motivos del Parkinson su contextura ha cambiado puesto que, anteriormente era gorda y actualmente es flaca. Por otra parte, es una persona que tiene la convicción de que, puede sobrellevar el diagnóstico, sin importar la sintomatología que presenta, por tal motivo se esfuerza diariamente, para seguir adelante y continuar luchando contra su enfermedad, aun sabiendo que esta, poco a poco va degenerando su cuerpo.

Igualmente, el participante se considera una persona que, pese a su enfermedad, no ha perdido la confianza en sí mismo; desde la parte teórica se argumenta que, el concepto y la actitud que opta cada persona sobre sí misma, es un ente influenciador que proporciona la capacidad de desenvolverse positivamente durante el ciclo vital de las personas, sin importar que tan complicadas sean las situaciones que estén afrontando. (Temprano, 2015). Lo anterior, es de vital importancia puesto que influye en el desarrollo de las habilidades necesarias para afrontar la enfermedad de manera positiva.

En concordancia con los autores Charney (2004) Feder, Nestler, y Charney (2007) y Stein (2009), citado por Quinceno y Vinaccia (2011), mencionan que una de las características de las personas adultas resilientes es el afrontamiento activo ante la búsqueda de soluciones y el control emocional, el cual se puede desarrollar disminuyendo la evaluación de la amenaza, fomentando pensamientos alternativos positivos sobre sí mismo y centrándose en los aspectos a moldear, puesto que al enfrentar los temores se puede aumentar los niveles autoestima y sentido de autoeficacia, es decir; de acuerdo al nivel de los mecanismos neurobiológicos se previene el condicionamiento del miedo y la desesperanza aprendida y genera la extinción del miedo y la inoculación del estrés.

Finalmente, respecto a la percepción de su enfermedad, es importante mencionar que es entendible y normal su reacción al inicio del diagnóstico, debido a la gravedad del mismo, no obstante, con el pasar del tiempo fue asimilando y adaptándose a este. Asimismo, es de resaltar su actitud positiva frente a dicho proceso, además de su disposición para continuar con el tratamiento. Lo cual puede ser explicado y entiendo según la perspectiva de Charney (2004) Feder, Nestler, y Charney (2007) y Stein (2009), citado por Quinceno y Vinaccia (2011), los cuales afirman que esto es debido a la flexibilidad cognitiva, la cual se refiere a la interpretación positiva frente a situaciones estresantes o desagradables para el individuo, otorgándole así, un significado y del mismo modo, siendo capaz de ver las diferentes oportunidades que surgen a partir de este. Así pues, la aceptación juega un papel importante, dado que reconoce la existencia de situaciones que se pueden salir de control, reevaluándolas, cambiando de este modo las expectativas sobre el resultado final de una forma realista, para así centrarse en los aspectos controlables del factor estresor.

La anterior flexibilidad cognitiva, hace parte de las características de los adultos resilientes, por lo cual, es parte de la personalidad y forma de interpretar los acontecimientos que experimenta B.E.A. Igualmente es importante mencionar que es un individuo, que pese a las circunstancias que ha atravesado durante el transcurso de su vida, ha afrontado de una manera eficaz cada situación adversa, específicamente su diagnóstico; lo cual se debe a su alta capacidad de resiliencia.

A partir de su enfermedad, B.E.A. ha construido un concepto para cada una de ellas, en cuanto a la percepción que tiene el paciente frente al cáncer, es que es natural en el ser humano padecerlo y aunque algunas personas reaccionen de manera negativa frente al diagnóstico y se depriman, es posible afrontar y sobrevivir a dicha enfermedad, por lo cual, B.E.A. se considera como una sobreviviente. Además de esto, el participante tiene la concepción de que el cáncer puede ser generado por la incapacidad para perdonar a los demás y en el caso de los menores de edad, es probable que sea heredado de sus ancestros.

Respecto a la enfermedad del Parkinson, inicialmente no era consciente de la gravedad de esta y en cómo afectaría su vida cada uno de los síntomas en el transcurso del tiempo, sin embargo, B.E.A. tiene claro que es una enfermedad degenerativa y que la sintomatología va aumentando cada día. Asimismo, vivenciar y asimilar todo esto ha sido difícil para el individuo, debido a que en la actualidad es lo que le impide realizar sus actividades con total normalidad, además de que

es el causante de que en algunas ocasiones B.E.A. se sienta triste y solo. Por otra parte, el esquema cognitivo del participante sobre su estado actual de la enfermedad es que debe aceptarla y ser fuerte para afrontarla positivamente.

Dichas conceptualizaciones de las dos enfermedades, se presentan debido a que el individuo intenta explicar las situaciones de acuerdo con sus propias construcciones y experiencias, además de esto, se desarrollan modelos cognitivos semejantes a partir de los cambios corporales y los síntomas. Weinman, y Petrie, (1997) y Álvarez (2002) citado por Quinceno, y Vinaccia (2011).

Conclusiones

A partir del estudio realizado al paciente con diagnóstico de Cáncer y Parkinson, se evidencia que B.E.A. es una persona resiliente, puesto que cuenta con la capacidad reconocer y aceptar su enfermedad, pese a la sintomatología y la afectación que esta genera. Asimismo, se logra identificar que el uso de emociones positivas influyó en la adaptación al diagnóstico, dado que, a través de estas, su destreza para desarrollar la resiliencia aumentó, permitiendo de tal modo que, su actitud frente a su condición médica cambiara. Así pues, de acuerdo con Fredrickson, Tugade, Waugh, y Larkin (2003) citado por Vaquero (2013), afirman que la experimentación recurrente de emociones positivas puede ayudar a las personas a desarrollar la resiliencia, asimismo añaden que ciertas personas resilientes emplean emociones como estrategia de afrontamiento ante situaciones adversas.

Además, se analiza que cuenta con una red de apoyo escasa, a la que cada vez que presenta recaídas o crisis respecto a su enfermedad, el paciente recurre a esta, en vista de que saben proporcionarle esperanza y tranquilidad, frente a su estado de salud. Del mismo modo, le aportan económicamente y emocionalmente, lo cual contribuye al mejoramiento de su calidad de vida y a un mejor afrontamiento de la enfermedad. Por lo cual, esto ha actuado como una red de seguridad ante eventos estresantes, en vista de que disminuye el índice de comportamientos que ponen en riesgo el bienestar del participante, reduciendo y debilitando de tal modo la percepción negativa de amenaza, además de que contrarresta los sentimientos de soledad al recurrir a esta red de apoyo, lo que aumenta la capacidad de afrontamiento y adaptación, fortaleciendo así el proceso de resiliencia. Charney (2004), Feder, Nestler, y Charney (2007) y Stein (2009) citado por Quinceno y Vinaccia (2011).

En cuanto a las habilidades relacionales, aunque estas han sufrido un cambio abrupto a raíz del diagnóstico y teniendo en cuenta que en algunas ocasiones siente incomodidad cuando se encuentra en un evento social, aún existe en el participante la necesidad de interactuar con sus amigos, conocidos y familiares. Por tal motivo, se caracteriza por ser un individuo empático y sociable con los demás, evidenciándose del tal modo que disfruta de la compañía de otros seres humanos. En relación con la autoestima del participante, se destaca la confianza en sí mismo, puesto que esto ha facilitado la superación de las adversidades, logrando de esta manera la capacidad de dar sentido a

su enfermedad. Pereira (2007). Citado por Bacca, et al. (2014). Cabe resaltar su interés y el cuidado que realiza, para cuidar su aspecto físico diariamente, pese a su condición médica.

Por medio de la entrevista semiestructurada se identificó la percepción que tiene el participante frente al diagnóstico de las enfermedades, tanto del cáncer como la del Parkinson, en vista de que estos, generaron gran impacto en la vida del individuo, desarrollándose modelos cognitivos semejantes, a partir de los cambios corporales y los síntomas. (Weinman, y Petrie, 1997, Álvarez, 2002). Citado por Quinceno, y Vinaccia (2011), pues cada una de estos diagnósticos, producen sintomatologías diferentes que alteran el bienestar psicológico de la persona. además de esto, es fundamental resaltar que a consecuencia del diagnóstico surgen una serie de cambios significativos a nivel personal y social.

Con respecto al diagnóstico de la enfermedad del cáncer de mama, el participante asegura que dicha enfermedad, se origina en el ser humano, por no tener la capacidad de perdonar y en caso de los niños es heredada. De igual forma, tiene la concepción de que, ningún ser humano se muere del cáncer, sino del corazón, pues el participante afirma que es una enfermedad difícil, dado que, a raíz del diagnóstico le realizaron una mastectomía, y para el participante fue difícil afrontar dicho proceso, además los efectos que le produjeron las quimioterapias, eran considerablemente fuertes, dado que el cabello comenzó a caerse y la única opción fue mandarse a rapar el cuero cabelludo, asimismo los frecuentes vómitos que generaban malestar etc. Sin embargo, el participante tiene la convicción de que se puede llegar a afrontar y asimilar el diagnóstico, siempre y cuando tenga buena disposición y actitud positiva, pese a la sintomatología que produce la enfermedad.

Ahora bien, la percepción que tiene el participante sobre el Parkinson, es que consiste en una enfermedad terrible, que no tiene cura. Actualmente tiene conocimiento sobre la sintomatología que se va generando al transcurrir los días, pues refiere que su cuerpo se está deteriorando, debido a efectos producidos por el diagnóstico, tales como el enlentecimiento de los músculos, deterioro cognitivo y físico, sin embargo, es un individuo que siempre se ha caracterizado por ser una persona capaz de enfrentar cualquier adversidad que se le presente en la vida. Asimismo, es consciente de que, las cosas pasan, por algo, y que de alguna manera se debe asimilar los cambios producidos. Cabe resaltar que, es una persona que siempre le ha generado satisfacción, realizar actividades de esparcimiento y aprendizaje, aunque actualmente no le genere el mismo placer, porque le da vergüenza salir con el bastón, o comer delante de muchas personas, prefiriendo estar en casa,

adquiriendo conocimiento por medio de la lectura y de esta forma reforzando los músculos de la cara.

Se determinó que, el participante es una persona que, a pesar de la sintomatología producida por el diagnóstico, aun quiere seguir ejerciendo el rol de autonomía que desempeñaba anteriormente, sin embargo, es un individuo que no cuenta con las condiciones para realizar actividades de forma independiente, asimismo no puede llevar a cabo un ritmo activo en su vida cotidiana, debido a los síntomas que genera el Parkinson, siendo algunas veces frustrante para el participante el no poder desempeñarse como lo hacía anteriormente.

No obstante, es un individuo que siempre le ha gustado estar pendiente de las labores cotidianas y resolver los problemas que se presentan a nivel familiar y social, en coherencia con Pereira (2007) Citado por Bacca, et al. (2014) una característica de la persona adulta resiliente es el afrontamiento activo ante la búsqueda de soluciones y el control emocional, el cual se puede desarrollar disminuyendo la evaluación de la amenaza, fomentando pensamientos alternativos positivos sobre sí mismo y centrándose en los aspectos a moldear, puesto que al enfrentar los temores se puede aumentar los niveles autoestima y sentido de autoeficacia, permitiendo de esta manera prevenir el condicionamiento del miedo y la desesperanza aprendida, generando la extinción del miedo y la inoculación del estrés.

El participante se caracteriza por ser una persona con capacidad de aceptación frente a situaciones adversas que se presentan en la vida cotidiana, a pesar de lo difícil que pueda llegar a ser, siempre busca soluciones para afrontarlo de una manera positiva; Asimismo, Pereira (2007) Citado por Bacca, et al. (2014) manifiesta que otra característica que resalta a la persona adulta resiliente es la aceptación, puesto que juega un papel importante en la vida de las personas, dado que reconoce la existencia de situaciones que se pueden salir de control, reevaluándolas, cambiando de este modo las expectativas sobre el resultado final de una forma realista, para así, centrarse en los aspectos controlables del factor estresor.

Es importante resaltar que al participante le agrada asistir a un grupo religioso, lo cual le transmite paz, tranquilidad y armonía, según el autor Pereira (2007) Citado por Bacca, et al. (2014) los límites morales juegan un papel muy importante, en vista de que consideran la integración a un grupo como una guía de principios y al altruismo, puesto que las acciones incondicionales aumentan el bienestar personal.

Finalmente, se resalta una última característica que según el autor Pereira (2007) Citado por Bacca, et al. (2014) hace mención al apoyo social, el cual se relaciona con la red de seguridad ante eventos estresantes. El apoyo social disminuye el índice de comportamientos que ponen en riesgo el bienestar de la persona, reduce la percepción negativa de amenaza, debilitando la percepción negativa de amenaza, además contrarresta los sentimientos de soledad, aumentando la capacidad de afrontamiento y adaptación, desarrollando así el sentido de autoeficacia y adherencia a los tratamientos en caso de enfermedad. Es importante mencionar que, el participante cada vez que se integra al grupo Comfanorte, hace un buen uso del tiempo libre, refiriendo que se siente tranquila y se distrae.

Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se considera pertinente formular las siguientes recomendaciones para los psicólogos en formación que deseen desarrollar investigaciones relacionadas con el tema.

Es de vital importancia mencionar que, la condición médica del participante, puede llegar a dificultar el proceso de investigación en algunas ocasiones, debido a los síntomas y efectos que generan la enfermedad, junto con el tratamiento. Por lo cual, es indispensable que las próximas investigaciones tengan en cuenta lo anterior, para de este modo realizar la recolección de información con anticipación y así lograr su culminación de manera exitosa.

Del mismo modo, se recomienda a los psicólogos en formación que deseen realizar una investigación con pacientes Oncológicos y pacientes con Parkinson, seleccionar técnicas de investigación fáciles de implementar, puesto que, a causa de la gravedad de su enfermedad, se debe implementar un proceso lento durante cada encuentro, además de que es indispensable evitar que el participante se sienta incómodo y saturado respecto a las preguntas. Además de esto, se recomienda que la fase de recolección de información sea dividida en varias partes al momento de aplicar dichas herramientas, puesto que de esta manera se evita agotar al paciente con la investigación.

Finalmente, se recomienda al participante que lleve a cabo un trabajo interdisciplinar en el cual sean atendidas sus necesidades emocionales, físicas y problemas personales que existen actualmente, además de que por medio de este pueda obtener cierto grado del control y/o mantenerse estable del desarrollo de los síntomas del Parkinson.

Estrategias

A partir del estudio realizado al participante B.E.A. surgen las siguientes estrategias, las cuales tienen como finalidad fomentar la calidad de vida de este, desde la resiliencia.

En primera instancia es de vital importancia, fortalecer las redes de apoyo del paciente B.E.A. en vista de que estas son escasas y en la actualidad afectan principalmente su calidad de vida y el bienestar psicológico. Lo anterior se puede llevar a cabo concientizando a sus familiares por medio de la psicoeducación sobre la importancia del apoyo y acompañamiento constante de la familia para la satisfacción de las necesidades emocionales, médicas y personales del participante.

Del mismo, es fundamental promover la confianza en el propio instinto y fortalecimiento frente al estrés, puesto que al participante se le dificulta manifestar y expresar correctamente cuando una situación no es de su agrado, lo cual se puede desarrollar a través de la comunicación asertiva, con el objetivo de evitar los conflictos familiares que suelen presentarse en algunas ocasiones.

Así pues, es pertinente fomentar el control frente a situaciones estresantes o de crisis, las cuales se generan a causa de la enfermedad, mediante la implementación de técnicas de afrontamiento, en conjunto con el desarrollo de actividades lúdicas tales como: Juegos mesa, cuentos y analogías, para que de este modo exista una adecuada tolerancia a la frustración y por ende, el mejoramiento de la calidad de vida sea posible.

Es necesario retomar el proceso psicológico, con el fin de proporcionar estrategias de aceptación a los cambios generados a raíz del diagnóstico del Parkinson, con el fin de mejorar la calidad de vida y reforzar las estrategias aprendidas en el proceso con el que inicio.

Establecer actividades que el participante pueda realizar de una manera autónoma, para que así, dichas labores contribuyan a una vida cotidiana activa, permitiéndole de este modo hacer buen uso del tiempo libre, además de que a través de esto se promueve que el participante se sienta útil y necesario en su hogar.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, J., & Jaramillo, L. (2015). *El papel de la descripción en la investigación cualitativa*. Recuperado de <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/download/37207/38762/0>
- Alonso. (2003). Citado por Fernández, C., y Bastos, A. (2011). *Intervención psicológica en personas con Cáncer*. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V., & Villareal, P. (2011). *Oncología*. Recuperado de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>
- Ardila. (2007). *Psicología En El Contexto De Las Ciencias Naturales, Comportamiento Y Evolución*. Recuperado de http://www.accefyn.com/revista/Vol_31/120/395-403.pdf
- Ariza, L., Guerrero, J., Ortiz, P., Moreno, C. (2016). *Caracterización de pacientes con enfermedad de Parkinson en un centro de referencia de la ciudad de Bogotá, Colombia*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n3/v32n3a04.pdf>
- Bacca, D., Moyano, E., Quintero, D., y Soler, D. (2014). *Factores Protectores presentes en el Proceso de Resiliencia de Pacientes adultos en Cuidados Paliativos del Hospital Universitario San Ignacio*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15731/BaccaBautistaDianaPaola2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Banda, O., Ibarra, C., Carbajal, F., Maldonado, G., De los Reyes, L., y Montoya, R. (2017). *Estilos de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores con enfermedad crónica*. México. Recuperado de <http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3367/3506>
- Bandura. (1999). Citado por Temprano, M. (2015). *Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=52659>
- Beltrán, J. (2015). *Impacto de la resiliencia en pacientes con Artritis Reumatoide*. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12191/Impacto%20de%20la%20resil>

iencia%20en%20pacientes%20con%20Artritis%20Reumatoide.pdf?sequence=1&isAllowed=
y

Block. (1980-2002). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=16&isAllowed=>

Bonanno. (2004). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07>

Bonilla., & Rodríguez. (1997). Citado por Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación Cuantitativa y Cualitativa*. Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Brighton., y Wood. (2005). Citado por Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., y Quinceno, J. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21302004.pdf>

Broche., y Medina (2011). Citado por Reyes, C., Saldarriaga, M., y Davalos, D. (2015). *Modelo de cuidado del paciente con Cáncer*. Recuperado de https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/5modelo_de_cuidado.pdf

Bustos, J. (2013). *Introducción a la psicología*. Recuperado de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/90016/MODULO_90016_2013-2.pdf

Cajaraville, G., Carreras, M., Massó, J., & Tamés, M. (2010). *Oncología*. Recuperado de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP14.pdf>

Campos, G., & Martínez, E. (2012). *La observación, un método para el estudio de la realidad*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3979972.pdf>

Carrobles., Benavides. (2009)., Yi., Vitaliano., Smith., Yi., & Weinger. (2008). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>

- Castillo, C., Mañas, C., Moralejo, A. & Ahijado, G. (2017). *Impacto psicosocial en el paciente oncológico*. Recuperado de: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/4DB2D271-7738-4658-8041-3EEF4EB0E391/d9984f6d-be17-4428-a7ff-bacfce0130c1/d9984f6d-be17-4428-a7ff-bacfce0130c1.pdf>
- Chacón, M. (2009). *Cáncer: Reflexiones acerca de incidencia, prevención, tratamiento y mitos*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/185/18516803007.pdf>
- Chaná., Juri., Albuquerque., Soto., Benavides., (2006). & Nuti., (2004). Citado por Munguia, A., & González, M. (2017). *Procesamiento emocional de imágenes afectivas en Pacientes con enfermedad de Parkinson*. Recuperado de https://revistannn.files.wordpress.com/2018/01/12-munguicc81a-et-al-_procesamiento-emocional-en-enfermedad-de-parkinson.pdf
- Charney (2004)., Feder, Nestler, & Charney. (2007)., & Stein (2009). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>
- Chetty (1996) citado por López, w. (2013). *El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/356/35630150004.pdf>
- Chuga, L. (2015). *Resiliencia en madres de hijos con enfermedades oncológicas*. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/22/Chuga-Lizabeth.pdf>
- Código deontológico y bioético de la Psicología. (2006). *En ed. 46.383*. Recuperado de https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf
- Connor, K & Davidson, J. (2003). Citado por Moreira, D. (2016). *Resiliencia y apoyo social como factores protectores de la salud en pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud san jacinto de buena fe*. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/13156/1/TESIS%20%20PS.CL.%20DANIELA%20MOREIRA%20P%20.pdf?fbclid=IwAR3NUqpLAMB8qUA6a8xYXRCcsGQ5B8Yj4tfmSWRkpT6ZJNjQ7xB8qmWVG0>

- Cortinas, C. (2012). *Cáncer: Herencia y ambiente*. Recuperado de http://www.fondodeculturaeconomica.com/subdirectorios_site/libros_electronicos/desde_la_impresion/046096R/files/publication.pdf
- Cruz, M. (2013). *Psicooncología*. Recuperado de <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3150/trabajoCruzRomero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cyrułnik. (2005). Citado por Bacca, D., Moyano, E., Quintero, D., & Soler, D. (2014). *Factores protectores presentes en el proceso de resiliencia en pacientes en Cuidados Paliativos*. Recuperado de https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15731/BaccaBautistaDianaPaola2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR3Pwfs5_2XK3sn8Iwq0V2CqIRxyO5f8m6Xx9M6ISgRrXXsVxczHgS7I5o
- Dahab, J., Rivadenira, C., & Minici, A. (2014). *Formulación de objetivos y dirección del tratamiento en Terapia Cognitivo Conductual*. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/formulacion-de-objetivos-y-direccion-del-tratamiento-en-terapia-cognitivo-conductual/>
- Davidson. (2000). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=16&isAllowed=y>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Díazgranados, J., Guevara, L., Gómez, L., Lozano, A., & Ramírez, M. (2011). *Descripción de la población de pacientes con enfermedad de Parkinson en un centro médico neurológico en la ciudad de Cali, Colombia*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-87482011000400003
- Díazgranados, J., Guevara, L., Gómez, L., Lozano, A., & Ramírez, M. (2011). *Descripción de la población de pacientes con enfermedad de Parkinson en un Centro Médico Neurológico en la ciudad de Cali, Colombia*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v27n4/v27n4a03.pdf>

- Erikson. (1985). Citado por Bordignon. (2015). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Revista Lasallista de Investigación, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, (2005). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>.
- Escamilla, F. & Olivares, J. (2017). *Recomendaciones de prácticas clínica en la enfermedad de Parkinson*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_561_Enfermedad_Parkinson.pdf
- Estrada, B., Ramsés, A., Itzel, C., & Martínez, M. (2014). *Psicología de las emociones positivas: Generalidades y beneficios*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- Flórez, J., & Klimenko, O. (2011). *Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al programa de asistencia Paliativa de la Corporación*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5012879.pdf>
- Forés., & Grañé. (2008). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=16&isAllowed=>
- Franco, S., Zuluaga, M., Vinaccia, S., Raleigh, R., & Martínez, G. (2019). *Variables salutogénicas y patogénicas, imagen corporal y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama*. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2589>
- Fredrickson. (2006). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=>
- Fusté., Pérez., & Paz. (2018). *Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012
- García, L., & Navarro V. (2017). *Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de Mama*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400004

- García, S. (2015). *Características resilientes presentadas por oficiales de la procuraduría de los derechos humanos de Guatemala*. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Garcia-Samuel.pdf>
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., y Quinceno, J. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21302004.pdf>
- Gil. (2010)., Kalawski., & Haz. (2003). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=16&isAllowed=y>
- Gómez y Cabello. (2012). Citado por Aponte, V. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>
- Gómez, A., Hernández, M., Romero, R., & Zamora, Y. (2017). *El cáncer de mama: Somatización y la resiliencia en mujeres diagnosticadas*. Recuperado de https://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol4num12/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V4_N12_3.pdf
- Gonzáles, R., y Sánchez, K. (2007). *Tercera edad: Consideraciones éticas*. Recuperado de <http://www.cbioetica.org/revista/73/730409.pdf>
- González. (2013). Citado por Portilla, M., Rojas, A., & Hernández, I. (2014). *Investigación Cualitativa: Una reflexión desde la educación como hecho social*. Recuperado de http://revistas.udenar.edu.co/index.php/duniversitaria/article/view/2192/pdf_34
- Grotberg, (2003). Citado por Bacca, D., Moyano, E., Quintero, D., & Soler, D. (2014). *Factores protectores presentes en el proceso de resiliencia en pacientes en Cuidados Paliativos*. Recuperado de https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15731/BaccaBautistaDianaPaola2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR3Pwfs5_2XK3sn8Iwq0V2CqlRxyO5f8m6Xx9M6ISgRrXXsVxczHgS7I5o

Guía para cáncer de Mama. (2018). Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000692cnt-33-guia-para-entender_CM.pdf

Hamilton., y Peters. (2007). Guillem. (2002). Citado por Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., y Quinceno, J. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21302004.pdf>

Horowitz, Korek, Shani, & Shemer, (2010). Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014). Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179333051008.pdf>

Ibáñez, C., & Echeburúa, E. (2014). *Función y limitaciones del pronóstico en la evaluación diagnóstica en el ámbito de la psicología clínica*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v26n1/v26n1a03.pdf>

Infante (2002). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>

Jiang. (2013). Citado por Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014). *Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179333051008.pdf>

Kalawski., & Haz. (2003). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=16&isAllowed=y>

Karoly., & Ruehlman. (2006). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>

Kralik, van Loon & Visentin. (2006). Citado por Quiceno & Vinaccia, (2011). *Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000200007

Kulisevsky, 2013). Citado por Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014). *Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179333051008.pdf>

Kumar, Djarmati-Westenberger, & Grunewald, 2011; Laing, 2001; McGuire, 2011. *La Enfermedad de Parkinson: Etiología, Tratamientos y Factores Preventivos*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15nspe5/v15nspe5a12.pdf>

Lazarus. (1998-2000). Citado por Aponte, V. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>

Ley 1090 de 2006. Recuperado de https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf

Ley 1384 de 2010. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1384010.pdf>

Ley 1733 de 2014. Recuperado de https://www.cancer.gov.co/images/pdf/NORMATIVA/LEYES/LEY_1733_DE_2014.pdf

Ley 33 de 2009. Recuperado de <https://vlex.com.co/vid/proyecto-ley-senado-451467698>

Ley No. 1616 del 21 enero 2013. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

López. (2010). Citado por Flórez, J., y Klimenko, O. (2011). *Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al programa de asistencia paliativa de la corporación FORMAR*. Vo. 5N. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5012879.pdf>

- Lösel, Bliesener, Korfel. (1989). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=>
- Manciaux. (2003). Rutter. (1993). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=>
- Marín, D., Carmona, H., Ibarra, M., Gámez, M. (2018). *Enfermedad de Parkinson: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/download/8004/8155/>
- Martínez, Gasca, Sánchez & Obeso (2016). *Actualización en la enfermedad de Parkinson*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300372>
- Martínez, S. (2018). *Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/323827763_Calidad_de_vida_y_apoyo_social_en_mujeres_con_cancer_de_mama
- Masten, Best., & Garmezy (1990). Citado por Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=16&isAllowed=>
- Matalqah, Radaideh, Yusoff & Awaisu, (2011). Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014). *Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179333051008.pdf>
- Mesa, R., Pérez, Y., Turro, L., & Turro, E. (2018). *Conducta terapéutica en ancianos con enfermedad de Parkinson*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700614
- Michaud. (1999). Citado por Bacca, D., Moyano, E., Quintero, D., & Soler, D. (2014). *Factores protectores presentes en el proceso de resiliencia en pacientes en Cuidados Paliativos*. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15731/BaccaBautistaDianaPaola20>

14.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR3Pwfks5_2XK3sn8Iwq0V2CqlRxyO5f8m6Xx9M6ISgRrXXsVxczHgS7I5o

Ministerio de Salud. (2018). *Observatorio nacional de cáncer*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-cancer.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). *Plan Nacional de Cáncer 2018-2028*. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

Moreno, (2010). Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014). Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179333051008.pdf>

Murillo, R., Wiesner, C., Acosta, J., Piñeros, M., Pérez, J., y Orozco, M. (2015). *Modelo de cuidado del paciente con cáncer*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v49n1/es_1657-9534-cm-49-01-00089.pdf

Murillo, R., Wiesner, C., Acosta, J., Piñeros, M., Pérez, J., y Orozco, M. (2015). *Modelo de cuidado del paciente con cáncer*. Recuperado de <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/2425/1890>

Noronha, (1999). Citado por Pallás, M., Carmen., Llorens. G., & Olatz. (2010). *Enfoque de la Evaluación Psicológica de la Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (Ridep)*. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/r30/RIDEP%2030%20-2.pdf

Nunes, García & Alba. (2006). Citado por Pallás, M., Carmen., Llorens, G., & Olatz. (2010). *Enfoque de la Evaluación Psicológica de la Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (Ridep)*. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/r30/RIDEP%2030%20-2.pdf

Olanow & Schapira. (2012). Citado por Munguia, A., & González, M. (2017). *Procesamiento emocional de imágenes afectivas en Pacientes con enfermedad de Parkinson*. Recuperado de https://revistannn.files.wordpress.com/2018/01/12-munguicc81a-et-al-_procesamiento-emocional-en-enfermedad-de-parkinson.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2008). Citado por Flórez, J., & Klimenko, O. (2011). *Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al programa de asistencia Paliativa de la Corporación*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5012879.pdf>
- Orkaizagire, Amezcua, Esparza & Arroyo (2014). *El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011
- Ortiz, C., Parada, A., y Ruíz, L. (2014). *Diferencias en el nivel de resiliencia de acuerdo al sexo en pacientes con artritis reumatoide en institución prestadora de Salud de Cúcuta*. Recuperado de https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3472/PDF_Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ortiz, J., y Castro, M. (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia*. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art04.pdf>
- Osorio, Torrejon, Meersohn & Sol, (2011). Citado por Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2018). *Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012
- Pan., & Chan. (2007). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>
- Parra, (2012). Citado por Osorio, A. (2018). *Resiliencia Un Aspecto Nuevo Que Puede Aportar Al Profesional De Enfermería Para Mejorar El Cuidado En El Ciclo Vital, En Las Situaciones Difíciles De La Vida Y Como Herramienta Para La Prevención Del Suicidio*. Recuperado de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1189/1/Monografia%20resiliencia%20y%20suicidio.%20Angie%20Osorio.pdf>
- Parra, Fernández, & Martínez (2014). *Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179333051008.pdf>

Pascuala, E., & Sachún L. (2016). *Funcionamiento familiar, apoyo social y resiliencia en el adulto oncológico*. Trujillo, Perú. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2438/1/RE_ENFE_ELIZABETH.ABANTO_LUCIANA.SACHUN_FUNCIONAMIENTO.FAMILIAR%2cAPOYO%2cSOCIAL.Y.RESILIENCIA_DATOS.PDF

Pereira. (2007). Citado por Bacca, D., Moyano, E., Quintero, D., & Soler, D. (2014). *Factores protectores presentes en el proceso de resiliencia en pacientes en Cuidados Paliativos*. Recuperado de https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/15731/BaccaBautistaDianaPaola2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR3Pwfks5_2XK3sn8Iwq0V2CqIRxyO5f8m6Xx9M6ISgRrXXsVxczHgS7I5o

Pillemer, Phyllis & Wethington, (2000). Citado por Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2018). *Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012

Pillemer, Phyllis., & Wethington. (2000). Citado por Fusté, M., Pérez, M., & Paz, L. (2018). *Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012

Piñera. (2010). Citado por Aponte, V. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>

Prado. (2010). Citado por Aponte, V. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>

Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>

Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07>

- Quinceno, J., y Vinacca, S. (2011). *Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>
- Resnick (1991). Citado por Arias, M. (2014). *De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos*. Recuperado de: [De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos. Recuperado de: https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/download/22442/18577](https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/download/22442/18577)
- Revista Biomédica Latinoamericana de México. (2010). Citado por Flórez, J., & Klimenko, O. (2011). *Estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos y sus cuidadores, inscritos al programa de asistencia paliativa de la corporación FORMAR*. Vo. 5N. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5012879.pdf>
- Rey & Guerrero. (2012). Citado por Arias, M. (2014). *De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos*. Recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/download/22442/18577>
- Ríos. (2013). Citado por Citado por Parra, Fernández, & Martínez. (2014). *Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179333051008.pdf>
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., García, L., Martínez, A., Oblitas, L. (2008). *Psicología y Cáncer*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604007.pdf>
- Robert, V., Álvarez, C., Valdivieso, F. (2013). *Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/273093727_Psicooncologia_Un_modelo_de_intervencion_y_apoyo_psicosocial
- Rutter. (1986). Citado por Temprano, M. (2015). *Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=52659>

- Sánchez, A., Padrón, A., Gutiérrez, D., & Lastre, A. *El dolor como complicación no motora de la enfermedad de Parkinson*. Recuperado de https://www.pathos-journal.com/2018_3_191-.html
- Sánchez, Hernández, González, García & Zárate, (2003). Citado por Parra, Fernández, & Martínez (2014). *Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179333051008.pdf>
- Talbi, N. (2016). *Influencia del estado de ánimo en pacientes oncológicos y rol de enfermería*. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24458/1/TFG-H887.pdf>
- Temprano, M. (2015). *Comunicación y resiliencia ante la enfermedad en la relación terapéutica médico-paciente*. Recuperado de [vhttps://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=52659](https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=52659)
- The National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Citado por Talbi, N. (2016). *Influencia del estado de ánimo en pacientes oncológicos y rol de enfermería*. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24458/1/TFG-H887.pdf>
- Torres, G. (2018). *Resiliencia y ajuste mental en mujeres con cáncer de mama y quimioterapia del instituto nacional de enfermedades neoplásicas*. Lima, Perú. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3722/3/torres_vg.pdf
- Vaquero, E. (2013). *Estudio sobre la Resiliencia y las Competencias Digitales de los Jóvenes Adolescentes en situación de riesgo de exclusión social*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116373/Tevt1de2.pdf?sequence=16&isAllowed=y>
- Vinaccia, S., Quinceno, J., Castañeda, B., y Castelblanco, P. (2014). *Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional*. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/15/html_6
- Weinman., y Petrie. (1997)., Álvarez. (2002). Citado por Quinceno, J., y Vinaccia, S. (2011). *Percepción de la enfermedad*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106004.pdf>

Yin (1989) citado por López, w. (2013). *El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/356/35630150004.pdf>

Zautra (2008). Citado por Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Resiliencia: Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>

Zautra. (2008). Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2011). *Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07>

Anexos



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**CAPACIDAD DE RESILIENCIA DE UNA PACIENTE DE TERCERA EDAD,
AL SER DIAGNOSTICADA CON LA ENFERMEDAD DE CÁNCER Y
PARKINSON EN LA CIUDAD DE CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como finalidad conocer la capacidad de resiliencia en una paciente diagnosticada con Cáncer y Parkinson por medio de un estudio de caso, para el mejoramiento de su calidad de vida. Para realizar la investigación, se hace necesario conversar con el participante, el cual debe ser grabado en audio y luego será transcrito para poder realizar el análisis de la información recolectada.

La entrevista se realizará de manera individual por las investigadoras en un espacio privado, además de esto se tomarán los apuntes que se consideren necesarios.

Todos estos datos y grabaciones serán conocidos únicamente por las investigadoras; en ellos no se incluirá información que permita identificar al participante en el estudio y serán utilizados con fines estrictamente académicos y científicos y se mantendrán en todos los casos el principio de **confidencialidad**, siguiendo los lineamientos de las normas científicas, técnicas administrativas y éticas para la investigación en salud del Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia resolución N° 0008430 de 1993 consignados en el título II de la investigación en seres humanos artículos 5,6,8,11,14.



Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz

1

Ilustración 1. Consentimiento informado



Las investigadoras me han informado:

Que la participación en esta investigación no representa ningún peligro para mi salud física ni mental, que puedo realizar preguntas en cualquier momento de la entrevista, que estoy en la libertad de no responder si alguna pregunta me resulta incómoda.

Que mi participación es completamente libre y voluntaria, que, como tal, puedo retirarme de la entrevista y/o de la investigación cuando lo considere pertinente, manifestando mis razones, las cuales serán respetadas a cabalidad.

Asimismo, que, durante la investigación no debo realizar ningún tipo de inversión económica, así como tampoco recibiré compensación monetaria por mi participación en ella.

Que si existiera duda o surgiera cualquier inquietud puedo aclararlas con cualquiera de las investigadoras, cuyos datos se encuentran al pie de este formato.

En consecuencia, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y consiente de todo ello acepto participar de manera voluntaria de esta investigación.

Firma del Paciente.

22-oct-2019.

Fecha

Firma de la investigadora

Firma de la investigadora

Investigadoras: María del Carmen Sánchez Lizarazo, CC: 1090511856 y Laura Mercedes Quintero Hernández, CC: 1090498389, estudiantes de décimo semestre del programa de Psicología, Universidad de Pamplona.



Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz

Ilustración 2. Consentimiento informado



Integrantes de la tesis: Laura Mercedes Quintero Hernández y María Sánchez Lizarazo

A continuación, se encuentra la entrevista semi-estructurada, esta será aplicada a la participante de la investigación denominada: "Capacidad de resiliencia de una paciente de la tercera edad, al ser diagnosticada con la enfermedad de Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander en el año 2019", es muy importante para las psicólogas en formación que lea detenidamente cada una de las preguntas, para de este modo contar con la debida validación del presente instrumento.

Objetivo de la tesis: Conocer la capacidad de resiliencia en una paciente diagnosticada con Cáncer y Parkinson por medio de un estudio de caso, ampliando los conocimientos frente al tema.

Objetivo de la entrevista-semiestructurada: Conocer la perspectiva que tiene la paciente frente al diagnóstico, se desea entrevistar tanto a la paciente como a su cuidador.

| Preguntas | Pertinentes | No pertinentes | Pertinentes con ajustes | Observación |
|--|-------------|----------------|-------------------------|--------------------|
| 1. ¿Qué emociones experimentó al conocer los dos diagnósticos? | ✓ | | | Definir Categorias |



Ilustración 3. Validación de expertos 1.



| | | | | |
|--|---|--|--|--------------------|
| 2. ¿Qué emoción considera que le ayuda a aceptar su diagnóstico? | ✓ | | | Confuso. Cemada |
| 3. Cuando presenta decaídas o se siente mal, ¿A quién busca? | | | | Cemada |
| 4. ¿Considera que ha recibido apoyo por parte de su familia, amigos u otras personas durante este proceso? | / | | | Cemada |
| 5. ¿Asiste a algún grupo u institución en el cual pueda expresarse de manera cómoda? | | | | Cemada |



Ilustración 4. Validación de expertos 1.



| | | | | |
|--|---|--|--|----------|
| 6. ¿Ha cambiado su forma de relacionarse con los demás después del diagnóstico? | ✓ | | | Cambiada |
| 7. ¿Cómo eran sus relaciones antes del diagnóstico de las dos enfermedades? ¿Y cómo son actualmente esas relaciones? | ✓ | | | OK |
| 8. ¿Sus planes de vida han cambiado desde su diagnóstico? | ✓ | | | Cambiada |
| 9. ¿Considera que ha presentado algún cambio a nivel personal a partir de su diagnóstico? | ✓ | | | Cambiada |



Ilustración 5. Validación de expertos 1.



| | | | | |
|---|--|--|--|----------|
| 10. ¿Ha presentado algún cambio en su confianza a raíz del diagnóstico? | | | | Cambiada |
| 11. ¿Qué actitud tomo frente al diagnóstico? | | | | Cambiada |

Nombre: Eliana Ibáñez Casadiego
 CC: 1095806630
 Profesión: Psicóloga
 Tarjeta profesional: 123876
 Firma: [Handwritten Signature]



Ilustración 6. Validación de expertos 1.



Integrantes de la tesis: Laura Mercedes Quintero Hernández y María Sánchez Lizarazo

A continuación, se encuentra la entrevista semi-estructurada, esta será aplicada a la participante de la investigación denominada: "Capacidad de resiliencia de una paciente de la tercera edad, al ser diagnosticada con la enfermedad de Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander en el año 2019", es muy importante para las psicólogas en formación que lea detenidamente cada una de las preguntas, para de este modo contar con la debida validación del presente instrumento.

Objetivo de la tesis: Conocer la capacidad de resiliencia en una paciente diagnosticada con Cáncer y Parkinson por medio de un estudio de caso, ampliando los conocimientos frente al tema.

Objetivo de la entrevista-semiestructurada: Conocer la perspectiva que tiene la paciente frente al diagnóstico, se desea entrevistar tanto a la paciente como a su cuidador.

| Preguntas | Pertinentes | No pertinentes | Pertinentes con ajustes | Observación |
|--|-------------|----------------|--|---|
| 1. ¿Qué emociones experimentó al conocer los dos diagnósticos? | | | X Se recomienda los datos sociodemográficos. | Es importante sacar las categorías o identificar las por cada pregunta elaborada. |



Ilustración 7. Validación de expertos 2.



| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 2. ¿Qué emoción considera que le ayuda a aceptar su diagnóstico? | | X | | Es más de actitud, pensamiento. |
| 3. Cuando presenta decaídas o se siente mal, ¿A quién busca? | X | | X | Recuerda que es una entrevista por las preguntas estas orientadas, así como encuesta. |
| 4. ¿Considera que ha recibido apoyo por parte de su familia, amigos u otras personas durante este proceso? | | | X | |
| 5. ¿Asiste a algún grupo u institución en el cual pueda expresarse de manera cómoda? | | | X | |



Ilustración 8. Validación de expertos 2.



| | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------------------|
| 6. ¿Ha cambiado su forma de relacionarse con los demás después del diagnóstico? | | | X | |
| 7. ¿Cómo eran sus relaciones antes del diagnóstico de las dos enfermedades? ¿Y cómo son actualmente esas relaciones? | X | | | Favor identificar las categorías. |
| 8. ¿Sus planes de vida han cambiado desde su diagnóstico? | | | X | |
| 9. ¿Considera que ha presentado algún cambio a nivel personal a partir de su diagnóstico? | | | Y | |



Ilustración 9. Validación de expertos 2.



| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| 10. ¿Ha presentado algún cambio en su confianza a raíz del diagnóstico? | | | X | |
| 11. ¿Qué actitud tomo frente al diagnóstico? | | | X | |

Nombre: Hildeth S. Orrego P.
 CC: 22624799 de C. C. C. C.
 Profesión: Psicóloga
 Tarjeta profesional: 118305
 Firma: [Firma]



Ilustración 10. Validación de expertos 2.



Integrantes de la tesis: Laura Mercedes Quintero Hernández y Maria Sánchez Lizarazo

A continuación, se encuentra la entrevista semi-estructurada, esta será aplicada a la participante de la investigación denominada: "Capacidad de resiliencia de una paciente de la tercera edad, al ser diagnosticada con la enfermedad de Cáncer y Parkinson en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander en el año 2019", es muy importante para las psicólogas en formación que lea detenidamente cada una de las preguntas, para de este modo contar con la debida validación del presente instrumento.

Objetivo de la tesis: Conocer la capacidad de resiliencia en una paciente diagnosticada con Cáncer y Parkinson por medio de un estudio de caso, ampliando los conocimientos frente al tema.

Objetivo de la entrevista-semiestructurada: Conocer la perspectiva que tiene la paciente frente al diagnóstico, se desea entrevistar tanto a la paciente como a su cuidador.

| Preguntas | Pertinentes | No pertinentes | Pertinentes con ajustes | Observación |
|--|-------------|----------------|-------------------------|-------------|
| 1. ¿Qué emociones experimentó al conocer los dos diagnósticos? | X | | | |



Ilustración 11. Validación de expertos 3.



| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| 2. ¿Qué emoción considera que le ayudo a aceptar su diagnóstico? | X | | | |
| 3. Cuando presenta decaídas o se siente mal, ¿A quién busca? | X | | | |
| 4. ¿Considera que ha recibido apoyo por parte de su familia, amigos u otras personas durante este proceso? | | | X | Ajustar, podría ser, como lo ha impactado el apoyo que ha recibido por parte de su familia, amigo, etc. |
| 5. ¿Asiste a algún grupo u institución en el cual pueda expresarse de manera cómoda? | | | X | Considera que las instituciones, grupos o fundaciones le permitirían expresarse de manera cómoda, ¿Asiste a alguno de ellos? |



Ilustración 12. Validación de expertos 3.



| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| 6. ¿Ha cambiado su forma de relacionarse con los demás después del diagnóstico? | | | X | Que cambios ha presentado con respecto a sus relaciones con las demás personas después de conocer su diagnóstico |
| 7. ¿Cómo eran sus relaciones antes del diagnóstico de las dos enfermedades? ¿Y cómo son actualmente esas relaciones? | | X | | Esta es igual o puede articularse con la anterior. Eliminar la anterior (#6) |
| 8. ¿Sus planes de vida han cambiado desde su diagnóstico? | | | X | Después del diagnóstico que cambios ha presentado en sus planes de vida? Que cambios a nivel personal? |
| 9. ¿Considera que ha presentado algún cambio a nivel personal a partir de su diagnóstico? | | X | | |



Ilustración 13. Validación de expertos 3.



| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 10. ¿Ha presentado algún cambio en su confianza a raíz del diagnóstico? | | | | Esta pregunta no es clara... confianza en si mismo? O confianza hacia los demás? En caso de ser en si mismo puede articularla con la primera que habla de autoestima |
| 11. ¿Qué actitud tomo frente al diagnóstico? | X | | | |

Nombre: Andrea Isabel Bacca Vega

CC: 60.446.396

Profesión: Psicóloga Especialista en Gerencia de Recursos Humanos y Magister en Administración de Organizaciones

Tarjeta profesional: 112488

Firma: *Andrea Bacca V*



Ilustración 14. Validación de expertos 3.