

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS



“CUANDO EL CUERPO ENFERMA, LA MENTE TAMBIEN SUFRE”

**LUISA FERNANADA AMEZQUITA TRIANA, SOFIA CASTELLANOS RUIZ,
MARIA CAROLINA ROA CACERES
Estudiantes**

**MELBA XIMENA FIGUEROA ANGEL
Directora de Tesis**

TRABAJO DE GRADO – PREGRADO

2026

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin la generosidad, el acompañamiento y la confianza de quienes estuvieron presentes a lo largo de este proceso.

A las seis mujeres que abrieron las puertas de su historia y compartieron con nosotras sus experiencias, sus miedos, sus transformaciones y sus sueños. Fueron ellas quienes le dieron vida y sentido a cada palabra de esta investigación. Su valentía al enfrentar el cáncer de mama y su capacidad de resignificar la vida nos enseñaron mucho más de lo que cualquier libro podría ofrecer. Este trabajo es, ante todo, un reconocimiento a ellas.

A nuestra directora de tesis, la profesora Melba Ximena Figueroa Ángel, por su guía rigurosa y su mirada siempre atenta, pero sobre todo por su disposición humana y su confianza en nosotras como investigadoras. Su acompañamiento fue una brújula en los momentos de incertidumbre y un impulso en los de avance.

A nuestras familias, por ser el sostén silencioso e incondicional de este proceso. Por cada comprensión en los momentos de ausencia, por cada palabra de aliento cuando el camino se sentía cuesta arriba y por recordarnos, en los momentos de cansancio, el valor de lo que estábamos construyendo. Este logro también es de ustedes.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo comprender cómo las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama resignifican sus metas personales después de al menos un año en remisión completa. Se empleó un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, inscrito en el paradigma interpretativo. Participaron seis mujeres en remisión completa; como estrategias de recolección se utilizaron entrevistas a profundidad individuales y un grupo focal, con validación de instrumentos por jueces expertos. Del análisis emergieron seis categorías centrales: metas personales resignificadas, representaciones mentales, conductas orientadas a la meta, valores sociales, creencias sobre la enfermedad y mandatos culturales. Las participantes transitaban de metas centradas en exigencias externas hacia metas orientadas al autocuidado, el crecimiento personal y el bienestar emocional. La espiritualidad, los vínculos familiares y la creencia en la conexión mente-cuerpo operaron como recursos clave de resignificación. Se concluye que la remisión completa no supone un retorno al estado previo, sino la construcción de una nueva normalidad sustentada en convicciones propias. Los mandatos de género dificultaron la expresión de vulnerabilidad, aunque las participantes los resistieron activamente. Los sistemas de salud deben incorporar acompañamiento psicosocial sostenido durante la etapa de remisión.

Palabras clave: cáncer de mama, remisión completa, resignificación de metas, crecimiento postraumático, fenomenología, psicooncología, mandatos culturales de género.

ABSTRACT

This study aimed to understand how women diagnosed with breast cancer re-signify their personal goals after at least one year in complete remission. A qualitative approach with a phenomenological design, framed within the interpretive paradigm, was employed. Six women in complete remission participated; in-depth individual interviews and a focus group were used as data collection strategies, with instrument validation by expert judges. Six core categories emerged from the analysis: re-signified personal goals, mental representations, goal-directed behaviors, social and cultural values, illness beliefs, and cultural mandates. Participants transitioned from goals centered on external demands toward goals oriented to self-care, personal growth, and emotional well-being. Spirituality, family bonds, and the belief in a mind-body connection functioned as key re-signification resources. It is concluded that complete remission does not imply a return to a prior state, but rather the construction of a new normality grounded in more personal convictions. Gender mandates hindered the expression of vulnerability, yet participants actively resisted them. Health systems must incorporate sustained psychosocial support during the remission stage.

Keywords: breast cancer, complete remission, goal re-signification, posttraumatic growth, phenomenology, psycho-oncology, gender cultural mandates

INDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	14
General.....	14
Específicos	14
MARCO TEORICO.....	14
Cáncer de mama	14
Metas en psicología.....	17
Representaciones mentales	18
Conducta orientada hacia la meta	18
Creencias	19
Valores sociales.....	19
Mandatos culturales.....	20
METODOLOGÍA	20
Epistemología.....	21
Enfoque	21
Estrategias de análisis.....	22
Criterios de Inclusión	24
Criterios de Exclusión	24
Estrategias.....	24
Validación	26
Participantes.....	27
Cronograma.....	28
Consideraciones éticas.....	28
Calificación del riesgo inherente	28
Dilemas éticos y estrategias de resolución	29
Protección de la privacidad y confidencialidad de la información	29
Conflictos de interés.....	30

Pertinencia, valor social e impacto	30
Beneficios para las participantes: brindarles rutas de atencion psicológica (tangible)	30
Devolución de la información	30
RESULTADOS	30
Metas en psicología.....	32
Representaciones mentales	36
Conducta orientada hacia la meta	38
Creencias	43
Valores sociales.....	45
Mandatos culturales.....	50
Categorías emergentes	55
Fuentes de bienestar	55
Historia de vida.....	61
Impacto emocional.....	63
Resiliencia	68
Red de apoyo	70
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	73
Relación entre representaciones mentales y metas en psicología	74
Relación entre conducta orientada hacia la meta y creencias	77
Relación entre valores sociales y mandatos culturales	79
Fuentes de bienestar	82
Historia de vida.....	84
Impacto emocional.....	86
Resiliencia	89
Red de apoyo	91
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES	96
REFERENCIAS.....	97
ANEXOS	Error! Bookmark not defined.
Anexo A Consentimientos Informados.....	Error! Bookmark not defined.
Consentimiento Informado “Entrevista a Profundidad”	Error! Bookmark not defined.

Consentimiento Informado “Grupo Focal”	Error! Bookmark not defined.
Anexo B – Cartilla Diseñada Por Las Investigadoras.	Error! Bookmark not defined.
Anexo C – Tabla de Validación de Jueces Expertos	Error! Bookmark not defined.
Tabla de Conceptos	Error! Bookmark not defined.
Validación Entrevista a Profundidad	Error! Bookmark not defined.
Validación Grupo Focal	Error! Bookmark not defined.
Anexo D – Matrices de Categorías en Entrevistas a Profundidad	Error! Bookmark not defined.
Metas en Psicología.....	Error! Bookmark not defined.
Representaciones Mentales.....	Error! Bookmark not defined.
Conducta Orientada hacia la Meta.....	Error! Bookmark not defined.
Valores Sociales	Error! Bookmark not defined.
Creencias.....	Error! Bookmark not defined.
Mandatos Culturales	Error! Bookmark not defined.
Fuentes de Bienestar	Error! Bookmark not defined.
Historia de Vida.....	Error! Bookmark not defined.
Impacto Emocional.....	Error! Bookmark not defined.
Anexo E – Matrices de Categorías en Grupo Focal	Error! Bookmark not defined.
Metas en Psicología.....	Error! Bookmark not defined.
Representaciones Mentales.....	Error! Bookmark not defined.
Conducta Orientada hacia la Meta.....	Error! Bookmark not defined.
Valores Sociales	Error! Bookmark not defined.
Creencias.....	Error! Bookmark not defined.
Mandatos Culturales	Error! Bookmark not defined.
Fuentes de Bienestar	Error! Bookmark not defined.
Impacto Emocional.....	Error! Bookmark not defined.
Resiliencia.....	Error! Bookmark not defined.
Red de Apoyo	Error! Bookmark not defined.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama constituye una de las principales causas de morbilidad en mujeres a nivel mundial y en Colombia, generando no solo un impacto en la salud física, sino también transformaciones profundas en la vida personal, social y existencial de quienes lo padecen. Con los avances médicos, cada vez más mujeres alcanzan la etapa de remisión completa, lo que plantea nuevos retos: la reconstrucción de la identidad, la adaptación a las secuelas físicas y emocionales, y la resignificación de las metas y objetivos vitales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

A nivel global, el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre mujeres. Según datos de GLOBOCAN (2020), se registraron aproximadamente 2.3 millones de casos nuevos de cáncer de mama y cerca de 685.000 muertes en ese mismo año, representando así el 11.7 % de todos los nuevos casos de cáncer a nivel mundial. En Colombia, esta enfermedad constituye también la principal causa de cáncer en mujeres, con 15.509 casos nuevos reportados y 4.411 muertes en 2020, lo que equivale al 13.7 % de los diagnósticos oncológicos en mujeres (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2020; Liga Colombiana contra el Cáncer, 2021).

En cuanto a la supervivencia, se ha evidenciado un aumento significativo gracias al diagnóstico temprano y los avances terapéuticos. Un estudio retrospectivo realizado en un centro de alta complejidad en Colombia reportó una tasa de supervivencia global a cinco años del 97 % (intervalo de confianza del 95 %: 94,7–99,0 %) en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (Reina-Ortiz et al., 2019). Estas cifras no solo reflejan una mejora en los desenlaces clínicos, sino que también abren un espacio para comprender cómo, una vez superada la enfermedad, las mujeres se enfrentan a la necesidad de reconstruir su proyecto de vida, resignificar sus metas personales y adaptarse a una nueva realidad emocional y existencial.

Investigaciones previas han mostrado que la experiencia del cáncer de mama se asocia con procesos de crisis existencial y resignificación. Palacios-Espinosa (2015) encontró que el diagnóstico lleva a las mujeres a replantearse el significado de la vida y la muerte, mientras

que Correa y Martínez (2019) evidenciaron cómo la etapa postratamiento está marcada por cambios existenciales y una transformación en la percepción del futuro.

De forma complementaria, Martínez, Pérez y González (2019) analizaron cómo mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, que llevaban al menos seis meses en remisión completa, reconstruyen su proyecto de vida tras superar la enfermedad. Los resultados evidenciaron que estas mujeres abandonan metas previas consideradas poco significativas y priorizan nuevas metas fundamentadas en el autoconocimiento, la autenticidad y el bienestar personal. Además, el estudio mostró que este proceso de resignificación de metas está estrechamente vinculado con un crecimiento personal significativo, que les permite adaptarse mejor a los cambios físicos y emocionales derivados del cáncer, fortaleciendo su sentido de identidad y propósito de vida.

Por su parte, López, Rodríguez y Sánchez (2018) resaltaron que las mujeres supervivientes reorientan sus metas hacia actividades placenteras, el fortalecimiento de vínculos familiares y proyectos de altruismo, lo que refleja la importancia del ajuste psicosocial en el proceso de resignificación. En la misma línea, Vinaccia, Margarita y Riveros (2021) mostraron que la resiliencia y el sentido de coherencia desempeñan un papel fundamental en la reestructuración de objetivos de vida, siendo la ‘significatividad’ un componente central de este proceso.

Investigaciones como la de Ramírez Orozco et al. (2020) señalan que las supervivientes enfrentan afectaciones psicológicas persistentes como miedo a la recurrencia, fatiga o ansiedad que pueden limitar su bienestar incluso después de superar el tratamiento. En contraste, estudios como los de Torres y Fernández (2022) muestran que el cambio narrativo hacia el empoderamiento y la agencia personal es una estrategia de adaptación que permite a las mujeres transformar su experiencia vital. Este contraste evidencia la necesidad de profundizar en cómo las mujeres reconstruyen sus metas y objetivos más allá de la dimensión clínica, reconociendo los factores que facilitan o limitan dicho proceso.

Olivero Luna et al. (2024) destacan que la experiencia de las pacientes impacta su percepción del sistema de salud y la seguridad psicológica, lo que refuerza la necesidad de estudios centrados en la etapa de remisión completa.

De igual modo, Silva y Oliveira (2020) señalaron que la resignificación se da en un proceso de reevaluación positiva de la vida, acompañado del deseo de ayudar a otras mujeres que atraviesan la misma experiencia. En contextos como el colombiano, donde persiste el estigma asociado al cáncer, indagar por los procesos de resignificación permite romper con narrativas centradas en la enfermedad como sinónimo de muerte o derrota, así como visibilizar relatos de agencia, empoderamiento y transformación, en los que las mujeres no solo sobreviven, sino que reconfiguran sus vidas con base en nuevas prioridades.

Si bien estos estudios resaltan la importancia de la resignificación, la mayoría se han centrado en la experiencia de la enfermedad o en los primeros momentos posteriores al tratamiento, por lo que existe la oportunidad de profundizar en la comprensión de cómo las mujeres en remisión completa resignifican sus metas y objetivos vitales.

Este vacío es particularmente relevante a la luz de hallazgos como los de Ramírez Orozco et al. (2020), quienes mediante una revisión sistemática identificaron que afectaciones como el miedo a la recurrencia (97%) y la fatiga (96%) persisten a largo plazo, afectando la calidad de vida incluso años después del tratamiento. Asimismo, Ruiz Carreño (2015) encontró que el 75% de las supervivientes presentaban alteraciones en su calidad de vida entre 5 y 8 años post-diagnóstico, destacando problemas en la funcionalidad física, la imagen corporal y el estado emocional.

Este aspecto es clave porque en esta etapa se consolidan procesos de adaptación, agencia personal y reconstrucción de proyectos de vida que trascienden la enfermedad misma.

Por lo tanto, esta investigación se dirige a resolver la pregunta ¿Cómo las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama resignifican sus metas después de un año en remisión completa?

JUSTIFICACIÓN

La pertinencia de este estudio se sostiene en varios niveles: la relevancia científica, la relevancia psicológica y la relevancia investigativa. Desde la perspectiva científica, explorar la resignificación de metas en mujeres en remisión completa de cáncer de mama es fundamental porque aporta conocimiento sobre un fenómeno poco estudiado en la literatura nacional e internacional. (Foster & Fenlon, 2011; Martínez et al., 2019; Olivero Luna et al.,

2024; Palacios Colunga et al., 2021).

Desde la psicología, el estudio cobra especial relevancia porque el cáncer de mama se configura como un evento biográfico disruptivo que obliga a reorganizar objetivos, metas y proyectos de vida. La psicooncología ha señalado que este tipo de experiencias exige recursos emocionales y cognitivos complejos para favorecer los procesos de adaptación, afrontamiento y reconstrucción del sentido personal (Foster & Fenlon, 2011; Joseph & Linley, 2008).

En este contexto, investigar la resignificación de metas desde una perspectiva cualitativa permite comprender cómo las mujeres reinterpretan su experiencia, reevalúan prioridades y fortalecen recursos de resiliencia y agencia personal durante la etapa de remisión completa (Galvis López, 2019; López, Rodríguez, & Sánchez, 2018).

El presente trabajo se enmarca en la línea de investigación *Psicología, sistemas humanos y salud mental* de la Universidad Santo Tomás, dado que aborda los procesos de resignificación de metas y objetivos en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa. Esta línea busca comprender la complejidad del sistema familiar en sus contextos naturales y promover abordajes conceptuales y metodológicos innovadores, fundamentados en el conocimiento de las familias, sus recursos y capacidades autoorganizadoras (Universidad Santo Tomás, s.f.).

Este enfoque permite comprender cómo, a partir de la vivencia de la enfermedad y su posterior recuperación, las participantes reorganizan su proyecto vital, construyen nuevos sentidos de vida y fortalecen recursos personales y relacionales que favorecen su bienestar psicológico.

De esta manera, la investigación se articula con los propósitos de la línea al estudiar procesos de adaptación, resiliencia y reorganización de los sistemas humanos en contextos de salud-enfermedad, lo cual contribuye al desarrollo de estrategias de acompañamiento psicosocial que promuevan la salud mental y la calidad de vida en esta población (Universidad Santo Tomás, s.f.).

Su relevancia trasciende el ámbito netamente médico o psicológico, posicionándose como una investigación de carácter social, humano e interdisciplinario con implicaciones significativas para la práctica clínica, la política pública y el avance del conocimiento científico.

En el ámbito científico, esta investigación busca llenar un vacío evidente en la literatura actual. Si bien existe un cuerpo considerable de estudios centrados en la fase diagnóstica, de tratamiento o de duelo, la etapa de remisión completa ha permanecido relativamente invisibilizada, como si la culminación del tratamiento médico implicara automáticamente la resolución de todos los desafíos asociados a la enfermedad. Este trabajo desafía esa noción al argumentar que la remisión constituye, en sí misma, una fase crítica de reconstrucción existencial.

Aporta, por tanto, conocimiento novedoso sobre un fenómeno poco explorado a nivel nacional e internacional, enriqueciendo campos de estudio como la psicooncología y la psicología de la salud, al proporcionar evidencia cualitativa robusta sobre los mecanismos de adaptación positiva, resiliencia y reorganización de la identidad personal. Además, dialoga directamente con la sociología de la salud, al analizar cómo los mandatos sociales, los roles de género y el estigma asociado al cáncer moldean la manera en que las mujeres reconfiguran sus proyectos de vida en un contexto cultural específico como el colombiano.

Sin embargo, la remisión completa no supone un retorno al estado previo, sino la construcción de una “nueva normalidad” marcada por los cambios físicos, emocionales y sociales que acompañan la experiencia del cáncer (Foster & Fenlon, 2011). En este contexto, las metas resignificadas cumplen un papel esencial como orientadoras de la vida posterior a la enfermedad, proporcionando dirección, motivación y sentido. Comprender cómo las mujeres en remisión completa elaboran estas metas permite ampliar la comprensión de los procesos de crecimiento postraumático y del papel que cumplen los valores sociales en la reconstrucción de la vida después de la enfermedad.

La dimensión social y de salud pública es otra arista de vital importancia. Los sistemas de salud, tanto en Colombia como en gran parte del mundo, están primariamente orientados hacia la curación biomédica, dejando con frecuencia un vacío en el acompañamiento psicosocial durante la supervivencia.

Este estudio provee argumentos sólidos y evidencia narrativa para abogar por la implementación de programas de seguimiento integral que incluyan soporte psicológico, asesoramiento sobre proyectos de vida y facilitación de grupos de apoyo entre pares.

Disciplinas como la enfermería oncológica y el trabajo social pueden verse directamente beneficiadas, ya que los hallazgos ofrecen perspectivas valiosas para que los

profesionales de primera línea comprendan las necesidades existenciales de las supervivientes y puedan brindar un cuidado verdaderamente holístico. La investigación de Olivero Luna et al. (2024) evidencia que la experiencia del cáncer impacta la percepción del sistema de salud y la seguridad psicológica, destacando problemas de continuidad asistencial. Asimismo, Camejo-Martínez et al. (2022) demostraron que solo el 50% de las mujeres retornan al trabajo tras el tratamiento, y factores como el estadio tumoral y las complicaciones postoperatorias dificultan gravemente la reinserción laboral y social.

Estos hallazgos cuantitativos subrayan la necesidad urgente de políticas que faciliten una reintegración efectiva, como recomiendan los autores. Además, contribuye a la antropología médica al documentar y validar las narrativas de enfermedad (experiencia subjetiva de malestar) frente a la afección (entidad clínica), honrando la voz de las pacientes como fuente legítima de conocimiento, tal como lo hicieron Silva y Oliveira (2020) al analizar los significados atribuidos a la vida después del cáncer.

En el plano ético y simbólico, la investigación se justifica como un acto de justicia y reconocimiento. Escuchar atentamente las historias de las mujeres que han enfrentado el cáncer y darles un espacio para que articulen sus procesos de resignificación es, en sí mismo, una forma de reparación simbólica. Permite contrarrestar narrativas sociales dominantes que reducen la experiencia del cáncer a una lucha o una tragedia, invisibilizando las historias de agencia, empoderamiento y transformación positiva. Al visibilizar estos relatos, el estudio no solo contribuye a desestigmatizar la enfermedad, sino que también provee referentes positivos y modelos de resiliencia que pueden inspirar a otras mujeres y sus familias que estén atravesando por la misma experiencia.

Investigaciones como la de Galvis López (2019), a través del testimonio de Soledad, ya han mostrado el poder terapéutico y de esperanza que conlleva compartir estas narrativas de resiliencia y reconciliación con el cuerpo. Bermúdez Niño (2022), por su parte, destaca cómo los sobrevivientes encuentran trascendencia y redefinen su vida tras la curación, enfrentando el estigma y practicando el autocuidado.

Para la educación en salud, proporciona contenido para desarrollar materiales educativos que preparen a las pacientes para la vida después del tratamiento, tal como la revisión de SEMERGEN (2014) recomienda para la atención primaria. Para las políticas públicas, ofrece la base empírica necesaria para abogar por la inclusión de servicios de salud

mental y apoyo comunitario dentro de las rutas de atención oncológica, las limitaciones estructurales identificadas por Olivero Luna et al. (2024) y las barreras de reinserción laboral documentadas por Camejo-Martínez et al. (2022).

Finalmente, la naturaleza interdisciplinaria de esta investigación es quizás una de sus mayores fortalezas. Al integrar perspectivas de la psicología, la sociología, la salud pública y las humanidades médicas, el estudio trasciende los límites tradicionales del conocimiento. Sus hallazgos no estarán confinados a una sola disciplina; por el contrario, servirán como un puente conceptual y práctico entre diversas áreas del saber.

OBJETIVOS

General

Comprender cómo las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama resignifican sus metas personales después de haber estado en remisión completa durante al menos un año.

Específicos

Analizar las representaciones mentales que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa construyen sobre sus metas personales.

Describir las conductas orientadas a las metas personales en relación con las creencias hacia la enfermedad reportadas por las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa.

Explorar los valores sociales y mandatos culturales que median la experiencia de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa.

MARCO TEORICO

El presente marco teórico reúne los fundamentos conceptuales que sustentan la comprensión del proceso de resignificación de metas en mujeres con cáncer de mama en remisión completa. Para ello, se desarrollan las categorías establecidas mediante juicio de expertos: cáncer de mama, metas en psicología, representaciones mentales, conducta orientada hacia la meta, creencias, valores sociales y mandatos culturales, las cuales constituyen los principales referentes teóricos para comprender la reconstrucción de significados y proyectos de vida tras la experiencia de la enfermedad.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es una neoplasia maligna, en el que *“las células sanas de la mama se degeneran y transforman en malignas originada en las células del tejido mamario”* (Rocha Delgado, 2024. P, 7.) caracterizada por una proliferación descontrolada, autónoma y progresiva de células epiteliales que revisten los conductos galactóforos o los lobulillos de la glándula mamaria. Estas células adquieren la capacidad de invadir tejidos circundantes y, en estadios más avanzados, generar metástasis a órganos distantes, lo que constituye una amenaza para la vida de la persona (OMS, 2021).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente a nivel mundial y representa una de las principales causas de mortalidad femenina. La American Cancer Society (2023) señala que su desarrollo resulta de interacciones complejas entre factores genéticos, hormonales, ambientales y de estilo de vida, destacando la mutación en genes supresores de tumores (como BRCA1 y BRCA2) como uno de los mecanismos moleculares mejor documentados.

El cáncer de mama constituye la neoplasia maligna más frecuente en mujeres a nivel mundial y su evolución clínica se caracteriza por diferentes etapas. En la fase inicial, los síntomas suelen incluir la aparición de un nódulo palpable en la mama o axila, cambios en la piel como enrojecimiento, retracción o el aspecto de “piel de naranja”, así como alteraciones en el pezón que pueden manifestarse en forma de inversión, secreción anormal o ulceración. Aunque el dolor mamario no es común, puede estar presente en algunos casos (American Cancer Society [ACS], 2023; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). La detección temprana de estos signos resulta clave para mejorar el pronóstico y la supervivencia.

El proceso diagnóstico se fundamenta en la combinación de estudios de imagen y confirmación histológica. Las pruebas iniciales incluyen la mamografía y la ecografía mamaria, mientras que la biopsia constituye el estándar de oro para determinar la presencia de células malignas. Posteriormente, se realizan estudios inmunohistoquímicos para identificar receptores hormonales, la sobreexpresión de HER2 y el índice proliferativo Ki-67, información que permite clasificar el subtipo tumoral. Además, la estadificación de la enfermedad se establece con base en el sistema TNM, que evalúa el tamaño tumoral (T), la afectación ganglionar (N) y la presencia de metástasis (M). De esta manera, se reconocen distintos estadios: el carcinoma in situ (estadio 0), los tumores localizados o con compromiso

linfático limitado (estadios I–II), el cáncer localmente avanzado (estadio III) y la enfermedad metastásica (estadio IV) (National Cancer Institute [NCI], 2022; Senkus et al., 2015).

También existen las denominadas “etapas clínicas” del cáncer de mama las cuales se describen habitualmente mediante el sistema de estadificación TNM, dentro del cual en el estadio 0, también denominado carcinoma in situ, se identifican células anormales localizadas en los conductos (carcinoma ductal in situ) o en los lobulillos (carcinoma lobulillar in situ), sin invasión a tejidos vecinos ni compromiso ganglionar, lo que permite altas tasas de curación con el tratamiento adecuado.

El estadio I corresponde a un tumor temprano, con un tamaño igual o menor a 2 cm y sin afectación ganglionar o con micrometástasis limitadas, asociado a un buen pronóstico mediante cirugía y, en algunos casos, radioterapia o terapia sistémica.

En el estadio II, el cáncer se mantiene localizado, con tumores de 2 a 5 cm con o sin compromiso de ganglios axilares, o de más de 5 cm sin metástasis ganglionares; en este punto el abordaje terapéutico suele combinar cirugía, quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.

El estadio III se conoce como cáncer localmente avanzado y se caracteriza por tumores mayores de 5 cm con afectación extensa de ganglios linfáticos axilares o infraclaviculares, pudiendo comprometer piel, músculo pectoral o presentarse como carcinoma inflamatorio, por lo que requiere un tratamiento multimodal intensivo.

El estadio IV corresponde al cáncer metastásico, donde el tumor se ha diseminado a órganos distantes como huesos, hígado, pulmones o cerebro; aunque en la mayoría de los casos no es curable, existen múltiples opciones terapéuticas (quimioterapia, terapias dirigidas, inmunoterapia y hormonoterapia) que buscan prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. (American Cancer Society, 2025).

Ahora bien, el abordaje terapéutico varía según el estadio y las características moleculares del tumor. Entre las estrategias más frecuentes se encuentran la cirugía (tumorectomía o mastectomía), la quimioterapia y la terapia hormonal. En casos de sobreexpresión de HER2, se utilizan terapias dirigidas como trastuzumab o pertuzumab, mientras que la radioterapia suele indicarse tras la cirugía para reducir el riesgo de recurrencia. Asimismo, la inmunoterapia ha cobrado relevancia en ciertos subtipos metastásicos. Estos tratamientos, si bien mejoran el pronóstico, también conllevan efectos

adversos tanto físicos (alopecia, fatiga, menopausia precoz) como psicológicos (ansiedad, depresión, alteraciones en la imagen corporal), que afectan la calidad de vida de las pacientes (Burstein et al., 2021; Cardoso et al., 2020).

Una proporción significativa de mujeres logra alcanzar la remisión completa, definida como la ausencia de enfermedad detectable tras el tratamiento. Sin embargo, este proceso abre paso a nuevos desafíos que incluyen el miedo a la recurrencia, la necesidad de rehabilitación física debido a complicaciones como el linfedema, y la resignificación de metas y proyectos vitales. En este contexto, el acompañamiento psicosocial se convierte en un componente esencial para la adaptación y la mejora de la calidad de vida (ACS, 2023; Harrington et al., 2010).

Finalmente, la etiología del cáncer de mama se reconoce como multifactorial y heterogénea. Su origen responde a la interacción de factores genéticos, hormonales, reproductivos, ambientales y relacionados con el estilo de vida, los cuales inducen daño en el ADN, desregulación de vías proliferativas y alteraciones en el microambiente mamario que favorecen la transformación maligna. No obstante, una proporción considerable de mujeres desarrolla la enfermedad sin presentar factores de riesgo claramente identificables, lo que refleja la compleja interacción entre predisposición biológica y exposiciones individuales (López-Otín & Hunter, 2020; OMS, 2023).

Metas en psicología

Desde la psicología, las metas se comprenden como estados futuros deseables que orientan y regulan la conducta, organizando las acciones y el esfuerzo de las personas hacia la consecución de objetivos significativos (Austin & Vancouver, 1996). Más que constituir simples expectativas, las metas representan estructuras dinámicas que proporcionan dirección al comportamiento, favorecen la persistencia y contribuyen a la organización del proyecto de vida. En esta línea, la teoría del establecimiento de metas plantea que aquellas metas que son claras y desafiantes incrementan el compromiso, el esfuerzo y la perseverancia, convirtiéndose en un mecanismo fundamental para la autorregulación de la conducta (Tosi, H. L., 1991). Asimismo, desde perspectivas contemporáneas, las metas se reconocen como elementos esenciales para la construcción de bienestar psicológico y de sentido personal, en la medida en que permiten orientar la vida hacia aquello que la persona considera valioso y significativo (Sheldon & Elliot, 1999).

En el contexto del cáncer de mama, las metas adquieren un significado particular al configurarse dentro del proceso de adaptación a una nueva realidad posterior al tratamiento. La remisión completa no implica un retorno a las condiciones previas a la enfermedad, sino la construcción de una nueva forma de comprender y proyectar la vida, en la que las metas se reorganizan de acuerdo con las transformaciones experimentadas durante el proceso oncológico (Foster & Fenlon, 2011). En este sentido, las metas resignificadas se constituyen como referentes que orientan la conducta y el proyecto de vida desde nuevas prioridades y significados, favoreciendo la construcción de bienestar y de sentido existencial después de la enfermedad (Tedeschi & Calhoun, 2004; López et al., 2018; Martínez et al., 2019).

Representaciones mentales

El campo del crecimiento postraumático ha profundizado en la comprensión de cómo las metas pueden transformarse en respuesta a la adversidad. Tedeschi y Calhoun (2004) sostienen que la confrontación con un evento traumático puede llevar a una reestructuración profunda de prioridades y valores, lo que a su vez posibilita la emergencia de nuevas metas con un significado renovado. Estas metas no suelen orientarse hacia la obtención de estatus o logros materiales, sino hacia la búsqueda de bienestar psicológico, la consolidación de relaciones significativas y la construcción de un sentido existencial. En este contexto, las metas adquieren una función reparadora y transformadora, operando como guías de la “nueva normalidad” que surge tras el trauma (Joseph & Linley, 2008).

En este sentido, se puede conceptualizar una representación mental como un conjunto de imágenes, pensamientos y significados, permitiendo a las personas organizar su experiencia y orientar su conducta hacia la consecución de estados futuros deseables. Estas, orientan el bienestar psicológico y la construcción de significado, y actúa como un organizador central de la conducta y del esfuerzo en la vida posterior al evento traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004 & Austin & Vancouver, 1996).

Conducta orientada hacia la meta

Se comprende como la expresión conductual de los significados que la persona construye sobre aquello que considera valioso alcanzar, de modo que sus acciones adquieren dirección y coherencia en función de las metas que orientan su experiencia (Kelly, 1955). Desde esta perspectiva, la conducta no constituye una respuesta automática frente a las circunstancias, sino un proceso intencional mediante el cual la persona organiza sus

decisiones y actuaciones de acuerdo con los objetivos que ha definido como relevantes para su proyecto de vida. En este sentido, la conducta orientada hacia la meta hace referencia al conjunto de acciones, decisiones y hábitos que una persona despliega deliberadamente para alcanzar los estados futuros deseables

Esta conducta implica un proceso continuo de organización y regulación de las acciones, en el que cada decisión y comportamiento se encuentra dirigido hacia la consecución de los objetivos propuestos. De este modo, las metas proporcionan una dirección clara al comportamiento, favorecen la persistencia en la ejecución de las acciones y orientan el mantenimiento del esfuerzo hasta el logro de los resultados esperados, permitiendo que la conducta conserve coherencia con los propósitos que la persona ha definido como significativos. (Tosi, H. L., 1991)

Creencias

Se comprenden como construcciones personales de significado mediante las cuales las personas interpretan, organizan y dotan de coherencia a sus experiencias, configurando marcos de referencia que orientan la comprensión de sí mismas y de los acontecimientos que viven (Kelly, 1955). En este sentido, las creencias no constituyen verdades objetivas, sino formas particulares de interpretar la realidad que pueden transformarse a medida que la persona reconstruye el significado de su experiencia. En el contexto del cáncer de mama, las creencias hacen referencia al conjunto de ideas, significados y explicaciones que las mujeres elaboran en torno a la enfermedad, incluyendo su origen, consecuencias, tratamiento y formas de afrontamiento (Simancas Fernández et al., 2024; Palacios Colunga et al., 2021). Estas construcciones orientan la manera en que las participantes comprenden el diagnóstico, atribuyen significado a la experiencia oncológica y organizan sus respuestas frente a ella. En consecuencia, las creencias influyen en la forma en que las mujeres interpretan su proceso de enfermedad, toman decisiones relacionadas con su cuidado y desarrollan estrategias para afrontar la experiencia del cáncer (Simancas Fernández et al., 2024; Palacios Colunga et al., 2021).

Valores sociales

Pueden comprenderse como construcciones compartidas de significado que las personas internalizan y a partir de las cuales interpretan aquello que consideran importante, deseable y legítimo dentro de su experiencia cotidiana. Desde esta perspectiva, los valores no

constituyen principios universales e inmutables, sino referentes de significado que orientan la manera en que las personas atribuyen sentido a sus vivencias y organizan aquello que consideran prioritario en sus vidas (Bruner, 1990). En este sentido, los valores sociales se configuran como principios compartidos que proporcionan criterios para orientar las decisiones, las metas y las formas de comprender la propia existencia, permitiendo que las personas otorguen coherencia a su experiencia desde aquello que reconocen como significativo.

En el contexto del cáncer de mama, los valores sociales hacen referencia al conjunto de principios, creencias y significados compartidos que orientan la forma en que las mujeres interpretan aquello que adquiere mayor importancia durante su proceso de enfermedad y remisión. Estos valores funcionan como referentes que organizan el sentido atribuido a diferentes dimensiones de la vida, como la familia, la espiritualidad, la solidaridad y la resiliencia, favoreciendo la reorganización de las prioridades y la reconstrucción del proyecto de vida. De este modo, los valores sociales constituyen un marco de significado desde el cual las participantes redefinen aquello que consideran valioso y orientan sus decisiones de acuerdo con los principios que adquieren mayor relevancia tras la experiencia del cáncer (Markus & Kitayama, 1991; Correa & Martínez, 2019; Silva & Oliveira, 2020).

Mandatos culturales

Pueden comprenderse como construcciones compartidas de significado que establecen formas socialmente legitimadas de interpretar, sentir y actuar frente a determinadas experiencias, configurando marcos de referencia desde los cuales las personas atribuyen sentido a su realidad y a sí mismas (Gergen, 1996). En el contexto del cáncer de mama, estos mandatos adquieren relevancia al orientar las interpretaciones que las mujeres elaboran sobre la enfermedad y sobre la manera en que consideran que deben afrontarla. En este marco, los mandatos culturales no solo influyen en la percepción del cuerpo y de la imagen personal, sino también en los significados que las mujeres construyen en torno a la enfermedad, al proceso de recuperación y a la reconstrucción de su identidad posterior al tratamiento. Asimismo, estos mandatos operan como referentes de significado que orientan las expectativas sobre el comportamiento, el ejercicio del rol de cuidado, la fortaleza y las formas consideradas legítimas de afrontar la enfermedad (Palacios Colunga et al., 2021; Rodríguez-Reinado et al., 2020).

METODOLOGÍA

En este apartado se presentarán las consideraciones éticas, el enfoque metodológico, el diseño de investigación, los criterios de inclusión y exclusión de las participantes, así como las estrategias de recolección y validación de la información.

La metodología adoptada se fundamenta en un enfoque cualitativo de orientación fenomenológica, inscrito en el paradigma interpretativo, coherente con el objetivo general de comprender cómo las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama resignifican sus metas personales después de menos de un año en remisión completa. Desde esta perspectiva, la investigación privilegia la exploración profunda de las experiencias subjetivas y los significados construidos por las participantes en torno a su proyecto de vida posterior a la enfermedad, reconociendo que la realidad psicológica y social es co-construida a través del diálogo y situada en un contexto cultural específico.

Epistemología

La presente investigación se sustenta en una epistemología constructivista, la cual concibe el conocimiento como una construcción intersubjetiva que emerge de la interacción entre las personas, sus experiencias y el contexto sociocultural en el que estas se desarrollan. Desde esta perspectiva, la realidad no se entiende como una entidad única, objetiva o independiente del sujeto, sino como un fenómeno dinámico y múltiple, construido a partir de los significados que los individuos atribuyen a sus vivencias y procesos de interacción social (MacLeod et al., 2022, P, 25-40).

En coherencia con este posicionamiento epistemológico, el conocimiento científico se configura mediante un proceso interpretativo y de co-construcción entre la investigadora y las participantes, orientado a comprender los significados que estas atribuyen a su experiencia. En consecuencia, la presente investigación busca interpretar las narrativas de mujeres en etapa de remisión completa del cáncer de mama para comprender el proceso mediante el cual resignifican sus metas y proyectos de vida, reconociendo que dichas construcciones están influenciadas por sus trayectorias personales, los procesos de afrontamiento y los contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven (Burns et al., 2022; Peck & Mummery, 2023).

Enfoque

El presente estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo, dado que su propósito es comprender en profundidad las experiencias subjetivas de las mujeres que han superado el cáncer de mama y se encuentran en remisión completa. Este enfoque permite explorar el sentido que las participantes otorgan a la resignificación de sus metas personales, atendiendo a la forma en que reconstruyen sus proyectos vitales después del proceso oncológico (Correa & Martínez, 2019; Silva & Oliveira, 2020).

El diseño adoptado es de tipo fenomenológico, ya que busca describir y comprender la esencia de las vivencias de las mujeres en remisión completa de cáncer de mama, en torno a la reconstrucción de sus metas personales y el sentido que atribuyen a su experiencia. Este enfoque, según Correa y Martínez (2019), permite acceder a las dimensiones existenciales y emocionales de los procesos postratamiento, destacando cómo las participantes elaboran significados a partir de su experiencia de enfermedad y recuperación.

De igual manera, Martínez, Pérez y González (2019) sostienen que el diseño fenomenológico favorece la identificación de patrones comunes en la experiencia de crecimiento personal y resignificación vital, lo que resulta coherente con los objetivos de este estudio.

El estudio se inscribe en el paradigma interpretativo, el cual parte de la premisa de que la realidad social y psicológica es construida de manera subjetiva a través de las interpretaciones y significados que las personas atribuyen a sus vivencias (Markus & Kitayama, 1991). Desde esta perspectiva, el conocimiento no se descubre, sino que se co-construye en el diálogo entre investigadoras y participantes, reconociendo que ambas partes contribuyen activamente a la comprensión del fenómeno (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Este paradigma resulta pertinente para la investigación, pues permite comprender cómo la resignificación de metas y objetivos vitales se configura como un proceso simbólico influido por el contexto cultural, los valores personales y las narrativas sociales en torno al cáncer de mama (López, Rodríguez & Sánchez, 2018; Torres & Fernández, 2022). Paradigma: interpretativo.

Estrategias de análisis

El análisis de la información se desarrolló mediante un proceso sistemático, reflexivo e interpretativo, orientado a comprender los significados que las participantes construyeron

en torno al proceso de resignificación de sus metas durante la etapa de remisión completa del cáncer de mama. En consonancia con el enfoque cualitativo de la investigación, este proceso partió del reconocimiento de que las experiencias humanas adquieren sentido a través de las narrativas de quienes las viven, permitiendo acceder a una comprensión profunda de sus vivencias y de la forma en que estas son interpretadas (Kvale, 1996; Burns et al., 2022).

En una primera fase, las entrevistas semiestructuradas y el grupo focal fueron transcritos de manera literal, procurando preservar la autenticidad de los relatos y la riqueza de las expresiones de cada participante. Posteriormente, se realizaron múltiples lecturas del material recopilado, favoreciendo una inmersión progresiva en los discursos y posibilitando la identificación de unidades de significado relacionadas con los objetivos de la investigación (Kvale, 1996).

Seguidamente, a partir de las categorías de análisis definidas en el marco conceptual, se construyeron seis matrices categoriales que facilitaron la organización y sistematización de la información. Estas matrices permitieron clasificar los fragmentos de las narrativas de acuerdo con las categorías establecidas, favoreciendo un análisis comparativo que hizo posible reconocer patrones compartidos, diferencias y matices presentes en las experiencias de las participantes (Morgan, 1997).

No obstante, durante el proceso de inmersión y análisis emergieron tres categorías que no habían sido contempladas en la fase inicial del estudio. Dichas categorías surgieron de manera inductiva como resultado de la riqueza de los relatos y de los significados expresados por las participantes tanto en las entrevistas individuales como en el grupo focal. En respuesta a ello, se elaboró una matriz categorial específica para cada una de estas nuevas categorías, permitiendo incorporar de manera rigurosa aquellos elementos que ampliaban la comprensión del fenómeno investigado (Burns et al., 2022).

Finalmente, la articulación de la información contenida en las nueve matrices categoriales hizo posible construir una comprensión integral del proceso de resignificación de metas en mujeres con cáncer de mama en etapa de remisión completa. De este modo, los resultados no solo respondieron a los objetivos planteados en la investigación, sino que también permitieron comprender cómo, a partir de sus experiencias, procesos de afrontamiento e interacciones con su entorno, las participantes reconstruyen el sentido de sus

proyectos de vida y redefinen sus metas frente a una realidad transformada por la experiencia oncológica. (Burns et al., 2022; Kvale, 1996).

Criterios de Inclusión

De acuerdo con los objetivos de la investigación, se establecen como criterios de inclusión: mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama, que superaron la enfermedad y se encuentran en remisión completa por un período mínimo de un año al momento de la recolección de datos. Además, son mayores de 18 años, lo que garantiza su capacidad legal para brindar consentimiento informado (Anexo A) y participar de manera voluntaria en el estudio.

Criterios de Exclusión

De acuerdo con los objetivos de la investigación, se establecen como criterios de exclusión: mujeres que actualmente se encuentren en tratamiento activo contra el cáncer, que presenten recaídas recientes, que hayan sido diagnosticadas con otro tipo de cáncer, o que presenten condiciones cognitivas o psicológicas que dificulten la comprensión o expresión de sus experiencias de vida en relación con la resignificación de sus metas personales.

Para confirmar este último criterio se aplica la Prueba Mini-Mental (*Mini-Mental State Examination*, MMSE), instrumento breve de evaluación cognitiva diseñado por Folstein, Folstein y McHugh (1975), que permite detectar posibles alteraciones en funciones como la orientación, atención, memoria, cálculo, lenguaje y habilidades visoespaciales.

Esta prueba resulta fundamental en la presente investigación, ya que garantiza que las participantes cuenten con un nivel de funcionamiento cognitivo adecuado para comprender las preguntas, expresar con claridad sus experiencias y participar activamente en las entrevistas y grupos focales. Su aplicación contribuye, por tanto, a asegurar la validez y confiabilidad de la información recolectada, evitando sesgos derivados de posibles deterioros cognitivos leves o moderados (Blesa et al., 2001).

Estrategias

Para el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación se emplean estrategias metodológicas propias del enfoque cualitativo y del diseño fenomenológico, que buscan acceder a la experiencia subjetiva de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama

en remisión completa, comprendiendo los significados que atribuyen a la resignificación de sus metas personales.

A continuación, se presentan las estrategias que favorecen el desarrollo de cada objetivo específico:

Objetivo 1. Analizar las representaciones mentales que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa construyen sobre sus metas personales.

Estrategia: Se aplica una entrevista individual a profundidad, organizada en focos temáticos previamente definidos que permitan indagar en las imágenes, pensamientos y significados que las participantes asocian con sus metas personales. Según Steinar Kvale (1996), la entrevista cualitativa permite acceder a la experiencia vivida de los participantes, explorando los significados que construyen sobre su realidad desde una perspectiva fenomenológica. De allí que, esta estrategia, permite explorar las representaciones mentales y los procesos cognitivo-emocionales implicados en la reconstrucción del proyecto vital tras la experiencia oncológica. Las entrevistas se desarrollan en un ambiente seguro, empático y de confianza, garantizando la libre expresión de la narrativa personal.

Objetivo 2. Describir las conductas orientadas a las metas personales reportadas por las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa.

Estrategia: Se continúa con la entrevista a profundidad, centrando el análisis en los relatos de acción y en las prácticas cotidianas que evidencian la orientación conductual hacia a las metas. Se busca identificar los comportamientos, decisiones y hábitos que reflejan la puesta en marcha de dichas metas resignificadas, así como las estrategias de afrontamiento empleadas para alcanzarlas. Este procedimiento permite comprender cómo las metas transformadas se traducen en acciones concretas en la vida posterior al cáncer.

Objetivo 3. Explorar los valores sociales que median la experiencia de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa.

Estrategia: Se lleva a cabo un grupo focal conformado por las participantes del estudio, con el fin de propiciar un espacio de diálogo y reflexión colectiva. Según Morgan (1997), el grupo focal es una técnica cualitativa que permite explorar la construcción de significados a partir de la interacción entre los participantes. En este estudio, su uso resulta pertinente para comprender cómo, en el diálogo colectivo, emergen valores y creencias sociales que median la resignificación de las metas tras la experiencia del cáncer de mama. A

través de esta técnica, se indaga sobre los valores sociales, valores culturales, y creencias que influyen en la resignificación de las metas personales y en la forma en que las mujeres construyen sentido sobre su experiencia. El grupo focal permite captar la dimensión intersubjetiva y sociocultural del fenómeno, favoreciendo la emergencia de discursos compartidos sobre la identidad, la feminidad, el cuerpo y el bienestar después de la enfermedad.

En el desarrollo de los grupos focales se emplea, como recurso de apoyo, una cartilla ilustrada (Anexo B) diseñada y elaborada específicamente para la presente investigación por las investigadoras, siendo un material original y de autoría propia. Este material contiene representaciones gráficas asociadas a algunas de las preguntas orientadoras del encuentro, con el propósito de favorecer la comprensión, estimular la evocación de experiencias y promover una participación más activa de las participantes. La incorporación de estímulos visuales en contextos cualitativos ha demostrado facilitar la expresión de significados subjetivos y enriquecer la producción narrativa, al permitir que los participantes articulen recuerdos, emociones y percepciones que pueden resultar difíciles de verbalizar únicamente mediante el lenguaje oral (Pink, 2013). Asimismo, el uso de materiales visuales en grupos focales contribuye a dinamizar la interacción, generar reflexión colectiva y favorecer la construcción compartida de sentidos a partir del diálogo entre participantes (Morgan, 1997). En este sentido, la cartilla funciona como mediadora del proceso comunicativo, reduciendo posibles barreras de comprensión, fortaleciendo la interacción entre participantes e investigadoras y facilitando la profundización narrativa coherente con el enfoque cualitativo fenomenológico adoptado en el estudio.

En conjunto, estas estrategias posibilitan una comprensión integral del proceso de resignificación de las metas personales, abordando tanto la dimensión individual (representaciones y conductas) como la dimensión social y cultural (valores y significados compartidos), en coherencia con el paradigma interpretativo y la orientación fenomenológica del estudio

Validación

La validación de los instrumentos se llevó a cabo mediante el juicio de expertos, a partir de un conjunto de preguntas previamente elaborado por las autoras de la presente investigación, en correspondencia con los objetivos y categorías de análisis planteados. Este

proceso permitió revisar la pertinencia, claridad y coherencia de las preguntas, considerando los aportes y criterios de los jueces expertos. (Anexo C)

A partir de sus observaciones, se realizaron ajustes orientados a reestructurar algunas preguntas, eliminar aquellas que presentaban menor relevancia para el estudio y precisar su formulación, con el propósito de favorecer una comprensión adecuada por parte de las participantes y facilitar la exploración de sus experiencias.

Como resultado de este proceso, se consolidaron los guiones correspondientes a la entrevista a profundidad y al grupo focal, procurando que ambos instrumentos permitieran abordar de manera sensible y organizada las experiencias de estas mujeres.

Participantes

A continuación, se presenta una descripción de las participantes, la cual es construida a partir de sus relatos:

P1 es una mujer de 47 años, madre de una hija con la que no reside en la actualidad. No cuenta con formación académica formal, debido a que no tuvo acceso a la educación durante su infancia. En el ámbito laboral, se desempeña como independiente y es propietaria de un taller de confección de prendas de vestir, actividad a la que se ha dedicado durante varios años.

P2 es una mujer de 80 años, viuda y madre de tres hijos, con quienes mantiene contacto frecuente, al igual que con sus nietos. En cuanto a su nivel educativo, cuenta con formación técnica laboral realizada en el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), en áreas como manualidades, diseño de moda y pintura en tela. Actualmente no refiere una ocupación laboral formal y dedica parte de su tiempo a actividades como la lectura, la costura y la convivencia familiar.

P3 es una mujer de 54 años, casada y madre de dos hijos. Actualmente trabaja en una empresa bajo la modalidad de trabajo virtual. Su entorno familiar está conformado por su esposo e hijos. Se incorporó al ámbito laboral desde los 14 años y asumió la maternidad a una edad temprana.

P4 es una mujer de 58 años, divorciada y madre de dos hijos. Su entorno familiar está constituido por sus hijos y su madre. Cuenta con estudio de media de bachillerato. Actualmente reside con su madre y su hijo menor.

P5 es una mujer de 54 años, administradora de empresas y especialista en finanzas. Actualmente cursa dos programas técnicos laborales en las áreas de madera y cuero en la Escuela de Artes y Oficios Santo Domingo. Es madre soltera de una hija.

P6 es una mujer de 54 años, casada y madre de tres hijos. Actualmente convive con su hija menor, mientras que sus otros dos hijos residen en el exterior. Se desempeña laboralmente de manera independiente como modista. En cuanto a su entorno familiar, mantiene contacto con sus tres hijos y cuenta con su esposo como parte de su núcleo familiar.

Cronograma

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
22	23 Inicio de Entrevistas	24	25	26	27 Entrevistas Carolina	28 Posible Grupo Focal
1 MARZO	2	3	4	5	6	7 Posible Grupo Focal (Fecha máxima)
8	9	10	11	12	13	14 Transcripciones hechas
15	16	17	18	19	20 Final de Primer Corte	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1 Abril	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20 Plazo máximo sistematización	21	22	23	24	25

Consideraciones éticas

Calificación del riesgo inherente

De acuerdo con los artículos 11 y 16 de la Resolución 008430 de 1993, esta investigación se clasifica como riesgo mínimo.

No se expone a las participantes a procedimientos físicos o psicológicos que impliquen riesgo o incomodidad mayor que la vida cotidiana. Las entrevistas a profundidad y grupos focales pueden suscitar evocación emocional moderada, pero se contará con estrategias de

contención y derivación profesional si se evidencia malestar significativo. No existen riesgos físicos ni comunitarios derivados de la participación.

Dilemas éticos y estrategias de resolución

- La evocación de experiencias dolorosas asociadas al proceso oncológico.
Acción: las investigadoras contarán con acompañamiento y supervisión de una profesional en psicología clínica, garantizando un espacio de escucha empática, pausas y la posibilidad de retiro voluntario en cualquier momento.
- La confidencialidad y el uso de testimonios narrativos.
Acción: se utilizarán códigos alfanuméricos para identificar a las participantes y se eliminará cualquier dato que permita su reconocimiento.

Procedimiento para la toma del consentimiento informado (anexo A)

Previo a la participación, cada mujer recibirá una explicación clara sobre:

- los objetivos del estudio,
- las actividades a realizar (entrevistas y grupo focal),
- los posibles beneficios y riesgos,
- la voluntariedad de su participación,
- el derecho a retirarse sin consecuencias,
- la garantía de confidencialidad.

Posteriormente, firmará el consentimiento informado por escrito, en el cual manifestará su aceptación libre y voluntaria. Se entregará una copia a la participante y otra quedará archivada bajo custodia de las investigadoras.

Protección de la privacidad y confidencialidad de la información

Los datos recolectados serán tratados bajo los principios de confidencialidad y protección establecidos en la Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales).

- La información se almacenará en archivos digitales protegidos con contraseña.
- Los registros de audio se transcribirán y luego se eliminarán.
- En los informes se usarán seudónimos y no se incluirán datos que permitan la identificación de las participantes.

- El acceso a la información quedará restringido exclusivamente a las investigadoras y la directora del trabajo.

Conflictos de interés

Las investigadoras declaran no tener conflictos de interés económicos, institucionales o personales que puedan influir en los resultados. La investigación se realiza con fines académicos dentro del programa de Psicología de la Universidad Santo Tomás.

Pertinencia, valor social e impacto

El estudio posee alto valor social y ético:

- visibiliza las experiencias de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama,
- promueve la comprensión de los procesos de resignificación vital y salud mental,
- aporta a la construcción de políticas de acompañamiento psicosocial en oncología,
- contribuye a la sensibilización social frente al estigma y la discriminación por enfermedad.

Beneficios para las participantes: brindarles rutas de atención psicológica (tangible)

- resignificar su experiencia mediante la narración reflexiva,
- fortalecer su sentido de agencia y bienestar psicológico,
- contribuir al desarrollo de estrategias de intervención y acompañamiento a futuras pacientes.

No se ofrecen incentivos económicos; la participación será completamente voluntaria.

Devolución de la información

Al finalizar la investigación, se realizará una devolución grupal de resultados en un encuentro presencial o virtual, donde se compartirán los hallazgos principales en lenguaje comprensible. Además, las participantes podrán solicitar una copia digital del informe final.

RESULTADOS

El presente capítulo expone los hallazgos derivados del análisis de las narrativas de seis mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa, con el propósito de responder a los objetivos enmarcados dentro del presente proyecto de grado.

Los resultados se organizan en torno a seis categorías centrales que emergieron del marco teórico y orientaron el proceso de categorización. A continuación, se presenta su definición operativa:

(a) metas en psicología: estados futuros deseados que orientan y regulan la conducta, organizando las acciones y el esfuerzo hacia el logro de objetivos significativos.

(b) representaciones mentales: se entienden como conjuntos de imágenes, pensamientos y significados que permiten a las personas organizar e interpretar sus experiencias, así como orientar su conducta hacia la consecución de estados futuros deseados.

(c) conducta orientada hacia la meta: se entiende como el conjunto de acciones, decisiones y comportamientos que una persona organiza y regula de manera intencional para alcanzar objetivos considerados significativos, dirigiendo y manteniendo sus esfuerzos en función de los estados futuros que desea lograr.

(d) creencias; construcciones personales de significado mediante las cuales las personas interpretan, organizan y otorgan coherencia a sus experiencias, configurando marcos de referencia que orientan la comprensión de sí mismas y de los acontecimientos que viven. Además, no representan verdades objetivas, sino formas particulares de interpretar la realidad que pueden modificarse a partir de la reconstrucción de la experiencia.

(e) valores sociales: son los principios y significados que las personas aprenden y comparten dentro de su entorno, y que les ayudan a identificar qué es importante, valioso y deseable en sus vidas.

(f) mandatos culturales: son las normas y expectativas que una sociedad establece sobre la manera en que las personas deberían actuar, relacionarse y asumir sus diferentes roles, estas influyen en la forma en que las personas comprenden sus experiencias y guían muchas de sus decisiones y comportamientos dentro del contexto social en el que viven.

A lo largo de las entrevistas, las participantes —identificadas como P1, P2, P3, P4, P5 y P6— desplegaron un repertorio narrativo rico y diverso en el que la experiencia del cáncer de mama aparece no solo como un evento disruptivo, sino también como un catalizador de resignificación personal.

Metas en psicología

En esta primera categoría se presenta el análisis de las metas en psicología, lo que permite comprender cómo la experiencia de la enfermedad modifica no solo las aspiraciones y objetivos que las mujeres proyectan para sus vidas, sino también la manera en que construyen sus proyectos futuros. En este sentido, la vivencia del cáncer de mama en etapa de remisión completa implica procesos de resignificación que transforman la forma en que las participantes establecen prioridades, atribuyen sentido a sus experiencias y direccionan sus acciones hacia el logro de nuevas metas.

Tras el diagnóstico oncológico, la salud deja de tener un trasfondo implícito y se convierte en el horizonte más inmediato del deseo. Este núcleo temático reúne las narrativas mediante las cuales las participantes identifican y describen las metas que consideran más significativas en su momento vital actual. Sus relatos permiten comprender cómo, a partir de la experiencia del cáncer de mama, reconfiguran sus prioridades y orientan sus objetivos hacia aquellos aspectos que adquieren mayor relevancia y sentido en esta etapa de sus vidas.

P1: *"Mis metas sería estar muy bien de salud."*

P5: *"Tener paz en mi vida, como ser tranquila de temas, sin angustias, sin ruido externo. Sí, como tener tranquilidad y paz en mi vida son, son mis metas."*

La salud y la tranquilidad dejan de ser presupuestos latentes para convertirse en metas activamente perseguidas. Para P5, pedir lo mismo —paz— es en sí mismo una posición elaborada tras el proceso oncológico.

Varias participantes orientan sus metas hacia el aprendizaje y el desarrollo de capacidades propias. Este núcleo evidencia que la experiencia oncológica no suspende la aspiración de superación, sino que la resignifica: el logro ya no se mide por la velocidad, sino por la posibilidad.

P1: *"Mi meta de poder lograr es poder estudiar diseño de moda. No importa la edad que tenga, pero poderlo lograr."*

P5: *"Mi meta en el fondo es tener una escuela para enseñar lo que estoy aprendiendo."*

Estas metas revelan una temporalidad que ya no se rige por la urgencia, sino por la paciencia ganada tras la enfermedad. La meta de P5 añade una dimensión prosocial: transmitir el propio aprendizaje como forma de trascendencia.

Para algunas participantes, las metas más significativas no se dirigen a sí mismas sino a sus hijos. Este núcleo muestra cómo la confrontación con la propia mortalidad activa una preocupación por el legado emocional: lo que se desea dejar no son bienes, sino cohesión, posibilidades y amor.

P2: *"Que mis hijos estén bien el día que yo falte, saber que queden organizados, que tienen su familia, su hogar. Que no se vayan a desintegrar, no vayan a alejarse mucho."*

P3: *"Que mis hijos sean felices, que puedan lograr lo que tal vez uno en la vida no alcanzó a lograr."*

La meta de P2 incorpora explícitamente la muerte en la planificación vital, como parámetro de sentido.

Un hallazgo particularmente relevante es la emergencia de metas orientadas hacia sí mismas, en participantes cuya identidad previa estuvo mayoritariamente organizada en torno al cuidado de otros. Este núcleo da cuenta de una transición subjetiva que el proceso oncológico parece habilitar: la de convertirse en sujeto legítimo de sus propias metas.

P6: *"Darme la importancia a mí misma. Sí, pensar en mí. Tengo que hacer algo para mí."*

P4: *"Estoy aprovechando, aprovechando minuto a minuto de la mejor manera, lo que me haga feliz. Estoy en modo sí."*

P4 sintetiza este giro con la expresión "estoy en modo sí": una declaración de apertura a la propia experiencia que contrasta con la renuncia a sí misma que describía antes del diagnóstico.

Las narrativas de las participantes evidencian la formulación de metas concretas y claramente definidas, orientadas hacia estados futuros que adquieren un significado personal. Este núcleo temático permite comprender cómo objetivos como culminar una formación académica, contemplar un paisaje o realizar un viaje significativo trascienden el carácter de simples deseos para constituirse en metas que organizan, orientan y dan dirección a la

conducta. De este modo, las metas se configuran como referentes que favorecen la persistencia, fortalecen la motivación y otorgan sentido al proyecto de vida en el proceso de resignificación experimentado por las participantes.

P1: *"Ese ha sido un sueño que yo sé que nunca es tarde para estudiar, y si tengo 80 años, me voy a graduar de diseñadora."*

P3: *"Viajar. El solo hecho de ir a caminar y tener contacto con la naturaleza para mí ya es tranquilidad."*

En el grupo focal, las metas personales emergieron con una fuerza particular: al ser nombradas en voz alta ante otras mujeres con experiencias similares, adquirieron un carácter de validación mutua que difícilmente se produce en la entrevista individual. Se identificaron tres núcleos temáticos que dialogan con los hallazgos previos.

La formación y el proyecto propio recoge las metas orientadas al aprendizaje y al desarrollo de un proyecto personal. Su aparición en el grupo focal es significativa: al escucharse unas a otras nombrando metas similares —estudiar, crear un taller, aprender un nuevo oficio— las participantes no solo se validaron mutuamente, sino que reforzaron la legitimidad de aspirar a algo propio después del diagnóstico.

P1: *"Mi proyecto de vida es seguirme capacitando en lo que yo hago. Mi sueño es terminar, hacer mi carrera de diseño, ser diseñadora de modas. Yo sé que para mucha gente uno está muy viejo para eso, nunca es viejo para uno terminar de aprender muchas cosas en la vida."*

P4: *"Mi proyecto de vida, aprender hablar inglés."*

P5: *"Mi meta es culminar los técnicos laborales en madera y en cuero, y poder armar un taller donde pueda enseñar lo que estoy aprendiendo."*

La resonancia de estas metas en el grupo fue inmediata. Lo que en la entrevista individual puede aparecer como un deseo tímido o postergado, en el espacio colectivo se enuncia con más firmeza. La expresión de P1 —"nunca es viejo para aprender"— fue reconocida por el grupo como una declaración compartida, subrayando que la remisión habilita una nueva relación con el tiempo y con las propias posibilidades (López et al., 2018).

Al igual que en las entrevistas individuales, la salud y la tranquilidad emocional aparecen en el grupo focal como metas centrales. Sin embargo, en el contexto grupal estas metas adquieren un matiz adicional: varias participantes las enuncian como condición para poder dar a otros, no solo como bien propio.

P3: *“Si nosotros no nos cuidamos, no tenemos cómo cuidar a los demás. Tenemos que aprender a cuidarnos, respetarnos y amarnos nosotros mismos para poder aportar a las afueras.”*

P4: *“Salud y mucha tranquilidad donde quiera que uno vaya, estar en armonía.”*

P5: *“Quiero un ámbito tranquilo, suave. A veces el trabajo lo absorbe de tal manera que te satura, entonces es bueno reiniciar ciclos.”*

La formulación de P3 —cuidarse para poder cuidar— introduce una lógica relacional del autocuidado que no estaba explícita en las entrevistas individuales. Esta idea fue reconocida por el grupo sin necesidad de mayor explicación, lo que sugiere que constituye un saber compartido, elaborado colectivamente a partir de experiencias similares.

La meta familiar es la que mayor resonancia colectiva generó en el grupo focal. Cuando una participante la enunciaba, otras la continuaban, la ampliaban o simplemente asentían. Este efecto de reconocimiento mutuo evidencia que el vínculo familiar no es solo una meta individual, sino una experiencia subjetiva profundamente compartida entre estas mujeres.

P6: *“Para mí lo más importante es compartir en familia. Para mí es como una balanza, entre salud, paz espiritual y amor familiar. Yo digo que las cosas materiales pues se consiguen, pero una buena familia, una que le dé como esa paz, como ese amor, es muy difícil.”*

P2: *“Vivo en familia, disfruto mis nietos. Yo siento que eso me da aún más fortaleza, más vida.”*

P3: *“Mis hijos, mi familia, mi hogar, son los que me mueven para seguir adelante, buscar una forma de vivir tranquila.”*

En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que las metas en psicología trascienden la formulación de objetivos individuales, al constituirse como construcciones de

significado que orientan las decisiones, los esfuerzos y la proyección de vida de las participantes. Si bien cada mujer resignifica sus metas desde su propia historia y experiencia con el cáncer, la familia emerge como un eje compartido que otorga sentido al proceso de supervivencia y motiva la continuidad de sus proyectos personales. De esta manera, las metas adquieren un carácter dinámico, ya que se reorganizan a partir de la experiencia vivida y reflejan una transformación en aquello que las participantes consideran verdaderamente valioso para su presente y su futuro.

Representaciones mentales

En esta segunda categoría, se evidencian las representaciones mentales que van más allá de las imágenes, las participantes elaboran marcos de pensamiento que dan coherencia a todo lo vivido: la gratitud espiritual, la conciencia de la propia fortaleza y la capacidad de reinterpretar el sufrimiento como fuente de sentido.

P4: *"Diosito, yo quiero conocer la familia de mis hijos, dame otra oportunidad. Todo eso influyó y aquí estoy ya 11 años después."*

P3: *"Le dan a uno un recorrido de vida con una valentía y una fortaleza que uno dice: Yo puedo."*

P4: *"Cuando estaba calvita, todo el mundo me cedía el paso, la gente era gentil, con esa dulzura. Yo decía: Esto es la recompensa a todo eso."*

En varias participantes, la imagen mental de los hijos se presenta como un elemento significativo dentro de su experiencia emocional, asociándose con sentimientos de afecto, cercanía y vínculo familiar.

P3: *"Hay algo que me motiva y es mi núcleo familiar, mis hijos. Son mi motor."*

P6: *"Pensar en ir a una quimio... pensar en ellos es una oportunidad de vida."*

Para P6, el pensamiento en los hijos transforma la quimioterapia en una oportunidad de vida, evidenciando cómo las representaciones mentales pueden regular el afecto y aportar un significado particular a la experiencia vivida durante el tratamiento.

En el grupo focal las representaciones mentales adquieren una dimensión adicional que no es posible observar en la entrevista individual: al ser expresadas y escuchadas

colectivamente, se convierten en recursos compartidos. Una imagen, un pensamiento o una idea enunciada por una participante puede ser adoptada, ampliada o matizada por otra, generando un proceso de co-construcción de representaciones que orienta al grupo como totalidad.

Uno de los temas con mayor resonancia en el grupo fue la orientación intencional del pensamiento. Las participantes no describen el optimismo como un rasgo innato, sino como una práctica deliberada que se sostiene y refuerza en la interacción con otras. El grupo mismo funcionó como espacio de entrenamiento de esta capacidad.

P1: *“Es como tener mucha constancia, estar uno ahí para poderlo lograr y repetírselo uno todos los días: ‘que yo sí puedo’, ‘lo puedo lograr’. Porque a veces lo negativo bloquea mucho la mente, y uno siente que la mente positiva logra muchas metas, demasiadas metas.”*

P4: *“Yo también comparto la actitud positiva y me ha dado resultados excelentísimos, siempre positivo, los resultados son incalculables.”*

P5: *“A mí siempre me gusta ver la cara positiva de la vida. Si a mí como me gusta pensar, se puede lograr las cosas y siempre hay que ver el lado positivo.”*

Un núcleo que emerge con particular fuerza en el grupo focal —y que complementa los hallazgos de las entrevistas individuales— es la espiritualidad como representación mental que orienta las metas y da coherencia a la experiencia vivida. La expresión de la fe dejó de ser un asunto privado para volverse un lenguaje compartido.

P3: *“Para mí me las orienta la parte espiritual, porque realmente yo soy como un ser a través mío se van dando las cosas, pero hay alguien muy muy alto que las guía, que las tiene escritas, que las motiva.”*

P2: *“Yo soy muy espiritual también. Un paso a la vez, con amor, tranquilidad, y generosidad y mucha fortaleza que viene de Dios.”*

P4: *“Doy gracias a Dios porque es un sentido fundamental para poder estar aquí en el destino terrenal.”*

En el grupo focal, las representaciones vinculadas a la acción —persistir, atreverse, enfrentar— fueron enunciadas con particular claridad por quienes describían haber superado

obstáculos concretos. Al narrar estos logros ante otras, estas representaciones de agencia se volvieron modelos disponibles para el grupo.

P5: *“Para lograr las metas, siempre ser persistente. Uno puede tener metas, pero si no hace acciones y no es persistente, las metas no se van a lograr. Para mí es importante vencer esos miedos. Yo empecé desde muy abajo y desde muy pequeña, y cada reto para mí era gigante, pero hoy en día puedo decir que se logra.”*

P6: *“Decisión. Afrontarlo, afrontarlo, no importa las consecuencias. Después de que uno tome esa decisión de afrontarlo, ya nada le queda grande.”*

Al igual que en las entrevistas individuales, en el grupo focal los hijos y la familia aparecen como representaciones afectivas que anclan y sostienen las metas. En el espacio colectivo, sin embargo, esta representación adquirió un efecto adicional: al ser nombrada por una participante, otras la continuaron de inmediato, generando un momento de reconocimiento grupal que reforzó su valor como recurso motivacional.

P4: *“Mi mayor motivación, mis dos hijos y la familia alrededor con tantísimo amor que me brindan.”*

P1: *“Por ellos me levantaba la verdad, y pues eso es lo que me motiva a mí, de pronto salir adelante.”*

P5: *“Lo que me impulsa es el amor por mi entorno familiar y por lo que hago, ese es mi impulso diario.”*

La reiteración espontánea de esta representación a lo largo del grupo focal no es casual: el amor por la familia opera como una imagen mental persistente y compartida, capaz de activarse en cualquier momento para sostener incluso frente a los desafíos más exigentes del proceso oncológico y de la vida en remisión.

Conducta orientada hacia la meta

En esta tercera categoría, la conducta orientada a la meta no se presenta como un conjunto de pasos lineales o preestablecidos, sino como un proceso dinámico de adaptación, aprendizaje y redefinición de las rutinas. Lo que distingue estas conductas es su carácter deliberado: cada acción, por pequeña que sea, es una forma tangible de afirmar la vida y la agencia personal frente a la adversidad.

Un núcleo fundamental de esta categoría lo constituye la reconfiguración de las rutinas diarias como un acto de autocuidado y resiliencia. Frente al agotamiento físico y emocional derivado del tratamiento y sus secuelas, las participantes describen un cambio radical en el ritmo y la naturaleza de sus actividades. La conducta ya no se rige por la urgencia o la exigencia externa, sino por la escucha atenta del propio cuerpo.

P3: *“Entonces, yo vivo haciendo pausas activas, yo me paro, voy a la cocina, hago algo, estiro los brazos, estiro las piernas, ya, para mí esas son las pausas activas”.*

Esta descripción contrasta fuertemente con su ritmo de vida anterior: *“Sí, porque anteriormente mi rutina era: levántese corriendo, deje listo lo de la casa, corra a la oficina... regrese 2 horas después a la casa y llegue a cuadrar todo... o sea, es algo loco”.*

El cambio de una conducta acelerada y automática a una conducta pausada e intencional ejemplifica cómo la meta de salud y tranquilidad se traduce en micro-acciones concretas y recurrentes.

Esta reconfiguración de las rutinas se evidencia también en la organización del tiempo.

P5: *“Bueno, un día cotidiano mío arranca a las 5 de la mañana... generalmente tengo la maleta arreglada para llevármela al otro día”.*

Para ella, la conducta orientada a la meta de crear una escuela y desarrollar sus habilidades técnicas implica una disciplina que no es vivida como una carga, sino como una elección que genera satisfacción:

P5. *“He aprendido diferentes técnicas, cosas. Para mí ha sido como un absorber conocimiento”.*

P6: *“Me levanto 5:00, 5:30, pues preparo el almuerzo para mi esposo. De ahí me siento a coser. Coso más o menos hasta las 2 de la tarde”.*

P6: *“De pronto ya mirar ir al gimnasio, de pronto estudiar en el Sena lo que sé, certificar lo que sé. Y de pronto ya más adelante viajar”.*

Estas acciones proyectadas revelan que la conducta orientada hacia la meta incluye tanto las prácticas consolidadas como los primeros pasos hacia nuevos horizontes.

Otro hallazgo relevante es la construcción de nuevos proyectos de vida como evidencia conductual de la resignificación. Estas acciones no son meramente reactivas, sino creativas y propositivas.

P1: *“Eh, mi meta es, bueno, tener más conocimiento, eh, sobre lo que yo hago. Tener más conocimiento y crecer un poco más en ese tema”, y añade un deseo lúdico y corporal: “Ay, me gusta el... bueno, te me gusta mucho el baile, me gustaría de entrar a una academia de baile”.*

La conducta de aprender y crecer se vuelve un fin en sí mismo.

P5: *“Mmm, acabo de abrir un taller. Acabo de abrir un taller hace tres semanas. El taller está enfocado a que otros alumnos como yo puedan tener un espacio para poder desarrollar sus productos”.*

Abrir un taller no es solo una acción, es la concreción física de un nuevo proyecto de vida basado en el compartir, la enseñanza y la comunidad, valores que emergieron tras su experiencia.

Finalmente, la persistencia y la actitud proactiva frente a los obstáculos emergen como una conducta transversal. Las acciones orientadas a la meta se sostienen a pesar de las secuelas físicas, el miedo y el agotamiento.

P1: *“...lloré en el momento, pero ya, eh me sequé mis lágrimas y dije, ‘Mi vida sigue’, y hay que, que lo que toque hacer para poder sobrevivir, pues lo que toque hacer”.*

P2: *“Pues que tocaba seguir lo que, lo que me tocara, lo que me fuera a ayudar a hacer los médicos. Radioterapia y un tratamiento por 5 años después de la cirugía con tamoxifeno. Bien. Yo, yo me tomé los medicamentos y todo muy bien”.*

P3: *“Dándoles charlas, acompañamiento, poniéndoles, eh, música, enseñándoles a la terapia de respiración, que eso lo vine a aprender ahora después”.*

En conjunto, estas narrativas muestran que la conducta orientada a la meta en la remisión completa es un entramado de decisiones cotidianas que, alineadas con los nuevos valores de autocuidado, aprendizaje y conexión, reconstruyen el proyecto de vida paso a paso.

En el espacio del grupo focal, la categoría de conducta orientada a la meta adquiere una dimensión particular: las acciones, decisiones y hábitos intencionados para alcanzar los

estados futuros deseables, no solo son narrados individualmente, sino que se convierten en modelos compartidos, consejos entre pares y compromisos colectivos. Al escucharse unas a otras, las participantes no solo validan sus propias conductas, sino que las refuerzan y las ofrecen como herramientas para el grupo.

Un primer núcleo de esta categoría lo constituye la persistencia como conducta fundamental para la consecución de metas.

P5: *“Pienso que un aspecto que hay que tener en cuenta, siempre ser persistente, porque uno puede tener metas, pero si uno no da acciones para llegar a esa meta y no es persistente, nuestras metas no se van a lograr”.*

Esta afirmación no es una mera abstracción; se ancla en su experiencia concreta de estar cursando dos técnicos laborales simultáneamente.

P6: *“Entonces, yo digo que primero que todo, decisión, ósea afrontarlo, afrontarlo no importa las consecuencias, después de que uno tome esa decisión de afrontarlo ya nada le queda grande”.*

La decisión de afrontar —el diagnóstico, el tratamiento, la nueva vida— se presenta como el primer paso conductual que desencadena todos los demás.

Un hallazgo particularmente relevante en el grupo focal es la revelación de conductas pasadas que evidencian la resiliencia y la determinación, las cuales, al ser compartidas, adquieren un valor testimonial para el resto del grupo.

P1: *“Estudié un curso de diseño y alta costura, pero no sabía leer, y tuve que pagar quien me hiciera un cuaderno... salí premiada, me dieron mención de honor... el gobernador de Cundinamarca me dio una insignia de que uno a pesar que no tenga estudio, uno puede lograr muchas cosas”.*

Esta narrativa no es un simple recuerdo; es la evidencia conductual de que la persistencia —incluso frente a la dificultad de no saber leer— ha sido una constante en su vida, y que la meta actual de ser diseñadora de modas no es un anhelo nuevo, sino la continuidad de una trayectoria de lucha y logro.

P1: *“Es como tener mucha, mucha constancia, estar uno ahí para poderlo lograr y repetírselo uno todos los días “que yo sí puedo”, “lo puedo lograr” y “lo puedo sacar adelante”.*

El acto de hablarse a sí misma con afirmaciones positivas es, en sí mismo, una conducta orientada a la meta que regula la motivación y el auto-concepto.

Las conductas orientadas al bienestar y al equilibrio también emergen con fuerza en el grupo.

P3: *“Últimamente yo lo hago y es salirme ojalá todos los días, independientemente de cómo me esté sintiendo, al parque, camino y camino descalza, hago meditación un poquito... porque me da paz, me da mucha tranquilidad”.*

Caminar descalza, meditar, estar en contacto con la naturaleza: estas no son actividades menores, sino prácticas intencionadas de regulación emocional y reconexión con el cuerpo.

P4: *“vivir por muchos muchos años más, ser abuela y ser bilingüe”.*

Aprender un nuevo idioma y ser abuela, son acciones proyectadas que dan dirección y sentido al presente.

Finalmente, la proyección de un proyecto de vida basado en la enseñanza y el servicio emerge como una conducta central en el grupo.

P5: *“Mi proyecto es abrir un taller para enseñar oficios... haciendo y practicando cada día lo aprendido hasta volverme una experta y poder enseñar”.*

Esta meta se acompaña de una creencia conductual que la sostiene: “ser abierta a todas las enseñanzas, investigar y aprender cómo hacer mejor las cosas”. La conducta de investigar, practicar, volverse experta y luego enseñar configura un ciclo virtuoso en el que el aprendizaje personal se transforma en un legado comunitario.

P3: *“Mis hijos, mi familia, mi hogar, son los que me mueven para seguir adelante, seguirme queriendo, seguir buscando una forma de vivir tranquila”.*

En conjunto, las conductas narradas en el grupo focal revelan que estas mujeres no solo han resignificado sus metas, sino que han traducido esa resignificación en acciones cotidianas, persistentes y orientadas hacia el futuro.

Creencias

La cuarta categoría central hace referencia a las ideas y significados que cada persona construye para comprender sus experiencias y darles sentido, las cuales permiten interpretar lo que ocurre, comprenderse a sí misma y establecer una forma particular de entender la realidad. No son verdades absolutas, sino construcciones que pueden cambiar a partir de nuevas experiencias y de la manera en que la persona resignifica lo vivido.

Una de las creencias más reiteradas estuvo relacionada con la idea de que el cáncer se encuentra asociado a experiencias prolongadas de estrés, tristeza o sufrimiento emocional. Las participantes atribuyen el origen de la enfermedad a una vida marcada por múltiples responsabilidades, preocupaciones familiares y exigencias cotidianas que, desde su perspectiva, terminan afectando el cuerpo.

P3: *“Fue creado, no fue genético. Lo creó mi propio cuerpo a través de mucho estrés. Porque yo he venido con una vida acelerada, donde es trabajo, donde es estudio, donde es hogar, donde son mis hijos, donde es mi familia”.*

P5: *“Yo sabía que mi cáncer me había dado por todas las cosas que había vivido, o sea, lo tuve claro desde el primer día”.*

P6: *“Yo sí creo que cáncer tiene que ver con depresión, como esos estados de tristeza. Entonces, yo digo que es eso, se le bajan a uno las defensas”.*

P3: *“Yo en el 2020 me descubrieron el cáncer de mama. Y fue creado, no fue genético. Lo creó mi propio cuerpo a través de mucho estrés. Porque yo he venido con una vida acelerada...”.*

P3: *“Yo decía, yo parecía una maquinita. En ningún momento pensaba, “Ay, no, es que yo tengo que sentarme a descansar porque mi cuerpo lo necesita”.*

P5: *“No, yo sabía que mi cáncer me había dado por todas las cosas que había vivido... la mente te jode el cuerpo. Y a mí los estudios genéticos que me hicieron me dijeron eso, “Usted no tiene un cáncer desarrollado por una genética, sino un cáncer adquirido”. Somatice todo lo que estaba viviendo”.*

P6: *“Yo sí creo que cáncer tiene que ver con, como con depresión, como esos estados de tristeza. Entonces, yo digo que es eso, se le bajan a uno las defensas”.*

La recurrencia de estas narrativas permite observar cómo las participantes construyen explicaciones sobre la enfermedad a partir de su trayectoria vital y emocional, otorgando sentido a la experiencia oncológica mediante una relación entre cuerpo, emociones y acontecimientos de vida. De esta manera, el cáncer deja de ser entendido únicamente como un fenómeno biomédico y pasa a ser interpretado como el resultado de procesos personales y sociales acumulados a lo largo del tiempo.

En estrecha relación con lo anterior, emerge la creencia en la importancia de la actitud, la fortaleza psicológica y la espiritualidad como factores determinantes para la supervivencia y la recuperación. Las participantes distinguen claramente entre el tratamiento médico y la disposición interna, otorgando a esta última un peso casi decisivo.

P1: *“No, eso se va a morir, no, eso no va a vivir, no, no, no tiene la fuerza para seguir.... La depresión la va a matar... Eh, tener una enfermedad es de tranquilidad y saberla tener. Eh, quererla, yo aprendí a, a querer, a querer el cáncer”.*

Esta sorprendente creencia de “querer al cáncer” como una forma de domesticarlo y despojarlo de su poder aterrador es un acto de resignificación profundo. P2, por su parte, basa su fortaleza en la fe:

P2: *“No, yo no me entrego a la pena... No, yo le pido a mi Dios valor y firmeza y mucha fortaleza. Que estoy en manos de él”.*

P3: *“Pienso yo, la verdad, es que hay, yo he conocido personas con cáncer y se echan a la pena y a las dos, tres quimios ya no les responde el cuerpo porque no sé si será sentimental, moral... el cuerpo como que atrae todo ese sentimiento y no reacciona”.*

Esta creencia en la conexión mente-cuerpo opera como un mandato de resiliencia que les exige, y al mismo tiempo les permite, mantenerse firmes.

Un tercer núcleo de creencias se refiere a la conciliación con la propia mortalidad y la aceptación de la incertidumbre como base para vivir el presente. La experiencia del cáncer confronta a estas mujeres con la finitud de una manera ineludible, y las creencias que construyen al respecto son fundamentales para su estabilidad emocional.

P3: *“Sí. Entonces, ya aprendimos, por ejemplo, en mi casa, ya aprendimos con mis hijos de que el que sale de la casa se va con la bendición. Porque no sabemos si volvemos, no sabemos si regresemos a casa o no”.*

P2: *“No, y ya, ya qué podía hacer, ya no había nada más que hacer, aceptarlo”.*

Incluso frente a los fantasmas de la recurrencia, como le ocurrió a P4 (quien recibió un falso positivo de metástasis), la creencia en una guía superior y la acción prudente (buscar una segunda opinión) permiten sobreponerse. Esta capacidad de habitar la incertidumbre, sustentada en creencias que van desde la resignación activa hasta la fe más militante, constituye un pilar del bienestar psicológico en la etapa de remisión.

Finalmente, aunque persiste la conciencia del estigma social que asocia el cáncer a la muerte, las participantes construyen creencias disidentes que les permiten distanciarse de ese posible final y escribir su propia narrativa.

P3: *“Entonces, pues, como yo siempre escuchaba que cáncer era muerte”.*

P5: *“Entonces, la sola palabra “cáncer” ya a ti te genera... Mira la reacción de mi amigo, o sea, se fue en lágrimas... Tú, con el cáncer, ya tú te moriste”.*

Sin embargo, todas ellas han construido una creencia alternativa, basada en su experiencia vital.

P1: *“eh, si usted lo toma, eh, lo descubre a tiempo, tiene salvación”.*

P3: *“Tal vez en el momento en que a mí me diagnosticaron el cáncer, no lo pensé y en ningún momento lo pensé que me iba a morir. Más bien dije, ‘Voy a hacer todo lo que a mí me diga’”.*

P5: *“Cuando una persona se enfrenta a la muerte, porque pasar por un cáncer es enfrentarse a la muerte, yo considero que es así”.*

Pero al mismo tiempo, su propia vida en remisión es un testimonio de que ese enfrentamiento no equivale a una derrota. Estas creencias, forjadas en la experiencia directa del cáncer y su superación, actúan como un escudo protector contra el estigma y como una fuente de autoridad personal para hablar y ayudar a otras.

Valores sociales

La quinta categoría corresponde a los valores sociales, entendidos, en el marco de esta investigación, como los significados compartidos que orientan la manera en que las mujeres interpretan aquello que consideran esencial y prioritario en sus vidas.

Durante la experiencia del cáncer de mama y la etapa de remisión, estos valores se reorganizan a partir de las vivencias personales, favoreciendo la resignificación de aspectos como la familia, la espiritualidad, las relaciones interpersonales y el propósito de vida. De esta forma, los valores sociales constituyen un referente que orienta las decisiones, las prioridades y la construcción de sentido frente a la experiencia de la enfermedad.

Uno de los hallazgos más significativos corresponde a la asociación entre cáncer y muerte en donde las participantes describen cómo, tanto ellas como las personas de su entorno, interpretaron inicialmente el diagnóstico como una sentencia fatal. Este valor cultural aparece como un referente compartido que precede incluso a la experiencia directa con la enfermedad.

P3: *“Bueno. Normalmente en la sociedad hablar de cáncer es hablar de muerte. Es imaginarlo, se va a morir.”*

P5: *“Y la percepción que tiene la sociedad del cáncer es como que, puta, te vas a morir. Esa es la percepción frente al cáncer.”*

P2: *“Es una cosa tan grave que le ha quitado la vida a tantas personas.”*

Las narrativas muestran que el significado social atribuido al cáncer trasciende el ámbito médico y se instala como una representación colectiva que condiciona las reacciones emocionales iniciales. Sin embargo, la experiencia vivida permite a las participantes cuestionar y resignificar este valor social, especialmente cuando el diagnóstico ocurre de manera temprana y el tratamiento resulta exitoso.

Otro núcleo relevante corresponde a la vinculación del origen de la enfermedad con factores emocionales, particularmente el estrés, la tristeza y las cargas acumuladas a lo largo de la vida. Varias participantes interpretan el cáncer como una manifestación física de conflictos emocionales no resueltos o de períodos prolongados de sufrimiento psicológico.

P3: *“Lo creó mi propio cuerpo a través de mucho estrés.”*

P5: *“Yo sabía que mi cáncer me había dado por todas las cosas que había vivido.”*

P6: *“Yo sí creo que cáncer tiene que ver con depresión, como esos estados de tristeza.”*

Estas explicaciones permiten a las participantes construir una narrativa coherente sobre lo ocurrido y recuperar una sensación de comprensión frente a una experiencia potencialmente caótica. Aunque dichas interpretaciones no siempre coinciden con las explicaciones biomédicas, cumplen una función psicológica importante al integrar la enfermedad dentro de la historia personal de cada mujer.

De manera complementaria, emerge el valor social en el que el cáncer constituye una oportunidad de aprendizaje y transformación personal. Lejos de concebir la enfermedad únicamente como una pérdida, algunas participantes la reinterpretan como una experiencia que deja enseñanzas significativas y favorece cambios profundos en la manera de vivir.

P1: *“Yo le diría a esa persona que luche y que no se deprima, que aprenda a amar esa enfermedad, que la aprenda a querer.”*

P4: *“El impacto, para positivo, nunca, nunca. O sea, de la vida que venía llevando a la que estoy viviendo jamás lo pensé.”*

P6: *“Una oportunidad de vida. Es una oportunidad de compartir.”*

En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que los valores sociales trascienden la función de orientar las prioridades personales, convirtiéndose también en un recurso para resignificar la experiencia del cáncer. A partir de las enseñanzas construidas durante el proceso de enfermedad y remisión, las participantes reconfiguran su forma de comprender la vida, fortalecen sus recursos personales y otorgan nuevos significados a sus experiencias, evidenciando un proceso de transformación que favorece una manera más consciente, coherente y significativa de proyectarse hacia el futuro.

En el grupo focal, los valores sociales aparecen como referentes que permiten a las participantes reconocer aquello que consideran importante para sus vidas y que desean conservar después de haber atravesado el cáncer de mama. Aunque cada mujer tiene una historia diferente, el diálogo permitió identificar varios significados compartidos, especialmente alrededor de la familia, el amor, la solidaridad, la tranquilidad, la persistencia y el equilibrio. Estos valores no aparecen únicamente como ideas, sino que se expresan en las decisiones, relaciones y formas en que las participantes entienden su vida después de la enfermedad.

Uno de los valores que tuvo mayor presencia en el grupo fue la familia. Al hablar sobre aquello que les da sentido y fortaleza, las participantes relacionaron de manera espontánea sus respuestas con los hijos, los nietos y el vínculo familiar.

P2: *“Lo principal: yo soy muy espiritual. Aparte de eso vivo en familia, disfruto mis nietos, yo siento que eso me da aún más fortaleza, más vida y todo está junto a ellos.”*

P4: *“Para mí, mi mayor motivación: mis dos hijos y obviamente que se desprende la familia alrededor con tantísimo amor que me brindan y todo.”*

P6: *“Para mí es muy importante compartir en familia con mis hijos... le doy como mucho valor a eso.”*

La presencia de estas expresiones permite observar que la familia es entendida por las participantes como una fortaleza, este valor no se limita al acompañamiento recibido durante la enfermedad, sino que aparece relacionado con la manera en que actualmente desean vivir. Compartir con los hijos, disfrutar de los nietos y sentirse rodeadas de personas que aman adquiere un significado especial después de haber enfrentado una experiencia que les recordó la importancia y la fragilidad de la vida.

En este sentido, el cáncer parece favorecer una reorganización de prioridades. Aquello que antes podía formar parte de la vida cotidiana sin recibir demasiada atención comienza a ser valorado de otra manera. Estar con la familia, disfrutar de los momentos compartidos y sentirse acompañadas adquiere mayor importancia.

La enfermedad, entonces, no solo genera cambios físicos o emocionales, sino que también puede modificar aquello que las participantes consideran valioso y digno de ser cuidado. Junto con la familia, el amor aparece como un valor estrechamente relacionado con los vínculos cercanos.

P1: *“Yo coloqué mis gatos, seguir con el amor de mi hija y de mis gatos.”*

Aunque la expresión de P1 es breve, permite identificar que el amor se encuentra asociado con el cuidado y con los vínculos que le generan afecto y compañía. Esto amplía la comprensión de la familia como valor social, pues no se limita necesariamente a los vínculos establecidos por parentesco, sino que también incluye aquellas relaciones que cada participante reconoce como significativas dentro de su vida cotidiana.

Otro valor identificado corresponde a la paz y la tranquilidad, las cuales emergen como dimensiones fundamentales en el proceso de reconstrucción personal después de la experiencia del cáncer.

P3: *“Yo coloqué, dentro de los logros, salud y paz, todo lo que nos brinda esta rueda pues vamos a tener paz y ante todo la familia, los hijos, el hogar.”*

P3: *“Mis sueños: tener una vejez bonita, saludable, digna con mucho amor; construir el lote que tengo; viajar y tener un círculo social muy armonioso.”*

Para las participantes, estos valores representan un estado de equilibrio emocional que les permite afrontar la vida con mayor serenidad, disminuir la importancia otorgada a situaciones generadoras de malestar y orientar sus decisiones hacia aquello que favorece su estabilidad personal. En este sentido, la paz y la tranquilidad adquieren un significado que trasciende la ausencia de conflicto, convirtiéndose en recursos internos que promueven una forma más consciente y armoniosa de relacionarse consigo mismas, con los demás y con su proyecto de vida.

La persistencia también aparece como un valor que las participantes reconocen como fundamental a lo largo de su proceso de enfermedad y remisión.

P5: *“Mi persistencia porque pienso que es algo que eventualmente hoy se está perdiendo. Entonces, si uno actúa con honestidad, si uno actúa bien, como con los principios y valores que a uno le inculcaron de pequeño, eso se va a reflejar.”*

P5: *“Para ser feliz con uno mismo uno puede tener esa armonía en su vida. Cuando uno se conoce, cuando uno está tranquilo con uno mismo, uno puede tener esa armonía.”*

A partir de sus experiencias, este valor se manifiesta mediante la decisión de continuar afrontando las dificultades, adaptarse a los cambios derivados del cáncer y mantener una actitud orientada hacia el logro de sus propósitos personales.

En conjunto, el diálogo del grupo focal permite observar que los valores sociales más relevantes para estas mujeres se encuentran relacionados con la posibilidad de vivir acompañadas, mantener relaciones afectivas significativas, actuar de acuerdo con principios personales y alcanzar una vida más tranquila y equilibrada. Aunque cada participante expresa estos valores desde su propia historia, sus intervenciones muestran puntos de encuentro que permiten comprenderlos como significados compartidos.

Lo más relevante es que estos valores parecen adquirir una nueva importancia después de la experiencia del cáncer. La enfermedad lleva a las participantes a reconocer con mayor claridad qué personas, relaciones y formas de vivir desean conservar.

La familia, el amor, la solidaridad, la paz y el equilibrio dejan de ser únicamente aspectos presentes en su vida cotidiana y se convierten en referentes para pensar cómo quieren vivir durante la remisión.

De esta manera, los valores sociales median la experiencia de estas mujeres dentro de su contexto porque influyen en la forma en que interpretan lo vivido y en las prioridades que construyen después del cáncer. El grupo focal permitió observar que la remisión no se vive solamente como el regreso a una vida anterior, sino también como una oportunidad para reorganizar aquello que consideran verdaderamente importante. En sus relatos, vivir con mayor tranquilidad, disfrutar a la familia y cuidar de sí mismas aparecen como formas de darle un nuevo sentido a la vida después de la enfermedad.

Mandatos culturales

Por último, en esta sexta categoría, las normas y expectativas que una sociedad transmite sobre la forma en que las personas deberían pensar, sentir y actuar son las representantes del análisis ya que, a través de estos, se construyen referentes que influyen en la manera de comprender las experiencias, asumir los diferentes roles e interpretar la propia realidad.

Los hallazgos muestran la persistencia de normas sociales que asocian el cuerpo femenino con atributos específicos de feminidad, belleza y atractivo físico. La pérdida del cabello, las pestañas o los senos adquiere una relevancia que trasciende lo corporal, pues implica confrontar representaciones culturales profundamente arraigadas sobre lo que significa ser mujer.

P1: *“Perder un seno no es fácil... para uno tener esa intimidad se siente uno como cohibido.”*

P4: *“Lo más duro que me dio fue las pestañas, porque yo también las tenía lindas.”*

P6: *“Lo más duro es uno perder su cabello.”*

Estas narrativas reflejan cómo las transformaciones corporales producidas por la enfermedad confrontan directamente los ideales culturales de feminidad. La preocupación no se limita a la apariencia física, sino que involucra aspectos relacionados con la autoestima, la identidad y la percepción de ser deseable para sí misma y para los demás.

No obstante, las participantes también describen procesos de resistencia frente a dichos mandatos. Algunas mujeres cuestionan las expectativas externas sobre cómo deberían verse o actuar durante la enfermedad, reivindicando el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos y experiencias.

P4: *“Ella me dijo: ‘Tienes que raparte ese cabello’. Y yo dije: ‘No le voy a obedecer, porque es mi cuerpo, es mi sentir’.”*

Esta afirmación evidencia una postura de autonomía frente a las presiones sociales y representa una forma de reconstrucción identitaria en la que la experiencia subjetiva adquiere mayor importancia que las expectativas culturales.

Finalmente, emerge un mandato relacionado con la fortaleza femenina. Varias participantes describen cómo las personas de su entorno esperaban que mantuvieran una actitud fuerte y resiliente, incluso cuando emocionalmente necesitaban apoyo y contención.

P6: *“Ellos me ven como muy fuerte. Pero en el fondo uno necesita un abrazo, una palabra de cariño.”*

La expectativa de fortaleza permanente puede convertirse en una carga adicional para las mujeres, pues limita la expresión abierta de la vulnerabilidad y las necesidades emocionales. Este hallazgo sugiere que, junto a los procesos de recuperación física, las participantes también enfrentan negociaciones constantes con los significados culturales asociados al rol femenino.

En el grupo focal, los mandatos culturales aparecen como expectativas sociales sobre cómo debe ser una mujer y cuáles responsabilidades debe asumir a lo largo de su vida. A diferencia de las entrevistas individuales, en este espacio las participantes no solo compartieron experiencias personales, sino que también reconocieron que muchas de las exigencias que habían vivido eran comunes entre ellas. Al escuchar las historias de las demás, identificaron que varias de las cargas que habían asumido durante años no respondían

únicamente a decisiones individuales, sino a formas de pensar aprendidas socialmente sobre el papel de la mujer.

De manera paralela, los relatos evidencian la presencia de mandatos culturales asociados a la fortaleza femenina, el sacrificio y la responsabilidad hacia los otros. Varias participantes describieron haber priorizado el trabajo, la familia o las obligaciones cotidianas por encima de sus propias necesidades físicas y emocionales, reproduciendo una lógica de cuidado centrada en los demás.

P1: *“Se me volvió como muy esclava al trabajo”.*

P3: *“En ningún momento pensaba: ‘Tengo que sentarme a descansar porque mi cuerpo lo necesita’”.*

P6: *“A mí nunca me ha gustado ser una carga para nadie”.*

Estos discursos reflejan un ideal cultural de mujer fuerte, autosuficiente y cuidadora, que puede dificultar el reconocimiento de la propia vulnerabilidad y retrasar prácticas de autocuidado. En el intercambio grupal, las participantes reconocieron cómo estas exigencias habían estado presentes en sus vidas antes del diagnóstico y cómo, posteriormente, debieron replantearlas para preservar su bienestar.

Asimismo, la fe y la espiritualidad aparecen como referentes culturales centrales para afrontar la enfermedad. La confianza en Dios se configura como una fuente de sentido, esperanza y fortaleza emocional frente a la incertidumbre del diagnóstico y el tratamiento.

P2: *“Le pido a mi Dios valor y firmeza y mucha fortaleza”.*

P4: *“Es algo indescriptible, de verdad. Cualquier pensamiento ahí está. Diosito”.*

P4: *“Yo había perdido mucho la fe en Dios y en esa semana retomé la fe”.*

En este contexto, la espiritualidad no solo opera como una creencia individual, sino como un recurso cultural compartido que permite resignificar la enfermedad y sostener emocionalmente el proceso de recuperación.

Uno de los mandatos que generó mayor reconocimiento fue la idea de que la mujer es la principal responsable de la crianza y del comportamiento de los hijos. Esta expectativa apareció de manera espontánea en varias intervenciones y fue retomada por otras

participantes, quienes coincidieron en que, cuando algo ocurre con los hijos, la responsabilidad suele recaer principalmente sobre la madre.

P1: *“Mientras que yo enderezaba el torcia, mientras que yo regañaba, él aplaudía... al final del cuento la mamá siempre fue la mala.”*

P6: *“Si un hijo falla en tal cosa es culpa de la mamá, que no estuvo pendiente, pero el papá nunca.”*

La relación entre estos relatos muestra que esta experiencia no es vivida como un caso aislado, sino como un mandato cultural compartido. Para las participantes, ser madre implica una responsabilidad que muchas veces supera el cuidado cotidiano, ya que también sienten que sobre ellas recae el juicio por las decisiones y comportamientos de sus hijos. En el grupo focal, esta coincidencia permitió que varias mujeres reconocieran que esa carga no provenía únicamente de sus experiencias familiares, sino también de una forma cultural de entender la maternidad.

Otro mandato que adquirió fuerza durante la conversación fue la idea de que una mujer debe responder exitosamente a todos los ámbitos de su vida al mismo tiempo. Mientras una participante describía esta exigencia, las demás asentían y complementaban la idea, mostrando que se trataba de una experiencia conocida por todas.

P6: *“La mujer tiene que ser 5 en todo: buen ama de casa, buena trabajadora, pendiente de los hijos. Para la sociedad esa es una mujer exitosa. No tiene derecho a nada, no puede tener falla.”*

La manera en que P6 resume esta expectativa resulta especialmente significativa porque condensa, en una sola frase, las múltiples demandas que históricamente se han atribuido al rol femenino. La expresión "tiene que ser 5 en todo" refleja la presión de cumplir simultáneamente con el trabajo, el cuidado del hogar, la crianza y las responsabilidades familiares, sin permitirse equivocarse o mostrar cansancio.

Durante el diálogo, esta idea no fue cuestionada por las demás participantes; por el contrario, fue reconocida como una realidad que muchas habían experimentado, convirtiéndose en uno de los momentos de mayor identificación colectiva dentro del grupo.

El grupo focal también permitió evidenciar que estos mandatos continúan presentes en otros espacios sociales.

P5: *“El profesor en la clase de madera empezó con su discurso de la fisionomía de las mujeres, que somos distintos... y no le entraba en la cabeza que el otro fuera solo padre, como uno decir: soy madre ama de casa.”*

Lo más significativo de este relato no es únicamente la situación vivida, sino la forma en que la participante la interpreta. P5 identifica estos comentarios como una expresión de machismo y toma distancia de ellos. Esto muestra que, aunque los mandatos culturales siguen presentes en distintos contextos sociales, las participantes ya no los aceptan de manera pasiva. La experiencia del cáncer, junto con sus trayectorias personales, parece favorecer una mirada más crítica sobre aquellas expectativas que durante mucho tiempo fueron asumidas como normales.

La conversación no solo permitió identificar los mandatos culturales que han acompañado la vida de estas mujeres, sino también observar un proceso de reflexión colectiva sobre ellas. Al escuchar experiencias similares, las participantes validaron emociones que muchas veces habían vivido en silencio y comenzaron a diferenciar entre aquello que realmente desean para sus vidas y aquello que la sociedad espera de ellas.

Además, se identificó que algunas participantes cuestionan activamente ciertos discursos sociales asociados al cáncer, particularmente aquellos que vinculan la enfermedad con la muerte, la incapacidad o la pérdida total de la calidad de vida. Frente a estos imaginarios, las mujeres construyen narrativas alternativas basadas en la resiliencia, la supervivencia y la transformación personal.

P1: *“Esas personas son las que tienen más fuerza de voluntad para salir”.*

P2: *“No psicosearse inmediatamente que ya se acabó la vida, que ya tiene que morirse”.*

La interacción grupal favoreció la validación colectiva de estas nuevas formas de comprender la enfermedad, evidenciando que los valores sociales no son estáticos, sino que pueden ser resignificados a partir de la experiencia compartida. En consecuencia, las creencias, los mandatos de género, la espiritualidad y los discursos sociales sobre el cáncer constituyen elementos que median profundamente la experiencia de las mujeres en remisión completa, influyendo tanto en la manera de interpretar la enfermedad como en los procesos de adaptación y reconstrucción de sus proyectos de vida.

Así, los mandatos culturales median la experiencia de las mujeres con cáncer de mama en remisión completa porque influyen en la forma en que interpretan sus responsabilidades, sus relaciones y su propio lugar dentro de la familia y la sociedad. Sin embargo, los resultados muestran que la remisión también puede convertirse en un momento para cuestionar estas exigencias y reconstruir una forma de vivir más acorde con sus propias necesidades y prioridades.

Las participantes lograron visibilizar que, cuando estas experiencias se comparten, dejan de entenderse como problemas individuales y pasan a reconocerse como realidades sociales que afectan la manera en que muchas mujeres viven y se relacionan consigo mismas.

Categorías emergentes

En el proceso de sistematización, análisis e interpretación de las narrativas, emergieron elementos que desbordaban las categorías originales derivadas del marco teórico, lo que permitió a las investigadoras descubrir otras categorías que a la vez de ampliar el marco de comprensión, se constituyen en un aporte del estudio.

El análisis categorial de las entrevistas individuales permitió identificar tres (3) categorías emergentes: (a) fuentes de bienestar, (b) historia de vida y (c) impacto emocional.

De manera complementaria, el análisis del grupo focal posibilitó la identificación de dos categorías emergentes adicionales, denominadas (d) resiliencia y (e) red de apoyo. Estas categorías fueron construidas e interpretadas por las investigadoras a partir de las narrativas de las participantes.

En este apartado se describen las categorías desde la comprensión desarrollada por las investigadoras, mientras que la articulación con los aportes teóricos de diferentes autores se realizará posteriormente en la discusión de resultados, con el propósito de profundizar su interpretación y alcance conceptual.

Fuentes de bienestar

Las fuentes de bienestar hacen referencia al conjunto de recursos y prácticas que favorecen el cuidado personal, la adaptación emocional y la consolidación de hábitos saludables durante la etapa de supervivencia al cáncer. Estas incluyen acciones orientadas al mantenimiento de la actividad física, la regulación emocional, el fortalecimiento de los

vínculos afectivos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento que contribuyen al bienestar físico, emocional y social de las mujeres tras finalizar el tratamiento oncológico.

Lo que hace relevante esta categoría no es únicamente su contenido —qué hace cada mujer para estar bien—, sino la función que estas prácticas cumplen en su vida cotidiana: son actos de reafirmación de la propia existencia, pequeñas victorias diarias sobre la enfermedad y el miedo que esta dejó instalados.

Para algunas participantes, la actividad física no se describe como una obligación médica ni como un medio para mantener el peso o la salud cardiovascular, sino como un espacio subjetivo de liberación: un tiempo en el que la mente se vacía de preocupaciones y el cuerpo retoma el protagonismo. Esta función psicológica del ejercicio —más que la física— es la que las participantes destacan con mayor énfasis.

P1: *“Del tema del gimnasio es para olvidar un poco de lo que pasa durante el día. Llego al gimnasio y se me olvida que hay trabajo. Es como ese espacio que tengo para dedicarme y no pensar en nada, sino en el momento que estoy, se me vuelve la mente en blanco.”*

P1: *“No pienso en nada, sino hacer mi deporte, y sale uno como más recargado otra vez para empezar el día de trabajo.”*

P4: *“Sí, yo viajo constantemente, pero mi rutina mientras esté acá en Bogotá es caminar hacia donde mi mamá y devolverme caminando al apartamento.”*

Para P4, caminar es a la vez ejercicio, vínculo afectivo —el trayecto hacia su mamá— y rutina estructurante. Esta integración de lo físico, lo relacional y lo cotidiano en una misma práctica ilustra cómo las fuentes de bienestar raramente son unidimensionales: se nutren simultáneamente de varias dimensiones del bienestar.

Una fuente de bienestar que aparece de manera consistente en las narrativas es la orientación intencional del pensamiento hacia lo positivo. A diferencia de un optimismo ingenuo o una negación del sufrimiento, las participantes describen el pensamiento positivo como un esfuerzo deliberado, una decisión que se toma frente a los comentarios, circunstancias o pensamientos que podrían deteriorar el estado emocional.

P4: *“Tiene que uno, de todas maneras, su mentecita, actitud positiva, eso sí es lo único, lo único superior a la medicina.”*

P5: *“La verdad, trato de no escuchar esos comentarios negativos en ningún aspecto de mi vida, no dejo que entren.”*

La afirmación de P4 es contundente: sitúa la actitud positiva “por encima de la medicina”, no en un sentido de negación del tratamiento médico, sino de reconocimiento de que ninguna intervención externa puede sustituir la disposición interna hacia la vida. Esta creencia, lejos de ser una simplificación, refleja una elaboración subjetiva profunda sobre la relación entre mente y cuerpo que la experiencia oncológica ha consolidado.

Un núcleo particularmente llamativo en la narrativa de P5 es la identificación del bienestar con la reducción deliberada de demandas y compromisos. Tras el diagnóstico, esta participante describe un proceso de depuración de su vida: soltar lo que sobra, no acumular obligaciones, vivir dentro de lo que realmente importa. Esta simplificación no es resignación, sino una estrategia activa de mantenimiento del equilibrio emocional.

P5: *“Lo que la vida me traiga, bienvenido es y eso voy a ejecutar. No voy a ir más allá de lo que me llaman, porque empiezo a llenar de cosas y me limita el tiempo con mi hija.”*

P5: *“No voy a empezar ahora a competir con los chinos de 30 o las firmas o con mis compañeros que todavía siguen en el mercado, porque no ha sido mi naturaleza y no lo voy a hacer.”*

P5: *“Si no tengo esa ansiedad de acumularme y que tengo que pagar 80 cosas, entonces siempre llega el dinero de alguna manera.”*

La frase “lo que la vida me traiga, bienvenido es” no es una expresión de pasividad, sino de una filosofía de vida elaborada tras la enfermedad: la apertura a lo que viene, sin la angustia de controlarlo todo.

P5 describe con claridad que antes del diagnóstico operaba bajo una lógica de acumulación y competencia que el cáncer interrumpió, y que hoy reconoce como fuente de malestar. La remisión ha sido la oportunidad para instalar una lógica diferente, más sostenible y más alineada con su propio ritmo.

Para varias participantes, el bienestar no se construye únicamente desde el interior, sino en la relación con quienes aman. Los hijos, el esposo, los padres aparecen no solo como motivaciones para las metas —como se analizó en secciones anteriores— sino como fuentes

directas de bienestar en la vida cotidiana: cuidar, cocinar, acompañar son prácticas que generan un estado de plenitud que estas mujeres describen con claridad.

P6: *“Mis hijos, mi mayor motivación.”*

P6: *“Cocinar, hacerle sentir a las personas que yo los amo por medio de eso y verlos contentos a mí me hace feliz.”*

P6: *“Mi rutina es levantarme a las 5, preparar el almuerzo para mi esposo, para mi hija...”*

La descripción de P6 es significativa en varios sentidos. Primero, porque sitúa el bienestar en un acto cotidiano y aparentemente menor —cocinar— que sin embargo está cargado de afecto y de intención: es un gesto de amor en forma de alimento.

Segundo, porque la rutina matutina —levantarse a las 5, preparar el almuerzo— no se describe como una carga, sino como una estructura que da sentido al día y que conecta a P6 con quienes ama. La rutina de cuidado es, para ella, una fuente activa de bienestar.

P5: *“Siempre he sido la luz de sus ojos, como él dice, su niña consentida. Me gustaría que mi papá alcanzara a ver eso. Él tiene 88 años, y yo temo mucho por él, temo que un día me llamen y me digan: ya no está.”*

P5: *“Mi papá empezó a recordar cuando él era pequeño y su tío tenía una carpintería. Él quiere verme allá con los alumnos.”*

En el caso de P5, el bienestar se construye también en el deseo de que su padre sea testigo de sus logros. Esta dimensión generacional —la mirada del padre como espejo y como horizonte— añade una capa de complejidad a las fuentes de bienestar: no solo se trata de estar bien, sino de que quienes nos importan puedan verlo.

El vínculo afectivo con el padre es simultáneamente fuente de bienestar y de vulnerabilidad: el miedo a perderlo convive con el deseo de compartir con él lo que está por venir.

Los hallazgos de esta categoría emergente revelan que el bienestar en la etapa de remisión no es un estado que se alcanza de una vez, sino una construcción activa y cotidiana que se sostiene en prácticas concretas: mover el cuerpo, filtrar los pensamientos negativos, simplificar las obligaciones, cocinar para quienes se ama, caminar hacia la madre. Lo que

tienen en común estas prácticas es su carácter intencional: ninguna ocurre por inercia. Son decisiones que estas mujeres toman cada día, pequeñas formas de afirmar que la vida vale la pena y que el cuerpo que sobrevivió al cáncer merece ser cuidado.

En el marco del grupo focal, el bienestar deja de ser un asunto estrictamente individual para convertirse en un reconocimiento mutuo y una validación compartida: al escuchar a las otras nombrar aquello que las sostiene, cada participante encuentra espejos de su propia experiencia y refuerza la legitimidad de sus propias prácticas.

Un primer núcleo de esta categoría lo constituye el amor propio y la autonomía emocional como fuentes fundamentales de bienestar. En el diálogo grupal, se expresa con claridad una verdad que parece haber sido aprendida en el crisol de la enfermedad.

P1: *“Cuando no aprende a quererse uno mismo, uno tiene que estar dependiendo siempre de las personas... cuando uno aprende a amarse uno mismo, aprende a amar la soledad, aprende a amar la tranquilidad”.*

P4: *“Yo con el tiempo, llevo 12 años felizmente separada y con lo que me ha enseñado, que uno no necesita de otra persona para ser feliz, la felicidad la da uno mismo... la felicidad me la estoy dando yo misma”.*

P5: *“Cuando uno se conoce, cuando uno está tranquilo con uno mismo, uno puede tener esa armonía en su vida, porque si no va a tener de otra persona”. El conocimiento de sí misma, la tranquilidad interior, se convierten así en condiciones de posibilidad para cualquier bienestar duradero.*

Estas afirmaciones evidencian un proceso de transformación subjetiva caracterizado por el tránsito desde la dependencia afectiva y la búsqueda de validación externa hacia una mayor autonomía personal y bienestar psicológico.

En este sentido, la experiencia de la separación y del cáncer representó para P4 una oportunidad para resignificar su relación consigo misma, reconociéndose como la principal fuente de su propio bienestar.

Desde esta perspectiva, el bienestar deja de concebirse como una condición dependiente de factores externos para comprenderse como una construcción interna, sustentada en el autoconocimiento, la tranquilidad interior y el fortalecimiento de recursos personales que favorecen una sensación de estabilidad y bienestar más perdurable.

Un segundo núcleo que emerge con fuerza en el grupo focal es el bienestar como equilibrio entre dimensiones fundamentales de la vida. Las participantes no conciben el bienestar como algo unidimensional, sino como una balanza que integra lo físico, lo espiritual y lo relacional.

P6: *“Para mí es como una balanza, entre salud, paz espiritual y amor familiar, yo digo que las cosas materiales pues se consiguen, pero una buena familia, una que le dé como esa paz, como ese amor, es muy difícil”.*

P5: *“Pienso que comunicarse, cuando uno se comunica adecuadamente, puede conservar ese equilibrio y esa paz, porque a veces uno actúa de una manera que no se da cuenta que hiere a otros y eso a ti te afecta emocionalmente”.*

La imagen de la balanza —salud, paz espiritual, amor familiar y comunicación— captura con precisión la estructura tripartita del bienestar para estas mujeres. Ninguno de estos ejes es prescindible; todos deben ser cuidados y equilibrados en donde lo material aparece como secundario, casi como un medio y no como un fin.

Un tercer núcleo de esta categoría se refiere a la valoración de la tranquilidad y la suavidad como bienes supremos. Las participantes, que han vivido el vértigo del diagnóstico, el rigor de los tratamientos y la incertidumbre de la remisión, sitúan la paz interior como el anhelo más profundo y la fuente de bienestar más preciada.

P1: *“Cuando uno aprende a amarse uno mismo, aprende a amar la soledad, aprende a amar la tranquilidad.”*

P4: *“Yo con el tiempo, llevo 12 años felizmente separada y con lo que me ha enseñado, que uno no necesita de otra persona para ser feliz, la felicidad la da uno mismo... la felicidad me la estoy dando yo misma.”*

P5: *“Cuando uno se conoce, cuando uno está tranquilo con uno mismo, uno puede tener esa armonía en su vida, porque si no va a tener de otra persona.”*

La tranquilidad emerge como una experiencia que trasciende la ausencia de problemas para convertirse en una forma de relacionarse consigo mismas y con la vida cotidiana. En los relatos de las participantes, esta se construye a partir del autoconocimiento, la aceptación personal y la capacidad de encontrar bienestar sin depender de circunstancias o validaciones externas.

En este sentido, la enfermedad parece haber favorecido una transformación en la manera de comprender aquello que verdaderamente aporta calidad de vida, desplazando el énfasis desde la búsqueda constante de respuestas externas hacia la consolidación de recursos internos.

En conjunto, los hallazgos de esta categoría evidencian que el bienestar, para las mujeres en remisión completada de cáncer de mama, constituye una construcción dinámica que trasciende la recuperación física y se configura como un proceso continuo de resignificación de la propia vida.

Lejos de entenderse como un estado asociado exclusivamente a la ausencia de enfermedad, el bienestar emerge como el resultado de una relación más consciente consigo mismas, del equilibrio entre las dimensiones física, emocional, espiritual y relacional, y de la decisión deliberada de priorizar la tranquilidad, el autocuidado y los vínculos significativos.

Historia de vida

La categoría historia de vida permite comprender cómo las experiencias acumuladas a lo largo del ciclo vital influyen en la manera en que las participantes interpretan su realidad actual y proyectan su futuro. A través de sus narrativas, aspectos como la infancia, las relaciones familiares, la vida en pareja y otros acontecimientos significativos adquieren un papel central en la construcción de significado frente a la experiencia del cáncer. En este sentido, la historia de vida se configura como un recurso desde el cual las mujeres resignifican sus vivencias y reconstruyen el sentido de su trayectoria personal.

Un primer núcleo temático de esta categoría lo constituye la presencia estructurante de las figuras parentales, particularmente la madre y el padre, cuyos legados operan como modelos de conducta, fuentes de fortaleza y, en ocasiones, como espejos de dolor que permiten comprender la propia enfermedad. La figura materna aparece con una fuerza particular, no solo como proveedora de cuidados, sino como transmisora de valores esenciales.

P2: *“Primera, mi mamá. Ella fue muy, muy, ¿qué le digo? Me dejó el ejemplo. Yo tengo el ejemplo de ella tal vez, porque ella era muy, muy generosa. Ella con todo el mundo quería compartir, quería servir... Ella era muy, muy generosa. Y también porque ya a mí,*

nosotros somos varias hermanas, pero ella me dio buen colegio a mí me pagó ella, a mí ella con trabajo de ella”.

P5: *“En mi infancia, mi mamá significó mucho. Eso fue un bastión importante en mi vida...”*

P5: *“mi papa siempre ha sido una constante”*

P5: *“El día que yo recibí el examen de la Santa Fe, mi papá estaba conmigo. Y fue un choque durísimo porque, pues, mi mamá falleció de cáncer”.*

P5: *“Mi papá empezó a recordar cuando él era pequeño y su tío tenía una carpintería... Él quiere verme allá con los alumnos”*

En las narrativas de las participantes, y particularmente en el caso de P5, la historia de vida se configura a partir de experiencias familiares que han influido significativamente en la manera de comprender su trayectoria personal. En su relato, tanto la figura materna como la paterna ocupan un lugar central en la construcción de su identidad y en el significado atribuido a su experiencia de vida. Mientras el afecto y el apoyo de ambos padres constituyen referentes emocionales fundamentales, el antecedente del cáncer en el contexto familiar confiere a su propio diagnóstico una carga simbólica y emocional que trasciende la vivencia individual, integrándose a la historia compartida de su familia.

Un segundo núcleo relevante es la irrupción de experiencias tempranas de trabajo y autonomía forzada, que aparecen como antecedentes de una vida marcada por la responsabilidad y el esfuerzo, y que contrastan con la necesidad de autocuidado que emerge tras el cáncer.

P1: *“Aprendí a trabajar desde muy niña...en una casa de familia donde... Los dueños eran unos esmeralderos, o sea, la esposa y... O sea, la señora y el señor eran esmeralderos... y ellos no tenían hijos. Entonces, yo entré a trabajar ahí, ellos tenían mascotas, tenían dos perritos, pero trabajé con ellos más o menos dos añitos porque ellos no, se fueron del país”.*

P3: *“Mi infancia fue muy bonita...”*

P3: *“Entonces, yo no escuchaba música para directamente infantil, sino escuchaba la música de los adultos. Por eso se me dificulta un poco. Y pasé, no, pasé de mi infancia a, a la adultez, no tuve adolescencia. Yo empecé a trabajar a los 14 años”.*

Las narrativas de las participantes evidencian que el trabajo apareció desde edades tempranas como una respuesta a las circunstancias familiares y económicas, convirtiéndose en un elemento estructurante de sus trayectorias de vida. Lejos de representar únicamente una actividad productiva, el trabajo asumió un significado asociado a la responsabilidad, la autonomía y la capacidad de afrontar las dificultades, configurando identidades caracterizadas por la autosuficiencia y el compromiso con los demás.

En este sentido, las experiencias de P1 y P3 muestran cómo la incorporación precoz al mundo laboral implicó asumir responsabilidades propias de la vida adulta en etapas tempranas del desarrollo. Estas vivencias favorecieron la construcción de recursos personales orientados a la perseverancia y al esfuerzo constante, pero también consolidaron formas de vida en las que las necesidades personales tendieron a quedar subordinadas a las demandas familiares, económicas o laborales.

La experiencia del cáncer introduce una ruptura significativa en esta trayectoria. Aquello que durante años fue interpretado como fortaleza —trabajar sin descanso, responder permanentemente a las exigencias del entorno y sostener a los otros— comienza a ser resignificado a partir de la enfermedad.

A partir de estos hallazgos, puede comprenderse que la historia de vida constituye un marco fundamental para interpretar los procesos de resignificación experimentados por las mujeres en remisión completa de cáncer de mama.

Las experiencias acumuladas a lo largo de su trayectoria, los vínculos familiares, las pérdidas, las responsabilidades asumidas desde edades tempranas y los aprendizajes construidos en distintos momentos del ciclo vital configuran recursos de significado que orientan la forma en que interpretan la enfermedad y reorganizan sus proyectos de vida. En este sentido, el cáncer no emerge como un acontecimiento aislado, sino como una experiencia que se integra a una biografía previamente construida, reconfigurando el sentido de vivencias pasadas y favoreciendo nuevas formas de comprenderse a sí mismas, valorar su recorrido y proyectar un futuro más coherente con sus necesidades, capacidades y prioridades actuales.

Impacto emocional

La categoría impacto emocional reúne las experiencias emocionales que las participantes vivieron a partir del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. En sus

relatos, estas experiencias se relacionan con los cambios que trajo consigo la enfermedad, las preocupaciones frente al futuro y la necesidad de adaptarse a una nueva realidad. Así, el impacto emocional refleja la forma en que cada mujer experimentó, comprendió y dio sentido a este proceso desde su propia historia de vida.

Lo que hace significativa esta categoría no es únicamente la presencia del sufrimiento emocional, sino la manera en que las participantes narran aquellos momentos que marcaron profundamente su experiencia con la enfermedad. En sus relatos, el impacto emocional aparece asociado tanto a los cambios visibles del cuerpo como a la amenaza constante de una posible recaída, situaciones que confrontan a las mujeres con sus temores más profundos y con la necesidad de reconstruir su sentido de identidad.

Para P1, uno de los momentos emocionalmente más difíciles estuvo relacionado con la pérdida de las cejas durante el tratamiento. Más allá de la modificación física, este cambio representó una ruptura con la imagen que tenía de sí misma y un encuentro doloroso con los efectos visibles de la enfermedad.

P1: *“Las cejas fue una algo... yo no me miraba en el espejo, pero cuando me llegué a mirar, yo me miré sin cejas y yo sentí que, Dios mío, sentí que, en ese momento, se me dije: ‘No, eso se acabó la vida’.”*

P1: *“Me dio por mirarme en el espejo y no tenía cejas, y me puse a llorar y decía: ‘Me parezco un marciano’ (...) entonces me veía rara.”*

La expresión “eso se acabó la vida” evidencia la intensidad emocional que adquirió este cambio físico para la participante. La pérdida de las cejas no fue experimentada únicamente como una consecuencia estética del tratamiento, sino como un símbolo tangible de la enfermedad y de la transformación de su identidad corporal. Asimismo, la evitación inicial del espejo refleja una estrategia de protección frente a una imagen que resultaba difícil de reconocer y aceptar.

Sin embargo, dentro de esta experiencia también emerge una búsqueda de recuperación simbólica. El hecho de encontrar una solución mediante el maquillaje de las cejas representa más que una intervención estética: constituye una forma de recuperar el control sobre la propia imagen y disminuir el malestar emocional asociado a la transformación física.

Por otra parte, en el relato de P4, el impacto emocional aparece vinculado a la posibilidad de una recaída. La sospecha inicial de una metástasis generó una experiencia de desesperanza que puso en cuestión los esfuerzos realizados durante el proceso de recuperación.

P4: *“Duro, muy, muy fuerte. Es más, yo al año que me hicieron el control, me salió que me había hecho metástasis en el otro seno. Y yo dije, yo no quiero nada, nada, nada, nada, nada. Dios, haga conmigo lo que quiera.”*

P4: *“El sufrimiento. Mucho, mucho sufrimiento.”*

La reacción de P4 refleja el profundo impacto psicológico que puede generar la incertidumbre médica incluso después de haber finalizado el tratamiento. La posibilidad de una recaída reactiva temores previamente vividos y puede producir sentimientos de impotencia, agotamiento emocional y pérdida temporal de sentido. La reiteración de la palabra “nada” expresa un estado de desesperanza extrema, mientras que la referencia al sufrimiento como elemento central de la experiencia evidencia la magnitud emocional que adquirió este acontecimiento en su trayectoria vital.

No obstante, el relato también muestra la relevancia de los recursos de afrontamiento y del apoyo social en la regulación emocional. La intervención de su nuera, quien la motivó a buscar una segunda opinión médica, permitió cuestionar el diagnóstico inicial y recuperar la esperanza. De igual manera, la participante señala que durante ese periodo retomó su fe religiosa, encontrando en ella una fuente de fortaleza para afrontar la incertidumbre.

De manera diferente, en el caso de P6 el impacto emocional trasciende la enfermedad en sí misma y se manifiesta en la esfera de las relaciones personales y de pareja. La experiencia del cáncer se convierte en un punto de inflexión que la lleva a cuestionar aspectos de su vida que permanecían sin resolver antes del diagnóstico, generando un proceso de reflexión sobre sus vínculos afectivos y las decisiones que debía tomar.

P6: *“En el plano sentimental con mi esposo, llevamos 23 años, pero han ocurrido cosas que como que me han aterrizado. ¿Por qué no tomé una decisión hace 10 o 12 años?”*

P6: *“Mi esposo ha estado ahí, pero no como... presente. Está ahí.”*

En estas narrativas, el impacto emocional no se encuentra únicamente asociado al temor por la enfermedad, sino también a la reevaluación de la relación de pareja. Aunque la

participante reconoce la presencia física de su esposo durante el proceso, la expresión “está ahí, pero no como... presente” evidencia una percepción de ausencia emocional en un momento de especial vulnerabilidad. Esta experiencia refleja que el acompañamiento no depende exclusivamente de la cercanía física, sino también de la disponibilidad afectiva y del soporte emocional percibido, elementos que adquieren una importancia fundamental durante el afrontamiento del cáncer de mama.

Asimismo, el relato muestra cómo la enfermedad favorece procesos de introspección que llevan a resignificar la propia trayectoria de vida. El cuestionamiento sobre decisiones que no fueron tomadas con anterioridad revela que la experiencia oncológica puede actuar como un acontecimiento que confronta a las personas con aspectos de su historia personal que permanecían postergados, impulsando la necesidad de replantear prioridades y proyectar cambios en el futuro.

P6: *“Sé que debo tomar una decisión, pero quiero tomarme mi tiempo.”*

P6: *“Yo no le dije a nadie... yo llegué a la casa y no le dije a nadie.”*

Estas expresiones evidencian que el impacto emocional también puede manifestarse mediante el aislamiento y la dificultad para comunicar lo que se está viviendo. El hecho de guardar para sí misma la información y posponer la comunicación con sus seres cercanos puede interpretarse como una estrategia para elaborar la experiencia antes de compartirla con los demás, así como una forma de protegerse frente a la carga emocional que implicaba enfrentar simultáneamente la enfermedad y los conflictos personales.

De esta manera, el relato de P6 amplía la comprensión del impacto emocional al mostrar que el cáncer de mama no solo transforma la relación con el cuerpo, sino también la manera en que las mujeres revisan sus vínculos afectivos enfrenta decisiones significativas y gestionan emocionalmente su experiencia.

En conjunto, los relatos evidencian que el impacto emocional del cáncer de mama trasciende las consecuencias físicas de la enfermedad. Las experiencias narradas muestran cómo los cambios corporales, el miedo a la recaída y la incertidumbre sobre el futuro pueden generar profundas afectaciones emocionales; sin embargo, también revelan la capacidad de las mujeres para desarrollar recursos de adaptación, resignificar las experiencias difíciles y reconstruir progresivamente su bienestar emocional.

Ahora bien, dentro del grupo focal esta categoría no es únicamente la descripción del sufrimiento emocional, sino el movimiento que las participantes hacen a partir de él: la manera en que nombran lo que perdieron, lo que recuperaron y lo que aprendieron a sostener. En estas narrativas, la emoción no es solo una reacción pasiva ante la enfermedad, sino el territorio en el que se negocia la relación con el propio cuerpo, con el tiempo y con el sentido de la vida.

Para varias participantes, el impacto emocional más significativo no estuvo ligado al diagnóstico en sí, sino a los cambios concretos que el tratamiento dejó sobre el cuerpo. La pérdida parcial o total del busto, la caída del cabello, la desaparición de las cejas: estas transformaciones físicas funcionaron como interrupciones abruptas en la relación habitual con la propia imagen, obligando a cada mujer a renegociar qué significaba verse al espejo.

P1: *"Que, porque no tuve cabello, no importa eso sale, porque no tuve unas cejas o unas pestañas, porque las cejas me dio duro, pero las cejas si me dio durísimo, porque no tener cejas yo me miraba al espejo yo sentí que parecía un marciano, horrible, pero, pero todo sale, todo renace, todo se puede... una prótesis, todo eso, pero la tranquilidad no tiene precio."*

P3: *"Gratitud por volver a sentir las emociones de tener mi busto, porque a mí me lo retiraron, parte de él... Ten paciencia, vas a estar muy bien. A pesar de los años que tienes, estar viva."*

La descripción de P1 es reveladora en su aparente paradoja: comienza enumerando pérdidas —el cabello, las cejas, las pestañas— y termina afirmando que todo sale y todo renace. Esta estructura narrativa no es una minimización del sufrimiento, sino una elaboración activa de él: P1 transita, en pocas palabras, del impacto a la recuperación. La expresión "la tranquilidad no tiene precio" no aparece al inicio de ese trayecto, sino al final, como conclusión ganada tras haberlo recorrido. En este sentido, el impacto emocional no se niega ni se evita; se atraviesa.

Las narrativas de P1 y P3 permiten comprender que el impacto emocional asociado al cáncer de mama no se limita al sufrimiento experimentado durante la enfermedad, sino que constituye un proceso dinámico de elaboración y resignificación. En el caso de P1, su relato resulta especialmente significativo al iniciar con la descripción de las pérdidas físicas —como el cabello, las cejas y las pestañas— y concluir con la idea de que todo vuelve a crecer. Esta

secuencia narrativa evidencia un tránsito desde el impacto inicial hacia la recuperación, donde expresiones como "la tranquilidad no tiene precio" representan una comprensión construida a partir de la experiencia vivida.

De manera similar, P3 incorpora la gratitud como una respuesta emocional que emerge tras recuperar aquello que la enfermedad había transformado, otorgando un profundo significado al hecho de volver a sentirse completa. Asimismo, el mensaje que dirige a su propia experiencia —"ten paciencia, vas a estar muy bien"— refleja una actitud de comprensión, esperanza y cuidado hacia sí misma, evidenciando un proceso de elaboración emocional en el que las vivencias dolorosas son integradas y resignificadas.

En conjunto, ambas narrativas muestran que el impacto emocional no desaparece ni se niega; por el contrario, es atravesado, comprendido e incorporado como parte de una experiencia que transforma la manera en que las participantes se relacionan consigo mismas y con su historia de vida.

El análisis del grupo focal reafirmó las categorías identificadas previamente en las entrevistas individuales y, al mismo tiempo, permitió la emergencia de dos nuevas categorías: (d) resiliencia y (e) red de apoyo. Estas no fueron evidentes en los relatos individuales, sino que surgieron a partir de la interacción y el intercambio de experiencias entre las participantes, lo que favoreció la construcción de significados compartidos sobre el proceso de enfermedad y remisión.

Resiliencia

La categoría resiliencia hace referencia a la capacidad de las participantes para afrontar la experiencia del cáncer, adaptarse a los cambios que esta implica y reconstruir el sentido de sus vidas a partir de lo vivido. Más que superar la adversidad, la resiliencia representa un proceso de transformación personal que favorece nuevas formas de comprenderse a sí mismas, relacionarse con los demás y proyectarse hacia el futuro.

Lo que distingue esta categoría dentro del conjunto de hallazgos no es la ausencia del sufrimiento, sino la dirección que las participantes le imprimen: el dolor de la experiencia oncológica no se cancela, sino que se convierte en materia prima para un aprendizaje que ellas mismas describen como irreversible.

Una de las principales experiencias se define como la resignificación de la enfermedad como aprendizaje. En varias narrativas, el cáncer aparece no solo como evento que interrumpió la vida, sino como experiencia que la transformó en una dirección que hoy las participantes valoran.

P1: *"Esta enfermedad que me dio, yo le agradezco de pronto mucho, yo no ocupo a nadie porque cuando yo sufrí de mi enfermedad yo le di muchas gracias a Dios, porque si a mí me mandó, bueno, esa enfermedad apareció en mi cuerpo es para yo aprender a quererme, a amarme como soy... la tranquilidad no tiene precio."*

La estructura de esta afirmación es significativa: P1 no agradece haber sobrevivido al cáncer —lo que sería comprensible—, sino que agradece al cáncer mismo, por lo que le enseñó.

Para P1, ese cambio se concreta en el aprendizaje de quererse y de valorar la tranquilidad como bien supremo —una meta que, como se analizó en secciones anteriores, orienta hoy su vida de manera central.

Otro aspecto que configura la resiliencia es el reconocimiento de que la experiencia del cáncer no se vive en soledad. En las narrativas de las participantes, esta dimensión relacional emerge como un recurso que fortalece el afrontamiento de la enfermedad, al favorecer el acompañamiento, la comprensión y el intercambio de experiencias con otras personas que han vivido situaciones similares. Esta perspectiva se evidencia con claridad en la narrativa de P5.

P5: *"No soy la única con estas experiencias, somos una gran comunidad que hoy aprendemos a encontrar los apoyos adecuados para no desfallecer a la primera barrera."*

La frase de P5 es al mismo tiempo un hallazgo personal y una declaración colectiva: el descubrimiento de que la experiencia propia no es excepcional ni aislada, sino parte de un tejido más amplio de mujeres que han recorrido caminos similares. Esta conciencia de comunidad no solo amortigua el peso de la experiencia individual, sino que la transforma en recurso: saber que otras han encontrado apoyos adecuados instala la posibilidad de encontrarlos también.

Los hallazgos de esta categoría emergente revelan que el impacto emocional y la resiliencia no son fenómenos opuestos ni secuenciales en las narrativas de estas mujeres, sino dimensiones que coexisten y se articulan: el impacto emocional abre el espacio en el que la resiliencia se construye. La pérdida del busto, la ausencia de las cejas, el miedo que dejó instalado el diagnóstico: nada de esto desaparece del relato; todo ello se integra como parte de una experiencia que las participantes han aprendido a sostener, nombrar y, en algunos casos, agradecer.

Red de apoyo

La categoría red de apoyo hace referencia al conjunto de personas y vínculos significativos que acompañan a las mujeres durante su proceso de enfermedad y remisión. Esta red incluye el apoyo brindado por la familia, la pareja, las amistades y otros espacios de acompañamiento, los cuales contribuyen a afrontar las dificultades, fortalecer los recursos personales y facilitar la adaptación a los cambios derivados de la experiencia del cáncer. En este sentido, la red de apoyo constituye un elemento fundamental en la reconstrucción de la vida después de la enfermedad.

Lo que hace especialmente significativa esta categoría en las narrativas de las participantes no es únicamente la presencia de personas que acompañan, sino la manera en que esos vínculos adquieren nuevos significados a partir de la experiencia oncológica. En muchos casos, la enfermedad no solo puso a prueba las relaciones existentes, sino que permitió reconocer quiénes permanecieron cerca, quiénes se alejaron y cuáles vínculos adquirieron una profundidad inesperada.

Dentro de las narrativas de las participantes, el apoyo familiar emerge como uno de los principales recursos de acompañamiento durante el tratamiento y la recuperación. Los hijos, padres, madres y otros integrantes de la familia son descritos como figuras fundamentales para afrontar la incertidumbre del diagnóstico y las exigencias derivadas del proceso oncológico.

P1: *"Mi hija lo tomó al comienzo mal, pero fue un apoyo ahí; hasta hoy en día sigue siendo un apoyo. Nos hizo unir más como mamá e hija, porque de verdad estábamos muy separadas."*

P2: *"Somos muy unidos, compartimos, viajamos, yo me llevo bien con mis nueras, con las esposas de mis hijos... Tengo tres hijos y seis nietos y esos son mi vida."*

P3: *"Para mi familia fue duro. Pero nunca perdieron esa fe y esa esperanza de que yo me iba a recuperar. Siempre estuvieron ahí de una u otra forma."*

P2: *"Yo fui con mi hijo menor. Él me acompañó cuando el doctor me dio la noticia."*

Estos relatos evidencian que el apoyo familiar trasciende la ayuda práctica y se convierte en una experiencia de presencia emocional. En el caso de P1, la enfermedad aparece incluso como un punto de inflexión que permitió reconstruir una relación que anteriormente se encontraba distante. La experiencia oncológica no solo movilizó recursos de cuidado, sino que generó nuevas formas de cercanía afectiva que permanecen aún en la etapa de remisión.

Además del acompañamiento recibido durante el diagnóstico, las narrativas muestran que el apoyo familiar se sustenta en vínculos construidos a lo largo del tiempo. En el relato de P2, la familia no aparece únicamente como un recurso disponible frente a la enfermedad, sino como un espacio cotidiano de pertenencia, cercanía y afecto. La manera en que describe la relación con sus hijos, nietos y nueras refleja una red familiar cohesionada que trasciende los momentos de crisis y constituye una fuente permanente de bienestar emocional.

Desde esta perspectiva, el apoyo no se limita a acciones concretas de cuidado, sino que se fundamenta en la calidad de las relaciones y en el sentido de unidad construido a lo largo de la vida.

Otro aspecto identificado se relaciona con el apoyo entendido como una experiencia de compañía frente a la incertidumbre. Varias participantes describen el valor de no enfrentar solas el proceso, especialmente en momentos críticos como el diagnóstico, las cirugías o los tratamientos.

P5: *"Mi papá estaba conmigo. Y fue un choque durísimo porque mi mamá había fallecido de cáncer."*

P2: *"Mi hijo me acompañó cuando me dieron el resultado."*

La relevancia de estas narrativas radica en que la compañía aparece como un elemento que amortigua el impacto emocional de la enfermedad. La presencia de un ser querido

durante los momentos más difíciles no elimina el sufrimiento, pero sí modifica la manera en que este es vivido. El acompañamiento se convierte en una forma de sostén que permite enfrentar el miedo y la incertidumbre desde un lugar menos solitario.

De igual manera, se identificó una transformación en los vínculos familiares después de la enfermedad. Las participantes no solo describen las relaciones de apoyo que recibieron durante el proceso, sino también una mayor valoración de las personas significativas en sus vidas.

P5: *"Mi mamá significó mucho. Eso fue un bastión importante en mi vida."*

P5: *"Mi papá ha sido como una constante."*

P5: *"Me gustaría que mi papá alcanzara a ver eso. Él tiene 88 años y yo temo mucho por él."*

P6: *"Para mí lo más importante es compartir en familia... mis hijos no están aquí en Colombia y lo que yo más quisiera es compartir con ellos... hace falta como ese roce."*

En estas narrativas, la experiencia del cáncer favorece una profunda reevaluación de los vínculos afectivos. La conciencia de la fragilidad de la vida conduce a una mayor valoración de la presencia de los seres queridos, del tiempo compartido y de aquellos espacios cotidianos de encuentro que antes podían pasar inadvertidos.

Esta resignificación también se hace evidente en el relato de P6, donde la distancia geográfica con sus hijos no disminuye la importancia del vínculo, sino que acentúa el deseo de compartir con ellos y pone de relieve el valor que adquieren la cercanía, la convivencia y el contacto cotidiano dentro de su experiencia de bienestar.

Así, las relaciones significativas no solo representan una fuente de apoyo durante la enfermedad, sino que se consolidan como uno de los principales referentes desde los cuales las participantes reconstruyen el sentido de su vida en la etapa de remisión.

Finalmente, emerge un núcleo asociado a la reciprocidad del cuidado. Las participantes no solo se reconocen como receptoras de apoyo, sino también como personas que continúan ocupando un lugar significativo dentro de sus familias.

P6: *"Mis hijos, mi mayor motivación."*

P6: *"Cocinar, hacerle sentir a las personas que yo los amo por medio de eso y verlos contentos a mí me hace feliz."*

P1: *"Siento que Dios me dio una oportunidad más de vida para pensar también en las personas que están alrededor mío."*

P3: *"Tengo algo que no sé cómo explico: la persona comienza a hablarme y yo le doy orientación... la gente hasta termina llorando y diciendo: usted tocó lo que nadie había tocado."*

Estos relatos muestran que la red de apoyo no opera de manera unidireccional. Las participantes continúan ejerciendo roles de cuidado, afecto y acompañamiento dentro de sus familias, encontrando en ellos una fuente de propósito y bienestar. La posibilidad de seguir cuidando a otros se convierte, paradójicamente, en una forma de fortalecimiento personal.

Los hallazgos de esta categoría permiten comprender que la red de apoyo constituye mucho más que un conjunto de recursos externos disponibles para afrontar la enfermedad. En las narrativas de estas mujeres, la familia, los hijos, los padres y las relaciones significativas se convierten en espacios donde se reconstruye el sentido de la experiencia oncológica.

En conjunto, los hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas individuales y el grupo focal permiten comprender que la experiencia del cáncer de mama en remisión trasciende el ámbito de la recuperación física, dando lugar a profundas transformaciones en la manera en que las participantes comprenden su vida y proyectan su futuro. Categorías como las metas en psicología, las fuentes de bienestar, la historia de vida, el impacto emocional, los valores sociales, la resiliencia y la red de apoyo evidencian un proceso de resignificación en el que las mujeres reorganizan sus prioridades, fortalecen sus recursos personales, reconstruyen el sentido de sus vínculos y desarrollan nuevas formas de afrontar la vida después de la enfermedad. En este proceso, las experiencias individuales y los significados construidos colectivamente se complementan, mostrando que la adaptación a la remisión no responde a un único camino, sino a una construcción dinámica en la que convergen la historia personal, las relaciones significativas y los aprendizajes derivados de la experiencia vivida.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente discusión se organiza en torno a los tres objetivos específicos de la investigación, articulando los hallazgos con las categorías centrales y emergentes que surgieron del análisis de las entrevistas individuales y del grupo focal. El propósito es contrastar los resultados con la literatura existente, identificar convergencias y tensiones, y señalar los aportes del estudio al campo de la psicooncología y la psicología de la salud.

Relación entre representaciones mentales y metas en psicología

El primer objetivo busca analizar las representaciones mentales que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa construyen sobre sus metas personales.

Los resultados muestran que dichas representaciones se organizan en torno a cinco núcleos temáticos: la salud y la tranquilidad como metas activamente perseguidas, el crecimiento y el aprendizaje personal, el bienestar de los hijos y el legado familiar, el giro hacia sí mismas como sujetos legítimos de sus propias metas, y la espiritualidad como marco interpretativo que orienta y sostiene el proyecto vital.

El hallazgo más consistente es que la salud deja de ser un presupuesto implícito de la vida cotidiana para convertirse en el horizonte más inmediato del deseo. Antes del diagnóstico, las participantes describían una vida gobernada por la urgencia, las obligaciones externas y el cuidado de otros, en la que el propio bienestar ocupaba un lugar secundario o directamente inexistente.

Tras la remisión, la salud y la tranquilidad emergen como metas centrales y activamente perseguidas. Este resultado es coherente con lo reportado por Correa y Martínez (2019), quienes evidenciaron que la etapa de postratamiento está marcada por cambios existenciales y una transformación en la percepción del futuro, y con los hallazgos de Martínez, Pérez y González (2019), quienes encontraron que las sobrevivientes abandonan metas previas poco significativas y priorizan nuevas metas fundamentadas en el bienestar personal y el autoconocimiento.

Las representaciones mentales no se limitan a imágenes vagas de futuro, sino que adquieren una especificidad notable: una graduación en diseño de moda a cualquier edad, un taller para enseñar oficios, un viaje en contacto con la naturaleza.

Esta especificidad es funcionalmente relevante, como lo señalan Austin y Vancouver (1996), al plantear que las representaciones mentales de estados futuros deseables pueden organizar la experiencia, orientar la conducta y sostener la motivación a lo largo del tiempo. En esta misma línea, Heintalu et al. (2025) señalan que las metas comprenden no solo un estado deseado, sino también elementos relacionados con su estructura, el compromiso con su consecución y los procesos mediante los cuales se establecen, monitorean y evalúan.

Un hallazgo de particular relevancia es la emergencia de metas orientadas hacia sí mismas en participantes cuya identidad previa estuvo mayoritariamente organizada en torno al cuidado de otros. Expresiones como “darme la importancia a mí misma” y “estoy en modo sí” revelan una transición subjetiva en la manera en que las participantes comienzan a posicionarse frente a sus propios proyectos y necesidades. La frase de P1 —repetirse todos los días “yo sí puedo”— puede comprenderse como un recurso de autorregulación vinculado con el sostenimiento de la motivación y la orientación de la conducta hacia metas personalmente significativas. En esta línea, Williamson y Wilkowski (2025) señalan que la motivación internalizada favorece el progreso hacia las metas mediante procesos autorregulatorios como la planificación y el autocontrol. El hecho de que P4 y P5 compartan explícitamente esta práctica en el grupo sugiere, además, que dicho recurso trasciende la experiencia individual y adquiere una dimensión colectiva, al ser reconocido y validado por otras participantes como una estrategia posible para sostener sus propios procesos de cambio y orientación hacia el futuro.

La experiencia narrada por P5 —haber comenzado desde muy abajo y haber logrado— funciona como una representación autobiográfica de la agencia personal que, al ser compartida en el grupo, refuerza la creencia colectiva en la propia capacidad. Este tipo de narración testimonial tiene un efecto motivacional que va más allá del caso individual (Martínez et al., 2019).

Este hallazgo dialoga con lo planteado por Silva y Oliveira (2020), quienes identificaron que la resignificación en sobrevivientes de cáncer de mama se da en un proceso de reevaluación positiva de la vida, y con Torres y Fernández (2022), quienes describen el tránsito de paciente a superviviente como un proceso de construcción de identidad y empoderamiento. Sin embargo, el presente estudio precisa que dicho tránsito no ocurre de manera espontánea ni lineal: está mediado por la historia de vida de cada mujer, por los mandatos culturales que la atraviesan y por la calidad de los vínculos que la sostienen.

Los hijos y la familia emergen no solo como destinatarios de las metas, sino como representaciones afectivas internas con capacidad reguladora. El pensamiento en los hijos transforma experiencias altamente amenazantes —como la quimioterapia— en oportunidades de vida, evidenciando que los vínculos afectivos operan como motor cognitivo que sostiene la conducta orientada a las metas incluso en los momentos de mayor adversidad. La preocupación no es el fin, sino lo que queda después de él (López et al., 2018)

Estos hallazgos profundizan los planteamientos de López et al. (2018), quienes identificaron que las mujeres sobrevivientes de cáncer reorientan sus metas hacia el fortalecimiento de los vínculos familiares.

Los resultados del presente estudio sugieren, además, que dichos vínculos no solo constituyen el objetivo hacia el cual se orientan las metas, sino que también funcionan como un recurso socioafectivo que favorece la autorregulación, el afrontamiento y la persistencia en la consecución de los proyectos de vida durante el proceso de resignificación (López et al., 2018).

La espiritualidad aparece de manera consistente como un marco interpretativo que dota de coherencia a la experiencia vivida, orienta las metas y sostiene la confianza en el futuro. Las participantes describen la relación con Dios no como una práctica religiosa puntual sino como un recurso interpretativo que permite resignificar el sufrimiento y mantener la esperanza. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Vinaccia, Margarita y Riveros (2021), quienes encontraron que el sentido de coherencia y la espiritualidad desempeñan un papel fundamental en la reestructuración de objetivos de vida en mujeres sobrevivientes de cáncer en Colombia, y añade evidencia cualitativa sobre los mecanismos concretos a través de los cuales la espiritualidad opera como organizador de las representaciones mentales.

Los resultados obtenidos permiten evidenciar que las representaciones mentales sobre las metas personales se reconfiguran de manera significativa a partir de la experiencia del cáncer de mama y la etapa de remisión. Más que proyectarse hacia el logro de objetivos externos, las participantes orientan sus metas hacia aquello que les proporciona sentido, equilibrio y satisfacción personal, integrando en ellas la salud, la familia, el crecimiento personal, el autocuidado y la espiritualidad.

Este proceso de resignificación muestra que las metas dejan de responder principalmente a las exigencias del entorno para convertirse en una expresión de las necesidades y los

aprendizajes construidos a lo largo de la experiencia oncológica. En consecuencia, las representaciones mentales se consolidan como un recurso que orienta la toma de decisiones, fortalece el afrontamiento y favorece la construcción de un proyecto de vida más coherente con las prioridades que las participantes redefinen después de la enfermedad.

Relación entre conducta orientada hacia la meta y creencias

Ahora bien, el segundo objetivo busca describir las conductas orientadas a las metas personales en relación con las creencias en torno a la enfermedad reportadas por las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa.

En este sentido, la conducta orientada a la meta comprende el conjunto de acciones, decisiones y patrones conductuales que las participantes despliegan de manera intencional para alcanzar los estados futuros deseables que han definido como metas personales. Desde la teoría del establecimiento de metas, estas actúan como referentes que orientan, regulan y sostienen la conducta dirigida a la consecución de objetivos significativos (Tosi, H. L, 1991).

En consonancia con esta perspectiva, Woolley et al. (2025) evidencian que la motivación vinculada con metas personalmente significativas favorece la adherencia y la persistencia en su consecución, mostrando que la orientación hacia un objetivo puede contribuir al mantenimiento de las acciones dirigidas hacia su logro.

Los resultados muestran que estas conductas se organizan en torno a cuatro núcleos: la reconfiguración de las rutinas diarias como acto de autocuidado y resistencia, la construcción de nuevos proyectos de vida como evidencia conductual de la resignificación, la persistencia y la actitud proactiva frente a los obstáculos, y las conductas de orientación hacia el bienestar y el equilibrio emocional.

La reconfiguración de las rutinas diarias emerge como uno de los cambios conductuales más significativos. Las participantes describen el tránsito de una vida acelerada, marcada por las exigencias externas, hacia una mayor atención a las necesidades del propio cuerpo y a un ritmo de vida más equilibrado, aspecto que coincide con lo planteado por Foster y Fenlon (2011) sobre los procesos de adaptación y autocuidado durante la supervivencia al cáncer.

En la misma línea, las participantes evidencian que estos cambios trascienden la organización de las actividades cotidianas y reflejan una nueva forma de vivir y priorizar su

bienestar. Al respecto, Harrington et al. (2010) señalan que la supervivencia al cáncer suele implicar ajustes en el estilo de vida que favorecen una mejor adaptación a las demandas posteriores al tratamiento.

La construcción de nuevos proyectos de vida como expresión conductual de la resignificación aparece de manera paradigmática en la apertura de un taller de enseñanza de oficios. Esta conducta no es únicamente una acción instrumental orientada a un fin económico; es la concreción física de un nuevo sistema de valores que emergió tras la enfermedad: el compartir, la enseñanza y la comunidad. Como señalan Martínez, Pérez y González (2019), el proceso de resignificación de metas está estrechamente vinculado con un crecimiento personal significativo que permite adaptarse mejor a los cambios físicos y emocionales derivados del cáncer. La conducta de abrir un taller es, en este sentido, la expresión más tangible de ese crecimiento.

La relación entre conducta orientadas hacia la meta y creencias sobre la enfermedad es especialmente evidente en los resultados. La creencia de que el cáncer fue generado por el estrés acumulado y la falta de autocuidado se convierte en una motivación directa para el cambio conductual: si el cuerpo enfermó por no escucharse, la clave de la remisión es aprender a hacerlo. Este vínculo entre creencia y conducta es lo que Simancas Fernández et al. (2024) y Palacios Colunga et al. (2021) identifican como la función orientadora de las creencias sobre las prácticas de autocuidado y la adherencia al tratamiento. El presente estudio amplía ese hallazgo al mostrar que las creencias no solo orientan las conductas de cuidado médico, sino también la reorganización completa del ritmo de vida, las relaciones y los proyectos personales.

La creencia en la conexión mente-cuerpo y en el papel determinante de la actitud positiva se traduce en conductas concretas de regulación emocional: alejarse de personas y comentarios negativos, practicar afirmaciones diarias y orientar intencionalmente el pensamiento hacia lo posible. La frase "lo que no te suma que no te reste" no es una declaración abstracta, sino una regla conductual operativa que las participantes aplican cotidianamente. Estos hallazgos son consistentes con lo planteado por Joseph y Linley (2008), quienes señalan que, tras experiencias altamente estresantes, las personas pueden desarrollar estrategias cognitivas y emocionales que favorecen la adaptación y la reconstrucción de significados positivos frente a la adversidad.

Asimismo, la creencia en la propia fortaleza —expresada en afirmaciones como "yo he construido mis metas sola" y "yo puedo"— genera conductas de persistencia que permiten sostener la orientación hacia las metas incluso frente al agotamiento físico y el miedo. Como señala Tosi, H. L (1991), las metas con claridad y significado personal generan mayor esfuerzo y persistencia, y los resultados de este estudio sugieren que ese significado está directamente alimentado por el sistema de creencias que las participantes han construido a partir de su experiencia oncológica.

En esta línea, Williamson y Wilkowski (2025) plantean que la relación entre la motivación y el progreso hacia una meta puede variar de acuerdo con el momento y las condiciones particulares en las que esta se persigue, evidenciando que la motivación puede adquirir diferentes niveles de influencia a lo largo del proceso de consecución. Desde esta perspectiva, las afirmaciones de las participantes pueden comprenderse como expresiones de un posicionamiento activo frente a sus propias metas, cuya fuerza puede movilizarse y adquirir relevancia en distintos momentos de su trayectoria posterior a la enfermedad. Así, el significado construido alrededor de sus capacidades personales no permanece estático, sino que puede actualizarse en función de las circunstancias y de las acciones que emprenden para avanzar hacia sus propósitos.

La adherencia rigurosa a los tratamientos médicos emerge también como una conducta orientada a la meta de sobrevivir y continuar con el proyecto vital. Este hallazgo es coherente con lo reportado por Ramírez Orozco et al. (2020), quienes señalan que las afectaciones psicológicas persistentes como el miedo a la recurrencia pueden limitar el bienestar en la etapa de remisión.

Sin embargo, los resultados de este estudio muestran el lado inverso de esa moneda: cuando las metas tienen un significado profundo —vivir para ver a los hijos, para abrir un taller, para graduarse— la adherencia al tratamiento se convierte en una expresión de agencia personal más que en una obligación externa.

Relación entre valores sociales y mandatos culturales

Para finalizar, el tercer objetivo busca explorar los valores sociales y mandatos culturales que median la experiencia de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en remisión completa.

Los resultados muestran que dichos valores y mandatos operan en múltiples niveles: como marcos interpretativos que explican el origen de la enfermedad, expectativas sobre el comportamiento femenino durante la enfermedad y la recuperación, recursos culturales que sostienen el afrontamiento, y las narrativas dominantes que las participantes reproducen, pero también cuestionan y resignifican.

La asociación social entre cáncer y muerte constituye el mandato cultural de mayor peso en las narrativas. Las participantes describen cómo este imaginario operó en su entorno desde el momento del diagnóstico, condicionando las reacciones emocionales de quienes las rodeaban: llantos, despedidas anticipadas, expresiones de derrota. Este hallazgo es consistente con lo señalado por Palacios-Espinosa (2015), quien encontró que el diagnóstico de cáncer lleva a las mujeres a replantearse el significado de la vida y la muerte, y con las observaciones de Galvis López (2019), quien documentó el poder terapéutico de las narrativas de resiliencia para contrarrestar imaginarios sociales centrados en la muerte como destino inevitable.

Sin embargo, los resultados de este estudio añaden que las participantes no solo cuestionan este mandato desde la perspectiva racional, sino que lo hacen desde la autoridad que les da su propia existencia en remisión: su vida es la evidencia más contundente de que el cáncer no equivale a una derrota.

El mandato de fortaleza femenina emerge como uno de los hallazgos más significativos y, a la vez, más problemáticos. Las personas del entorno de las participantes esperaban de ellas una actitud permanentemente resiliente, incluso cuando emocionalmente necesitaban apoyo y contención. La expresión "ellos me ven como muy fuerte, pero en el fondo uno necesita un abrazo" condensa con precisión la carga adicional que este mandato puede imponer: limita la expresión abierta de la vulnerabilidad y puede generar una soledad emocional que contrasta con la presencia física de las redes de apoyo. Este hallazgo dialoga con lo reportado por Bermúdez Niño (2022) y Rodríguez-Reinado et al. (2020), quienes señalan que los mandatos de género moldean profundamente la manera en que las mujeres experimentan los cambios corporales, expresan sus emociones y reconstruyen su identidad tras el tratamiento.

El aporte específico de este estudio es mostrar cómo algunas participantes comenzaron a resistir activamente ese mandato, reivindicando el derecho a necesitar, a expresar el miedo y a tomarse el tiempo necesario para tomar decisiones vitales.

En esta misma línea, los valores sociales también se configuran como una oportunidad para el aprendizaje y la transformación personal, en la medida en que las participantes refieren haber construido enseñanzas significativas que promovieron cambios profundos en su manera de comprender y vivir la vida. Este proceso de resignificación es consistente con el planteamiento de Tedeschi y Calhoun (2004), quienes sostienen que, tras afrontar acontecimientos altamente estresantes, algunas personas logran reconstruir significados positivos y convertir la experiencia traumática en una oportunidad de crecimiento personal.

Los mandatos culturales asociados al cuerpo femenino y la feminidad aparecen con particular intensidad en los relatos sobre las transformaciones corporales producidas por el tratamiento. La pérdida del cabello, las pestañas, las cejas o el busto no fue experimentada únicamente como una consecuencia estética, sino como una interrupción de la relación habitual con la propia imagen y una confrontación directa con los ideales culturales de feminidad. Como señalan Bermúdez Niño (2022) y Camejo-Martínez et al. (2022), las transformaciones corporales derivadas del cáncer pueden afectar significativamente la autoestima, la percepción de feminidad y los procesos de adaptación psicosocial.

Sin embargo, los resultados de este estudio muestran también el lado resistente de estas experiencias: la decisión de no raparse el cabello como afirmación de autonomía sobre el propio cuerpo, la recuperación de la relación con el busto como fuente de gratitud y no de pérdida, el mensaje de ternura que las participantes se dirigen a sí mismas —"ten paciencia, vas a estar muy bien"— son todos actos de resistencia frente a los mandatos estéticos y fuentes de reconstrucción identitaria.

El papel de la fe y la espiritualidad como mandatos culturales merece una discusión específica. En el contexto colombiano, la espiritualidad no opera únicamente como recurso individual sino como marco cultural colectivo que organiza la interpretación de la adversidad, el sufrimiento y la recuperación. Las participantes describen la confianza en Dios como una fuente de sentido, fortaleza y esperanza que sostiene el proceso de resignificación más allá de lo que la medicina o el apoyo social pueden ofrecer. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Correa y Martínez (2019) y Galvis López (2019) en poblaciones colombianas, y amplía los modelos teóricos sobre crecimiento postraumático (Tedeschi & Calhoun, 2004)

al señalar que, en contextos culturales específicos, la espiritualidad no es un factor accesorio sino un componente central del proceso de resignificación.

La lógica de cuidado centrada en los demás emerge como otro mandato cultural estructurante. Antes del diagnóstico, las participantes describían vidas organizadas en torno a las necesidades del trabajo, la familia y los otros, en las que el autocuidado era percibido como un lujo o incluso como un acto de egoísmo. Este patrón, consistente con los hallazgos de Silva y Oliveira (2020) y de Torres y Fernández (2022), refleja la internalización de un mandato cultural de sacrificio y servicio que históricamente ha definido el rol femenino en el contexto latinoamericano. La enfermedad irrumpe en esta lógica con una contundencia que ningún argumento racional habría logrado: obliga a las mujeres a detenerse, a escuchar el propio cuerpo y, eventualmente, a reconocer que cuidarse a sí mismas no es un acto de egoísmo sino una condición para poder seguir cuidando a otros. La formulación de P3 en el grupo focal —"si nosotros no nos cuidamos, no tenemos cómo cuidar a los demás"— captura con precisión este tránsito: el autocuidado no reemplaza la lógica del cuidado hacia otros, sino que la refunda sobre bases más sostenibles.

Categorías emergentes

La discusión de las categorías emergentes busca profundizar en la comprensión de los hallazgos construidos a partir de las narrativas de las participantes. Si bien estas categorías surgieron del análisis realizado por las investigadoras, su interpretación se enriquece al establecer un diálogo con diferentes aportes teóricos que permiten comprender los procesos psicológicos y las experiencias que las sustentan.

Fuentes de bienestar

Los hallazgos de la presente investigación evidencian que las fuentes de bienestar en mujeres con cáncer de mama en remisión completa trascienden la recuperación física y se configuran como un proceso activo de reconstrucción de la vida cotidiana. En el marco de esta investigación, se comprenden como el conjunto de recursos, prácticas y experiencias que favorecen el cuidado personal, la adaptación emocional y la consolidación de hábitos saludables durante la etapa de supervivencia. Desde esta perspectiva, incluyen acciones orientadas al mantenimiento de la actividad física, la regulación emocional, el fortalecimiento de los vínculos afectivos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento que contribuyen al bienestar físico, emocional y social, en consonancia con lo planteado por Foster y Fenlon

(2011) y la American Cancer Society (2023), quienes destacan que la supervivencia al cáncer requiere el desarrollo de prácticas de autocuidado y adaptación que favorezcan la calidad de vida después del tratamiento.

Así mismo, Foster y Fenlon (2011) señalan que esta etapa implica un proceso de adaptación en el que las personas desarrollan estrategias para recuperar el control sobre su vida y favorecer su bienestar físico y emocional. No obstante, los hallazgos del presente estudio permiten ampliar esta perspectiva al evidenciar que dichas prácticas no solo responden a las secuelas del tratamiento, sino que constituyen una forma de resignificar la experiencia del cáncer y construir una relación más consciente consigo mismas.

En este sentido, las fuentes de bienestar se articulan directamente con las conductas orientadas hacia la meta. Las participantes describen prácticas cotidianas como realizar actividad física, seleccionar los pensamientos que desean mantener, reducir las exigencias personales, fortalecer los vínculos afectivos y dedicar tiempo a actividades significativas. Estas acciones no surgen de manera espontánea, sino que representan decisiones conscientes dirigidas a preservar el equilibrio emocional y reafirmar el valor de la propia vida. Así, el presente estudio complementa lo planteado por la American Cancer Society (2023) y Hernández Silva et al. (2021), al mostrar que las fuentes de bienestar son construcciones profundamente personales, vinculadas con la historia, los valores y las relaciones significativas de cada mujer.

Uno de los recursos de bienestar que adquiere mayor relevancia en las narrativas de las participantes corresponde a la actividad física. Más allá de sus beneficios para la salud, esta práctica es comprendida como un espacio para disminuir las preocupaciones cotidianas, regular las emociones y recuperar una sensación de tranquilidad. Caminar o asistir al gimnasio deja de ser únicamente un hábito saludable para convertirse en un momento de encuentro consigo mismas y de fortalecimiento emocional. Este hallazgo coincide con Harrington et al. (2010), quienes sostienen que la supervivencia al cáncer suele acompañarse de cambios en el estilo de vida que favorecen la adaptación a las demandas físicas y emocionales posteriores al tratamiento.

Otro aspecto relevante corresponde a la transformación de las rutinas cotidianas. Las participantes describen un tránsito desde una dinámica marcada por la rapidez, las múltiples responsabilidades y las exigencias externas hacia una forma de vida más pausada, en la que

priorizan el descanso, el autocuidado y el establecimiento de límites saludables. Estos resultados son consistentes con Foster y Fenlon (2011), quienes plantean que la supervivencia favorece procesos de reorganización de las actividades diarias como parte de la adaptación a una nueva realidad.

Sin embargo, los hallazgos de esta investigación evidencian que esta reorganización también responde a una decisión consciente de proteger la tranquilidad, priorizar aquello que consideran significativo y construir una mejor calidad de vida.

Finalmente, la regulación intencional del pensamiento emerge como otra fuente de bienestar que fortalece el proceso de adaptación. Las participantes destacan la importancia de orientar su atención hacia experiencias positivas, limitar la influencia de comentarios negativos y favorecer un diálogo interno basado en la esperanza y la confianza en sus propias capacidades. Este hallazgo guarda relación con lo planteado por Joseph y Linley (2008), quienes sostienen que, tras experiencias altamente estresantes, las personas pueden reconstruir el significado de lo vivido y desarrollar nuevas formas de afrontar la adversidad.

En este sentido, la actitud positiva descrita por las participantes no representa una negación del sufrimiento, sino una estrategia psicológica que favorece la adaptación fortalece los recursos personales y contribuye a la continuidad de su proyecto de vida.

Historia de vida

En el marco de la presente investigación, la historia de vida se comprende como el conjunto de experiencias, vínculos y acontecimientos significativos que, a lo largo del ciclo vital, influyen en la manera en que las mujeres interpretan su realidad, atribuyen significado a la experiencia del cáncer y reorganizan sus proyectos de vida. Esta comprensión guarda relación con lo planteado por Llanos Zuloaga (2022), quien concibe las historias de vida como una herramienta que permite comprender los procesos y experiencias que han marcado el desarrollo de las personas.

No obstante, los hallazgos del presente estudio amplían esta perspectiva al evidenciar que la historia de vida no solo posibilita comprender el recorrido personal de las participantes, sino que constituye un recurso psicológico desde el cual reinterpretan la enfermedad, reconstruyen su identidad y resignifican su trayectoria vital a partir de las experiencias acumuladas antes y después del diagnóstico.

Uno de los aspectos que adquiere mayor relevancia dentro de esta categoría corresponde al papel de las figuras parentales en la construcción de la identidad y de los recursos personales para afrontar la adversidad. Las narrativas muestran que tanto la madre como el padre representan referentes afectivos, modelos de conducta y fuentes de fortaleza que continúan orientando la manera en que las participantes enfrentan los desafíos de la enfermedad. Particularmente, en el caso de P5, el acompañamiento de ambos padres y el antecedente del cáncer materno confieren a su diagnóstico un significado que trasciende la experiencia individual y se integra a la historia familiar. Estos hallazgos permiten comprender que los vínculos tempranos no solo permanecen como recuerdos significativos, sino que continúan influyendo en la forma en que las mujeres interpretan los acontecimientos críticos de su vida, favoreciendo procesos de adaptación y resignificación.

De manera complementaria, las experiencias tempranas de trabajo emergen como otro elemento estructurante de las trayectorias vitales de las participantes. Los relatos de P1 y P3 evidencian que la incorporación precoz al mundo laboral estuvo asociada a condiciones familiares y económicas que demandaron asumir responsabilidades propias de la vida adulta desde edades tempranas.

Estas experiencias favorecieron el desarrollo de recursos personales como la perseverancia, el compromiso y la autonomía, pero también consolidaron formas de vida caracterizadas por la priorización constante de las necesidades de los demás sobre las propias. En este sentido, los hallazgos dialogan con los planteamientos de Martínez, Pérez y González (2019), quienes describen que la experiencia del cáncer conduce a una reevaluación del proyecto de vida y de las prioridades personales, favoreciendo procesos de reconstrucción orientados hacia el cuidado de sí mismas.

La experiencia del cáncer representa un punto de inflexión dentro de estas trayectorias biográficas. Aquellas características que durante años fueron interpretadas como fortalezas — la capacidad de responder permanentemente a las exigencias del entorno, sostener a la familia y mantener un ritmo constante de trabajo— comienzan a ser cuestionadas a partir de la enfermedad. En consecuencia, las participantes describen una reorganización progresiva de sus prioridades, en la que el autocuidado, el descanso y la preservación de la salud adquieren un lugar central. Este hallazgo resulta consistente con lo señalado por Silva y Oliveira (2020), quienes plantean que la supervivencia al cáncer favorece procesos de resignificación que

transforman la manera en que las mujeres comprenden su vida y redefinen aquello que consideran verdaderamente importante.

Otro aspecto de especial interés corresponde a la manera en que las participantes integran la experiencia del cáncer dentro de su propia biografía. Los resultados muestran que la enfermedad no es comprendida como un acontecimiento aislado, sino como una vivencia que adquiere sentido al relacionarse con las experiencias previas, los aprendizajes acumulados y los vínculos contruidos a lo largo de la vida. Esta integración permite que las pérdidas, los desafíos y las responsabilidades asumidas anteriormente sean reinterpretados desde una perspectiva diferente, favoreciendo nuevas formas de comprenderse a sí mismas y de proyectar el futuro. Estos resultados son coherentes con los planteamientos de Tedeschi y Calhoun (2004), quienes sostienen que las experiencias altamente adversas pueden dar lugar a procesos de reconstrucción de significado y crecimiento personal cuando las personas logran reorganizar la comprensión de su propia historia.

En conjunto, los hallazgos evidencian que la historia de vida constituye un elemento fundamental para comprender los procesos de resignificación desarrollados por las mujeres en remisión completa de cáncer de mama. Más que explicar únicamente el origen de sus experiencias, las trayectorias personales permiten comprender la manera en que cada participante interpreta la enfermedad, reconstruye su identidad y redefine sus metas después del tratamiento.

En este sentido, el presente estudio aporta evidencia de que la resignificación no depende exclusivamente del impacto del cáncer, sino también de la historia que cada mujer ha construido antes de la enfermedad, de los vínculos que han acompañado su recorrido y de los recursos personales que ha desarrollado a lo largo de su vida, configurando procesos de adaptación profundamente singulares y coherentes con su propia biografía.

Impacto emocional

A partir de los hallazgos obtenidos se puede observar que el impacto emocional se comprende como el conjunto de respuestas afectivas, cognitivas y subjetivas que las mujeres construyen frente al diagnóstico, el tratamiento y las transformaciones que acompañan al cáncer de mama. Desde esta perspectiva, incluye las emociones derivadas de los cambios

físicos, la incertidumbre frente a la enfermedad, la percepción de vulnerabilidad y los procesos de adaptación que surgen durante la remisión.

Esta comprensión coincide con lo planteado por Fingeret et al. (2020), quienes describen el impacto emocional como una respuesta asociada a las alteraciones corporales, la incertidumbre y los desafíos para la adaptación psicológica y social. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio amplían esta perspectiva al evidenciar que el impacto emocional no constituye únicamente una consecuencia de la enfermedad, sino un proceso continuo de elaboración y resignificación, mediante el cual las participantes reconstruyen la relación con su cuerpo, reinterpretan su historia de vida y desarrollan nuevas formas de comprenderse a sí mismas después del cáncer.

Uno de los hallazgos más relevantes corresponde a la influencia que las transformaciones corporales ejercen sobre la identidad y la percepción de sí mismas. Las narrativas muestran que la pérdida del cabello, las cejas o el busto no fue vivida únicamente como una consecuencia del tratamiento, sino como una ruptura en la forma habitual de reconocerse y de habitar el propio cuerpo.

Uno de los hallazgos más relevantes corresponde al papel de la familia como principal sostén durante el diagnóstico, el tratamiento y la remisión. Las participantes reconocen a sus hijos, padres, madres y demás familiares como figuras fundamentales para afrontar la incertidumbre y las exigencias del proceso oncológico. En este sentido, las experiencias compartidas por P1, P2 y P3 evidencian que el apoyo recibido trasciende la ayuda práctica y se convierte en una experiencia de cercanía, confianza y contención emocional. Estos resultados coinciden con Raffae et al. (2025), quienes, a partir de una revisión sistemática, identifican el apoyo social, emocional e informativo como componentes relevantes del apoyo familiar dirigido a mujeres con cáncer de mama. Desde esta perspectiva, los relatos de las participantes permiten comprender a la familia no únicamente como una fuente de ayuda práctica, sino como un contexto relacional que proporciona recursos emocionales y sociales para afrontar las diferentes demandas asociadas a la experiencia oncológica.

Las experiencias de P1 y P3 evidencian que las modificaciones físicas desencadenaron profundas respuestas emocionales asociadas al miedo, la tristeza y la sensación de pérdida. Estos resultados son consistentes con Fingeret et al. (2020) y con Rodríguez-Reinado, Delgado y Alguacil (2020), quienes plantean que las alteraciones

corporales derivadas del cáncer pueden afectar la autoestima, la percepción de feminidad y los procesos de adaptación psicosocial. Sin embargo, el presente estudio muestra que estas transformaciones también pueden convertirse en el punto de partida para reconstruir nuevas representaciones sobre el cuerpo y la propia identidad.

Otro aspecto significativo se relaciona con la incertidumbre frente a una posible recaída y las consecuencias emocionales que esta genera. En las narrativas, el temor al retorno de la enfermedad aparece como una experiencia capaz de reactivar sentimientos de angustia, desesperanza y vulnerabilidad, incluso después de haber finalizado el tratamiento. Particularmente, la experiencia de P4 evidencia cómo la sospecha de una metástasis movilizó nuevamente emociones que parecían superadas, poniendo en evidencia que la remisión no elimina por completo la incertidumbre asociada al cáncer. Estos hallazgos guardan relación con lo señalado por Harrington et al. (2010), quienes describen que las secuelas emocionales y el temor a la recurrencia constituyen una de las principales preocupaciones durante la supervivencia al cáncer, influyendo en los procesos de adaptación psicológica de las personas.

Los resultados también muestran que el impacto emocional trasciende las transformaciones físicas y alcanza dimensiones profundamente personales, como las relaciones afectivas y la historia de vida. En el caso de P6, la enfermedad favoreció un proceso de introspección que la llevó a cuestionar aspectos de su relación de pareja, revisar decisiones postergadas y replantear prioridades personales. De igual manera, el silencio inicial frente al diagnóstico refleja la complejidad emocional con la que algunas mujeres afrontan la enfermedad, utilizando el aislamiento como una estrategia temporal para elaborar lo vivido. En este sentido, los hallazgos permiten comprender que el impacto emocional no depende exclusivamente del diagnóstico, sino también de la manera en que este interactúa con las experiencias, los vínculos y las circunstancias que han configurado la trayectoria de vida de cada participante.

Esta relación entre la historia de vida y el impacto emocional constituye uno de los principales aportes del presente estudio. Los resultados evidencian que las representaciones construidas durante la experiencia del cáncer no surgen de manera aislada tras el diagnóstico, sino que se articulan con los aprendizajes, valores y vínculos desarrollados a lo largo del ciclo vital. Las participantes reinterpretan la enfermedad desde aquello que han vivido previamente: las enseñanzas recibidas de sus padres, las responsabilidades asumidas desde

edades tempranas y las experiencias que moldearon su identidad influyen en la forma en que afrontan el sufrimiento y reconstruyen sus metas. Esta comprensión complementa los planteamientos de Tedeschi y Calhoun (2004), al mostrar que la resignificación posterior a la adversidad se encuentra estrechamente vinculada con la trayectoria personal y con los significados construidos antes de la aparición del cáncer.

En conjunto, los hallazgos permiten comprender que el impacto emocional constituye un proceso continuo de adaptación y reconstrucción psicológica más que una respuesta limitada al momento del diagnóstico. Aunque las participantes experimentaron miedo, incertidumbre, pérdidas corporales y cuestionamientos sobre su futuro, sus narrativas evidencian la capacidad de integrar estas experiencias dentro de su historia personal y transformarlas en aprendizajes que fortalecen su identidad y orientan nuevas formas de vivir. De este modo, el presente estudio aporta evidencia de que el impacto emocional del cáncer de mama no solo refleja el sufrimiento asociado a la enfermedad, sino también la posibilidad de reconstruir el sentido de la propia existencia mediante procesos de elaboración, adaptación y resignificación.

Resiliencia

Desde la comprensión construida en esta investigación, la resiliencia se entiende como la capacidad que desarrollan las mujeres para afrontar la experiencia del cáncer de mama, adaptarse a las transformaciones derivadas de la enfermedad y reconstruir el sentido de sus vidas a partir de lo vivido. Desde esta perspectiva, la resiliencia no se limita a superar la adversidad, sino que representa un proceso de transformación personal que favorece nuevas formas de comprenderse a sí mismas, relacionarse con los demás y proyectarse hacia el futuro. Esta comprensión coincide con los planteamientos de Tedeschi y Calhoun (2004) y Bonanno (2004), quienes describen la resiliencia como un proceso de adaptación positiva acompañado de cambios significativos en la manera de interpretar la experiencia.

No obstante, los hallazgos del presente estudio amplían esta perspectiva al evidenciar que dicha transformación no depende únicamente de los recursos individuales, sino que se encuentra profundamente vinculada con la historia de vida, los valores construidos a lo largo del tiempo y los vínculos que acompañan a las mujeres durante su proceso de remisión.

Uno de los hallazgos más significativos corresponde a la resignificación del cáncer como una experiencia de aprendizaje. Las participantes no describen la enfermedad

únicamente como un acontecimiento que interrumpió sus proyectos de vida, sino como una vivencia que favoreció el reconocimiento de nuevas prioridades, el fortalecimiento del amor propio y una mayor valoración de la tranquilidad.

La narrativa de P1 resulta especialmente representativa al expresar gratitud por aquello que la enfermedad le permitió aprender acerca de sí misma, evidenciando que el sufrimiento adquiere un nuevo significado dentro de su historia personal. Este resultado dialoga con el concepto de crecimiento postraumático propuesto por Tedeschi y Calhoun (2004), quienes sostienen que algunas personas logran desarrollar cambios positivos como consecuencia del afrontamiento de acontecimientos altamente estresantes.

Sin embargo, el presente estudio muestra que este crecimiento no implica negar el dolor vivido, sino incorporarlo como parte de una experiencia que transforma la manera de comprender la vida y orienta la construcción de nuevos proyectos personales.

Asimismo, los resultados evidencian que el impacto emocional y la resiliencia no constituyen procesos independientes ni secuenciales, sino dimensiones que coexisten y se fortalecen mutuamente. Las pérdidas corporales, el miedo al diagnóstico, la incertidumbre y los cambios asociados al tratamiento permanecen presentes en las narrativas de las participantes; sin embargo, dejan de ocupar un lugar exclusivamente asociado al sufrimiento para convertirse en experiencias desde las cuales reconstruyen la relación con su cuerpo, fortalecen el reconocimiento de sus capacidades y desarrollan nuevas formas de comprender su identidad. Estos hallazgos respaldan los planteamientos de Tedeschi y Calhoun (2004), quienes afirman que el crecimiento personal surge precisamente del proceso de afrontar y elaborar la adversidad, más que de la desaparición de las experiencias dolorosas.

Otro aspecto relevante corresponde al reconocimiento de que la resiliencia también se construye en relación con otras personas. Las participantes identifican que compartir experiencias con mujeres que han atravesado procesos similares favorece la comprensión de sus propias vivencias, fortalece la esperanza y disminuye la sensación de aislamiento.

La experiencia narrada por P5 refleja cómo el descubrimiento de formar parte de una comunidad de mujeres supervivientes constituye una fuente de fortaleza para continuar afrontando las dificultades. Este hallazgo es consistente con Bonanno (2004), quien plantea que el apoyo social constituye uno de los principales factores protectores frente a acontecimientos altamente estresantes. Así, los resultados de esta investigación amplían este

planteamiento al evidenciar que el reconocimiento de una experiencia compartida no solo favorece la adaptación emocional, sino que también fortalece el sentido de pertenencia, la confianza y la construcción colectiva de nuevas formas de afrontar la supervivencia.

De igual manera, la investigación permite comprender que la resiliencia no emerge únicamente como una característica individual, sino como una capacidad que se construye a partir de la historia personal, los aprendizajes familiares y los valores que han acompañado a las participantes desde etapas tempranas de su vida. La persistencia, la honestidad, el servicio y el compromiso con los demás, transmitidos principalmente por las figuras parentales y fortalecidos a lo largo de sus trayectorias, se convierten en recursos que orientan la manera de afrontar la enfermedad y adaptarse a los cambios que esta implica. En este sentido, el presente estudio complementa la propuesta de Tedeschi y Calhoun (2004) y Bonanno (2004), al mostrar que la resiliencia también posee una dimensión relacional y cultural, en la que las experiencias familiares, los vínculos significativos y los valores compartidos desempeñan un papel esencial en la reconstrucción del sentido de vida.

En conjunto, los resultados muestran que la resiliencia constituye un proceso dinámico que comienza durante la experiencia oncológica y continúa desarrollándose en la etapa de remisión. Más que representar la ausencia de miedo, tristeza o incertidumbre, implica la capacidad de integrar estas vivencias dentro de una nueva comprensión de sí mismas y de su historia. De esta manera, las participantes evidencian que el sufrimiento experimentado no determina el final de sus trayectorias, sino que puede convertirse en el punto de partida para fortalecer el amor propio, redefinir sus prioridades, consolidar sus vínculos y proyectar un futuro más coherente con los significados construidos después del cáncer de mama.

Red de apoyo

Desde la comprensión construida en esta investigación, la red de apoyo se entiende como el conjunto de relaciones significativas —familiares, afectivas, sociales e institucionales— que acompañan a las mujeres durante el proceso de enfermedad y remisión, brindándoles apoyo emocional, orientación, ayuda práctica y un sentido de pertenencia que favorece su adaptación a los cambios derivados del cáncer.

Esta comprensión coincide con los planteamientos de Salci et al. (2020), quienes destacan que una red de apoyo sólida constituye uno de los principales factores protectores

para la adaptación psicosocial de las mujeres supervivientes. Sin embargo, los hallazgos de la presente investigación amplían esta perspectiva al mostrar que la red de apoyo no solo facilita el afrontamiento de la enfermedad, sino que también se transforma y resignifica a partir de la experiencia oncológica, adquiriendo nuevos significados para quienes la integran.

Uno de los hallazgos más relevantes corresponde al papel de la familia como principal sostén durante el diagnóstico, el tratamiento y la remisión. Las participantes reconocen a sus hijos, padres, madres y demás familiares como figuras fundamentales para afrontar la incertidumbre y las exigencias del proceso oncológico. En este sentido, las experiencias compartidas por P1, P2 y P3 evidencian que el apoyo recibido trasciende la ayuda práctica y se convierte en una experiencia de cercanía, confianza y contención emocional. Estos resultados coinciden con Raffe et al. (2025), quienes, a partir de una revisión sistemática, identifican el apoyo social, emocional e informativo como componentes relevantes del apoyo familiar dirigido a mujeres con cáncer de mama.

A su vez, los resultados muestran que la red de apoyo no depende exclusivamente de la presencia física de otras personas, sino de la calidad del vínculo construido con ellas. La compañía brindada durante momentos especialmente significativos, como la confirmación del diagnóstico, las cirugías o los tratamientos, adquiere un profundo valor emocional al disminuir la sensación de soledad e incertidumbre.

Las narrativas de las participantes reflejan que sentirse acompañadas modificó la manera de afrontar los momentos más difíciles de la enfermedad. Este hallazgo coincide con Salci et al. (2020), quienes señalan que el apoyo emocional favorece la adaptación psicosocial durante la supervivencia al cáncer; sin embargo, los resultados de esta investigación muestran que el verdadero significado del acompañamiento radica en la posibilidad de compartir el miedo y la incertidumbre con personas que permanecen presentes a lo largo del proceso.

Por otra parte, la experiencia del cáncer favoreció una resignificación de las relaciones familiares y de las personas consideradas importantes en la vida de las participantes. Después de la enfermedad, los vínculos afectivos adquieren un lugar central, incrementándose la valoración del tiempo compartido, la cercanía cotidiana y las oportunidades de encuentro con los seres queridos.

En relatos como los de P5 y P6 se evidencia que la familia deja de percibirse únicamente como una fuente de apoyo disponible en momentos de crisis para convertirse en uno de los principales referentes desde los cuales las mujeres reconstruyen el sentido de su vida. De esta manera, los resultados complementan los planteamientos de Salci et al. (2020), al mostrar que la red de apoyo no permanece estática durante la enfermedad, sino que evoluciona y adquiere nuevos significados conforme las participantes reorganizan sus prioridades y reconstruyen sus proyectos de vida.

De igual forma, esta investigación permite comprender que la red de apoyo constituye un espacio en el que también se expresan y transforman los valores aprendidos a lo largo de la vida. La familia no solo ofrece cuidado y acompañamiento, sino que representa el escenario donde las participantes fortalecen el sentido de pertenencia, aprenden a expresar sus necesidades, reconocen la importancia de aceptar ayuda y redefinen la manera en que desean relacionarse con quienes las rodean. Esta comprensión resulta consistente con lo planteado por Markus y Kitayama (1991), quienes señalan que los significados construidos en las relaciones sociales orientan la forma en que las personas comprenden su experiencia y configuran su identidad. De manera complementaria, Jung y Jang (2026) evidencian que las relaciones familiares pueden constituirse en espacios de reconstrucción de los vínculos y de ajuste de los roles durante y después de la experiencia del cáncer de mama, destacando que la flexibilidad en las dinámicas familiares y la comunicación favorecen procesos de resiliencia.

Asimismo, los resultados muestran que el cuidado deja de entenderse como una práctica unidireccional, pues las mujeres continúan desempeñando un papel activo dentro de sus familias al brindar afecto, orientación y apoyo a otras personas. Este hallazgo amplía la comprensión de la red de apoyo al evidenciar que las participantes no solo reciben cuidado, sino que también encuentran en el acto de cuidar una fuente de propósito y significado durante la etapa de remisión. Estos resultados coinciden con lo planteado por Foster y Fenlon (2011) y Vinaccia, Margarita y Riveros (2021), quienes señalan que el acompañamiento social y el fortalecimiento de los recursos personales favorecen la adaptación a la supervivencia, la reconstrucción del proyecto de vida y el afrontamiento de las demandas físicas y emocionales posteriores al tratamiento.

Así, los hallazgos evidencian que la red de apoyo trasciende la disponibilidad de recursos externos para afrontar la enfermedad y se configura como un proceso relacional dinámico que acompaña la reconstrucción del sentido de vida después del cáncer de mama.

La experiencia oncológica no solo fortalece los vínculos existentes, sino que también favorece nuevas formas de comprender la cercanía, el cuidado y la reciprocidad dentro de las relaciones significativas. Así pues, la presente investigación aporta una comprensión más amplia de la adaptación psicosocial en mujeres en remisión completa, al mostrar que la red de apoyo constituye un escenario donde convergen el acompañamiento emocional, la transformación de los vínculos y la construcción compartida de significados que permiten afrontar la supervivencia desde una perspectiva más humana, relacional y esperanzadora.

En conjunto, los hallazgos de la presente investigación permiten comprender que la experiencia de remisión del cáncer de mama trasciende la recuperación física y se configura como un proceso continuo de reconstrucción psicológica y resignificación de la vida. Los resultados alcanzados en los tres objetivos específicos evidencian que las representaciones mentales sobre las metas personales se encuentran estrechamente relacionadas con las conductas que las mujeres desarrollan para alcanzarlas, los valores sociales y culturales que orientan sus decisiones y las transformaciones que experimentan en la manera de comprenderse a sí mismas y de proyectar su futuro.

A su vez, las categorías emergentes —fuentes de bienestar, historia de vida, impacto emocional, resiliencia y red de apoyo— enriquecen esta comprensión al mostrar que la adaptación a la etapa de remisión se construye a partir de la interacción entre la trayectoria personal, las experiencias emocionales, los vínculos significativos y los recursos desarrollados para afrontar la enfermedad.

Desde esta perspectiva, la remisión no representa un retorno a la vida previa al diagnóstico, sino la construcción de una nueva forma de vivir, en la que las participantes reorganizan sus prioridades, fortalecen su sentido de agencia, resignifican sus relaciones y orientan sus proyectos de vida hacia aquello que hoy reconocen como verdaderamente valioso y significativo.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que las representaciones mentales sobre las metas personales experimentan una profunda transformación tras la experiencia del cáncer. La salud, la tranquilidad, el crecimiento personal, el autocuidado, la espiritualidad y el bienestar de la familia se consolidan como los principales referentes que orientan los proyectos de vida

de las participantes. Estas metas dejan de responder a exigencias externas para construirse desde necesidades personales y significados elaborados a partir de la experiencia vivida, mostrando que la remisión favorece una reorganización de las prioridades y una nueva manera de proyectar el futuro.

Se concluye que las conductas orientadas a las metas están estrechamente vinculadas con las creencias que las participantes construyen acerca de la enfermedad y de sí mismas. La adopción de hábitos de autocuidado, la reorganización de las rutinas, la regulación emocional, la práctica de actividad física, el establecimiento de límites y la búsqueda de espacios de tranquilidad reflejan acciones intencionales que permiten sostener los nuevos proyectos de vida. Estas conductas muestran que la experiencia del cáncer favorece la construcción de creencias que fortalecen la percepción de agencia personal y promueven una participación más activa en el cuidado de la propia salud y en la continuidad de sus metas.

Los hallazgos permiten concluir que los valores sociales y los mandatos culturales continúan influyendo en la forma en que las mujeres interpretan su experiencia; sin embargo, la remisión también favorece procesos de cuestionamiento y resignificación de estas construcciones. Valores como la familia, la persistencia, la paz, la tranquilidad y el servicio mantienen un lugar central en sus proyectos de vida, mientras que mandatos relacionados con el cuidado exclusivo de los demás, la autosuficiencia y la postergación de las necesidades personales son progresivamente reevaluados. Este proceso posibilita una relación más equilibrada entre el cuidado de los otros y el cuidado de sí mismas, fortaleciendo la construcción de una identidad más coherente con sus necesidades y prioridades actuales.

La presente investigación permite concluir que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama resignifican sus metas personales mediante un proceso continuo de reconstrucción de significados que se consolida durante la etapa de remisión completa. Esta resignificación no implica un retorno a la vida previa al diagnóstico, sino la construcción de nuevas formas de comprenderse a sí mismas, reorganizar sus prioridades y orientar sus proyectos de vida. En este proceso convergen las representaciones mentales sobre el futuro, las conductas orientadas al logro de metas, las creencias, los valores sociales y los mandatos culturales, junto con experiencias emergentes como las fuentes de bienestar, la historia de vida, el impacto emocional, la resiliencia y la red de apoyo, configurando un proceso dinámico de adaptación que favorece una relación más consciente consigo mismas, con los otros y con su proyecto vital.

Se destaca la potencia del grupo focal como técnica de investigación cualitativa para favorecer la expresión, el intercambio y la construcción colectiva de significados entre las participantes. Su implementación permitió no solo ampliar y profundizar los relatos individuales, sino también visibilizar la agencia que las mujeres fueron desarrollando a partir de la interacción con otras que habían atravesado experiencias similares. El encuentro entre perspectivas diversas posibilitó la emergencia de acuerdos, diferencias y cuestionamientos frente a distintos temas, generando espacios de diálogo y debate que enriquecieron la comprensión de los mandatos culturales presentes en sus experiencias. De este modo, el grupo focal trascendió la función de recolección de información y se constituyó en un espacio relacional en el que las participantes pudieron contrastar sus experiencias, reconocer otras formas de comprenderlas y aportar nuevas dimensiones al análisis de la investigación.

RECOMENDACIONES

Dado que en este estudio la familia y los vínculos afectivos emergieron como motor fundamental del proceso de resignificación, sería valioso realizar una investigación comparativa con mujeres en remisión completa de cáncer de mama que no cuenten con una red de apoyo cercana o que se encuentren en situación de aislamiento social. Esto permitiría identificar qué otros recursos internos o externos sostienen el proceso de reconstrucción vital cuando los vínculos afectivos no están disponibles, y comprender si la resignificación de metas sigue patrones similares o si toma direcciones significativamente distintas. Los hallazgos de dicha comparación enriquecerían el diseño de programas de acompañamiento

psicosocial especialmente orientados a mujeres en condición de soledad o vulnerabilidad social.

Puesto que en este trabajo los hijos aparecieron de manera recurrente como representación afectiva central, como motor motivacional y como destinatarios principales de las metas resignificadas, resultaría de gran interés investigar el proceso de resignificación en mujeres que hayan superado el cáncer de mama y no tengan hijos. Explorar hacia dónde se dirigen las metas cuando este vínculo no existe permitiría comprender con mayor profundidad qué otros anclajes de sentido —proyectos personales, vínculos de amistad, propósitos comunitarios o espirituales— sostienen la reconstrucción del proyecto de vida, ampliando así la comprensión del fenómeno más allá del rol materno como eje organizador de la identidad femenina.

Finalmente, sería de gran relevancia extender esta línea de investigación a hombres que hayan padecido cáncer, ya sea de mama —diagnóstico poco frecuente pero existente en población masculina— u otros tipos de cáncer con impacto similar en la identidad y el proyecto de vida. Dado que este estudio evidenció que los mandatos de género femenino moldean profundamente tanto el sufrimiento como la capacidad de resignificación, explorar cómo los hombres atraviesan procesos similares permitiría identificar si los mandatos de masculinidad generan dinámicas comparables o distintas frente a la vulnerabilidad, el autocuidado y la reconstrucción de metas. Este contraste aportaría una perspectiva de género más completa al campo de la psicooncología y contribuiría al diseño de intervenciones verdaderamente inclusivas para toda la población sobreviviente de cáncer.

REFERENCIAS

- American Cancer Society. (2023). *Breast cancer: Early detection, diagnosis, and staging*. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer.html>
- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). *Goal constructs in psychology: Structure, process, and content*. *Psychological Bulletin*, 120(3), 338–375. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.3.338>
- Burns, M., Bally, J., Burles, M., Holtslander, L., & Peacock, S. (2022). *Constructivist grounded theory or interpretive phenomenology?* *International Journal of Qualitative Methods*, 21, 1–13. <https://doi.org/10.1177/16094069221077758>

- Burstein, H. J., Curigliano, G., Thürlimann, B., Weber, W. P., Poortmans, P., Regan, M. M., Senn, H. J., & Winer, E. P. (2021). *Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: The St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021*. *Annals of Oncology*, 32(10), 1216–1235. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.06.023>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2020). *Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. *Annals of Oncology*, 31(12), 1674–1695. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.09.010>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Foster, C., & Fenlon, D. (2011). *Recovery and self-management support following primary cancer treatment*. *British Journal of Cancer*, 105(S1), S21–S28. <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.419>
- Galvis López, M. A. (2019). *Soy una sobreviviente: Experiencias y significados para una mujer con cáncer*. *Index de Enfermería*, 28(1), 74–78. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100016
- Jung, M. S., & Jang, M. (2026). *Resilience of Korean breast cancer survivors within family relationships: A qualitative study*. *Family Relations*, 1–16. <https://doi.org/10.1111/fare.70236>
- Liga Colombiana contra el Cáncer. (2021). *Situación mundial y nacional del cáncer de mama en Colombia*. <https://ligacancercolombia.org>
- López-Otín, C., & Hunter, T. (2020). *The hallmarks of cancer: An integrative perspective*. *Cell*, 183(1), 70–84. doi: 10.1158/2159-8290.CD-21-1059.
- MacLeod, A., Burm, S., & Mann, K. (2022). *Constructivism: Learning theories and approaches to research*. En J. Cleland & S. J. Durning (Eds.), *Researching Medical Education*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119839446.ch3>Digital Object Identifier (DOI)
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). *Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation*. *Psychological Review*, 98(2), 224–253. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.98.2.224>
- Olivero Luna, J. D., et al. (2024). *Meaning of the experience of breast cancer patients in a university clinic in Bogotá, Colombia: A qualitative study*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 75(2). <https://doi.org/10.18597/rcog.4167>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Breast cancer fact sheet*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Cáncer de mama*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- Palacios Colunga, C. M., Rangel Flores, Y. Y., & Arzuaga Salazar, M. Á. (2021). *Significados psicosociales y expectativas sobre el tratamiento en mujeres supervivientes de cáncer de mama*. *Enfermería Global*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000300007
- Palacios-Espinosa, X. (2015). *El significado de la vida y la muerte para mujeres con cáncer en Colombia*. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(2), 245–260.
<http://dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.07>
- Peck, B., & Mummery, J. (2023). *Hermeneutic constructivism: One ontology for authentic understanding*. *Nursing Inquiry*, 30(2), e12526. <https://doi.org/10.1111/nin.12526>
- Raffe, S., Heshmati Nabavi, F., & Baloochi Beydokhti, T. (2025). *Components of family support in women with breast cancer: A systematic review*. *Supportive Care in Cancer*, 33(7), 576. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09645-w>
- Ramírez Orozco, M., Galindo Vázquez, O., Rojas Russell, M. E., Costas-Muñiz, R., Robles García, R., Meneses García, A., & Bargalló Rocha, J. E. (2020). *Afectaciones psicológicas en supervivientes de cáncer de mama: Una revisión narrativa*. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 10(2), 48–59.
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rllmc/article/view/79746>
- Rocha Delgado, M. R. (2024). *Incidencia y caracterización de casos de cáncer detectados en la unidad de detección de cáncer de mama...* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Chihuahua].
<http://repositorio.uach.mx/697/1/Tesis%20Mar%C3%ADa%20Roselyn%20Rocha%20Delgado.pdf>
- Rodríguez-Reinado, C., Delgado, A., & Alguacil, J. (2020). *El cuerpo y sus reconfiguraciones: Relatos de mujeres con cáncer de mama*. *European Journal of Health Research*, 6(2), 121–131. doi: 10.30552/ejhr.v6i2.210
- Ruiz Carreño, P. (2015). *Estudio sobre la calidad de vida en mujeres supervivientes al cáncer de mama* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia].
<https://hdl.handle.net/10201/45520>
- Salci, M. A., Casado, J. M., Wakiuchi, J., Paiano, M., Charlo, P. B., & Sales, C. A. (2020). *Signifying the voluntary work at an oncologic support house*. *Escola Anna Nery*, 24(4), e20190334. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0334>

- Senkus, E., et al. (2015). *Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines*. *Annals of Oncology*, 26(Suppl. 5), v8–v30. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv298>
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). *Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482–497. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.3.482>
- Silva, T. da, & Oliveira, M. A. (2020). *Significados atribuídos à vida após o câncer de mama*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3309. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/vZDsPy85KqYwpnxnmzxxNMMw/?lang=pt>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tosi, H. L. (1991). A Theory of Goal Setting and Task Performance. *Academy of Management Review*, 16(2), 480–483. <https://doi-org.crai-ustadigital.usantotomas.edu.co/10.2307/258875>
- Williamson, L. Z., & Wilkowski, B. M. (2025). *Examining the why and how of goal pursuit: Cybernetic processes underlying self-determined motivation's effects on goal progress*. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941251329830>
- Woolley, K., Giurge, L. M., & Fishbach, A. (2025). *Adherence to personal resolutions across time, culture, and goal domains*. *Psychological Science*, 36(8). <https://doi.org/10.1177/09567976251350960>