

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS



TRABAJO DE GRADO:

“LAS CONSECUENCIAS EMOCIONALES DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD, PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ DE SAN SALVADOR, EN EL PERIODO DE MARZO – DICIEMBRE DEL AÑO 2018”.

PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADO (A) EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

CRISTINA MARICELI AGUILAR DURÁN
KAREN GISEL AGUIRRE RODRÍGUEZ
PEDRO LUIS PALACIOS CASTILLO

DOCENTE ASESOR:
LIC. ESTEBAN DE JESÚS CUÉLLAR CERÓN

MAYO, 2019
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES



M. Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICE-RECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL

M. Sc. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES



DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
DECANO

M. Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
VICEDECANO

M. Sc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA
SECRETARIO

M. ROBERTO GUTIERREZ AYALA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFIA Y LETRAS

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	11
1.4 OBJETIVOS	13
1.4.1 Objetivo General	13
1.4.2 Objetivos Específicos	13
1.5 ENUNCIADOS.....	14
1.6 LÍMITES Y ALCANCES	15
1.6.1 Límites	15
1.6.2 Alcances	16
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 HISTORIA DEL CÁNCER DE MAMA.....	17
2.1.1 Cáncer de mama a nivel mundial	17
2.1.2 Cáncer de mama en Latinoamérica	19
2.1.3 Cáncer de mama en El Salvador.....	20
2.2 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL SURGIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA	21
2.2.1 Factores de riesgo no modificables	21
2.2.2 Factores de riesgo modificables	22
2.3 IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS	22
2.4 LAS EMOCIONES	26
2.4.1 Origen de las emociones.....	27
2.4.2 Los diferentes tipos de emociones.....	28
2.4.3 Tipos de Emociones	29
2.5 CÁNCER DE MAMA Y SUS CONSECUENCIAS EMOCIONALES	30
2.6 IMPACTO PSICOSOCIAL ANTE UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	34
2.6.1 Habilidades Sociales.....	36
2.7 CONSECUENCIAS COGNITIVAS ANTE EL TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER	37
2.8 PÉRDIDA, DUELO Y CÁNCER	38
2.8.1 Autoestima y percepción ante la vida.....	40
2.8.2 Resiliencia	41
2.9 DEPRESIÓN.....	43
CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	45

3.2 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	46
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	46
3.4.1 Población de referencia	46
3.4.2 Población blanco u objetivo	46
3.4.3 Muestra de casos homogéneos	46
3.4.4 Criterio de saturación de la información	47
3.4.5 Criterios de inclusión.....	47
3.4.6 Criterios de exclusión	47
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
3.5.1. Entrevista.....	48
3.5.2 Entrevista psicológica semiestructurada.....	48
3.5.3 Observación.....	49
3.5.4 Observación psicológica no participante.....	49
3.5.5 Guía de observación psicológica participación activa.....	50
3.5.6 Bitácora o diario de campo.....	50
3.6 ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .	51
3.6.1 Estrategias de recolección de datos	51
3.6.2 Acercamiento a la institución	52
3.6.3 Procesamiento y análisis de la información	53
3.6.4 Análisis de información.....	54
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	55
3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	56

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. DIAGRAMAS DE CATEGORÍAS COLECTIVAS.....	58
4.1.1 Intervención quirúrgica	58
4.1.2 Emociones	59
4.1.3 Reacción ante el diagnóstico	60
4.1.4 Relaciones interpersonales	61
4.1.5 Tratamiento psicológico	62
4.1.6 Percepción de la vida.....	63
4.1.7 Redes de apoyo.....	64
4.1.8 Conocimiento sobre cáncer de mama.....	65
4.1.9 Percepción de tratamientos médicos contra la enfermedad.....	66
4.2 DIAGRAMAS DE CATEGORÍAS INDIVIDUALES (PIC).....	67
4.2.1 Enfermedad y emociones	67
4.2.2 Factores emocionales y cáncer	68
4.2.3 Ideas especulativas	69
4.2.4 Causas médicas.....	70
4.2.5 Explicación del tratamiento.....	71

4.2.6 Culpabilidad en la PIC.....	72
4.2.7 Conocimiento emocional.....	73
4.2.8 Actividades recreativas.....	74
4.2.9 Recreaciones primarias (familia).....	75
4.3 DIAGRAMAS DE CATEGORÍAS INDIVIDUALES (PROFESIONALES)	76
4.3.1 Duelo	76
4.3.2 Rol del PIC en su familia.....	77
4.3.3 Ideas suicidas.....	78
4.3.4 Consecuencias psicológicas.....	79
4.3.5 Protocolo estandarizado (evaluación).....	80
4.3.6 Recursos psicológicos (herramientas)	81
4.3.7 Resiliencia	82
4.3.8 Autoimagen	83
4.3.9 Atención psicológica	84
4.4 ANÁLISIS GENERAL	85
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS.....	101
ANEXO 1: CUADRO DE TRIANGULACIÓN DE CATEGORÍAS	102
ANEXO 2: CODIFICACIÓN POR ACTORES.....	105
ANEXO 3: CUADRO DE TRIANGULACIÓN DE CATEGORÍAS	122
ANEXO 4: CODIFICACIÓN POR ACTORES.....	124
ANEXO 5: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A MUJERES.....	134
ANEXO 6: ENTREVISTA A PERSONAL DE ONCOLOGÍA.....	140
ANEXO 7: ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD MENTAL.....	143
ANEXO 8: GUÍA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTES	149
ANEXO 9: GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.....	152
ANEXO 10: GUÍA DE BITÁCORA DE CAMPO	154
ANEXO 11: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2018 -2019.....	155
ANEXO 12: ESTADÍSTICA DE CANCER DE MAMA DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.....	156
ANEXO 13: PROPUESTA TÉCNICA	157

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y CUADROS

Ilustración 1.- Pirámide de emociones.....	29
Ilustración 2.-Factores psico sociales	61
Ilustración 3.Diagrama comparativo de intervención quirúrgica	58
Ilustración 4. Diagrama comparativo de tratamiento psicológico	62
Ilustración 5.Diagrama comparativo de la percepción de la vida.....	63
Ilustración 6. Diagrama comparativo de las emociones	59
Ilustración 7. Diagrama comparativo de redes de apoyo.....	64
Ilustración 8.Diagrama comparativo del conocimiento de cáncer mamario	65
Ilustración 9.Diagrama comparativo de la reacción por diagnóstico.....	60
Ilustración 10. Diagrama comparativo de la percepción de los tratamientos.	66
Ilustración 11.Conocimiento emocional de pacientes con cáncer	73
Ilustración 12.Vivencia subjetiva respecto a la enfermedad.....	67
Ilustración 13.Factores del cáncer	68
Ilustración 14.Diagrama de las ideas especulativas.....	69
Ilustración 15.Actividades de recreación.....	74
Ilustración 16.Causas según médicos	70
Ilustración 17. Información de los tratamientos a seguir.....	71
Ilustración 18.Culpabilidad de las PIC.	72
Ilustración 19.Recreación familiar.....	75
Ilustración 20.Protocolos psicoterapéuticos	80
Ilustración 21. Herramientas psicológicas	81
Ilustración 22.El duelo y el cáncer.....	76
Ilustración 23.Resiliencia y cáncer	82
Ilustración 24.Rol de las pacientes	77
Ilustración 25.Autoimagen.....	83
Ilustración 26. Ideas suicidas ante el cáncer.	78
Ilustración 27.Consecuencia emocional	79
Ilustración 28.Atención psicoterapéutica.....	84

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación consiste en la relación que existe entre el cáncer de mama y las emociones, ya sean primarias, secundarias o sociales, las cuales generan consecuencias a manera individual, familiar, laboral e interpersonal. Asimismo, esta investigación realiza un estudio sobre el efecto emocional y cognitivo que se produce a partir de los diferentes tratamientos médicos a los que se someten las pacientes y las implicaciones que tiene en los diferentes roles que realizan. Por esta razón, la investigación plantea que el cáncer de mama provoca deterioro físico y psicológico, actuando de una forma inseparable.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer de mama es una enfermedad común en la población salvadoreña, afecta a las mujeres, por lo que diferentes instituciones públicas y privadas han estimado conveniente adjuntar esfuerzos con el Ministerio de Salud, buscar soluciones y ayuda para las miles de mujeres que lo padecen. Es importante que las pacientes reciban un tratamiento integral, por ello, a partir de las vivencias de las pacientes se ha recopilado información teórica que sustenta este trabajo de tesis; además de la necesidad de la ayuda terapéutica ante esta problemática.

Generalmente, el cáncer de mama es una enfermedad que avanza de forma silenciosa en el cuerpo de una mujer, por lo que su diagnóstico causa un impacto grande a las pacientes; además de diferentes reacciones emocionales, entre las que están la ira, tristeza, frustración, miedo, enojo y hasta depresión. Por esta razón, al estudiar sobre las consecuencias que la enfermedad provoca a las pacientes y sus familias, se puede detallar que existen consecuencias psicológicas. En este trabajo se hace énfasis en las emocionales, tomando como fundamento las experiencias de pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, que hablan acerca de los cambios físicos, de su autoestima, del duelo que representa la enfermedad y de la percepción de la vida que se modifica desde el momento del diagnóstico y se agrava con el proceso de los tratamientos.

El Capítulo 1 presenta la delimitación espacial, temporal y social de la problemática de estudio; describe y justifica la importancia y relevancia del tema, además de ello se plantean los objetivos, los enunciados en forma de interrogante y los respectivos límites y alcances que se contemplan en todo el proceso de investigación.

El capítulo 2 contempla la base o marco teórico que fundamenta la investigación de las consecuencias emocionales del cáncer de mama, partiendo con los antecedentes históricos del tema hasta llegar a la realidad actual.

El capítulo 3 presenta el diseño metodológico, el enfoque y método de investigación, su población y muestra de estudio la cual se seleccionó por medio de

criterios de inclusión y exclusión, además cuenta con estrategias e instrumentos de recolección de la información.

El capítulo 4 presenta los resultados encontrados a partir de la triangulación de datos en forma de diagramas de categorías colectivas, diagramas de categorías individuales para pacientes identificadas con cáncer de mama y diagramas de categorías individuales para profesionales.

A partir de las diferentes experiencias y vivencias dentro del hospital, después de haber realizado el trabajo de campo, se vio la necesidad de realizar un aporte de investigación para futuras mujeres pacientes de cáncer de mama, para que reciban acompañamiento terapéutico junto al tratamiento clínico y tengan la oportunidad de una atención integral; por lo que se realiza una propuesta técnica profesional de atención psicosocial a las pacientes que padecen cáncer de mama, en el manejo de sus emociones, durante el proceso de tratamiento de la enfermedad.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El cáncer de mama es un tema amplio y complejo, por años ha requerido de grandes investigaciones para comprender la magnitud de esta enfermedad que afecta mayoritariamente a las mujeres. Los diferentes estudios indican que existe detección temprana cuando se realiza una autoexploración adecuada que permita iniciar el tratamiento necesario, el cáncer siempre afecta emocionalmente a las mujeres que lo padecen y su núcleo familiar.

El Ministerio de Salud de la República de El Salvador (2015), en su revista sobre cáncer Cérvico Uterino, basándose en estudios de la Organización Panamericana de la Salud, declara:

En El Salvador, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en las mujeres por este diagnóstico. Para 2012, las tasas estandarizadas de incidencia y mortalidad del cáncer de mama en el país fueron de 23.6 y 8.8 por 100,000 mujeres respectivamente (pág. 82).

Por lo que las consecuencias que esta enfermedad trae a las personas que lo padecen y su contexto han aumentado considerablemente en los últimos años.

En este sentido, el cáncer genera consecuencias en todas las edades de la vida, cambia y modifica gradualmente la rutina diaria de las personas que son diagnosticadas junto con su dinámica familiar y grupal. Además, se puede mencionar que, aunque existe una mínima posibilidad, los hombres también la pueden padecer en aproximadamente el uno por ciento de todos los casos de cáncer; sin embargo, en ambos casos las personas diagnosticadas no sabían del tema o nunca investigaron sobre dicha enfermedad.

Igualmente, año tras año las cifras de diagnósticos de cáncer mamario aumenta, pero también la posibilidad de ser diagnosticado e intervenido a tiempo. La estadística de esta enfermedad, expuesta por el MINSAL (2015), indica: “El 75% de los casos de cáncer

mamario se dan en mujeres mayores de 50 años y el nivel de incidencia de este cáncer es alrededor de los 60 años” (p. 84), siendo este grupo etario el de mayor afección.

Las consecuencias derivadas de los efectos de una mastectomía, las de nivel emocional en la mujer repercuten en la autoimagen y su interacción social, puesto que física y visualmente, constituye un cambio importante sobre su cuerpo en las relaciones con sus coetáneos, pueda sentirte denigrada y estigmatizada socialmente.

Algunos autores mencionan que la resiliencia para afrontar una dificultad juega un papel importante en el proceso de la enfermedad, como establece Viniegras (2007), “En general se señala que la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier ciclo vital” (p. 74). Sin embargo, se ha comprobado que mientras una paciente presente mayores cambios físicos, emocionales y en su rutina diaria, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alta.

1.2 Delimitación del problema

Delimitación Espacial

La investigación se desarrolló dentro del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez de San Salvador.

Delimitación Temporal

El periodo de tiempo en el que se contempló realizar la investigación fue del mes de Marzo a Diciembre del año 2018.

Delimitación Social

La población con la que se trabajó en el desarrollo de la investigación fue con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre los 25 y 40 años de edad.

1.3 Justificación

En El Salvador, el cáncer de mama es un tema al que se le está prestando mayor atención cada día, es una enfermedad que está adquiriendo relevancia, importancia y preocupación por parte del sector salud y algunas otras organizaciones sociales de este país.

Por esa razón, es necesario que las pacientes con este padecimiento, reciban una atención integral durante el proceso de su tratamiento, el cual implica no solo lo físico y farmacológico sino también el área psicológica. Esta investigación pretende entregar un nuevo aporte que permita dar a conocer no solamente los signos y síntomas físicos que genera esta enfermedad sino también sus consecuencias emocionales.

Es importante señalar que existen consecuencias emocionales como resultado del diagnóstico de cáncer de mama, entre las que podemos mencionar la tristeza, el enojo, el miedo, la ira, entre otros. La continua o casi permanente aparición de estas emociones en el transcurso de la enfermedad genera un deterioro significativo en la salud mental de las pacientes. Con la intervención psicológica temprana se pretende colaborar en la identificación, aceptación y percepción de la vida futura de las mujeres diagnosticadas, en la homeostasis interna y el estado emocional saludable.

Algunos de los elementos que han llevado a seleccionar este tema, es el rápido crecimiento de nuevos casos de cáncer de mama en mujeres de edad temprana y edad promedio. Así como también, el poco o nulo conocimiento de dicha enfermedad que puedan tener las mujeres a nivel social, con respecto a las consecuencias emocionales que pueden vivenciar las mujeres que lo padecen.

Esta investigación beneficiará en primer lugar a las personas que padecen la enfermedad y a sus respectivas familias, a la sociedad en general para sensibilizar con respecto a las consecuencias emocionales que genera esta enfermedad. Cabe destacar que el hospital tendrá la posibilidad de recibir un protocolo de intervención para que las pacientes reciban una atención de mejor calidad, integral y humanitaria.

La investigación tiene como objetivo identificar las emociones que generalmente experimentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama a partir del momento del diagnóstico, como en todo el proceso que implica el tratamiento y el impacto en la percepción que la mujer tiene de su vida en general.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar las consecuencias emocionales que experimentan las mujeres pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar los tipos de emociones que experimentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Detallar cómo la información obtenida respecto al diagnóstico influye en sus emociones.

Identificar la percepción que tienen las mujeres respecto al apoyo emocional que reciben de su familia y la institución.

Elaborar un protocolo de intervención psicológica que contribuya a la educación emocional de las pacientes diagnosticadas con cáncer.

1.5 Enunciados

1. ¿Cuáles son las consecuencias emocionales que experimentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama?
2. ¿Qué tipo de emociones experimentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama?
3. ¿Cómo influye, en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, la información recabada sobre el conocimiento de su enfermedad en sus emociones?
4. ¿Cuál es la percepción que tienen las mujeres respecto al apoyo emocional que reciben de su familia y la institución?
5. ¿Podría la elaboración de un protocolo de intervención psicológica contribuir a la educación emocional de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama?

1.6 Límites y alcances

1.6.1 Límites

1. Que las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama se nieguen a participar en el proceso de la investigación o ya no deseen colaborar con el grupo de investigadores encargado.
2. Que alguna de las pacientes fallezca durante el proceso de investigación.
3. Que las pacientes no cuenten con los recursos económicos necesarios para asistir a sus consultas o que vivan en zonas geográficas alejadas y no puedan hacerse presentes.
4. No serán objeto de investigación el grupo familiar y el contexto social de las pacientes.
5. No se cuenta con un espacio físico adecuado dentro del hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez, para la intervención con las pacientes.
6. No se le da importancia a la atención psicológica como parte del tratamiento a las pacientes.
7. Poseen procesos burocráticos que ralentizan el trabajo de ayuda a las pacientes.

1.6.2 Alcances

1. Identificar las consecuencias emocionales que las mujeres experimentan al ser diagnosticadas con cáncer de mama.
2. Proponer un plan de atención emocional para disminuir el impacto de las consecuencias de dicho diagnóstico.
3. Conocer, desde la propia vivencia de las pacientes, las consecuencias emocionales al ser diagnosticadas con cáncer de mama.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Historia del cáncer de mama

Desde tiempos muy antiguos se conoce el cáncer de mama, de modo que a lo largo de la historia esta enfermedad ha sido un tema de constantes estudios y evolución por lo compleja y significativa que puede ser para las pacientes y sus familias. Los autores Friedewald & Buzdar (1997), expresan:

Se conoce que la palabra cáncer es de origen griego, Karkinos, que significa “cangrejo”. Según Galeno médico griego de la antigüedad, el cáncer recibió este nombre porque las venas inflamadas alrededor del tumor se parecían a las extremidades del cangrejo. Se les observaba al examinar los tumores de mujeres con cáncer de seno (pág. 45).

Sanz & Modolell (2004) consideran que “En los años 80`s en España surge el interés por la problemática emocional asociada al cáncer, pues las necesidades psicológicas están inevitablemente unidas a la globalidad de las personas” (pág. 12). Dicho de otra manera, el cáncer y el efecto emocional se encuentran en una unidad indisoluble en las mujeres que lo padecen.

Es importante señalar que las consecuencias emocionales que vivencian las pacientes de cáncer de mama, varían significativamente de paciente en paciente y es mediante el proceso de atención psicológica que se logra una educación emocional adecuada, cambiando la percepción de la persona hacia el padecimiento, hacia el tratamiento médico al que deberá someterse y hacia las variaciones a las que se enfrentará dentro de su contexto.

2.1.1 Cáncer de mama a nivel mundial

El cáncer de mama es una enfermedad que no respeta condiciones socioeconómicas, raza y cultura, lo que vuelve vulnerables a todas las mujeres de las diferentes regiones. La Organización Mundial de la Salud (2004) indica:

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519,000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (pág. 15).

Además, el cáncer de mama ha tenido una trayectoria ascendente en las últimas décadas, que se manifiesta con el incremento de las muertes por esta causa en mujeres de 25 años de edad en adelante. Salazar, Suárez, Llerenas, Mejía, & Ponce (2011), explican que “Esta situación se vincula con los estilos de vida, así como con las transiciones demográfica y epidemiológica, procesos que han favorecido el aumento en la esperanza de vida de la población y por ende el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas” (pág. 386).

En este sentido, la diversidad de factores vinculados con el desarrollo del cáncer mamario, cada vez tiene una implicación más sobresaliente, por lo que es probable que con el paso de los años se dé la pauta a la existencia de nuevos cuadros clínicos de diagnóstico de cáncer de mama y también la muerte de mujeres a temprana edad que los ya alcanzados actualmente a escala mundial. No obstante, Salazar et al. (2011) expresan lo siguiente:

El aumento de la incidencia de cáncer de mama en el mundo en desarrollo se relaciona con una mayor esperanza de vida de la población, el progreso de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales, aunado a la deficiente detección precoz para mejorar el pronóstico y la supervivencia de estos casos (pág.110).

En otras palabras, el avance en la modernización y el acogimiento de formas de vida de otras regiones han optimizado la certidumbre de una mejor calidad de vida en relación al cáncer de mama. Sin embargo, Salazar et al. (2011) manifiestan:

Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto

porcentaje de mujeres acuden al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento (pág. 386).

Es decir, que al no contar con métodos estratégicos de prevención temprana, se contribuye a un mayor aumento de casos de cáncer de mama en estado avanzado.

Por lo tanto, la ausencia de programas de detección prematura no solo reduce las posibilidades de vida de las mujeres que acuden al servicio médico cuando la enfermedad ya está asentada, sino también la falta de equipo médico para brindar un servicio de salud apropiado, sirviendo esto como obstáculo para que la mujeres no se acerquen a un establecimiento de salud en estos países en vías de desarrollo. Salazar et al. (2011) declara, “La creciente adopción de estilos de vida menos saludable en los países de ingresos bajos y medios es, además, un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos países” (pág. 386). Dicho de otra manera, los hábitos alimenticios, cuidados personales, vicios o adicciones influenciados por subculturas imitadas son un determinante significativo en el crecimiento de la incidencia de cáncer de mama.

Sin embargo, existen organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales, y movimientos sociales que han comenzado a dar prioridad y apoyo a nivel internacional a diferentes proyectos en la lucha contra esta enfermedad mortal. El cáncer de mama es considerado un problema prioritario de salud pública a nivel mundial, ya que se le reconoce como primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (Rojas & Gutierrez, 2016). En este sentido, requiere mayor compromiso de todas las organizaciones o instituciones en especial las afines al sector salud.

2.1.2 Cáncer de mama en Latinoamérica

El panorama no es favorable respecto al asunto de la prevención o enfermedad en América Latina, se dice que:

En 2012, más de 408,200 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de mama y se calcula que 92,000 fallecieron a causa de la enfermedad. Dentro de este número, casi la mitad de las muertes, un 47% se registraron en América Latina y el

Caribe. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de ALCA, tanto en número de casos nuevos como en número de muertes. Las proyecciones indican que el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% en el 2030.” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f., pág. 13).

A partir de estas estadísticas, en los últimos años, se ha logrado establecer una predicción a futuro en cuanto al cáncer de mama, la cual permite mejorar los métodos de promoción del autocuidado y autoexploración; además de los tratamientos para combatir la enfermedad. A pesar de lo anterior, en algunos países de Latinoamérica aún no se ha podido brindar un servicio de salud que disminuya los altos datos estadísticos que afectan a las mujeres de la región.

2.1.3 Cáncer de mama en El Salvador

Según la Organización Mundial para la Salud, el cáncer de mama tuvo un incremento del 20% entre 2008 y 2012, convirtiéndose así en el segundo tipo de cáncer más común. (Universo, 2013). El Salvador es uno de los países que presta atención médica y psicológica a esta enfermedad; no obstante, es de hacer mención que la atención psicológica que se ha venido implementando en el país, debe ir renovándose y adaptándose continuamente a las necesidades emocionales que cada paciente experimenta con el propósito de obtener resultados más efectivos en ellas. Con respecto a la nuevas cifras de cáncer la OPS/OMS (2014) señala lo siguiente:

El ISSS reportó 285 nuevos casos de cáncer de mama en El Salvador en el año 2009, por lo que la enfermedad se perfila como la principal causa de consulta oncológica y una de las principales causas de muerte en la mujer salvadoreña (pág. 56).

Lo anterior indica que si se retoman los datos estadísticos, se fundamenta por qué se dice que esta enfermedad se posiciona como la principal causa de muerte entre las mujeres.

Ante el alza de casos reportados en el país, es de suma importancia que la atención psicológica no solo se oriente a las personas que ya padecen la enfermedad, sino también de manera preventiva, buscando con ello la detección temprana de la enfermedad, posibilitando de esa manera que el tratamiento médico y psicológico sea recibido por las pacientes en el momento indicado.

2.2 Factores de riesgo relacionados con el surgimiento del cáncer de mama

2.2.1 Factores de riesgo no modificables

Existe una variedad de factores de riesgo no modificables y modificables; los autores Cordoba, García, Izquierdo, & Sabadell (2015) consideran los siguientes:

- Ser mujer: Es el principal factor de riesgo para desarrollar un cáncer de mama. La incidencia entre el sexo femenino es unas 100 veces mayor que entre el masculino, por la diferencia en los niveles de estrógenos y progesterona entre ambos sexos.
- Edad: El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad. Por encima de los 50 años se incrementa el riesgo en unas 6,5 veces y va aumentando al aumentar la edad.
- Raza: Las mujeres de raza blanca tienen más probabilidad de desarrollar un cáncer de mama que las de raza negra, aunque estas tienen mayor probabilidad de morir por este cáncer. Las mujeres asiáticas, hispanas y nativas americanas tienen un menor riesgo de desarrollar y morir de cáncer de mama.
- Menarquia temprana: son de riesgo de cáncer de mama aquellas que han tenido ciclos menstruales antes de los 12 años debido a la exposición temprana a los estrógenos.
- Menopausia tardía: Las mujeres que experimentaron la menopausia después de los 55 años tienen un riesgo ligeramente mayor de adolecer cáncer de mama.

- Antecedente personal de cáncer de mama: Las mujeres que han padecido un cáncer de mama, carcinoma infiltrante o carcinoma ductal in situ, tienen un riesgo aumentado de 3 a 4 veces para desarrollar un nuevo cáncer ya sea en la misma mama o en la mama contralateral.
- Historia familiar de cáncer de mama: El riesgo de cáncer de mama es mayor entre las mujeres con familiares afectos por esta enfermedad. Tener un familiar de primer grado con cáncer de mama duplica aproximadamente el riesgo de una mujer, y tener 2 familiares de primer grado puede aumentar su riesgo hasta 3 veces.
- Genéticos: Se considera que entre un 5% y un 10% de los casos de cáncer de mama son hereditarios, como resultado directo de mutaciones genéticas.

2.2.2 Factores de riesgo modificables

- Sobrepeso y obesidad: aumentan el riesgo de cáncer de mama en la postmenopausia, por un incremento los estrógenos circulantes.
- Consumo de alcohol: el consumo de alcohol está claramente relacionado con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Una ingesta de 35-40 g/día aumenta en casi 1,5 veces el riesgo, y éste se va incrementando de forma progresiva con el aumento de consumo de alcohol.

2.3 Impacto psicológico de los tratamientos médicos

Afrontar un tratamiento médico de cáncer es, sin duda, un episodio que será sometido a diversos impactos que afectarán directamente al individuo, al respecto, Haber (2000) dice que:

Los niveles de ansiedad de los pacientes de cáncer, durante el curso de la enfermedad, están habitualmente más relacionados con la presencia de síntomas físicos que con el riesgo real o los informes médicos. Estos síntomas pueden

provocarlos el propio cáncer o los efectos secundarios, o ser el resultado de reacciones psicológicas (págs. 63-64).

Los tratamientos médicos para combatir el cáncer de mama se han vuelto de uso indispensable en muchos establecimientos de salud, que si bien es cierto el propósito principal que pretenden cumplir estos avances es generar esperanzas de superación de la enfermedad y de vida en las mujeres que se someten a dicho proceso. En los últimos años con el avance de la ciencia y la medicina se cuenta con algunos tipos de tratamientos como pueden ser: la cirugía, quimioterapia y radioterapia, los cuales deberían ir acompañados de un tratamiento psicológico en cada fase, para disminuir los niveles de ansiedad, miedo y estrés que genera la enfermedad.

El primer tipo de intervención se refiere a las cirugías, con relación a esta, Haber (2000) expresa:

Las intervenciones quirúrgicas implican para las mujeres con cáncer de mama el tener que adoptar determinadas decisiones, como por ejemplo la elección entre la tumorectomía o la mastectomía, la aplicación o no de quimioterapia coadyuvante e incluso hasta la selección de la fecha en la que se someterán a la intervención en su etapa fértil (pág. 63).

De acuerdo con lo anterior, las cirugías en general representan peligrosidad dependiendo la parte física que se intervenga, siempre será una difícil decisión para cualquier persona que debe someterse. En el caso de las mujeres, el someterse a una cirugía de mastectomía, es decir, la extirpación de una mama o ambas mamas, trae como consecuencia vergüenza sobre su mismo cuerpo, el vivenciar un duelo, tener dificultad de aceptación, tristeza, problemas de autoestima e incluso depresión y probablemente aislamiento social por miedo a ser criticada por otras personas.

Otro tratamiento de importancia para el tratamiento del cáncer, pero que también es de los más impactes es la quimioterapia, de la cual Haber (2000) expone:

La experiencia de la quimioterapia puede depender, en parte, de si su administración está prevista en el plan del tratamiento inicial o de si se utiliza para combatir una reaparición de la enfermedad. En este último caso, puede que las pacientes que la reciban por segunda vez tengan un mayor grado de estrés, debido a que la recaída representa una experiencia mucho más dura que el diagnóstico inicial. Las mujeres con cáncer que reciben la quimioterapia por segunda vez, es lógico y normal que estas pacientes interpreten los síntomas físicos como un indicativo de la progresión de la enfermedad; en cambio, las pacientes que reciben la quimioterapia por primera vez los asocian a los efectos secundarios del tratamiento (págs. 64-65).

A partir de lo anterior, las mujeres que padecen de cáncer de mama y que se someten a quimioterapia, deben afrontar y aceptar con conciencia plena que este tipo de tratamiento ocasiona efectos secundarios tanto físicos como emocionales y son, precisamente, los emocionales que pueden generar resignación, pena, percepción de desvaloración ante los demás, crear prejuicios hacia su misma persona y pueden contribuir a un deterioro más integral y rápido en el curso del proceso de la enfermedad.

De este modo, el tratamiento de la quimioterapia puede generar distintas perspectivas en las mujeres que padecen cáncer de mama, porque algunas, al recibir este tratamiento por segunda ocasión, pueden deducir que se debe a que la evolución de la enfermedad continúa, lo que genera estrés, miedo, confusión u algún otro tipo de emoción negativa según el impacto significativo que puede representar para la mujer este proceso.

Las mujeres que se someten o afrontan el tratamiento de la quimioterapia por primera vez, experimentan consecuencias emocionales que probablemente sean de menor intensidad que a las que presentan diagnósticos reincidentes, pero este hecho no quiere decir que sean de menor importancia, debido a que generan miedo, duda, alteraciones en el estado de ánimo y que a su vez son perjudiciales para el estado de salud. El recibir por primera vez el tratamiento en comparación con una segunda vez, puede mostrar una afección notoria a nivel emocional, perceptivo, cognitivo y psicosocial; al final los tratamientos generan daño físico y emocional.

La radioterapia es importante para el tratamiento del cáncer, con relación a esta Haber (2000) manifiesta:

En torno al uso de la radioterapia pueden existir circunstancias inquietantes, como el nivel de ruido que produce el Betatron, que es un instrumento emisor de radiaciones. El miedo y la ansiedad pueden ser respuestas condicionadas consecuencia de este tratamiento. La depresión y el aislamiento social son otras de las posibles reacciones. Los efectos secundarios psicológicos de la radioterapia pueden incluir fatiga y alteraciones en la piel (pág. 66).

El tratamiento de la radioterapia aplicado a las mujeres también puede producir algunas emociones negativas que no solamente implican los efectos físicos secundarios provocados por este mismo tratamiento, sino también, aspectos exteriores como el ruido generado por este aparato médico puede llegar a atemorizar, estresar o inquietar a algunas mujeres en el inicio o en el transcurso de la aplicación; esto puede implicar que, posteriormente, ya no haya deseos o voluntad de querer continuar con el proceso del control médico, lo que puede llegar a producir culpabilidad, sentimientos de cobardía e incluso resignación en las mujeres.

Las consecuencias que generan los tratamientos anteriormente mencionados en las pacientes con cáncer de mama no se limitan solo a los aspectos físicos, existen también un impacto psicológico significativo, un claro ejemplo puede ser el rechazo al médico, al hospital (donde se recibió el tratamiento), a ciertos tipos de alimentos o al psicólogo (Haber, 2000). Se debe agregar que la detección y tratamiento temprano de la enfermedad no aseguran la pronta y completa recuperación incluso cuando hayan avances tecnológicos importantes o cuando se tengan profesionales de la salud altamente calificados. Al percibir esta situación, las pacientes pueden tener rápidamente una actitud de decepción y frustración ante la vida.

2.4 Las emociones

Las emociones en el ser humano siempre han dado la capacidad y habilidad para motivarse, para sobreponerse a todo tipo de adversidad, afrontar amenazas donde la propia sobrevivencia se ha puesto en riesgo en la historia evolutiva de la humanidad, desde las primeras civilizaciones. Así mismo, las emociones han permitido a la raza humana abrigar esperanza y a partir de esa concepción es que, específicamente en la enfermedad, las emociones, en algunos casos, pueden llevar a fortalecer, a luchar por la sobrevivencia y a aligerar el peso que significa combatir una enfermedad como es el cáncer en la actualidad. Así lo refiere Goleman (1996):

En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado. La raíz de la palabra emoción es motore, el verbo latino “mover”, además del prefijo “e”, que implica “alejarse”, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar. (pág. 24)

Por lo tanto, las emociones son las que empujan o estimulan de forma innata a todas las personas a emitir una acción; esta acción o respuesta estará determinada en gran medida por el factor o factores externos e internos que pueden afectar o motivar a las personas. Y serán estos los que definan el tipo de emoción que las personas vivenciarán o manifestarán, tanto particularmente como socialmente, desde la perspectiva individual. Con relación a lo anterior, Goleman (1996) plantea:

En nuestro repertorio emocional, cada emoción juega un papel singular, como quedó revelado por sus características sintonías biológicas. Con nuevos métodos para explorar el cuerpo y el cerebro, los investigadores están descubriendo más detalles fisiológicos acerca de cómo cada emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuesta (pág. 24).

En este sentido, según la emoción que los seres humanos experimenten, tendrá de manera automatizada un impacto en el cuerpo y, en muchas ocasiones, reflejará signos que

denotan y sustentan la existencia de neurotransmisores de dopamina, adrenalina y noradrenalina, donde dichas hormonas entran en acción de manera pasiva o enérgica dependiendo el tipo de temperamento y contexto en el que se encuentre la persona, en un momento determinado.

2.4.1 Origen de las emociones

Las emociones son parte inherente al ser humano, constituyen parte de la vida y por supuesto han acompañado al ser humano en su ciclo evolutivo; al respecto de su fisiología, Martos (s.f.) dice:

La amígdala cerebral es una estructura que recibe ese nombre por su parecido al de una almendra (almendra en griego es amýgdalo). También se conoce como complejo amigdalino o cuerpo amigdalino. Consiste en dos grupos de núcleos neuronales situados en la profundidad de nuestro cerebro, concretamente en el interior de los lóbulos temporales. Está compuesta por grupos de neuronas diferentes que se organizan en núcleos, y que cada uno tiene roles distintos. A pesar de su tamaño, la amígdala tiene un funcionamiento complejo y participa en una gran variedad de funciones, aunque destaca por su papel en el procesamiento emocional, principalmente el miedo. Sin embargo, participa también en la memoria y en la toma de decisiones (pág. 14).

De este modo, las emociones tienen su lugar en una micro estructura anatómica dentro del cerebro que forma parte del sistema nervioso central del ser humano. El origen de las emociones reside desde el inicio de la vida de las personas, se manifiestan y vivencian en todas las etapas y ciclos del desarrollo humano; por lo tanto, al ser una parte constitutiva e indisoluble de las personas, cuando una mujer es diagnosticada con cáncer de mama, inmediatamente se produce la gestación de emociones negativas que pueden llevar a sentir miedo, confusión, ira o tristeza, y a su vez pueden producir cambios fisiológicos momentáneos (dilatación de pupilas, sudoración, arritmia cardíaca). Referente a la manifestación de emociones, Petrovski (s.f.) considera lo siguiente:

La expresión de las emociones incluye, en primer lugar, los movimientos expresivos exteriores (mímicos y pantomímicos); en segundo lugar, diversas manifestaciones somáticas, es decir, los cambios de la acción y del estado de los órganos internos (los que llevan consigo, en muchos casos, notables cambios del aspecto exterior de la persona que está experimentando una emoción); en tercer lugar, las transformaciones aún más profundas de índole humoral, o sea, las de la composición química de la sangre y de los otros líquidos del organismo, así como también los cambios en el metabolismo (pág. 348).

Respecto a lo anterior, las emociones están presentes en el ser humano desde que nace hasta que muere, las cuales lo acompañan en todas las etapas evolutivas del desarrollo humano y no hay manera de poder desligarse o desprenderse para evitar experimentarlas y expresarlas sin importar el tipo de emoción que sea; debido a que existe una predisposición psicofisiológica a sentir una reacción emocional que no está determinada por la aprobación o gusto de las personas.

2.4.2 Los diferentes tipos de emociones

Existen diferentes tipos de emociones, Ekman (citado en Vivas, Gallego, & Gónzales, 2006) declara “que una de las clasificaciones más empleadas es la de distinguir entre emociones básicas y emociones complejas secundarias. Las emociones básicas, también denominadas primarias, puras o elementales, se reconocen por una expresión facial característica” (pág. 23). Todo esto parece confirmar la existencia de una jerarquización de emociones y a su vez hace denotar que no subsisten emociones que no produzcan algún tipo de gesto corporal en el ser humano.

Ekman (citado en Vivas et al, 2016) afirma que: “El argumento sobre la existencia de, al menos, algunas emociones que no son aprendidas tienen la característica de ser universales e innatas”. Además, descubrió que las expresiones faciales de estas emociones son reconocidas por personas de distintas culturas, lo cual les otorga un carácter universal. Dicho de otra manera, la expresión de las emociones es una reacción natural de todas las personas sin importar el ambiente o contexto sociocultural en el que se desarrollan.

Existen autores que agrupan las emociones de diferentes maneras, Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (citado en Vivas et al, 2006), las que se describen a continuación:

➤ **Emociones primarias:**

Miedo, ira, tristeza, asco, felicidad, sorpresa.

➤ **Emociones secundarias:**

Hostilidad, ansiedad, amor/cariño.

➤ **Emociones sociales:**

Vergüenza, culpa, desprecio/odio, orgullo, compasión, simpatía, amor propio/dignidad, indignación, admiración, envidia, congratulación, crueldad.

2.4.3 Tipos de Emociones



Ilustración 1.- Pirámide de Emociones

Las emociones como tal, aun cuando están categorizadas no tienen un orden establecido en el que se presentan ante una situación, pérdida o trauma debido a que la forma de reaccionar entre una persona u otra puede ser igual o tan diferente ante un mismo estímulo. Así mismo, es difícil precisar el tiempo de duración o extensión que puede presentar una emoción, porque en cierta medida eso está determinada por la manera en que las personas afrontan o manejan una situación.

2.5 Cáncer de mama y sus consecuencias emocionales

La enfermedad en el ser humano constituye una serie de efectos en el desarrollo de la persona, dependiendo de la magnitud del diagnóstico de esta, lo cual genera cambios en la percepción que el sujeto tiene hacia las diversas esferas en las que se desenvuelve o hacia la vida en general.

Son múltiples las enfermedades que repercuten, en gran medida, en la vida de una persona; sin embargo, el cáncer en cualquiera de sus tipos es la enfermedad que, en la actualidad, produce más reacciones al momento de diagnosticarse, puesto que para muchos pacientes implica miedos, desesperanza, limitaciones, daño corporal o incluso pensamientos de muerte.

De manera que, desde el momento en que surge la sospecha de un diagnóstico de cáncer, la persona comienza a atravesar por una serie de alteraciones tanto a nivel físico como psicológico, que sin duda develan una serie de emociones que desestabilizan la vida de la persona con posible diagnóstico de cáncer, como lo refieren Munuera, Abad, Esteban, & Tejerina (2004).

La incidencia y la prevalencia del cáncer aumentan de forma paulatina, de modo que hoy en día las enfermedades cancerosas afectan a una parte importante de la población, por ello, llama la atención el impacto psicológico que produce la palabra cáncer. En este sentido, las personas sufren un tremendo impacto emocional al recibir el diagnóstico (pág. 243).

Las fases que se presentan durante el proceso de la enfermedad producen diversas manifestaciones psicológicas, por lo que resulta de gran importancia que el tratamiento médico vaya acompañado de una atención psicológica integral que ayude a las pacientes diagnosticadas con cáncer (en cualquiera de sus tipos) a que afronten de una mejor forma cada uno de los procesos a los que debe someterse. Ante lo anterior, Munuera et al (2004), indica:

La enfermedad cancerosa, como cualquier otra enfermedad, como ya se dijo, se desarrolla en una serie de fases durante las cuales el paciente debe poner en marcha distintos mecanismos para enfrentarse a las situaciones de estrés que se derivan de la vivencia de la enfermedad (pág. 12).

Siguiendo a Fawasy (1996), las fases a las que se refieren los autores serían:

- ✓ Pre-diagnóstico: a lo largo de esta fase se somete al paciente a distintas pruebas diagnósticas, que en muchos casos desencadenan:
 - Sentimientos de incertidumbre y preocupación.
 - Respuestas desadaptativas tales como hipervigilancia, preocupación excesiva, hipocondría y alteraciones del sueño.

- ✓ Diagnóstico: en esta fase se produce, en la mayoría de ocasiones, un fuerte impacto emocional, y como consecuencia suelen aparecer diversas reacciones no adaptativas como:
 - La negación.
 - El rechazo fatalista.
 - La depresión.
 - La hostilidad.

- ✓ Tratamiento: durante este periodo es frecuente la presencia de distintos miedos, con matices en función de la terapéutica empleada. El miedo a la intervención, el posible cambio en la imagen corporal producido por la cirugía y el miedo a los efectos

secundarios producidos por los fármacos quimioterapéuticos, tales como los vómitos o la caída del cabello, predisponen a que la paciente pueda experimentar diversos síntomas psicopatológicos, como reacciones de ansiedad, cuadros depresivos, reacciones de rechazo al tratamiento o a la efectividad de este.

- ✓ Post-Tratamiento: en esta fase el paciente puede expresar sus miedos a la recidiva de la enfermedad y manifestarlos mediante una exagerada auto observación o poniendo en marcha actitudes o expectativas con una gran carga de ansiedad o depresión.

Respecto a la manera de reaccionar ante un diagnóstico de cáncer, también depende del tipo de información y conocimiento que han recibido las mujeres con relación a la enfermedad o al tipo específico de cáncer que se les diagnostica. Haber (2000) lo explica de la siguiente manera:

En el cáncer de mama, la experiencia por la que se pasa no depende sólo del pronóstico médico y del alcance del tratamiento, sino que se basa en gran parte en las conceptualizaciones previas de la enfermedad que tenga la mujer y su estado psicológico (pág. 57).

Además, Haber (2000) relata que el cáncer de mama perjudica tanto a mujeres psicológicamente saludables como aquellas que no lo están, es pertinente realizar constantemente una estimación o valoración de cuál era la condición psicológica de la paciente antes de adquirir la afección. “A la mayoría de mujeres, indistintamente de su estado de ánimo precedente, el efecto del diagnóstico y el tratamiento les estimula reacciones de ansiedad, tristeza, indefensión y desesperanza” (pág. 57). Existen enfermedades de origen psicosomático; sin embargo, el cáncer es una enfermedad que se origina por múltiples factores, por lo que no se puede delimitar a un padecimiento por causa psicológica, pero al ser diagnosticado provoca en las pacientes consecuencias psicológicas significativas.

Se pueden mencionar algunas consecuencias o reacciones emocionales al diagnóstico de cáncer de mama. Haber (2000) las plantea así:

El pánico: es una respuesta al diagnóstico de cáncer de mama, ya que la mujer se puede percibir atrapada por una enfermedad a la que siempre ha temido. La muerte de alguna persona cercana por cáncer de mama podría generar una transferencia inmediata con esta experiencia y una reincidencia de las reacciones emocionales por la pérdida de esa persona, así como una acentuación de los miedos por su propia supervivencia. Las mujeres cuando padecen esta enfermedad afrontan cambios emocionales que pueden generar la existencia de la probabilidad que piensen de manera automática e irracional, que el curso de la enfermedad genere el mismo daño en ella como sucedió posiblemente en una persona que ella conoció y tenga el mismo desenlace fatal.

Los sentimientos de culpabilidad: parece que es una reacción humana universal frente a los traumas y las pérdidas. El shock y el dolor provocan una disminución en la autoestima. Estos sentimientos de culpabilidad pueden surgir a partir de no haberse hecho estudios previos a manera de prevención, o por tener la creencia que el tipo de alimentación u otros desarreglos en los hábitos diarios de la persona pudieron dar lugar al apareamiento de la enfermedad.

Opresión: frecuentemente, las pacientes a quienes se acaba de diagnosticar cáncer de mama se sienten abrumadas por el cambio de circunstancias en sus vidas y por las innumerables situaciones que se deben afrontar. En otras palabras, cuando la noticia sobre este diagnóstico se acaba de comunicar a la persona, es muy probable que se sienta superada por la enfermedad, impotente e incapaz de poder afrontar las diferentes áreas de su vida personal, familiar y laboral.

Decepción: el avance en la detección y el tratamiento del cáncer de mama ha traído considerables expectativas de vida respecto al hecho que se puede curar si se detecta a tiempo; sin embargo, el cáncer de mama sigue manteniendo elevados índices de mortalidad, aun cuando se cuenta con avances médicos significativos en el tratamiento. (págs. 59-62)

En este sentido, la afección psicoemocional de las pacientes con cáncer de mama es difícil de asimilar y afrontar, por lo que Zayas (2015), retomando a (Fuentes & Blasco, 2012), sostiene:

El diagnóstico de cáncer de mama es un acontecimiento estresante en la vida de una mujer y su afrontamiento va a influir mucho en la calidad de vida que la paciente tenga a la hora de vivir con la enfermedad. Esto supone enfrentarse a acontecimientos estresantes que se expresan en todas las esferas de la vida de la persona, tanto familiar, en su relaciones íntimas, como en su vida laboral o social; lo que obliga a realizar adaptaciones y esfuerzos personales y familiares ante todos los cambios cognitivos, físicos y emocionales que conlleva (pág. 94).

En definitiva, el diagnóstico de cáncer de mama es una enfermedad que como se ha dicho anteriormente, perjudica a las pacientes no solo físicamente, sino en todos los ámbitos de su vida cotidiana. Es una reorganización personal y familiar de la esfera emocional que puede ser estresante sino se hace de forma correcta, puesto que vivir con la enfermedad aumenta los niveles de ansiedad, lo que repercute en la vida de pareja, laboral y social; la gestión de las emociones personales y grupales que se originan en diversas situaciones de la vida, debe ser guiada, en la medida de lo posible, por un profesional de la salud mental.

2.6 Impacto psicosocial ante un diagnóstico de cáncer

Continuamente, el cáncer va adquiriendo mayor interés en las investigaciones de la salud mental, debido a que, desde el momento de su diagnóstico, es importante tener en cuenta dos recursos indispensables con los que la paciente y su familia cuentan, siendo los recursos psicológicos y sociales para el afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento. La eficacia del tratamiento ante el cáncer no se puede medir solo en cuestión de tiempo sino también, en términos de la calidad de vida que la paciente tenga, la cual será evaluada en el área social y familiar, además del período de ausencia del malestar físico y psicológico. Dependiendo, a su vez, de una adecuada adaptación psicosocial al fenómeno oncológico.

Respecto a los elementos que intervienen, los autores Barroilhet, Forjaz, & Landívar (2005) los tipifican a partir de lo siguiente:

Los factores que afectan al impacto psicológico del cáncer, es decir, que influyen sobre las valoraciones y configuran estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad, se pueden dividir en tres grupos: variables referentes al contexto sociocultural, variables psicológicas y variables médicas (p. 74).

Esto quiere decir que existen diferentes variables dentro del tratamiento que no podemos cambiar, pero que repercuten para profundizar en el dolor o como apoyo para la superación de la enfermedad. Entre las variables que podemos discutir están la edad, redes de apoyo, amigos y la interacción del individuo con sus coetáneos.

Otro factor a tomar en cuenta en el aspecto psicosocial es la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la paciente, si la persona es joven por consiguiente tiende a alejarse de aquellas actividades que le parecían gratas, sus amigos, familia o deja de frecuentar lugares que antes podía hacerlo sin ningún problema. Es muy importante este factor porque la toma de decisiones de la persona y su familia está ligada con esta etapa. Ejemplo de ello es cuando una mujer pretende embarazarse y sabe que por su tratamiento no puede o no es conveniente hacerlo, diferente es el caso de las personas que ya tienen hijos porque su temor no radicaría en si podrá tenerlos o no, sino en que no quiere dejarlos solos. Es ahí donde entran en juego las redes de apoyo, amigos, compañeros o miembros de alguna iglesia para acompañar a esta persona en su proceso.

Los cambios en el estilo de vida implican visitas frecuentes a sus tratamientos, consultas o evaluaciones e idas al hospital con más regularidad. Esto en el terreno de lo psicosocial afecta en vista que las entrevistas de trabajo, juegos lúdicos al aire libre, tiempo con amigos y momentos con la familia dejan de tener el sentido que antes poseía y empiezan a formar otro estilo de vida que va de la mano con el tratamiento de su enfermedad. La relación con otros pacientes y con el personal hospitalario (médicos y enfermeras) empieza a tener mayor auge formando cambios en su estructura social.

De esta manera, “Cuando una persona tiene cáncer en una familia, toda la familia tiene cáncer” (Simon, 2002, p. 256) porque el cáncer genera gran cantidad de cambios familiares y de contexto. Antes del diagnóstico existía una relación saludable o disfuncional, sin embargo, una enfermedad grave cambia toda la red de relaciones dentro del hogar. Algunas familias son el apoyo ideal para la paciente, mezclan sentimientos de tristeza, esperanza, apoyo, nostalgia y angustia, pero también de alegría al tener la posibilidad de poder compartir momentos únicos con esa persona. Otras familias experimentan otros síntomas, tensan los lazos familiares, aparecen enojos, frustraciones, separaciones afectivas, entre otras y no solo dentro de la familia sino con las demás familias que los rodean, interfiriendo en sus relaciones sociales. Al respecto, Parker, Moor, WF, & Cohen (2003) manifiestan:

Quando se habla de los cambios psicosociales culturales que el cáncer de mama produce a las mujeres diagnosticadas podemos retomar lo siguiente: las pacientes con mayor edad y más apoyo social presentan menos síntomas de ansiedad y depresión. Asimismo, las pacientes con mayor edad, casadas, con mayor nivel educacional y mayor apoyo social, refieren una mejor calidad de vida en cuanto a salud mental (p. 75).

En este sentido, las relaciones interpersonales que han establecido a lo largo de su vida les ayudan de soporte emocional ante el diagnóstico y las diferentes fases del tratamiento por el que pasarán. La única variante en esta problemática es que el mantener sus redes de apoyo y las relaciones sociales les ayuda a sobrellevar la depresión, más no así la ansiedad generalizada de dicha enfermedad.

2.6.1 Habilidades Sociales

El ser humano por naturaleza es un ser social, que al interactuar con otros aprende y potencia estas habilidades sociales. Respecto a lo anterior, Torralba (s.f.) expresa: “Es una conducta que desarrollan los individuos en relación con otros a su alrededor para conseguir objetivos y hacerlo adecuadamente, teniendo en cuenta los derechos de ambas partes y los intereses concretos para cada situación particular” (págs. 287-288). De este modo, la

habilidad social es una manera de comportarse ante un grupo de personas, contexto o situación que se presente en un momento determinado. La importancia de esta habilidad radica en que las personas que la poseen tienen mayor facilidad de comunicar su afecto, molestia, opiniones e incluso pedir favores cuando se encuentren imposibilitadas de poder realizarlo por sí mismas, dichas acciones contribuyen al mantenimiento o mejoramiento de la salud mental.

Es importante señalar que existe una relación directa entre el buen uso de habilidades sociales y bienestar personal. Independientemente de que ese bienestar se denomine felicidad o no, lo que sí coincide en resaltar muchos de los escritos sobre estos temas es la idea de que las habilidades sociales están presentes en el éxito personal y puede, en gran medida, relacionarse con la consecución de objetivos, con la resolución de problemas y con la idea de avance en la vida. Al respecto, Torralba (s.f.) manifiesta:

Curiosamente, todos ellos residen, también en el corazón de la resiliencia, por lo cual parece que tiene todo el sentido que consideren las habilidades sociales como fortaleza fundamental de las personas ante la adversidad y como forma elemental de crecimiento dentro y fuera de ella (pág. 187).

Además, las mujeres que padecen cáncer de mama, al hacer uso de sus habilidades sociales pueden darse cuenta que su rol familiar sigue siendo importante para el funcionamiento del ciclo vital en relación con sus hijos y vida de pareja. Así mismo, este tipo de conductas pueden dar lugar a un mejor clima familiar que transmita sensación de bienestar entre todos los miembros, a pesar de la enfermedad.

2.7 Consecuencias cognitivas ante el tratamiento contra el cáncer

El cáncer es una enfermedad que presenta cambios físicos, psicológicos, comportamentales y en el estilo de vida; inicia con el diagnóstico de un tumor en alguna región del cuerpo y desde este momento se desarrollan diferentes cambios. En la biopsia, la mayoría de personas esperan la respuesta que sea un tumor benigno y no maligno, en vista que el segundo es potencialmente peligroso. Como se ha dicho en varias ocasiones, cambia y modifica el estilo de vida de quien lo padece, además de su contexto, es un proceso largo y

doloroso que requiere de mucha paciencia y resiliencia. Los autores Nelson, Nandy, & Roth, (2007) opinan que:

Esta enfermedad, posee un procedimiento complicado, implica quimioterapia, radioterapia, quirófano y muchos procesos más por los que las pacientes pasan. Sin embargo, aunque es necesario todo este proceso por el que se pasa para combatir el cáncer, como todo procedimiento fuerte tiene sus efectos secundarios, tanto físicos como cognitivos y conductuales en las personas, entre los que están los trastornos visuales, memoria semántica, aprendizaje, concentración, razonamiento, atención, de coordinación motora y habilidad viso espacial (p. 28).

Aunque el cáncer suele ser de las enfermedades de más alto riesgo, existen diferentes tratamientos que van de la mano con la salud mental del paciente, para apoyarlo en el proceso e ir fortaleciendo las herramientas psicológicas para el afrontamiento de la enfermedad. Las diferentes terapias que se trabajan con las personas deben ir enfocadas a ayudarlo a redescubrir sus potencialidades. Como se ha dicho en el párrafo antes citado, la persona puede presentar diferentes efectos como consecuencia del tratamiento médico, sin embargo, el único objetivo debe ir encaminado a la calidad de vida de las personas.

Igualmente, existen diferentes factores que pueden provocar deterioro cognitivo en el proceso del cáncer, como lo es el impacto del procedimiento quirúrgico, los procedimientos anestésicos a los que se someterá, los fármacos, predisposiciones genéticas, estados emocionales, edad, entre otros. Cada fase del tratamiento requiere de una disposición del paciente para afrontar la enfermedad lo mejor que pueda, esto en muchas ocasiones suele ser desgastante para la persona, pero debe irse preparando cognitivamente para cada etapa que le espera.

2.8 Pérdida, duelo y cáncer

Antes de empezar a hablar de dos terminologías muy similares y que están asociadas al cáncer, es necesario conocer su significado, sus similitudes y sus diferencias. La pérdida y el duelo son conceptos comunes explicados desde la psicología, pero en el abordaje de un

proceso de cáncer de mama lo vuelve un poco más complejo. Existen diferentes definiciones que permiten explicar la pérdida, entre las que podemos mencionar se encuentra la de Bowlby (1998): “La pérdida es una de las experiencias más dolorosas que un ser humano puede sufrir. Y no solo es doloroso de experimentar, también es doloroso ser testigo de ésta, especialmente cuando nos sentimos impotentes” (pág. 45).

Igualmente, la pérdida está asociada a la ausencia de algo significativo para la persona, sea material o inmaterial pero que se tenía y que ya no está. Cabe mencionar que existen diferentes tipos de pérdidas con las que el ser humano puede experimentar diversas emociones a lo largo de su vida. Para comprender esta postura, Tizón (2004) aporta lo siguiente:

- Pérdidas intrapersonales: Son todas las pérdidas que tienen que ver con nosotros mismos y con nuestro cuerpo; es decir, pérdidas de capacidades intelectuales y/o físicas.
- Pérdidas materiales: Se dan cuando perdemos objetos o posesiones que son nuestras.
- Pérdidas evolutivas: Las fases de nuestro ciclo vital. Suponen una serie de cambios que conllevan diferentes pérdidas.
- Tipos especiales: Entre los que entran el suicidio, accidentes, desastres naturales, homicidios, abortos espontáneos, robos, desaparecidos, entre otros (Pág. 15).

Sea cualquiera de los tipos antes mencionados, la pérdida representa un vacío y un cambio en la estructura interna y externa de un individuo como tal. Implica la reorganización emocional, física y del rol social de forma paulatina, que le permitirá afrontar el proceso de duelo que viene justo después de una pérdida. Cuando se habla de duelo, existe una amplia gama de significados que pretenden explicar de la mejor manera este proceso. Con respecto al duelo, Bowlby (1998) dice:

El duelo es un proceso complejo que afecta profundamente el bienestar, la salud y la vida en todos los niveles físico, psicológico y social. Modifica su identidad, su

visión de sí mismo, del mundo, de sus relaciones personales, sociales y laborales (pág. 58).

De este modo, el duelo permite que se originen una serie de procesos psicológicos, que pueden ser de larga duración, dolorosos y que producen un desequilibrio en la homeostasia interna de la persona que lo vivencia, la desorganiza; por lo que ir avanzando etapa por etapa hasta llegar a su superación es un arduo trabajo personal y grupal, además obliga al individuo a adaptarse a su nueva realidad aun cuando esta sea indeseada.

El duelo también tiene sus diferentes tipos y en cada individuo puede manifestarse dependiendo de la capacidad de afrontar sus problemas y la actitud que muestre frente a la vida. Existen los duelos patológicos, duelos complicados y el duelo normal. El siguiente concepto pertenece a un duelo normal: “Conjunto de procesos psicológicos, físicos, cognitivos y sociales que se dan a través de una pérdida” (Wonder, 2004, pág. 42).

Además, en un diagnóstico de cáncer existen diferentes pérdidas, como pérdida de la salud física y mental, de la imagen corporal, de la autoestima, de los planes a futuro, pérdida afectiva y muchas veces de roles sociales. Iniciar las fases de un duelo es difícil para las pacientes, debido a que están en constantes pérdidas, además, la ira y la depresión también acompañan a las pacientes en ese proceso.

2.8.1 Autoestima y percepción ante la vida

Las mujeres que padecen cáncer de mama presentan un desequilibrio en varios aspectos de su vida, desde el momento de su diagnóstico. El bienestar emocional se ve afectado, los cambios físicos a los que se ven sometidas repercuten y se presentan sentimientos de miedo, ira, frustración y algunos indicadores de ansiedad y depresión. Todo esto relacionado directamente con la autoestima de las pacientes.

Referente a la autoestima, Rosenberg (1995) la define como “una actitud o sentimiento, positivo o negativo, hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo” (pág. 45). Lo que hace referencia al autoconcepto, a la percepción de sí y la valía personal. Por otro lado, las

mujeres diagnosticadas con cáncer, tienden a mostrar inestabilidad emocional lo que les afecta directamente a su autoestima.

Sin embargo, es importante hacer mención que el bienestar emocional ayuda a la estima o valía de las mujeres diagnosticadas, lo cual les beneficia en su proyección de vida futura. Así, la relación existente entre el bienestar emocional y la autoestima es bidireccional, puesto que en algunos estudios se ha observado además, que una baja autoestima es un factor de riesgo de presentar síntomas depresivos (Wong-Kim, 2005). Por ello, en el tratamiento con pacientes es importante abordar también la autoestima y así brindarle herramientas que le ayuden a tener una mejor calidad de vida apoyada de la resiliencia.

2.8.2 Resiliencia

La resiliencia es un concepto importante para afrontar un evento de esta naturaleza, se define como: “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformado por éstas. Nadie escapa de las adversidades”. (Grotberg, 2006, pág. 18). Hay diferentes situaciones en la vida de las personas que alteran la homeostasia interna, cuyos motivos varían entre factores externos, enfermedades físicas o problemas de índole personal. Sin embargo, el afrontamiento de estas situaciones es un proceso individual donde la actitud positiva y el deseo de superación salen a flote, para poder sobrepasar esa dificultad y transformarla a una experiencia favorable y de crecimiento personal.

Cuando se presenta un problema o situación en particular es necesario tener en cuenta diferentes fases de la problemática, que van desde descubrirla hasta llegar a tener un manejo o control de la situación, al respecto Grotberg (2006) menciona:

La dinámica y el desarrollo de la resiliencia son descritas de varias formas, pero todas ellas con ciertos elementos comunes, que incluyen, el confrontar desafíos, la resolución de problemas y ciertas clases de crecimiento del ego o fuertes cualidades

intrínsecas. Se identifican tres fases al afrontar la situación: descubrirla, enfrentar la realidad y manejar esa realidad (pág. 218).

La resiliencia y su dinámica en resolución de problemas, con base a cualidades intrínsecas, no siempre sale a flote sino hasta que se presenta una situación de desequilibrio, sea por algún factor externo que lo genere, un problema personal, económico, de pareja o la enfermedad física o patológica de un ser querido o de la misma persona. Por consiguiente, se puede decir que sea cual sea el motivo que lo origine, la resiliencia tiene diferentes fases que permiten el descubrimiento del porqué de la situación, enfrentar o aceptar esa realidad que en muchas ocasiones no se puede cambiar y así poder tener un manejo emocional y conductual ante el problema, que esto sea un punto de partida para el desarrollo personal y de grupo. Para afrontar con resiliencia, Grotberg (2006) indica:

Las estrategias para enfrentar la situación positivamente, fueron definidas de la siguiente manera: protección, cambios y apoyo. Protección: término que se utiliza para resguardarse de un mayor dolor emocional, especialmente en la interacción con otras personas. Los cambios abarcan aprender a manejar los aspectos físicos, emocionales y sociales de una patología. El apoyo incluye la construcción de coraje mediante estrategias autogeneradas de promoción y aumento de la autoestima. (pág. 218)

De este modo, cuando se presenta una enfermedad crónica como el cáncer de mama, normalmente el ser humano se autoprotege (mecanismo de defensa), porque el dolor emocional ante la pérdida de la salud, de una parte física, de la estabilidad familiar y con los otros, son difíciles de aceptar; igualmente, los cambios que se vienen en su cotidianeidad de la vida y esa reestructuración familiar y hasta social, son todo un proceso a seguir para poder realizarlos de forma positiva; por ejemplo en lo físico, el verse al espejo y no reconocer a la persona es difícil de asimilar. Además, poder sacar lo bueno de la situación (como el hecho de estar viva) es un proceso que no siempre sucede en todas las personas, porque la resiliencia es un proceso individual, aunque el apoyo es crucial en la

vida de quien sufre la enfermedad, su autoestima ha sido afectada por lo que su aumento dependerá de sí misma como también de sus seres queridos.

En la actualidad, hablar de resiliencia es común, se ha vuelto un término muy conocido; sin embargo, el llevarlo a la práctica ante una dificultad mayor como el cáncer de mama, es un proceso difícil para las mujeres y para su contexto familiar que también padecen la enfermedad con ella. Lo primero que se piensa ante esta enfermedad es la muerte, pensar lo contrario es difícil; no obstante, la personalidad resiliente tiene esa capacidad que siendo el detonante la enfermedad, intenta siempre buscar una respuesta positiva de ello. Cabe destacar que aquellas personas que en su vida han mostrado ser resilientes, les cuesta un poco más asumir una actitud positiva para confrontar la enfermedad y los tratamientos, pero en ambos casos cuando superan la enfermedad y hacen un examen de conciencia de todo por lo que han pasado y superado, ambas personas tienen mayor crecimiento personal y cualquier otro problema será pequeño en comparación a lo vivido anteriormente.

2.9 Depresión

La depresión puede aparecer con el diagnóstico o en el transcurso del proceso de la enfermedad, al grado de confundir los síntomas de esta patología con el cáncer. La depresión forma parte de una condición psicológica compleja, sobre esto, Lara (2016) plantea:

La condición biológica y psicológica propia de algunas enfermedades, parece favorecer la aparición de síntomas psicológicos que a menudo son confundidos con los síntomas de la enfermedad o los síntomas producidos por los tratamientos de la misma. Se considera que los trastornos psiquiátricos son frecuentes en personas con cáncer, en especial la depresión (p. 25).

Por lo tanto, la depresión es una de las consecuencias psicológicas más comunes después del diagnóstico de cáncer y una de las que más interés de estudio presenta en la actualidad. Dicho de otra manera, la gran mayoría de mujeres que padecen cáncer de mama

tienden a experimentar comúnmente signos y síntomas de depresión que se pueden presentar en cualquier fase (diagnóstico, tratamiento y post tratamiento) o durante todo el curso de la enfermedad, dicho trastorno tiene un gran impacto en la productividad, el funcionamiento habitual e interacción social.

Con relación a la depresión García, Alós, Dueñas, & Moriana (citado en Avis et al. [2013]) declaran: “Habitualmente se observa que los niveles de depresión aumentan después del diagnóstico y disminuyen durante los tratamientos y el tiempo posterior” (pág. 23). Es decir, que después de ser recibido el diagnóstico de cáncer es donde se presentan mayores niveles de depresión, dicho aumento podría ser por el estado avanzado en el que se puede encontrar la enfermedad, el pronóstico médico y la actitud para afrontar la enfermedad por parte de las mujeres.

No obstante, los niveles de depresión pueden disminuir durante los tratamientos cuando las mujeres posean un fortalecimiento mental respecto a la enfermedad. Así mismo, cuando las mujeres perciben tener una red de apoyo social, fundamentalmente la familia que puede generar la idea de sentirse apoyadas, protegidas y motivadas. Esto tendrá como resultado un aumento en el estado de ánimo y también les ayuda la interacción social con otras pacientes porque pueden disminuir los niveles de depresión al mostrar unas con otras una actitud más empática.

Según Andrykowski et al. (2013), la depresión se ve influida por múltiples aspectos en los pacientes que han superado el cáncer. En este sentido, hay autores que observan la estrecha vinculación entre depresión y determinados factores, como por ejemplo ser menor de edad, no tener pareja, contar con escaso apoyo social, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, una mayor presencia de síntomas físicos y haber recibido el diagnóstico de la enfermedad en un estadio avanzado. Es decir, que la sintomatología ocasionada por la depresión, depende del ciclo evolutivo en el que se encuentren las pacientes, factores externos tales como la condición del contexto social en el que habita la persona, una red de apoyo social reducido y el diagnóstico tardío cuando la enfermedad ya ha progresado lo suficiente para erradicarla.

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de la investigación

El enfoque que se utilizó en la presente investigación se afina en los planteamientos del enfoque cualitativo, sobre este Sampieri, Collado & Lucio (2014) mencionan:

Los planteamientos cualitativos son una especie de plan exploratorio (entendimiento emergente) y resultan apropiados cuando el investigador se interesa en el significado de las experiencias y los valores humanos, el punto de vista interno e individual de las personas y el ambiente natural en que ocurre el fenómeno estudiado, así como cuando buscamos una perspectiva cercana de los participantes (pág. 364).

Se realizó una investigación con un enfoque cualitativo, siendo esta la que más se apega a los objetivos propuestos, debido a que se analizarán múltiples realidades o vivencias personales de cada una de las mujeres objeto de estudio.

3.2 Método de la investigación

Se trabajó con un diseño fenomenológico que permitirá explorar, descubrir y comprender las experiencias vividas por las mujeres objeto de estudio, diagnosticadas con cáncer de mama del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez en San Salvador, descubriendo los elementos en común entre ellas con respecto al diagnóstico.

Es importante agregar que dentro del diseño fenomenológico, se trabajó con el enfoque empírico, trascendental o psicológico, puesto que la investigación estará menos enfocada a la interpretación de los investigadores y más apegada al descubrimiento de las experiencias de las participantes (Sampieri, Collado, & Lucio, 2014).

3.3 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo, característica importante de cualquier fenómeno que se analice, describiendo tendencias de un grupo o población y los ángulos o dimensiones de una situación (Sampieri, Collado, & Lucio, 2014).

En este sentido, esta investigación pretende detallar a través de las vivencias experimentadas por las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, cómo ha sido esa situación y cómo se ha manifestado en la vida de cada una de ellas, a partir del momento del diagnóstico y durante el proceso de tratamiento.

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población de referencia

Los sujetos unidad de análisis que conformaron la población total correspondiente a la investigación, incluye a todas aquellas mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama dentro del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez de San Salvador, así como también a aquellos profesionales de la salud que intervienen en el proceso de tratamiento de las pacientes antes mencionadas.

3.4.2 Población blanco u objetivo

Las pacientes que pertenecen a la población blanco u objetivo son todas aquellas diagnosticadas con cáncer de mama en un rango de edad de 25 a 40 años de edad, pacientes de consulta externa del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez de San Salvador; por ser una población muy amplia, se trabajará con una muestra de casos homogéneos.

3.4.3 Muestra de casos homogéneos

En la muestras de casos homogéneos, las unidades que se van a seleccionar poseen un mismo perfil o características o bien comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema por investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios de un grupo social. Sampieri et al. (2014), menciona:

“En un estudio cualitativo las decisiones respecto al muestreo reflejan las premisas del investigador acerca de lo que constituye una base de datos creíble, confiable y válida para abordar el planteamiento del problema” (pág. 382).

La muestra de la investigación, tomando en cuenta que está enfocada en un método de investigación fenomenológico, será de 10 personas, se tendrá a 7 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama de entre 25 a 40 años de edad cronológica y 3 profesionales de la salud relacionados directamente con el problema de investigación, serán 1 psicólogo, 1 psiquiatra y 1 oncólogo.

3.4.4 Criterio de saturación de la información

Es importante mencionar que la muestra seleccionada para el proceso investigativo proporcionó, a través de los diferentes instrumentos aplicados, los datos necesarios para que sea considerado un estudio con la suficiente validez para generalizar posteriormente los resultados a la población de referencia.

3.4.5 Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.
- ✓ Mujeres que estén en el rango de edad entre 25 y 40 años.
- ✓ Que sean pacientes de consulta externa del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez de San Salvador.
- ✓ Que la persona sepa leer y escribir.

3.4.6 Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres que han sido diagnosticadas con otro tipo de cáncer.
- ✓ Mujeres que no estén en el rango de edad establecido.
- ✓ Pacientes ingresadas.
- ✓ Personas que ya no quieran colaborar con la investigación.
- ✓ Mujeres que dejen de asistir a sus citas o a controles.
- ✓ Mujeres inconstantes en la asistencia a su chequeo general.

- ✓ Que la paciente fallezca en el proceso de la investigación.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.5.1. Entrevista

La entrevista como método o herramienta de recolección de información es una forma específica de interacción social y de uso insustituible o de prioridad fundamental para cualquier tipo de investigación donde el foco de estudio es de carácter humano.

Para Sampieri, Collado & Lucio (2014), es “como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (pág. 403). En ese sentido, la técnica se comprende como una interacción entre dos sujetos, previamente acordada y que acata un objetivo, en la que el entrevistado concede una opinión o aporte sobre un tema y, el entrevistador se apropia e interpreta dicha respuesta personal con la intención de conocer la opinión y la expectativa que cada paciente y profesional de la salud tiene respecto a las emociones, estilo de vida, tratamientos, apoyo familiar, entre otros, en relación con la enfermedad; por esa razón se hizo empleo del siguiente instrumento:

3.5.2 Entrevista psicológica semiestructurada

El tipo de entrevista seleccionada para la investigación, será la entrevista semiestructurada, pues esta se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información (Sampieri, Collado, & Lucio, 2014).

Este tipo de entrevista le permite a la persona entrevistada expresarse de una forma más libre, con lo que considere necesario respecto a cada interrogante. Por este motivo, la estructura de este instrumento debe ser elaborado siguiendo un orden lógico y establecido, que va desde el planteamiento del objetivo que es su punto de partida; y de la teoría para realizar los distintos tipos de preguntas que posibilitarán la obtención de la información necesaria y sustancial para la investigación. Es importante mencionar, que además de las entrevistas que se realizaron a las pacientes objeto de estudio de la investigación, también

se realizó una entrevista al personal de salud mental y oncología que brindó información de interés al tema investigado.

El proceso de aplicación del instrumento se realizará de manera individual, privada y con el uso de un consentimiento informado solicitado por autoridades del hospital, para generar mayor confianza en las personas que son parte de la investigación, a quienes se les preguntó de manera verbal las diferentes interrogantes de la entrevista. Es de mencionar, que todas las respuestas brindadas serán anotadas de forma textual tal y como sean expresadas por cada uno de los sujetos de investigación.

3.5.3 Observación

Esta es una técnica que implica penetrar en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. “Estar atentos a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (Sampieri, Collado, & Lucio, 2014). Es una técnica que pretende recoger datos sobre comportamientos no verbales, por esto es necesaria la participación del observador, con la finalidad de que el investigador pueda meterse en parte de la vida de las personas seleccionadas de la investigación. Puesto que algunos rasgos a observar son de naturaleza psicológica, se hizo uso de los siguientes instrumentos:

3.5.4 Observación psicológica no participante

Para Scribano & Zacarías (2007), “Implica un posicionamiento externo a la situación” (pág. 56). Esto quiere decir que el observador no está en contacto directo, ni en relación con los sujetos de investigación, sino que son los mismos participantes de la investigación que se auto administran el instrumento de observación, que consiste en registrar por sí mismos las experiencias o sucesos vividos en el ámbito social, tratamiento, actividad familiar, estilo de vida, entre otros.

Sandoval (1996) expone “Cabe advertir, que estas observaciones no participantes o externas deberán luego ser corroboradas a través de una fase de observación participante o mediante el empleo de entrevistas directas con los actores sociales correspondientes” (pág.

140). Debido a esa razón, posterior a este instrumento de recolección de datos, se utilizará una guía de observación participante para reforzar la información obtenida en el instrumento auto administrado por las pacientes.

3.5.5 Guía de observación psicológica participación activa

Según Sampieri et al. (2014), “Consiste en participar en la mayoría de actividades; sin embargo, no se mezcla completamente con los participantes, sigue siendo ante todo un observador” (pág. 403). Es decir, en este método de recolección de datos, el investigador diseña una guía de observación que incluye la parte psicológica, el ambiente físico, actividades, ambiente social y humano que permita obtener datos sin la completa participación del observador, a fin de que los sujetos seleccionados para la investigación sean el punto de atención y así poder registrar de mejor manera las conductas que se manifiesten en las diferentes actividades dentro del hospital.

3.5.6 Bitácora o diario de campo

Según Sampieri et al. (2014), es común que las anotaciones se registren en lo que se denomina diario de campo o bitácora, que es una especie de diario personal, donde además se incluyen:

- a) Descripciones del ambiente (iniciales y posteriores) que abarcan lugares, personas, relaciones y eventos.
- b) Diagramas, cuadros y esquemas (secuencias de hechos o cronología de sucesos, vinculaciones entre conceptos del planteamiento, redes de personas, organigramas, etcétera).
- c) Aspectos del desarrollo de la investigación (cómo vamos hasta ahora, qué nos falta, qué debemos hacer) (págs. 373, 374).

La utilización de la bitácora o diario de campo permite llevar un mejor control de los acontecimientos o sucesos que se desarrollan durante la investigación, y de esta manera, poder comprender la secuencia de las conductas manifiestas durante todo el periodo de observación. Asimismo, la utilización de esta herramienta servirá para sustentar lo

observado durante el proceso de interacción con las participantes de la investigación para poder realizar un posterior análisis más íntegro.

3.6 Estrategias de recolección, procesamiento y análisis de la información

3.6.1 Estrategias de recolección de datos

Para la recolección de los datos se trabajó por medio de guías de observación, entrevistas y bitácoras o diario de campo, realizadas individualmente a las pacientes y parte del personal de trabajo del área de oncología y salud mental del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez.

Entrevista semiestructurada: se realizó entrevistas individuales a 7 pacientes de consulta externa, diagnosticadas con cáncer de mama y que poseen tratamiento oncológico dentro del hospital, el cual está compuesto por 21 interrogantes en los que el investigador hace las preguntas a las pacientes y escribe textualmente sus respuestas.

Guía de observación participante: se recolectó información de 7 pacientes del hospital a través de un protocolo de observación elaborado por el grupo investigador, que contiene 37 ítems, donde cada participante debe marcar con una “X” sí o no, según sea su criterio y escribir alguna observación (si la hay).

Guía de observación no participante: se recopiló información de 7 pacientes de consulta externa, con diagnóstico de cáncer de mama por medio de protocolos de observación, los cuales serán completados con ayuda de los demás miembros del grupo investigador; mientras uno administra la entrevista otro miembro del grupo pondera las conductas observables, dentro del instrumento.

Es importante hacer mención que la guía de observación no participante se administró como primer instrumento de recolección de información, juntamente con la entrevista a las pacientes, después se prosigue a administrar la guía de observación participante, con el objetivo de complementar datos a la hora de realizar el análisis.

Bitácora: se realizó una bitácora de campo por paciente para llevar el registro de cada una de las fechas cuando el grupo investigador se reunía con las pacientes y las actividades a trabajar.

Entrevista semiestructurada a personal de Salud Mental y Personal de oncología: el grupo investigador elaboró dos formatos de entrevista con 23 y 9 ítems respectivamente, que fueron administrados a 3 empleados del hospital (una psiquiatra, una psicóloga y un oncólogo).

3.6.2 Acercamiento a la institución

Se inicia a finales de enero del 2018, cuando se tiene la idea del tema de investigación, se viaja hacia San Salvador, al hospital de la mujer como comúnmente se conoce. En la Dirección del hospital proporcionaron los lineamientos que se deben cumplir como requisito para toda investigación científica. Con las instrucciones ya específicas del proceso a seguir, se inició el proyecto que posteriormente se presentó por escrito al hospital; contenía el tema o problema a investigar, objetivos, criterios diagnósticos, marco teórico, la población y muestra, entre otros.

Para febrero se presenta el proyecto por escrito y tres copias al hospital para su respectiva revisión y aprobación por parte de la Dirección del Hospital y el Comité de Ética e Investigación Científica. En el mes de marzo, se continuó trabajando con los lineamientos establecidos al principio y se siguió indagando en el tema: “Las consecuencias emocionales de pacientes con cáncer mama de consulta externa del Hospital de la Mujer María Isabel Rodríguez”. Con su respectivo consentimiento informado aprobado por el Ministerio de Salud.

A finales del mes de junio, acredita legalmente el Comité de Ética y la Dirección del hospital, para dar inicio con el trabajo de campo y así poder abordar tanto a pacientes como al personal de salud mental y oncología, que forman parte de la muestra y serían de ayuda para dar respuesta a la problemática. Las semanas siguientes se obtienen datos estadísticos actualizados del hospital en cuanto a cáncer de mama; además, la recolección de la

información que es de interés en la investigación, que se realiza por medio de entrevistas semiestructuradas, guías de observación y bitácoras de campo.

3.6.3 Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de la información que se utilizó inicialmente para los datos obtenidos a través de los instrumentos de recolección aplicados será por medio de matrices y diagramas que se detallan a continuación:

- *Matriz de triangulación de categorías para entrevista:* en la que se distribuirá la información obtenida en categorías específicas, a las cuales el grupo de muestra habrá contestado con un SÍ o un NO, dependiendo de la vivencia de cada una.
- *Matriz de triangulación de categorías para guía de observación:* al igual que en la matriz de triangulación para entrevista, se asignó la información a categorías específicas, determinadas en este caso, a partir de la guía de observación, a las que únicamente habrán contestado con un SÍ o NO. Es importante mencionar que, en los casos de algunas categorías que incluyen más de dos indicadores retomados en la guía de observación, se tomarán en cuenta las respuestas más recurrentes en cada indicador; además se incluirá una casilla para observaciones, en la que se adjuntarán las observaciones individuales que cada paciente indicó.
- *Matriz de codificación por actores:* utilizando las mismas categorías determinadas en la matriz de triangulación de categoría para entrevista, se transcribió de manera literal las respuestas dadas por cada una de las pacientes que forman parte de la muestra de esta investigación.
- *Diagrama de categorías compartidas:* en este apartado se trabajó con aquellas categorías compartidas entre la entrevista y observación de las pacientes identificadas con cáncer y la entrevista de los profesionales tanto de salud mental como de oncología; seleccionando inicialmente todas las respuestas compartidas o similares entre las siete pacientes diagnosticadas con cáncer, así como también las respuestas compartidas por las profesionales, posteriormente se analizó la

información brindada por las pacientes, la información de las profesionales entrevistadas y la base teórica que sustenta la presente investigación.

- *Diagrama de categorías individuales*: estos diagramas se realizaron a partir de la información obtenida y detallada en las categorías que no pueden ser comparadas con otras debido a que la información tanto de la entrevista y observación de las pacientes identificadas con cáncer como de las entrevistas a las profesionales de la salud, es diferente entre ellas o no se encuentra ninguna similitud entre categorías. Es decir, en este tipo de diagrama se tomarán en cuenta todas aquellas categorías que no apliquen para el análisis de los diagramas de categorías compartidas, explicado anteriormente. De igual forma, se realizará un análisis complementario o comparativo entre la información dada en cada categoría con la base teórica utilizada para la investigación.

3.6.4 Análisis de información

El análisis de los resultados obtenidos con la investigación se realizó por medio de diferentes formas, combinando la información entre la teoría, las vivencias de las pacientes y la opinión de los profesionales, además de la interpretación y observación del grupo investigador. Cowman (1993) define la triangulación cómo la combinación de múltiples métodos en el estudio del mismo objeto o evento, para abordar el fenómeno que se investiga.

Estrategias de triangulación múltiple

Triangulación de datos

Los observadores triangulan no solo metodología; también pueden triangular con fuente de datos (Arias, 2000).

✓ **Análisis de persona**

Análisis interactivo: hay una unidad entre personas interactuando en el laboratorio o en el campo natural.

Triangulación de los instrumentos de recolección de datos

Los datos observacionales y los datos de entrevista se codifican y analizan separadamente y luego se comparan, como una manera de validar los hallazgos (Arias, 2000).

Triangulación de persona

El investigador puede recolectar los datos de individuos, parejas y grupos o cada uno de los tres tipos, la recolección de datos de una fuente se usa para validar los datos de las otras fuentes o una sola. (Arias, 2000).

3.7 Consideraciones éticas

El protocolo de investigación presentado al Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez, fue sometido a evaluación por el Comité de Ética de la institución y por la Unidad de Investigaciones de la misma, por lo que al ser revisado y aprobado, queda autorizado para el respectivo inicio de la investigación tanto dentro del Hospital Nacional de la Mujer, como dentro de cualquier institución que reúna una población apegada al tema de investigación, porque cumple con los reglamentos y normas que un estudio debe presentar.

Por otra parte, a las pacientes seleccionadas para participar en la investigación, se les explicó como parte de la protección a la identidad de los sujetos de investigación, que los nombres no serían expuestos o divulgados en ningún momento. Debido a ello, como grupo se identificará a las pacientes durante el procesamiento y análisis de los datos con las siglas PIC que significan Paciente Identificada con Cáncer.

Es importante mencionar que como parte del protocolo de Belmont, que tiene como objetivo resolver o prevenir problemas de origen ético que se produzcan en las

investigaciones con personas, la aplicación de cada uno de los instrumentos administrados a las pacientes sujetos de investigación, han sido aprobados por estas a través del consentimiento informado avalado por el Ministerio de Salud de la República de El Salvador, en el que se explicó y garantizó el uso confidencial de los datos que se brindarán en los instrumentos de recolección de datos antes mencionados. Asimismo, como un criterio de validez para la información obtenida, se pidió a cada una de las pacientes el número de expediente manejado dentro del Hospital Nacional de la Mujer.

3.8 Plan de análisis de resultados

A partir de la recolección de datos realizada durante el proceso de investigación se codificó el número de pacientes participantes con el propósito de conocer su percepción respecto a la vivencia con la enfermedad, estableciendo categorías de análisis compartidas por la mayor parte de los sujetos de investigación y análisis de categorías individuales.

Para esto se consideró trabajar con dos sectores, distribuidos de la siguiente forma:

- ✓ 7 Pacientes identificadas y diagnosticadas con cáncer de mama (PIC).
- ✓ 3 Profesionales en el área de la Salud (Oncóloga, Psiquiatra y Psicóloga).

El análisis de las categorías emergentes, permitió establecer las consideraciones sobre la interpretación de las pacientes y de los profesionales acerca de la enfermedad, en los cuales algunas de estas categorías son compartidas por ambos.

El análisis general se realizó por medio de estrategias de triangulación múltiple, haciendo uso del análisis interactivo por persona y la triangulación de los datos obtenidos con los instrumentos de recolección, los cuales se codificaron separándolos por categorías emergentes, para obtener una interpretación de cada uno y finalmente se realizó una interpretación integral, que da paso a las conclusiones finales del estudio.

Por otra parte, se considera la posibilidad de crear y proponer estrategias de intervención psicológica con mayor nivel de eficacia y eficiencia frente a las consecuencias

emocionales del cáncer de mama en el contexto actual salvadoreño, considerando la capacidad real de proporcionar una mejor atención dentro del Sistema de Salud.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Diagramas de categorías colectivas

4.1.1 Intervención quirúrgica

Uno de los principales métodos del tratamiento utilizado para las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama es la mastectomía, que consiste en la extirpación total o parcial de las glándulas mamarias, que además genera diversas consecuencias emocionales en cada paciente, por lo que es importante conocer las vivencias y perspectivas de las participantes de la investigación sobre esta fase de su proceso.

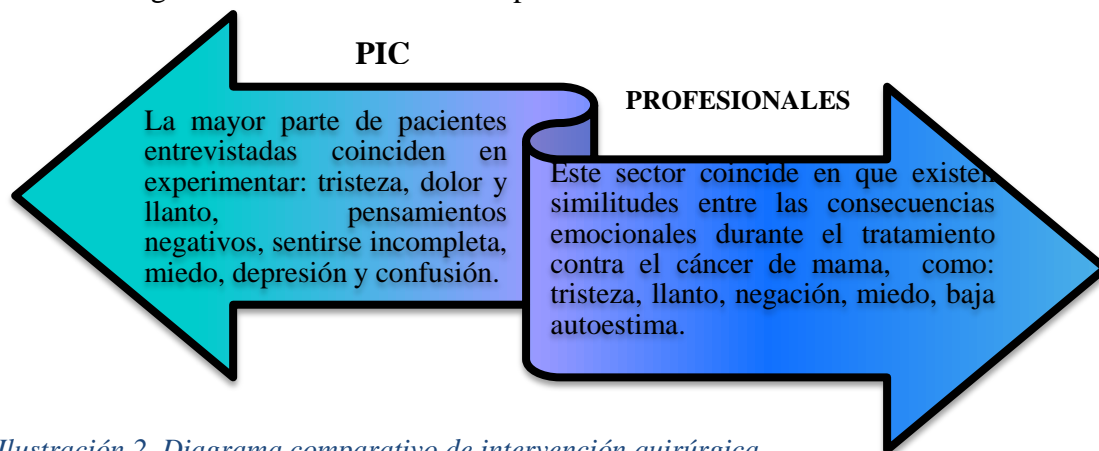


Ilustración 2. Diagrama comparativo de intervención quirúrgica

Es decir, las emociones presentes durante el proceso de tratamiento de la enfermedad como el miedo, sentimientos de inferioridad, baja autoestima o la percepción de sentirse incompleta, son pensamientos comunes en mujeres diagnosticadas con cáncer mamario.

Someterse a la mastectomía genera miedo y desconfianza, agregado a esto se presenta la inseguridad y vergüenza al verse mutilada, convivir con las demás personas ya no tiene el mismo significado porque se cree que la crítica está presente siempre, vulnerando su autoestima, percepción de sí misma y su capacidad de desarrollo posterior; la vergüenza, el miedo a la crítica se vivencia comúnmente en las pacientes diagnosticadas con cáncer mamario. Opinión que comparten y afirman tanto teóricos como profesionales y pacientes oncológicos, debido a que, para ellas, perder un miembro de su cuerpo no encaja con los estándares tipificados socialmente.

4.1.2 Emociones

Los estados afectivos que las personas experimentan tienen una función adaptativa, dependiendo de la situación en que se encuentran. Para las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, este proceso se da en todo momento. El tratamiento que reciben permite identificar reacciones subjetivas y objetivas respecto a la conducta de las PIC en cada una de las fases, desde el diagnóstico hasta que culmine el proceso complejo del cáncer, por lo que es necesario mencionar algunas de estas emociones compartidas:

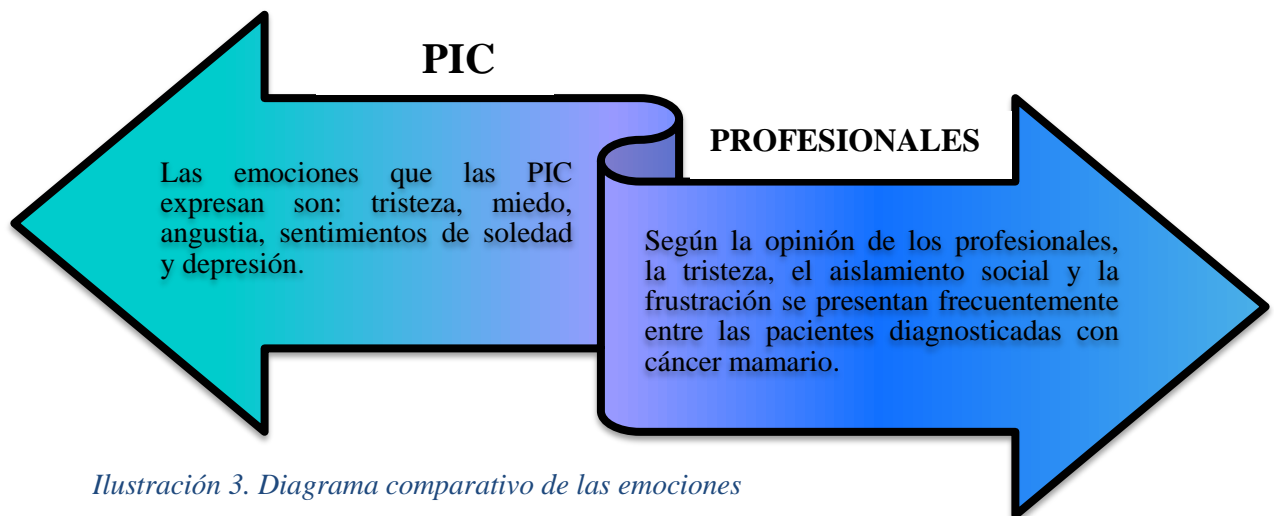


Ilustración 3. Diagrama comparativo de las emociones

Para las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, la tristeza, el miedo, la angustia, la depresión, aislamiento y frustración son las más comunes y normales que se presentan en el proceso; opinión que es compartida por los profesionales, debido a que cada fase del tratamiento genera una inestabilidad emocional en las pacientes. La vulnerabilidad afectiva significa un cambio actitudinal; lo anterior estará ligado a la emoción que se presente durante el proceso de la enfermedad.

Para las pacientes con cáncer y para los profesionales de la salud, esta teoría queda confirmada en el día a día de las mujeres que luchan contra la enfermedad, puesto que deben aprender a manejar su estado emocional. Esta necesidad de aprender a gestionar emociones es importante para lograr que las pacientes afronten cada una de las fases en el proceso de la enfermedad de una forma positiva.

4.1.3 Reacción ante el diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad genera una reacción que amenaza el bienestar afectivo de las personas; en las PIC, afecta su calidad de vida, impidiéndoles el desarrollo de las actividades normales; existiendo repulsión, rechazo a la enfermedad y los tratamientos como tal; la tristeza, asombro y miedo aparecen como una reacción entre las pacientes.

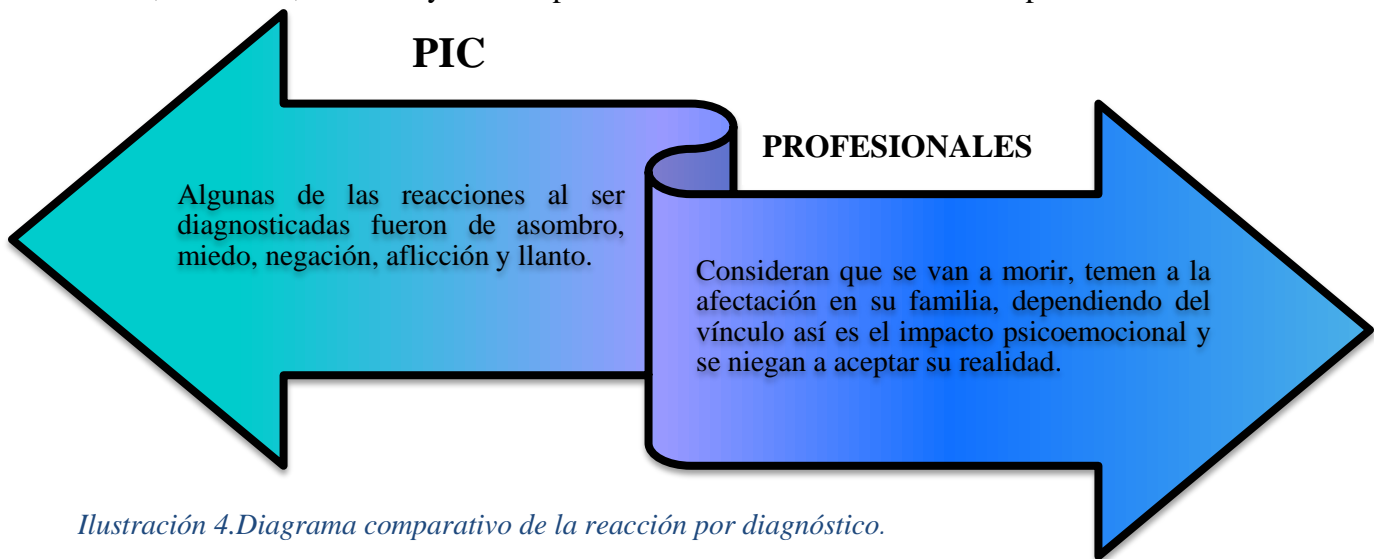


Ilustración 4. Diagrama comparativo de la reacción por diagnóstico.

El cáncer es una de las enfermedades que más consecuencias psicológicas y de reacción conductual tienen en una paciente; sin embargo, existen diferentes procesos de tratamiento al que las mujeres se integran y cada uno genera en ellas diferentes reacciones. Los mecanismos de defensa se hacen presente desde el diagnóstico, pensamientos fatalistas como el miedo a la muerte se presentan continuamente, alterando la estabilidad psicoemocional de quien la padece y de sus seres queridos; así también, la incertidumbre de qué es a lo que se van a enfrentar luego del diagnóstico, genera en las pacientes frustración y ansiedad.

Para una familia funcional, enfrentar esta enfermedad es una tarea de todos los miembros, esto genera sufrimiento, en muchas ocasiones. La pérdida física y cambios psicológicos que el cáncer de mama trae a su núcleo familiar, repercute en cada uno de sus miembros y en el rol que desempeñan dentro de ella, interpretándolo como un obstáculo para sus proyectos futuros.

4.1.4 Relaciones interpersonales

Cuando se habla de las relaciones interpersonales se hace referencia a la dificultad de interactuar con otras personas dentro de un contexto social. Para una persona con tratamiento por cáncer existe un cambio en la capacidad de relacionarse, la aceptación de sí misma se vincula con la aceptación de los otros, en razón de su apariencia física y su percepción de verse y sentirse diferente.

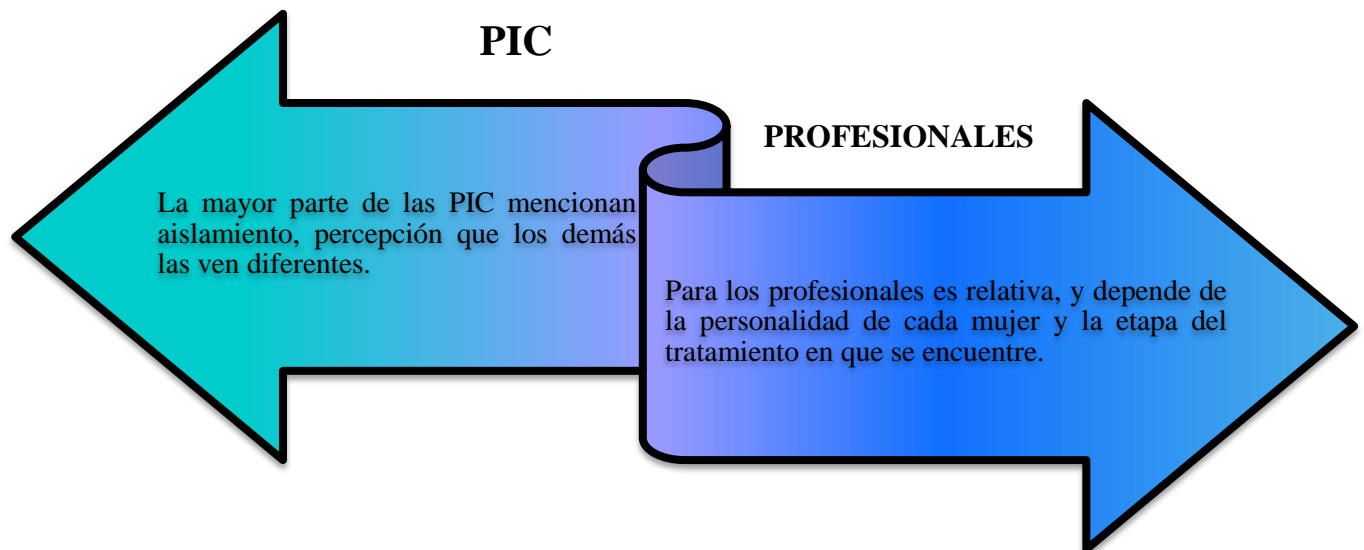


Ilustración 5. Diagrama comparativo de relaciones interpersonales.

Las pacientes con cáncer de mama, en su mayoría, poseen deterioro en las relaciones interpersonales y habilidades sociales, se perciben solas y muchas veces se aíslan en razón que los demás las ven diferente; los profesionales de la salud también confirman que hay ciertos cambios psicosociales, dependiendo de la etapa en que la paciente se encuentre en su tratamiento. Teóricamente se puede afirmar que el ciclo vital de las mujeres también repercute en la disminución de la frecuencia con los otros y en la realización de sus actividades de recreación o socialización.

4.1.5 Tratamiento psicológico

La intervención psicológica es indispensable como parte del tratamiento integral de toda paciente, la interpretación subjetiva de la realidad que experimenta proporciona datos importantes que permiten la ayuda psicoterapéutica profesional necesaria en estos casos; sin embargo, debe haber consonancia entre el personal de salud con la opinión de las pacientes, es importante destacar que los profesionales deberán brindar la atención individual y las pacientes participar de la ayuda psicológica.



Ilustración 6. Diagrama comparativo de tratamiento psicológico

Las herramientas psicológicas y capacidades individuales como parte del tratamiento mejoran la calidad de vida de las pacientes. Sin embargo, dentro del hospital no existe el tratamiento psicoterapéutico como parte esencial del proceso contra el cáncer, mientras que algunos profesionales afirman que sí existe, pero que se da desde que inician los tratamientos de quimioterapia, también en los cuidados paliativos o en casos que sean necesarios, pero las pacientes mencionan que no reciben dicha atención.

Cabe señalar que el cuidado de la salud mental en este proceso colabora en el afrontamiento de la enfermedad; no obstante, se está dejando de lado, esto no permite que la atención a las mujeres pacientes de cáncer de mama sea integral.

4.1.6 Percepción de la vida

El diagnóstico de cáncer modifica el estilo de vida de toda mujer; su vida cambia como consecuencia a su enfermedad, los objetivos y metas trazados se vulneran y aparecen nuevos objetivos. Si bien la vida se percibe a largo plazo, en muchas ocasiones también prevalecen los logros inmediatos tales como culminar el proceso de quimioterapia, alimentarse sanamente, vencer la enfermedad, entre otros.

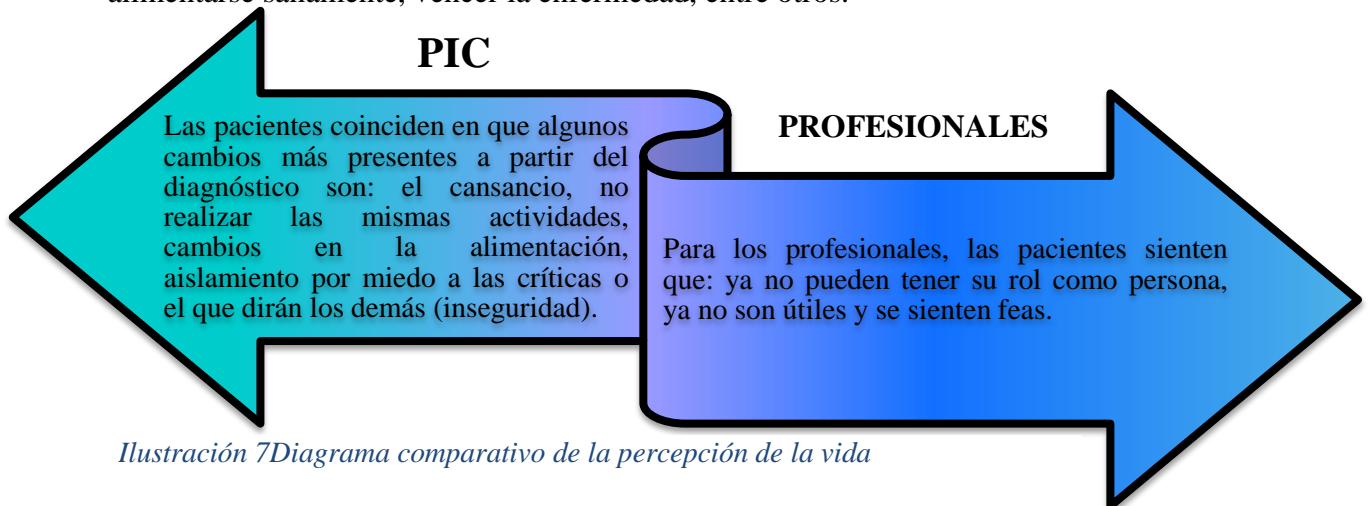


Ilustración 7 Diagrama comparativo de la percepción de la vida

Tanto las pacientes como las profesionales denotan que los cambios existentes repercuten significativamente en la vida de toda mujer, sus actividades recreativas al aire libre, de pareja, familiares o de interacción social, se modifican; siendo la inseguridad y la ambigüedad, respecto a sus expectativas futuras, las que condicionan sus actividades. Además, es importante hacer énfasis que el sistema de salud en general no les brinda la posibilidad de sentirse seguras en el proceso de la enfermedad, permitiendo que las pacientes se vuelvan más proclives a los cambios físicos y psicoemocionales.

La reestructuración cognitiva busca garantizar la salud emocional de las pacientes, ese proceso de aceptación en el tratamiento implica además la búsqueda de redes de apoyo, la interacción con otras pacientes y el personal médico. Cabe destacar que la percepción de la vida es muy diferente, por lo que va más enfocada a vencer la enfermedad y llevar una mejor calidad de vida que a realizar actividades de ocio o recreación que antes solía ser cotidiano. Por lo anterior, se infiere que a mayor seguridad en el proceso del tratamiento, mayor bienestar psicoemocional social en las pacientes.

4.1.7 Redes de apoyo

Cuando hay un diagnóstico de cáncer de mama existente, el sostén psicoemocional y social de las pacientes favorece el desarrollo de potencialidades y herramientas de afrontamiento del cáncer. Las redes de apoyo le proporcionan la motivación necesaria para seguir con el tratamiento. Por lo tanto, la estructura que conforma la red de apoyo que rodea a las pacientes, juega un papel trascendental en el proceso.

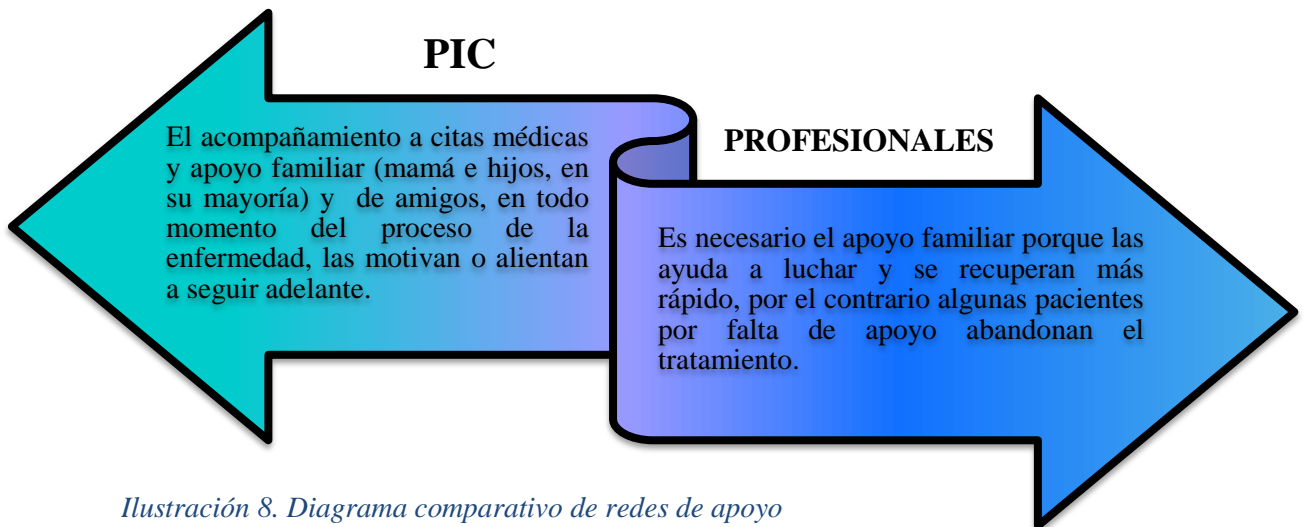


Ilustración 8. Diagrama comparativo de redes de apoyo

Un diagnóstico de cáncer es un desestabilizador de la homeostasis familiar, perjudica no solo a la persona que lo padece sino también a todos los que la rodean. El apoyo económico, físico y emocional a las pacientes les ayuda a minimizar sus sentimientos de soledad y tristeza. Generalmente la familia busca el bienestar de las pacientes; de este modo el apoyo de los seres queridos, amigos, miembros de una iglesia o grupos de ayuda permite que las pacientes se motiven y sigan con el tratamiento contra la enfermedad.

Las pacientes y profesionales comparten dicha opinión puesto que en muchas ocasiones las personas que se aíslan o son abandonados en el proceso de tratamiento, tienden a ser menos resilientes a diferencia de las pacientes que su familia y demás personas las acompañan en todo momento. La interacción social de la paciente y su familia con el medio es crucial para el proceso de afrontamiento de la enfermedad, puesto que su fortalecimiento garantiza mejores resultados en cuanto a su recuperación.

4.1.8 Conocimiento sobre cáncer de mama

Las fases del tratamiento de cáncer permiten poco a poco ir recopilando datos que anteriormente se desconocían, la interpretación personal ante la vivencia de la enfermedad permite crear explicaciones y significados de esta y su afrontamiento efectivo.

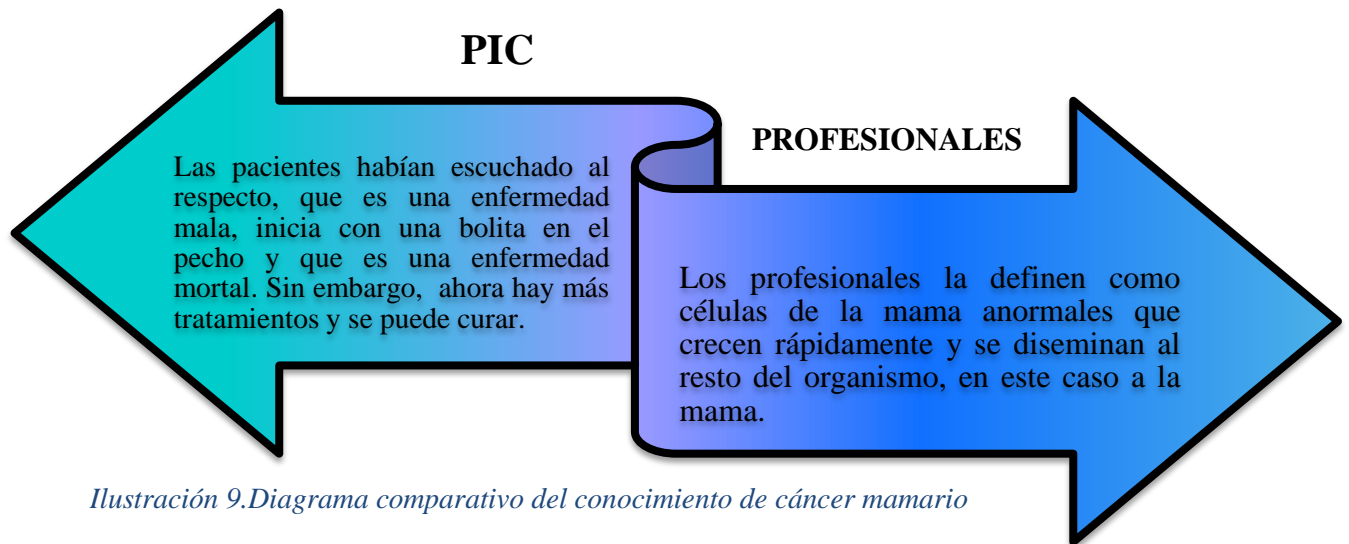


Ilustración 9. Diagrama comparativo del conocimiento de cáncer mamario

Los conocimientos empíricos y teóricos, los conceptos y opiniones sobre la enfermedad, la literatura, su historia y evolución respecto al cáncer de mama determinan un tumor inflamado con apariencia de un cangrejo. Los profesionales tienen conceptos más amplios para referirse a la enfermedad.

Las pacientes al hablar sobre su conocimiento lo hacen de manera empírica, en su mayoría desconocen sobre el cáncer y sus implicaciones, opinan lo que han averiguado desde su diagnóstico y no por una explicación directa y científica de los profesionales de la salud del hospital, sino por medio de terceras personas (amigos o familiares), y de su propia búsqueda de la información desde la plataforma de internet; lo que significa que a mayor conocimiento de las pacientes sobre el padecimiento, mayor y mejores opciones tendrán para enfrentar la enfermedad.

4.1.9 Percepción de tratamientos médicos contra la enfermedad

Las consecuencias en los pacientes con cáncer van desde los cambios físicos hasta los cambios de humor y autoestima; quienes entran al tratamiento, perciben esos cambios diariamente, en cada fase del tratamiento presentan múltiples consecuencias que pueden ser observadas, descritas y vivenciadas por ellas mismas.



Ilustración 10. Diagrama comparativo de la percepción de los tratamientos.

Los tratamientos contra un cáncer son dolorosos, fuertes y con efectos secundarios presentes en cada una de las pacientes. En su mayoría presentan pérdida del cabello, falta de apetito, dolor de huesos y malestares generales, como efecto adverso a los tratamientos.

Cabe señalar que estos resultados generan un conflicto interno en ellas, las pacientes presentan miedo y rechazo (porque son dolorosos), pero consideran que son necesarios para su pronta recuperación. Lo que significa que existe ambivalencia afectiva respecto a su vivencia en el tratamiento, esto origina algunas veces que sean apáticas a su condición, en general; sin embargo, siguen en ellos con la esperanza de una mejoría o de la total erradicación de la enfermedad.

4.2 Diagramas de categorías individuales (PIC)

4.2.1 Enfermedad y emociones

Cuando se habla de la relación existente entre la enfermedad crónica y las emociones, los datos que proporcionan las pacientes que la vivencian son de suma importancia, puesto que muchos estudios demuestran que al padecer una enfermedad de este tipo, la expresión emocional se ve más reflejada y puede ser descrita fácilmente.

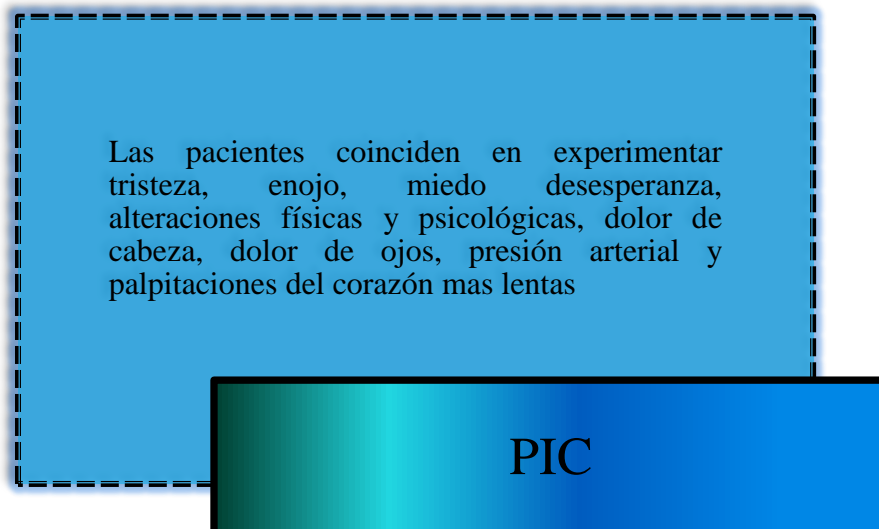


Ilustración 11. Vivencia subjetiva respecto a la enfermedad.

Ante el diagnóstico por cáncer de mama, es común observar la tristeza expresada con llanto, enojo, ira, entre otras. Debido a que están comúnmente relacionadas en todo el proceso del tratamiento, aparecen y desequilibran el estado emocional de las pacientes, no obstante, también les permiten la adaptación a cada fase o situación por la que pasan.

Además existe el miedo continuo a la muerte o pérdida, la desesperanza y algunas somatizaciones producto del estado emocional; aparecen alteraciones físicas y psicológicas que desestabilizan a las pacientes oncológicas. Se infiere que la inteligencia emocional actúa para mantener el equilibrio interno en las pacientes, el conjunto de habilidades psicológicas permite que las PIC reconozcan, comprendan y expresen lo que significa padecer la enfermedad.

4.2.2 Factores emocionales y cáncer

Existen factores asociados al cáncer, que de manera general se denominan modificables y no modificables, en muchos casos algunos de esos factores inciden en el desarrollo de cáncer de mama en las mujeres. Sin embargo, en la actualidad no está comprobado que existan factores emocionales que estén intrínsecamente relacionados con el cáncer. Es normal que todo ser humano posea diferentes tipos de emociones, pero no se puede afirmar que de ellas dependa el cáncer mamario.

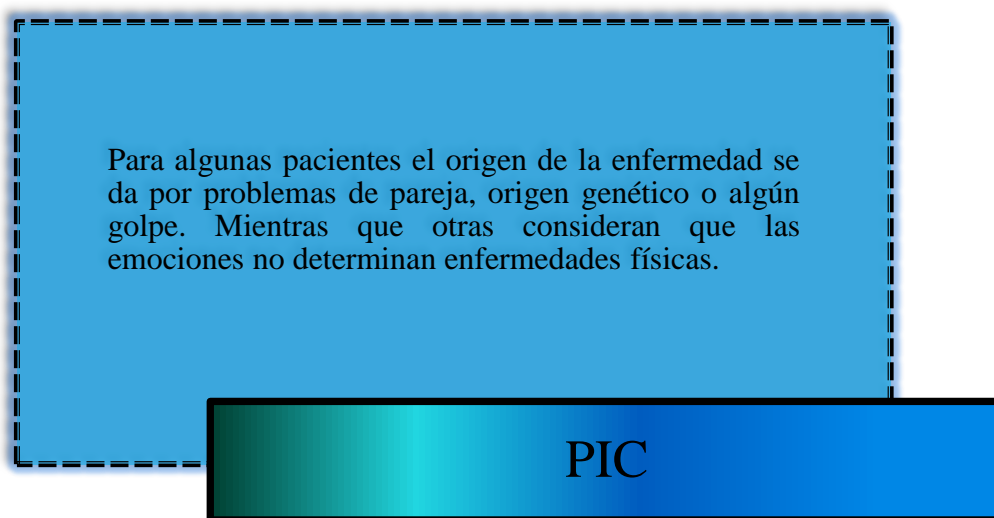


Ilustración 12. Factores del cáncer

El cáncer mamario modifica el estilo de vida de toda mujer, su percepción de la vida y su apariencia física o imagen corporal. Cuando ya hay un diagnóstico existente aparecen múltiples situaciones de estrés que se derivan de la vivencia de la enfermedad. Las emociones y el cáncer se vinculan desde el diagnóstico, el asombro, la incertidumbre, el miedo; son normales al recibir los resultados médicos y dentro del tratamiento las emociones aparecen fluctuantes, algunas veces puede haber alegría ante una buena noticia en el proceso y en otro momento puede denotar tristeza al padecer la misma. Lo que significa que en todo momento existe una ambivalencia afectiva en las pacientes con respecto a su enfermedad y los tratamientos.

4.2.3 Ideas especulativas

La incertidumbre que se da a la espera de una respuesta médica (después de un análisis de mamografía que detecta las células cancerígenas), es común entre las mujeres consultantes en el hospital. La inquietud que genera esta larga espera provoca en muchas ocasiones estrés o indicadores de ansiedad en la persona sujeto de estudio y en sus familias.

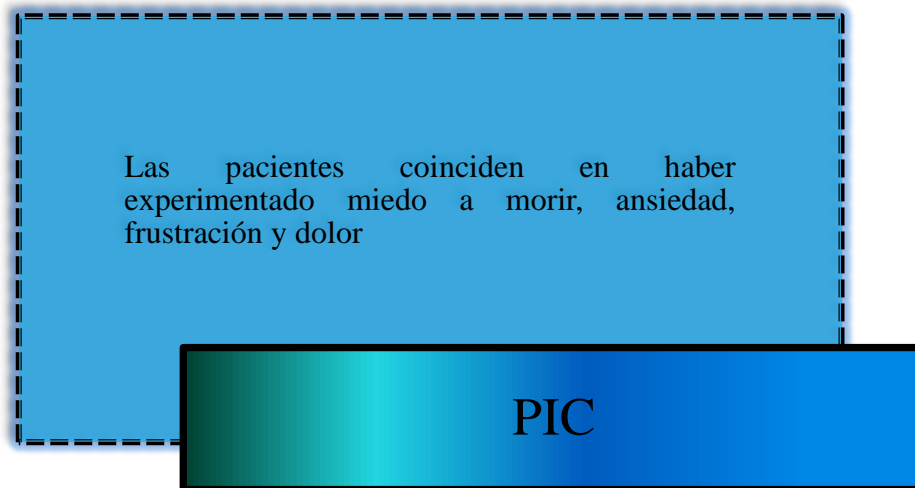


Ilustración 13. Diagrama de las Ideas especulativas

Cuando existe una sospecha de cáncer, la ansiedad y frustración comienzan a aparecer, el miedo a la muerte es una idea presente que genera dolor emocional. El cáncer de mama es conocido por la pérdida frecuente en todas las fases del proceso, las cuales pueden ser físicas (mutilación de los pechos, pérdida del cabello, cejas, entre otras), emocionales (pérdida de su estabilidad) y socio-familiar.

Es doloroso para una mujer pensar o hablar de cáncer de seno, aun antes de recibir el diagnóstico, en su mayoría desean que la respuesta sea negativa. Se puede decir que sus diferentes tratamientos también influyen para que la homeostasis se vea afectada, incluso cuando existe sospecha puesto que hay presencia de actitud negativa o fatalista.

4.2.4 Causas médicas

La etiología médica sobre el cáncer puede darse por varias razones: lo genético, el ciclo vital (en que la persona se encuentre), la menarquia temprana, la menopausia, entre otros. Sin embargo, el cáncer de mama, aun en la actualidad no se ha comprobado que posea un origen psicosomático propiamente.

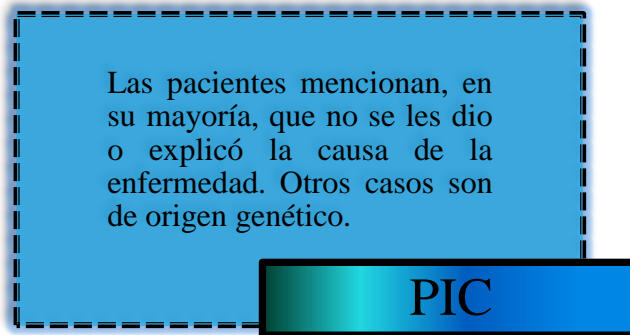


Ilustración 14. Causas según médicos

El sobrepeso y el origen genético, por ejemplo, son algunas de las consideradas causas de dicha enfermedad. Es importante mencionar que algunas pacientes oncológicas desconocen el porqué del cáncer mamario y nunca recibieron explicación médica por parte del personal de salud, para una mejor comprensión de la enfermedad y los tratamientos que conlleva.

Se ha revelado que el consumo de alcohol y el historial médico familiar está asociado al cáncer en una mujer, además de otras consideraciones como la edad o el mismo hecho de ser mujer ya son generadores de factores de riesgo. Todo lo anterior lo describe la literatura, pero en la práctica clínica no se explica con claridad, haciendo caso omiso al derecho que tienen las pacientes de conocer más ampliamente acerca de la enfermedad que vivencian; puesto que a mayor conocimiento de la enfermedad, menor es el impacto psicoemocional negativo en las pacientes.

Para las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, el no haber conocido las causas que lo originaron en ellas puede producir sentimientos de culpabilidad y rechazo hacia la efectividad de los tratamientos, además de impotencia hacia la enfermedad.

4.2.5 Explicación del tratamiento

El dar a conocer un tratamiento, implica la descripción clara y objetiva de las causas y consecuencias de este. Hay diferentes tratamientos contra el cáncer, los cuales se realizan de forma paulatina y ayudan al combate de las células cancerígenas pero traen consigo efectos secundarios en las pacientes.

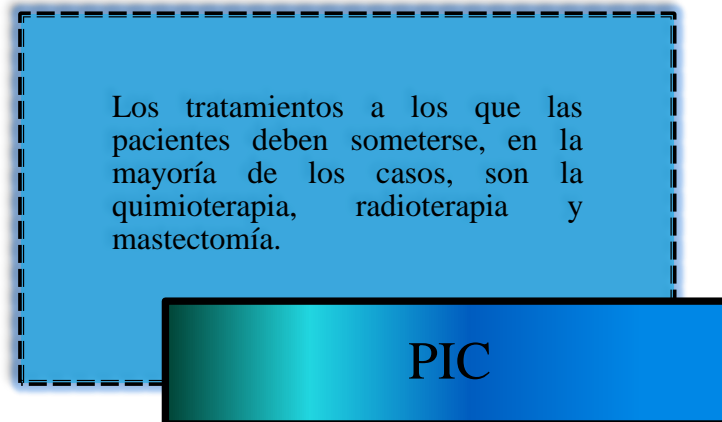


Ilustración 15. Información de los tratamientos a seguir.

Cuando se habla de cáncer de mama, profundizamos en un tema amplio y complejo. Existen, de manera general, tratamientos contra esta enfermedad, entre los que podemos destacar: la quimioterapia, la radioterapia y la extirpación total o parcial de los senos (mastectomía); estos producen cambios físicos significativos en las mujeres que lo padecen. Cabe destacar que los tratamientos a seguir son autorizados y controlados por el médico correspondiente, por lo que la referencia a salud mental, como parte del tratamiento, es indispensable para una paciente; sin embargo, no se toma como un eje principal, lo que impide que se aborde a las mujeres, se les brinde acompañamiento y ayuda terapéutica para la comprensión de cada una de las fases del tratamiento.

La presencia de síntomas físicos que el tratamiento provoca en las pacientes genera reacciones psicológicas, por lo que la ayuda terapéutica se vuelve esencial para la explicación de los tratamientos a seguir y para la comprensión del proceso que vivencian. Las reacciones psicológicas que todo lo anterior provoca, puede ser significativo en la vida de las mujeres, por esta razón, cuidar la salud mental de las pacientes es elemental, aun cuando las mismas pacientes y el personal médico no lo consideren necesario.

4.2.6 Culpabilidad en la PIC

Cuando se diagnostica cáncer, generalmente aparecen sentimientos y emociones, producto de lo que se está viviendo. El cargo de conciencia se da al preguntarse a sí mismo sobre lo que se hizo mal y utiliza la negación como mecanismo de defensa. Esto significa que el desconocimiento ante la enfermedad puede llevar a una persona a culparse a sí misma y responsabilizarse.

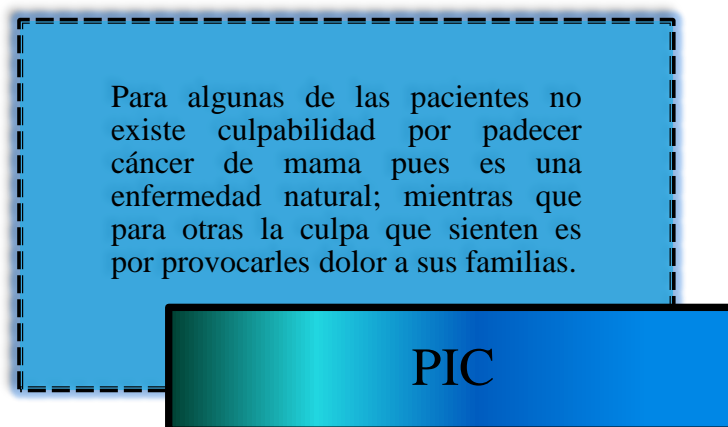


Ilustración 16. Culpabilidad de las PIC.

Se puede afirmar que los sentimientos de culpa ante una pérdida (física, de la salud, emocional) aparecen cuando se diagnostican enfermedades crónicas como el cáncer de mama, por no haber asistido a chequeos médicos de rutina y por no tratarse con anticipación. Por su parte, las pacientes también tienen responsabilidad, la culpa en la mayoría de ellas aparece por no estar atentas a los síntomas que se presentan antes del diagnóstico, al no autoexplorarse, realizar análisis clínicos y estar inmersas en otras actividades que les consumían demasiado tiempo y son generadores de estrés.

Se infiere que la culpa en algunas de las PIC generan sentimientos de enojo y frustración ante la enfermedad, además de tener la percepción equívoca que han dañado la estabilidad familiar; por el contrario, también existen pacientes que no tienden a culpabilizarse, porque el cáncer de mama es visto como una enfermedad común y natural que a toda mujer pudiera sucederle, lo que genera en ellas una actitud positiva para enfrentar la enfermedad y disposición a realizar los tratamientos.

4.2.7 Conocimiento emocional

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que permiten al ser humano adaptarse a determinadas situaciones o estímulos, están presentes en todo momento, y cuando existe un diagnóstico por cáncer, las personas reaccionan ante la enfermedad de forma particular según sea el caso; por lo que hoy en día identificarlas y definir las, para las pacientes, es asociarlo a su vivencia.

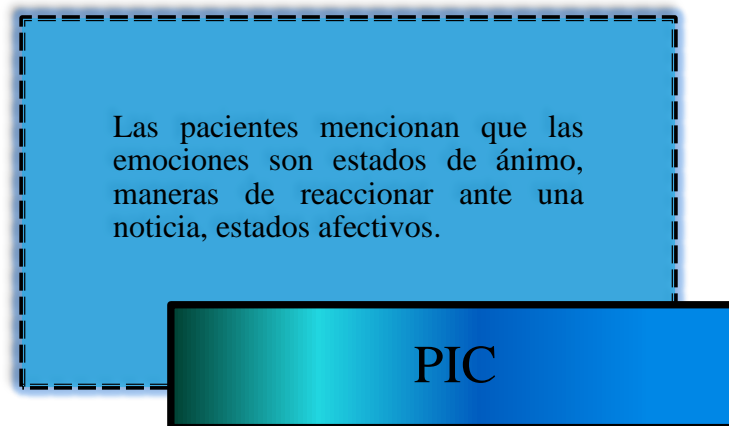


Ilustración 17. Conocimiento emocional de pacientes con cáncer

El conocimiento emocional se describe, según las pacientes, al identificar la manera de reaccionar ante una noticia, implica estados afectivos o estados de ánimo que impulsan a actuar. Al dialogar con las pacientes se puede corroborar que, para algunas, describir las emociones no es fácil, unas desconocen sobre el tema y otras identifican lo básico en razón de lo vivenciado por su enfermedad, por lo que el autoconocimiento y la identidad permite describir con mayor precisión las sensaciones en una determinada situación. En este sentido, expresar las emociones de manera asertiva permite un mayor afrontamiento de la enfermedad.

4.2.8 Actividades recreativas

Las actividades lúdicas o de recreación son importantes en el proceso de socialización de todos los seres humanos, pues les permite compartir, empatizar y ser o formar parte de un grupo. La aceptación o sentido de pertenencia dentro de un micro contexto colabora con el bienestar físico y psicológico de las personas.

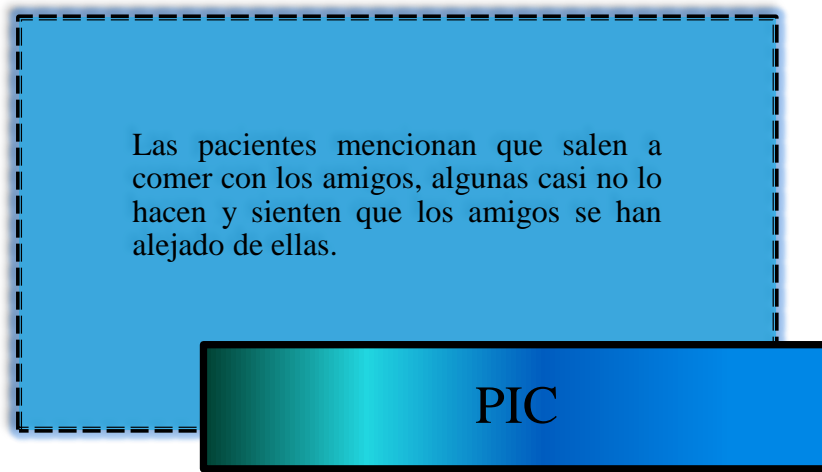


Ilustración 18. Actividades de recreación

En un proceso de cáncer los cambios existentes son muchos, en vista que es una enfermedad que afecta a la persona que la vivencia y a todos lo que la rodean. Por los cuidados que debe tener una mujer paciente con cáncer la interacción convencional con amigos se le dificulta, pero bajo indicaciones médicas puede realizar actividades de recreación. Sin embargo, en la mayoría de los casos las pacientes cambian por completo sus hábitos de socialización, en razón de la enfermedad.

Con respecto a lo anterior, existen diferentes opiniones de las pacientes, en algunos casos sus amigos son redes de apoyo y agentes externos de motivación en todo momento; en otros, los lazos de amistad y hermandad se vulneraron o no existen, prevalecen los prejuicios y la percepción que conllevan al aislamiento social.

4.2.9 Recreaciones primarias (familia)

Realizar actividades de esparcimiento o al aire libre es fundamental en las personas, aporta vigor; y siendo principalmente los lazos familiares que generan el espacio necesario para mantener el equilibrio del sistema familiar.

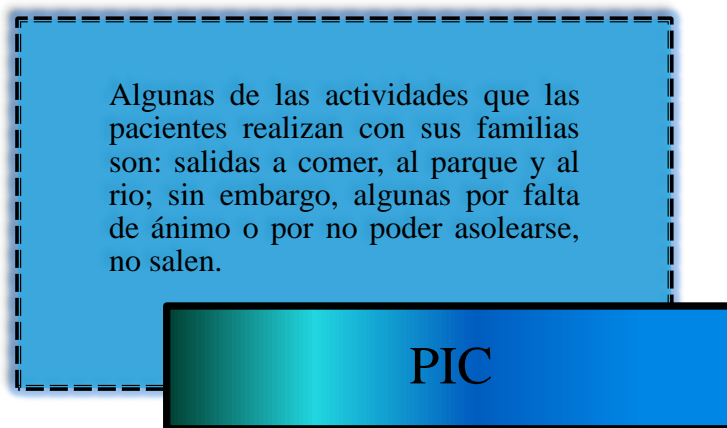


Ilustración 2. Recreación familiar

Las actividades de familia son modificadas desde el momento de un diagnóstico, los diferentes tipos de recreación familiar que parecían gratos y que están estrechamente ligados con el ciclo vital de las pacientes y sus familias cambian, en función de un tratamiento. El estado de ánimo varía: los viajes al parque, la natación o tomar el sol en una caminata con la normalidad de antes dejan de aparecer como constante en una familia.

La teoría afirma que existen estas modificaciones, la opinión de su vivencia de las mujeres pacientes de oncología también confirman que existen dichos cambios. La vida gira en torno a la enfermedad y el tratamiento, inicia el cuidado personal más estricto siguiendo fielmente indicaciones médicas. Por otro lado, ocasionalmente realizan diferentes actividades, tratando de tener una vida más saludable y queriendo vencer la falta de ánimo que produce la enfermedad. Cabe destacar que existe la posibilidad que el estado de ánimo de algunas pacientes mejore con la sana convivencia familiar.

4.3 Diagramas de categorías individuales (profesionales)

4.3.1 Duelo

El duelo es un proceso psicológico complejo que afecta profundamente a las personas. Se trata de una pérdida real de un objeto o sujeto; este posee diferentes etapas, entre las que podemos mencionar: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación.

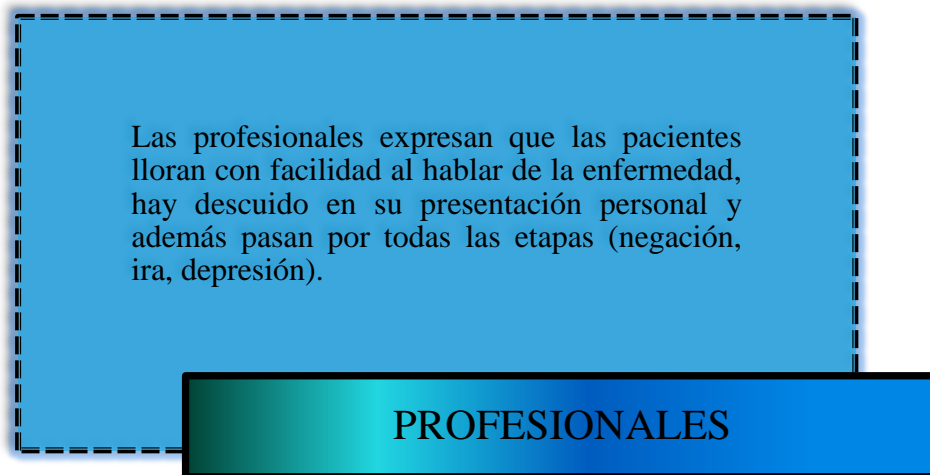


Ilustración 20. El duelo y el cáncer

El duelo es un proceso latente de las mujeres que padecen la enfermedad, lloran fácilmente al hablar del tema, la percepción de sí mismas y de su entorno se modifica y desorganiza el equilibrio existente antes del diagnóstico. El duelo inicia desde el resultado que da el oncólogo, la pérdida de la salud conlleva a vivenciarlo con la fase de negación.

Hablar de duelo en oncología es un tema amplio, las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama pierden su estabilidad emocional y familiar, la amputación de sus senos y la caída del cabello representan también pérdidas físicas, las cuales repercuten en el dolor que experimentan cotidianamente cada una de las mujeres, sus familias y parejas, quienes son los que vivencian la enfermedad junto con ellas; generalmente poseen una visión fatalista, de desesperanza, pesimista y una actitud de apatía frente a las expectativas de su vida.

4.3.2 Rol del PIC en su familia

Cada miembro de la familia cumple una función o rol importante dentro de esta. La funcionalidad familiar denota apoyo en las labores o situaciones por las que pasan sus miembros; cada uno busca el cuidado personal y del grupo familiar, nuclear o extenso.

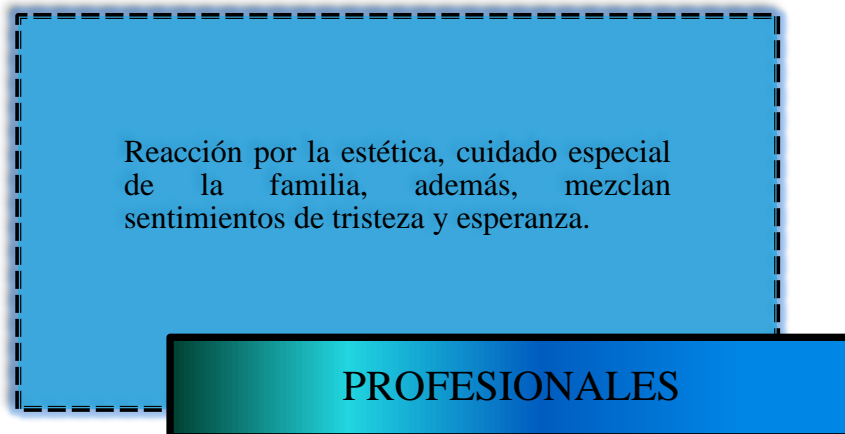


Ilustración 21. Rol de las pacientes

Existen cuidados familiares especiales en algunos casos, se generan múltiples reacciones conductuales por la estética de uno de sus miembros, mezclando sentimientos de tristeza y esperanza; siendo el incumplimiento del rol un generador de tensión en su sistema familiar y en su rol social. Es decir, cuando una paciente tiene cáncer, toda la familia también lo tiene.

Las mujeres con cáncer de mama poseen y cumplen una función dentro de la familia, el cual se vulnera desde su diagnóstico, en razón de los cambios que genera el tratamiento. Por otro lado, se puede decir que el rol dentro de un contexto familiar se modifica para las pacientes, la familia solo busca su cuidado y protección, esto genera en las pacientes frustración, tensión, ansiedad y poseen un bajo concepto de sí mismas.

4.3.3 Ideas suicidas

Existen diversidad de eventos o situaciones que provocan en las personas un gran dolor, el vivenciar una enfermedad crónica, por ejemplo, perjudica la homeostasia interna, lo que puede ocasionar el deterioro de la salud física y mental, en casos más graves pueden llevar a ideación suicida.

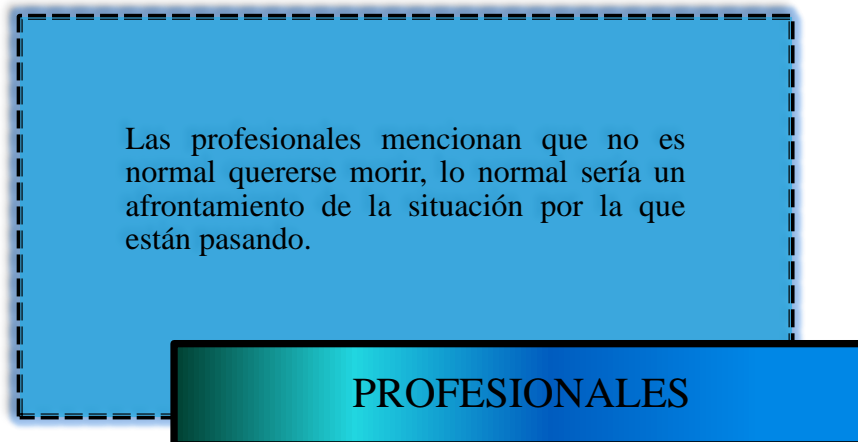


Ilustración 22. Ideas suicidas ante el cáncer.

La pérdida paulatina material, física, psicológica o emocional que las pacientes con cáncer de mama poseen, puede llevar a la construcción de pensamientos o ideas suicidas como alternativa final al dolor psíquico que provoca la enfermedad. La pérdida de la salud provoca problemas o trastornos psicológicos como la depresión, angustia mental y efectos fatalistas en la proyección de la vida futura.

Los profesionales de la salud mental expresan que las ideas suicidas no son parte de la normalidad ante un caso de cáncer mamario, lo normal sería el afrontamiento. Sin embargo, la depresión que puede ser ocasionada por esta enfermedad contribuye a que, en muchos casos, los pensamientos suicidas se presenten en las pacientes que la padecen.

4.3.4 Consecuencias psicológicas

Es inevitable que un hecho tan significativo como la enfermedad de cáncer de mama tenga consecuencias psicológicas en las mujeres, entre las que se pueden mencionar la baja autoestima, depresión, pesimismo e irritabilidad. Dichas consecuencias psicológicas son proporcionales al desarrollo de la enfermedad, en vista de los cambios físicos y sociales que esta provoca en las pacientes diagnosticadas.

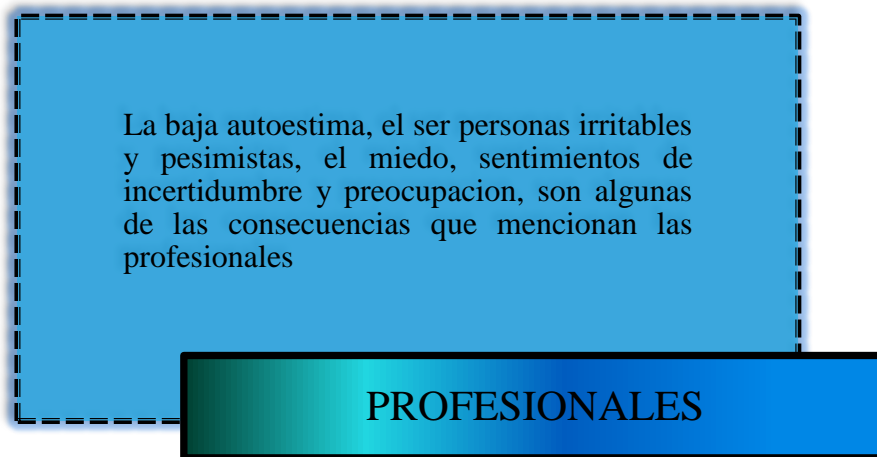


Ilustración 23. Consecuencia emocional

Por otro lado, los tratamientos provocan miedo o terror al hospital y a la reincidencia de la enfermedad. La incertidumbre, la negación, el rechazo, la hostilidad, la ansiedad, la opresión, el pánico y la culpa son también algunas de las consecuencias psicológicas presentes en las pacientes con cáncer de mama. No se puede limitar a opinar que el cáncer solo provoca cambios físicos, por el contrario, los efectos psicológicos son importantes de destacar para apoyar a las mujeres en la superación de la enfermedad y en el refuerzo de las herramientas psicológicas. Lo anterior pone de manifiesto sus vacíos existenciales respecto a su vida en el futuro y representa la limitante principal en su recuperación.

4.3.5 Protocolo estandarizado (evaluación)

Los protocolos son un conjunto de instrucciones o normas previamente establecidas para la realización de una actividad. En el área de salud mental, se utilizan como guías para el abordaje de las pacientes, dependiendo del motivo de consulta, además son necesarias para llevar un orden lógico con el fin de que la ayuda terapéutica sea integral.

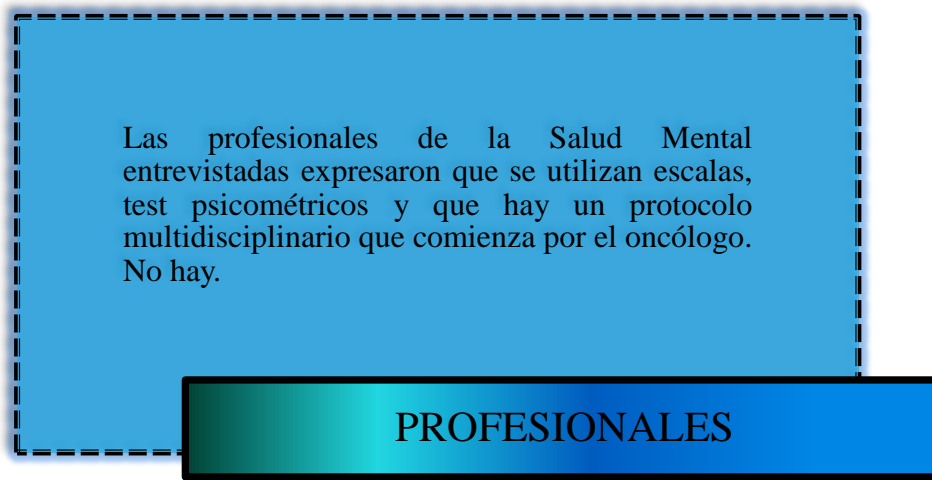


Ilustración 24. Protocolos psicoterapéuticos

Existen diversidad de atestados que pueden ocuparse en el abordaje con pacientes, algunos de ellos se les conoce como escalas, se utilizan para medir diferentes estados emocionales y de ánimo, además que proporcionan datos importantes sobre el estado mental de las pacientes. Sin embargo, en el hospital, no existe un protocolo estandarizado que permita tener una idea del abordaje y tratamiento de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

Es importante recalcar que existen lineamientos o pasos a seguir, pero solo abarca el área clínica (tratamiento médico y farmacológico), mas no se aborda el área de la salud mental de las pacientes. Para los profesionales de la salud mental no poseer un protocolo de pruebas psicológicas donde se aborden y exploren las emociones que vivencian las pacientes, significa que el desempeño de su labor es ineficiente y limitada para brindar una atención integral, en relación a la necesidad de cada una de las PIC.

4.3.6 Recursos psicológicos (herramientas)

Los recursos psicológicos son herramientas personales que trascienden las habilidades sociales, se desarrollan y potencian con la interacción interpersonal. Las mujeres del área de oncología del hospital utilizan estas herramientas al relacionarse e interactuar con otras pacientes, al expresar sus formas de pensar ante la enfermedad, los sentimientos que poseen y en su conducta.

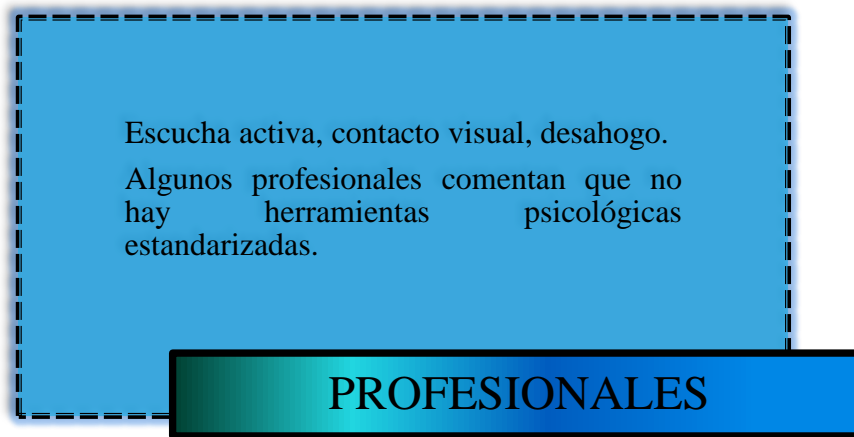


Ilustración 25. Herramientas psicológicas

Los profesionales mencionan que las pacientes de cáncer de mama necesitan tener a disposición herramientas psicológicas indispensables, para brindar ayuda terapéutica y estabilizar la carga emocional generada por la enfermedad.

Existen algunas formas de proceder al abordar profesionalmente desde la salud mental a una paciente, como el contacto visual, la escucha activa, el desahogo, que proporcionan datos importantes de la interpretación subjetiva de la paciente ante la enfermedad. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se da la atención psicológica ni el espacio que merecen las pacientes para que se cumplan estos pasos. Cabe destacar que fortalecer las redes interpersonales de las pacientes ayuda a poseer apoyo psicoemocional, seguridad, sentido de pertenencia y confianza dentro de su proceso.

4.3.7 Resiliencia

La resiliencia se puede describir como el afrontamiento de una situación o circunstancia, es un proceso de carácter individual, que trae experiencia favorable y de crecimiento personal. Existen diferentes opiniones ante el mismo tema, entre las que podemos mencionar:

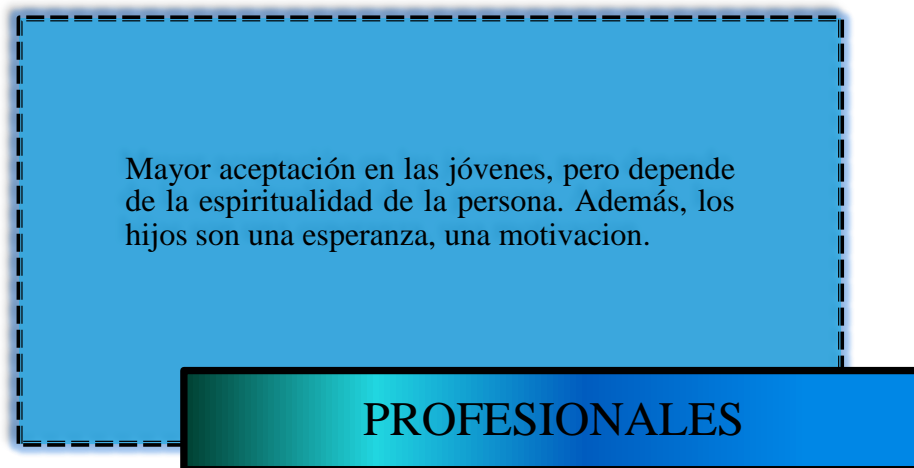


Ilustración 26. Resiliencia y cáncer

La personalidad resiliente busca el afrontamiento de la situación con la esperanza que saldrá adelante. Entre las mujeres del área oncológica que llegan al hospital, se pueden observar personas que son resilientes y muestran motivación a sus tratamientos, además, sirven como motivación para otras mujeres.

Si bien la edad no es un factor determinante, al hablar de la resiliencia, se han dado casos en que las pacientes jóvenes muestran mayor resiliencia o esperanza de vida en el proceso contra el cáncer. Su percepción es que aún tienen muchas cosas por vivir y metas por alcanzar, esto les permite ser resilientes en la adversidad; lo que significa que existe principalmente esperanza en su recuperación que se fortalece con la motivación intrínseca y extrínseca de su grupo de pertenencia y genera expectativas de vida a largo plazo.

4.3.8 Autoimagen

La autoestima es la percepción o representación mental que cada persona tiene de sí misma, incluye detalles físicos, experiencia de vida o la internalización del juicio que los demás tienen de ella, y que repercuten en la sexualidad a la hora de relacionarse con los otros.

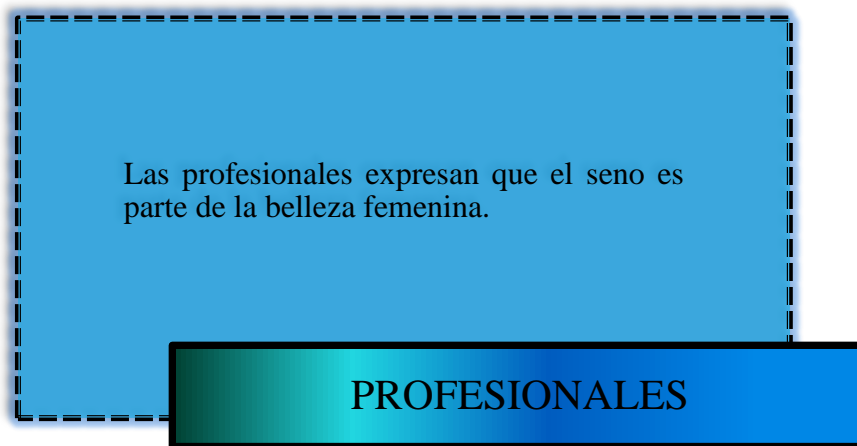


Ilustración 27. Autoimagen

Cuando existe un diagnóstico de cáncer de mama, la sexualidad de las pacientes se vulnera, e inicia un progresivo rechazo a su imagen corporal, sus expectativas de sentirse mutiladas y en consecuencia “feas”; lo cual no les permite el contacto físico y sexual con su pareja. Muchas de las pacientes sienten vergüenza con solo imaginar verse desnudas frente a otra persona, aunque esta sea su compañero de vida.

Cabe mencionar que no solo la mastectomía es parte de la autoimagen, también la caída del cabello y otros elementos de índole físico infieren en la percepción de que han perdido belleza o atractivo (como socialmente se condiciona), y hacen que la sexualidad para una paciente con cáncer de mama sea más difícil de aceptar, por lo que se infiere la existencia de una visión estereotipada de la belleza femenina y no trasciende a otros aspectos subjetivos que deben reforzarse.

4.3.9 Atención psicológica

La atención psicoterapéutica es ideal para las personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama; debido a que busca ayudar en cuanto a su aceptación y la necesaria intervención de un profesional en salud mental para la superación de un proceso doloroso y complicado como el cáncer.

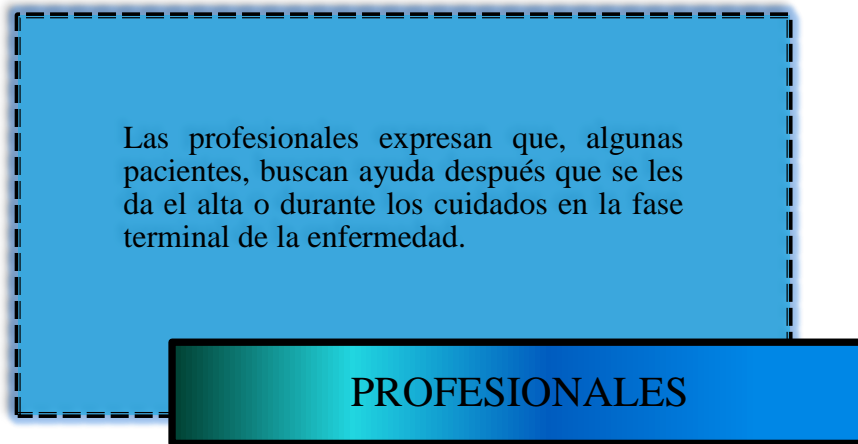


Ilustración 3. Atención psicoterapéutica

La atención psicológica es el complemento idóneo en el tratamiento contra el cáncer, cada fase del tratamiento debe tener el acompañamiento profesional que colabore en los procesos mentales de las pacientes, en relación con el ambiente hospitalario y familiar que las rodea. La búsqueda de la ayuda terapéutica puede darse de dos formas, ya sea que las pacientes lo requieran o que haya una referencia por parte de un médico que lo considere necesario.

Cabe recalcar que en la indagación dentro del hospital un dato curioso que se presenta es que la salud mental no se considera parte del tratamiento contra la enfermedad, sino como un cuidado paliativo o cuando ya se ha dado el alta médica; además cuando existe miedo a la muerte y desapego. Opinión que es confirmada por los profesionales de la salud, por este motivo la atención psicoterapéutica está dirigida a la preparación para la muerte, mediante la intervención del duelo previo y no está enfocada al bienestar psicológico de las pacientes durante el proceso.

4.4 Análisis general

Cuando el contexto es el área de oncología de un hospital, la psicología toma un papel más protagónico, se encarga de velar por el daño emocional que provoca el cáncer y todos los efectos secundarios físicos e interiores de los tratamientos. En ese contexto, al haber realizado la investigación teórica y trabajo de campo en el Hospital Nacional Dra. María Isabel Rodríguez de San Salvador, con relación a las consecuencias emocionales que provoca el diagnóstico en las mujeres, se puede afirmar que existen múltiples consecuencias emocionales en las mujeres y en el sistema familiar del que son parte.

Cada una de las mujeres pacientes con cáncer de mama son un ser social, las cuales ocupan un rol especial y específico dentro de la sociedad misma, son ante todo amigas, madres, esposas, hijas o empleadas; no obstante, cuando hay un diagnóstico de cáncer, muchos de estos roles se ven deteriorados, las pacientes aunque no dejan de ocupar su posición socialmente condicionada, tienden a aislarse de las personas que anteriormente les eran gratas, sus actividades de recreación y socialización dejan de tener la misma importancia que antes y, en la mayoría de casos, sus redes sociales son otras mujeres pacientes de oncología del mismo hospital, en vista que por estar en situaciones similares y compartir su dolor se sienten comprendidas unas con otras y aceptadas en ese mismo contexto.

Las consecuencias emocionales por diagnóstico de cáncer mamario son diversas y pueden enunciarse fácilmente; sin embargo, con la finalidad de una mejor comprensión, las englobaremos en dos áreas fundamentales, las emociones individuales y las emociones colectivas. Por un lado, las emociones personales o individuales son reacciones psicofisiológicas que se presentan en una persona como adaptación a determinadas situaciones o vivencias propias; y por otra parte, en el caso de un diagnóstico de cáncer de mama, aparecen reacciones emocionales como el miedo, enojo, tristeza, sorpresa, entre otras y que además son seguidas de mecanismos de defensa inconscientes que individualmente las mujeres emplean para auto protegerse del dolor emocional real.

Las emociones en términos generales son la fuerza (esténica) que mueven o hacen sentir dispuesto al ser humano a llevar a cabo una acción, para afrontar de mejor manera una situación; sin embargo, también existen emociones pasivas (asténicas) que pueden convertir a un individuo en un ser pasivo, introvertido, cerrado en sí mismo, que lo vuelve incapaz de tener la voluntad de afrontar una situación que afecte su vida. Por lo tanto, las emociones son la motivación de la conducta, organizan y desorganizan la actividad y el funcionamiento pleno del ser humano (Petrovski, s.f, pág. 350)

En otro orden de ideas, las emociones colectivas son aquellas que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama comparten entre ellas en razón de la enfermedad que experimentan; el proceso por el que pasan es muy similar, tanto el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento donde cada una posee una interpretación propia de la enfermedad. Existen emociones que son más comunes, y son fácilmente observables en las expresiones de llanto al hablar de su enfermedad; así mismo, el miedo constante a la muerte, la incertidumbre a cada fase del tratamiento y a sus secuelas, en fin, la mayoría de las mujeres pacientes de oncología dice haber experimentado más de alguna de todas esas emociones y las comparten unas con otras.

Después de haber definido los dos grupos de reacciones emocionales por lo que las pacientes pasan y la función que desempeña en la vida del ser humano, podemos también agregar que toda persona posee un contexto donde se desarrolla, además de situaciones determinantes para su vida que originan o dan paso a todas las emociones coexistentes, para la pronta adaptación de los individuos al medio.

El cáncer de mama es una enfermedad que desde el diagnóstico genera ideas especulativas que llevan a anticiparse y sufrir de antemano, las cuales pueden limitar sus expectativas de vida futura; además de generar otros trastornos como la depresión (pérdida de la vitalidad, pérdida de apetito, alteraciones de sueño, llanto, aislamiento y descuido en la apariencia personal). Debido a esos cambios se crea una reestructuración cognitiva que puede ser de dos formas: desorganizativa y adaptativa; si la paciente vivencia la fase desorganizativa, afecta su esfera psicoemocional individual y social, si experimenta la fase

adaptativa, puede llevar a la personalidad resiliente, que si bien no disminuye los efectos físicos y emocionales que genera la enfermedad, le permite mantener una actitud positiva durante todo el proceso y una inteligencia emocional que le brinde la capacidad de conocer, manejar o controlar sus propias emociones y las de los demás con respecto a la enfermedad.

La salud mental en las pacientes de oncología se ve comprometida, no como reacción secundaria de los medicamentos, sino por los efectos que estos producen en la imagen corporal de las mujeres. Las consecuencias emocionales de padecer cáncer de mama, pueden ser muchas y claramente observables desde cualquier contexto donde las pacientes se encuentren. El área de oncología fue el lugar que dio inicio a la investigación, por ser ahí uno de los espacios emocionalmente significativos para las pacientes, donde asisten frecuentemente a sus chequeos y tratamientos, es el lugar propicio para que las PIC refuercen su mal estado de ánimo, creen ideas fatalistas y estereotipadas de la realidad; además, sentimientos de ambivalencia emocional. Por esta razón, el trabajo de los profesionales de la psicología debería ser enfocado al cuidado de la salud mental desde la fase inicial del proceso y no solamente a la preparación para la muerte (cuidados paliativos).

En este sentido, esta enfermedad es para toda mujer un desestabilizador de la homeostasia interna y externa. La vida de las pacientes cambia en diferentes aspectos, uno de ellos y quizá el principal lo definiremos como consecuencias psicoemocionales personales, de las que podemos profundizar en diferentes áreas, las cuales mencionaremos a continuación:

- La percepción que las mujeres tienen de sí mismas: Existen consecuencias emocionales relacionadas a la interpretación y valía personal desde que se es diagnosticada con cáncer, paulatinamente estas consecuencias aumentan en relación al proceso de la enfermedad, ejemplo de ello es la mastectomía o extirpación total o parcial de los senos. El daño psicológico ante esta pérdida deja secuelas no solo físicas, sino también la autoestima y el autoconcepto se ven deteriorados, generando tristeza, enojo y dificultades para relacionarse con las demás personas por la vergüenza que causa el sentirse mutilada. Los

tratamientos de quimioterapia y radioterapia que prosiguen, también modifican la imagen corporal de las mujeres, esto crea sentimientos de inferioridad y muchas veces frustración, acompañadas también de consecuencias emocionales como la ansiedad, envidia, celos de las otras mujeres y miedo a las críticas.

- Las relaciones de pareja: existen consecuencias emocionales relacionadas con la interacción con la pareja, sexualmente hay un deterioro de la relación en razón de la enfermedad y del malestar general que producen los tratamientos. En muchos de los casos, las mujeres tienen la percepción de ser y verse feas, debido a los efectos físicos que el proceso que llevan trae consigo. Sin embargo, aunque lo anterior es determinante y genera consecuencias emocionales en las mujeres diagnosticadas con cáncer, la sexualidad con su pareja se ve afectada por el hecho que algunas de ellas están más enfocadas a recuperar su salud y vencer la enfermedad, haciendo a un lado esa faceta de sus vidas, aunque consideran que el sexo es importante en la pareja. En este sentido, la percepción de la vida cambia, generando ansiedad, estrés, tristeza y hostilidad en las mujeres, esto conlleva a problemas con el sexo opuesto.
- El ciclo vital en el que se encuentren: en cualquier etapa de la vida de una mujer, el cáncer siempre será un proceso doloroso, a nivel físico y las consecuencias emocionales varían en función de la edad en que la mujer fue diagnosticada, así mismo influye en el afrontamiento de la enfermedad. Cuando se es joven aún hay proyectos de vida inconclusos, sueños y metas por alcanzar, todos estos planes se vuelven agentes de motivación para cualquier paciente. Cuando el cáncer de mama aparece a una edad más adulta, las preocupaciones van más enfocadas a los hijos, familia o pareja; las pacientes que son madres de familia y esposas tratan de equilibrar su situación actual entre citas al hospital, el tratamiento, sus efectos secundarios y su dolor subjetivo, sin dejar de cumplir el rol cotidiano dentro de su entorno.

Por todo lo anterior, es indispensable que se abra el espacio para la intervención psicológica, además de poderles brindar herramientas psicológicas y acompañamiento profesional a las pacientes, con el fin de que reciban atención integral por medio de un equipo multidisciplinario, que incluya las áreas médica, farmacológica y psicológica, pudiendo así lograr una mejor calidad de vida para las pacientes.

CONCLUSIONES

1. Al analizar las vivencias de siete pacientes de cáncer de mama del hospital Dra. María Isabel Rodríguez, se infiere que existen consecuencias emocionales a corto y largo plazo, por lo que la ambigüedad emocional causada durante el proceso de tratamiento oncológico limita en algunos casos su proyección de vida a futuro a nivel personal y social.
2. Existe diversidad de emociones individuales y colectivas experimentadas por las pacientes identificadas con cáncer, desde el momento del diagnóstico y durante las diferentes fases del tratamiento, dependen de la edad, del contexto más cercano y del sistema familiar, donde son frecuentemente compartidas por las mujeres; entre las que caben destacar: el miedo, la culpa, ira, enojo, depresión, tristeza y momentos de alegría.
3. Basándonos en la experiencia de las pacientes respecto a su enfermedad, además del aporte de profesionales de la salud mental se puede decir que el poco o nulo conocimiento adquirido previo a un diagnóstico, puede producir ideas equívocas que tendrán como consecuencia un impacto psicosocial, ocasionando estrés y ansiedad. Sin embargo, cuando una mujer tiene conocimiento del cáncer de mama y sus consecuencias emocionales, físicas y sociales, no significa que no vivencien emociones que afecten su ciclo vital, pero le permite el afrontamiento objetivo al diagnóstico y al proceso de tratamiento al que debe someterse. El conocimiento genera seguridad, confianza y esperanza respecto a su vida futura.
4. El apoyo de las familias y amigos de las pacientes es crucial en todo momento; las redes de apoyo sirven como motivación extrínseca. Es importante que las pacientes sientan seguridad, la cual les permite una visión de vida positiva, además que les brinda sentido de pertenencia ayudando a eliminar pensamientos de aislamiento, frustración y depresión, con respecto a la enfermedad. En el hospital, es importante

generar el espacio de ayuda psicoterapéutica para que las pacientes puedan obtener y potenciar las herramientas psicológicas que les permitan el equilibrio emocional, personal y con las personas que las rodean.

5. Para el contexto salvadoreño actual, la salud mental sigue siendo irrelevante y de poca importancia para el desarrollo integral de los seres humanos, es por ello que las diferentes instituciones, ONG's y demás organizaciones.
6. El cáncer de mama es una enfermedad mortal si no se diagnostica e interviene a tiempo, origina consecuencias físicas, económicas y emocionales a las personas que lo padecen y a sus familias. Por esa razón, es importante educar y concientizar sobre la enfermedad y sus secuelas en la vida presente y futura de las pacientes, además de la promoción de la autoexploración para la prevención y la sensibilización de la salud emocional de las mujeres.
7. Existen estudios que demuestran que la gestión de emociones eleva la capacidad del sistema inmunológico y es esta la que genera un aumento de la capacidad para enfrentar la enfermedad de mejor manera. Por lo que debe hacerse énfasis en impulsar proyectos de salud mental dirigidos a las pacientes, con el fin de ayudarles a realizar una mejor gestión de emociones.

RECOMENDACIONES

A las pacientes:

- ✓ Tener una actitud receptiva respecto a la ayuda psicológica profesional desde el momento del diagnóstico, debido al impacto emocional que genera, sea esta en cualquier nivel de atención a través del apoyo psicológico particular, con el objetivo de disminuir las consecuencias emocionales que afecten progresivamente su ciclo vital.
- ✓ Que las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama hagan uso de sus redes de apoyo social (la que considere más conveniente), las cuales representan elementos básicos de su motivación extrínseca para afrontar la enfermedad y las diferentes fases de su tratamiento.
- ✓ Que las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama realicen ejercicios de autoconocimiento emocional, con el propósito de regular las consecuencias emocionales que genera el diagnóstico de la enfermedad.
- ✓ Que las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama se sensibilicen frente a otras mujeres, a partir de sus vivencias y repliquen sus conocimientos sobre la importancia que tiene la detección temprana de la enfermedad y su orientada gestión emocional.

Al hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez:

- ✓ Realizar campañas de sensibilización para la sociedad en general acerca del cáncer de mama y sus consecuencias emocionales en las mujeres que padecen la enfermedad; promoviendo la autoexploración para la detección temprana de futuros casos y su orientación emocional respectiva.

- ✓ Que la atención en salud mental para las pacientes con cáncer de mama sea de alta prioridad en el proceso contra la enfermedad dentro del hospital, como parte de los tratamientos que reciben las mujeres.
- ✓ Que la institución tenga un papel protagónico y motive a las pacientes a recibir ayuda psicológica desde el momento que se comunica el diagnóstico, aun cuando estas no contemplen la necesidad de recibirla.
- ✓ Que personal especializado en el área de salud mental realice conversatorios informativos a todas las usuarias que reciben un servicio médico en general dentro del hospital, sobre la importancia de las consecuencias emocionales que genera un diagnóstico de cáncer de mama, el deterioro que provoca a nivel individual y en los diferentes contextos en los que se desarrolla la paciente.
- ✓ Que la institución haga uso de una propuesta técnica profesional de atención psicosocial a las pacientes, en el manejo de sus emociones durante el proceso de tratamiento, como prueba auxiliar para fortalecer la terapia psicológica y esto permita abordar las áreas que se encuentren más afectadas en la paciente.
- ✓ Desarrollar terapia psicológica no solo para las pacientes de manera individual sino también sesiones grupales y familiares, para orientar y cuidar la salud mental de las personas cercanas que están a su alrededor.

A la familia:

- ✓ Brindar apoyo y acompañamiento durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad, lo que le permitirá a la paciente tener un soporte emocional y un motivador externo, mejorando así la actitud de estas ante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, fortaleciendo además la relación familiar.

- ✓ Ante la desestabilización que sufre el sistema familiar, se recomienda buscar atención en salud mental para aprender a enfrentar los cambios que surgen desde el momento del diagnóstico, y a lo largo del tratamiento de la paciente.
Mejorar la comunicación familiar y tolerancia que requieren los cuidados hacia las pacientes con cáncer.
- ✓ Realizar actividades recreativas en familia (a manera de auto cuidado), con la finalidad de mejorar el estado de ánimo y actitud de la paciente frente a los efectos que generan los tratamientos médicos.

A la Universidad de El Salvador y demás instituciones públicas y privadas:

- ✓ Que la Universidad de El Salvador tenga mayor participación teórico - práctico en atención psicológica para la educación de la población, frente al cáncer de mama; además, que incentive a sus alumnos a realizar más trabajo de campo en estos temas. Se necesitan psicólogos, médicos, educadores y demás profesionales empáticos que se interesen por ayudar a más mujeres y sus familias que sufren la enfermedad.
- ✓ Que las diferentes instituciones públicas y privadas se involucren en la promoción de la salud psicológica de toda la población, en especial con las mujeres porque son más propensas a padecer cáncer de mama; además de concientizar a los empleados dentro de los lugares de trabajo para generar mayor conocimiento de todos, con respecto a la enfermedad y erradicar tabúes que se tienen en la actualidad.
- ✓ Que más instituciones junto con la Universidad de El Salvador se involucren para brindar acompañamiento profesional a nivel emocional y se abran los espacios para que este servicio terapéutico llegue a las personas que más lo necesiten.

A la sociedad en general:

- ✓ Que las personas conozcan las consecuencias emocionales en el diagnóstico de cáncer de mama, para sensibilizarse ante esta problemática y hacer conciencia en las demás personas que la enfermedad puede prevenirse o diagnosticarse a tiempo; además que existen diferentes tratamientos físicos y psicológicos que brindan las herramientas necesarias para tener una mejor calidad de vida presente y futura.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Landívar, G. (2005). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer*. Chile, Santiago de Chile: Actas Esp Psiquiatr.
- Bowlby, J. (1998). *El Apego y la Pèrdida: El Apego*. Barcelona: Paidòs Psicologia Profunda.
- Casilimas, C. A. (2002). Investigación Cualitativa. En C. A. Casilimas, *ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA, MÉTODOS*. Bogota, Colombia: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Cordoba, O., García, B., Izquierdo, M., & Sabadell, M. (2015). Anamnesis. Exploración Clínica. Factores de Riesgo. En *Manual de Practica Clinica en Senologia* (3ª ed., págs. 32-35). España: Sociedad Española de Senologia y Patologia Mamaria.
- García, F., Alós, F., Dueñas, C., & Moriana, J. (s.f.). *Guía de Trtamiento Psicológicos eficaces en Psicooncología*. Pirámide.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Grotberg, E. H. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona, España: Gedisa, S.A.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de Mama Manual de Tratamiento Psicológico*. Barcelona: Paidós.
- Lara, S. C. (2016). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. En S. C. Lara, *Depresión en personas diagnosticadas con cáncer* (Vol. 2, págs. 241-257). España: PAIDÓS.
- Martínez-Basurto, A. E., Lozano-Arrazola, A., Rodríguez Velázquez, A. L., Galindo Vázquez, O., & Alvarado Aguilar, S. (Enero de 2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *ELSEVIER*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2015). Prevención y control del cáncer de mama. *Lineamientos técnicos para la prevención y control*, 82.
- MINSAL. (2015). *Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama*. San Salvador: DISEÑARTE S.A. de C.V.

- Munuera, J., Abad, M., Esteban, M., & Tejerina, M. (2004). Psicooncología. En *Psicología para Ciencias de la Salud: Estudio del Comportamiento Humano ante la Enfermedad* (pág. 368). Madrid: McGRAW - HILL.
- Neimar, R. A. (2017). *Aprender de la Perdida*. BARCELONA: PAIDÓS.
- Nelson, C., Nandy, N., & Roth, A. (2007). *Chemotherapy and cognitive deficits: mechanisms, findings, and potential interventions*. Palliat Support Care.
- Parker, P., Moor, C., WF, & Cohen, L. (2003). *Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients*. Psycho-Oncology.
- Petrovski, A. (s.f). *Psicología General*. Cultura Popular.
- Rojas, C., & Gutierrez, Y. (2016). *Psicooncología, aportes a la comprensión y terapeutica*. (Primera ed.). Talca, Chile: Nueva Miranda.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and Adolescent Self-image*. Princenton, Nueva Jersey: Princenton University Press.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, B. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Sandova, C. (1996). *Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social*. . Bogotá: ICFES .
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). ONCOLOGIA Y PSICOLOGIA: UN MODELO DE INTERACCION. *PSICOONCOLOGIA*, 1(1), 12.
- Simon, D. (2002). *Qué hacer cuando el diagnostico es cáncer*. España: Urano, S.A.
- Tizòn, J. (2004). *Pèrdida, Pena y Duelo*. Barcelona: Paidòs.
- Torralba, L. M. (s.f). *La persona resiliente*. Madrid: SÍNTESIS, S.A.
- Vincent Friedewald, M. D., & Aman U. Buzdar, M. (1997). *Cancer de seno*. Bogota: norma.
- Viniegras, C. &. (2007). *Bienestar Psicológico y Cáncer de mama* (Vol. 25). Bogotá, Colombia.
- Vivas, M., Gallego, D., & Gónzales, B. (2006). *Educación de las Emociones*. Madrid: DYKINSON.

Wonder, W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* (2ª edición ed.). España: Paidòs.

Libros Virtuales

Andrykowski, M., Aarts, M., Van de Poll - Franse, L., Mols, F., Slooter, G., & Thong, M. (2013). *Low socioeconomic status and mental health outcomes in colorectal cancer survivors: disadvantage? Advantage?... or both? Psychooncology.*

Arias, M. M. (2000). La triangulación metodológica.

Avis, E., Levine, B., Naughton, M., Case, L., Naftalis, E., & Van Zee, K. (2013). *Age related longitudinal changes in depressive symptoms following breast cancer diagnosis and treatment.* Breast Cancer Research and Treatment.

Barroilhet, S., Forjaz, M., & Landívar, G. (2005). *Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer.* Chile, Santiago de Chile: Actas Esp Psiquiatr.

Bowlby, J. (1998). *El Apego y la Pèrdida: El Apego.* Barcelona: Paidòs Psicología Profunda.

Casilimas, C. A. (2002). Investigación Cualitativa. In C. A. Casilimas, *ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA, MÉTODOS.* Bogota, Colombia: ARFO Editores e Impresores Ltda.

Cordoba, O., García, B., Izquierdo, M., & Sabadell, M. (2015). Anamnesis. Exploración Clínica. Factores de Riesgo. In *Manual de Practica Clinica en Senologia* (3ª ed., pp. 32-35). España: Sociedad Española de Senologia y Patologia Mamaria.

Cowman, S. (1993). *Triangulation: a means of reconciliation in nursing research.* (Vol. 18).

ODONTOMARKETING. (2013). Etimología de cáncer. *REVISTA VIRTUAL EJERCICIO PROFESIONAL* , 14(158).

Martinez-Basurto, A. E., Lozano-Arrazola, A., Rodriguez Velazquez, A. L., Galindo Vazquez, O., & Alvarado Aguilar, S. (2014, Enero). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *ELSEVIER.*

Nelson, C., Nandy, N., & Roth, A. (2007). *Chemotherapy and cognitive deficits: mechanisms, findings, and potential interventions.* Palliat Support Care.

- Parker, P., Moor, C., WF, & Cohen, L. (2003). *Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients*. *Psycho-Oncology*.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and Adolescent Self-image*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press.
- Salazar, d. I., Suárez, L., Llerenas, A., Mejía, G., & Ponce, E. (2011). *Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama*. Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, México.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, B. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México D.F.: Mc Graw Hill.
- Sandoval, C. (1996). *Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social*. Bogotá: ICFES .
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). ONCOLOGIA Y PSICOLOGIA: UN MODELO DE INTERACCION. *PSICOONCOLOGIA*, 1(1), 12.
- Scribano, A., & Zacarías, E. (2007). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. San Salvador, El Salvador: General Gerardo Barrios.
- Simon, D. (2002). *Qué hacer cuando el diagnóstico es cáncer*. España: Urano, S.A.
- Vincent Friedewald, M. D., & Aman U. Buzdar, M. (1997). *Cancer de seno*. Bogota: norma.
- Wonder, W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* (2ª edición ed.). España: Paidòs.
- Wong-Kim, E. &. (2005). *Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer*. *Psycho-Oncology*.

Webgrafía

- Ekman, P. (2008, enero 07). *An Argument For Basic Emotions*. *Cognition and Emotion*. Retrieved mayo 02, 2018, from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02699939208411068>
- Fuentes, S., & Blasco, T. (2012). *Anales de Psicología*. Retrieved mayo 02, 2018, from <http://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156031>

Martos, C. (s.f). *Amígdala Cerebral: Anatomía, Partes y Funciones*. Retrieved Mayo 1, 2018, from <https://www.lifeder.com/amigdala-cerebral/>

OMS, Carga Mundial de Morbilidad. (2004). *Organizacion Mundial de la Salud*. Retrieved from <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

OPS/OMS. (2014). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Retrieved from http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=120:cancer-mama-cuarta-causa-muerte-mujer-salvadorena&Itemid=291

Organizacion Panamericana de la Salud. (n.d.). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Retrieved Marzo 22, 2018, from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041%3A2011-breast-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3639&lang=es

Universal, E. (n.d.). *El Universal*. Retrieved abril 20, 2018, from <http://www.eluniversal.com.co/salud/la-perdida-ese-duelo-personal-171776>

Universo, E. (2013, diciembre 12). *El Universo.com*. Retrieved abril 04, 2018, from <https://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/12/12/nota/1907496/cancer-mama-aumenta-20-2008-segun-oms>

Tesis

Zayas, A. (2015). *Factores Psicoemocionales y ajuste Psicológico Asociados al Cáncer de mama*. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla, Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos, Sevilla.

ANEXOS

ANEXO 1: Cuadro de triangulación de categorías

N°	Categorías	PIC 1	PIC 2	PIC 3	PIC 4	PIC 5	PIC 6	PIC 7
1	Edad	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
2	Género	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
3	Conocimiento emocional	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
4	Tipos de emociones	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
5	Relación enfermedad- emociones	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6	Factores emocionales y el cáncer	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
7	Causa de la enfermedad según médico	No	Sí	No	No	Sí	No	Sí

8	Intervención quirúrgica	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
9	Explicación del médico de los tratamientos a seguir	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
10	Apreciación de los tratamientos médicos en el combate de la enfermedad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
11	Tratamiento psicológico	No	No	No	No	Si	No	No
12	Cambio en la percepción de la vida	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
13	Sospecha de cáncer de mama	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
14	Conocimiento sobre el cáncer de mama	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
15	Reacción emocional ante	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

	el diagnóstico							
16	Culpabilidad por padecer la enfermedad	No	Sí	Sí	No	No	No	No
17	Afección de relaciones interpersonales	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
18	Apoyo familiar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
19	Apoyo de amigos	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
20	Actividades recreativas en familia	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí
21	Actividades recreativas con amigos	Sí	No	No	No	Sí	No	No
22	Personas que lo motiven	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

ANEXO 2: Codificación por actores

N°	Categorías	PIC 1	PIC 2	PIC 3	PIC 4	PIC 5	PIC 6	PIC 7
1	Edad	A los 40 años. Se van asimilando las cosas con mayor madurez y responsabilidad porque hay que estar pendiente de las citas y los exámenes y también hasta de ciertas cosas con respecto a la familia.	A los 37 años.	21 años	32 años, a esa edad me dijeron que tenía cáncer.	26 años, fui diagnosticada cuando acababa de cumplir 25 años.	A los 40 años. Dependiendo como lo tome.	A los 30 años. Influye en cada cuerpo, no importa la edad, cada cuerpo lo asimila de diferente manera.
2	Género	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
3	Conocimiento emocional	Son sentimientos	Son aquellos estados de	No. Pero creo que	Me imagino que es	Es un estado afectivo que	Son, depende del	Para mí, se puede dar en

		que pueda tener, la manera de reaccionar ante una noticia o diagnóstico.	ánimo que lo hacen sentir triste, alegre o enojado a uno.	pueden ser esos estados de ánimo que sentimos a veces o la manera en que reaccionamos.	cuando uno se siente deprimido o humillado.	se experimenta, es una reacción al ambiente y esta a su vez involucra cambios orgánicos, estos se ven influidos por situaciones que se experimentan.	estado donde se puede encontrar cuando se recibe la noticia de la enfermedad da tristeza y depresión.	cambios de emociones de un momento para otro uno se alegra o a veces pasa algo y se puede llorar.
4	Tipos de emociones	Tristeza, angustia, dolor, impotencia, resentimiento, enojo, decepción, depresión.		Tristeza, frustración, y la sensación de sentirme sola.	Triste, apartada de los demás.	Quizás el más frecuente es el miedo a que el cáncer vuelva a aparecer, este mismo tiene inmerso la angustia, ansiedad, también se	Tristeza	No conoce la clasificación.

						experimenta tristeza pues la vida cambia de gran manera.		
5	Relación enfermedad-emociones	Quando hay tristeza el cuerpo no reacciona igual, dolor de cabeza, fiebre, palpitaciones del corazón más lentas.	Tristeza, enojo, paz, felicidad (ya al final), ira, incompetencia, decepción, luchaba con la infidelidad de mi esposo durante el proceso del Dx y eso me hacía sentir muy mal.	Quando me enojo siento dolor de cabeza y de ojos.	Azúcar, presión, dolor de cabeza.	Dolores musculares, dolores de cabeza, dolores en las encías, algunas personas también asocian algunos tipos de cáncer. Esto ocurre porque en realidad siempre el cuerpo emite una respuesta a lo que	Hay aumento de enfermedades.	La depresión.

						pensamos.		
6	Factores emocionales y el cáncer	Los problemas de pareja. O sea la preocupación, la incertidumbre y tristeza que generaba esa situación.	Los problemas de pareja, el no saber perdonar y enojarse. Por ese mismo problema de pareja llegué a poner la enfermedad en segundo plano y eso trajo consecuencias.	No considero que las emociones determinen la salud física.	Algún golpe.	En mi caso el cáncer es de origen genético, el doctor me explicó que traía un gen de más que envía la señal del cáncer.	He sabido según estudios que sí, no lo podría explicar	Sí afecta, ya he oído de casos que les ha afectado, pero en mi caso exactamente no sé, porque ni antecedente en mi familia hay.
7	Causa de la enfermedad según médico	No me dieron ninguna causa por parte del médico.	Me dijo que era genético, hormonal (hereditario).	No me dijo nada con respecto a eso.	-	Origen genético.	Nunca me explicó.	Por el sobrepeso. Pero no creo porque si así fuera todos fuéramos

								gorditos y aquí si usted ve hay un montón de delgaditos y tienen cáncer.
8	Intervención quirúrgica	Tristeza al sentirse mutilada, dolor, llanto al saber que iba a ser mutilada y resignación hacia la enfermedad.	Me siento incompleta, no me siento atractiva, no me siento deseada. El sentirme incompleta como mujer me hace sentirme triste, un tanto desvalorada y tengo problemas para aceptarme.	No. Pero no quiero ser intervenida. Eso me da miedo y siento que va ser muy difícil para mí superar eso.	No he sido intervenida	Experimento con mucha frecuencia tristeza, existen pensamientos negativos.	Se pierden ciertas movilidades de los brazos. En mi caso el izquierdo.	Para mí, ninguna, sané rápido y eso me puso contenta porque eso me preocupaba.

9	Explicación del médico sobre los tratamientos a seguir	Quimioterapia, radioterapia, y la mastectomía.	Quimioterapia, la mastectomía, radioterapia; me ofrecieron tratamiento psicológico, pero en ese momento no lo quise recibir porque no quería tocar ese tema.	Quimioterapia, radioterapia y mastectomía.	Quimioterapia, después del parto valorarán si me operan.	8 ciclos de quimioterapia, llevo 14 quimioterapias, de trastuzumab, 30 radioterapias y la cirugía que fue una mastectomía bilateral, (una radical y la otra total).	Seis quimios. Radioterapia.	Después de la cirugía sí, quimio, operación, etc.
10	Apreciación de los tratamientos médicos en el combate de la enfermedad	En lo físico: caída del cabello, la piel se me puso como reseca. Da sentimiento verse así y la percepción	Psicológicos: depresión, más lenta mentalmente, se le olvidan algunas cosas, baja	Un sentimiento devastador, pensar que la vida ha colapsado, no encontrarle	Caída del pelo, dolor de huesos, vómitos, se pierde un poco la vista los primeros seis días,	Se cae el pelo, esto duele físicamente pues la cabeza duele mucho y psicológicamente se	Fuerza de cuerpo, caída del cabello, el cuerpo pierde fuerza. En lo psicológico	Físicos: Hay personas que adelgazan. Psicológicos: Ese cuarto donde estamos lo

		cambia cuando uno ve su parte operada.	autoestima. Físicas: Caída del cabello, pérdida de peso, pérdida de la mama, con el proceso de la quimioterapia falta de apetito, alteraciones en la piel.	sentido a la vida.	pérdida de ánimo, se olvidan algunas cosas.	experimenta una gran tristeza; al igual que con el amputamiento de pechos, da tristeza, enojo.	no dejo que me afecte pero en otras personas sí las hay.	aborrecemos. Se sale con vómito, no come en todo el día y al recordarlo le dan ganas de llorar. Solo Dios con uno.
11	Tratamiento psicológico	Sí, es importante eso descargar tantas emociones que se sienten. Cada tratamiento provoca	No. Pero sí es importante porque lo que se necesita es desahogarse, me gustaría que me	No. Pero sí es importante, es necesario que alguien entienda o comprenda la vivencia	Sí, porque algunas se deprimen.	Sí, es de suma importancia pues hay momentos que el dolor no deja pensar con claridad y uno no sabe qué hacer; el	Sí, en algunos casos son necesarios porque no todos tenemos las mismas emociones.	Personalmente ir a una consulta no, la psicóloga llega al grupo y les da charlas.

		reacciones emocionales diferentes, no siempre se siente igual.	hagan entrar en razón, aceptarme tal y como soy como mujer (le cuesta aceptarse). Siento y pienso que no le gusto a mi esposo y eso me molesta.	de uno.		psicólogo ayuda a reorientar durante el proceso.		
12	Cambio en la percepción de la vida	Las actividades cambian porque uno se siente cansada y ya no se tienen las energías y deseos de antes.	Sí. Ya no me gusta depender de mi esposo, me afecta lo que opinan, ya no me gusta salir mucho porque me	Cambios de humor con gente cercana y cosas que antes eran atractivas para mí. El trato con las	Uno se somete más a Dios, uno se siente más humilde, yo sigo haciendo todo lo de la casa, aunque me dijeron	Mi forma de comer ya no es la misma de antes pues sé que debo cuidarme mucho más, no solo por el cáncer sino también por	Ha cambiado hasta en la alimentación ya no es como antes, ni al salir.	Confiado en Dios uno tiene sueños y esos se estancan, cambian radicalmente, ahora su sueño es vencer la

		Dificultad para dormir y problemas con la alimentación.	da miedo que me critiquen y ya no me siento segura, ni conforme conmigo misma.	personas ha cambiado, tengo la percepción que otras personas pueden denigrarme .	que no hiciera fuerzas ni lavara.	los tratamientos que he recibido.		enfermedad.
13	Sospecha de cáncer de mama	Mi primer pensamiento fue "me voy a morir" fue un miedo grande.	No. Yo quería que fuera un quiste de agua, reaccione rápido y desde ahí comencé a sentir miedo y ansiedad.	Frustrada porque no tengo hijos, saber que me pueden someter a cirugía me genera miedo y el saber que puedo morir tan joven me decepciona	Yo solo dije que se haga la voluntad de Dios, porque él no le da cargas a uno que no pueda llevar.	Que debía acudir con prontitud a mi ginecólogo para saber qué hacer.	Fue por antecedente, fue bastante doloroso, fui por un dolor en un brazo y me hicieron la mamografía.	Miedo a morir.

				y me duele.				
14	Conocimiento sobre el cáncer de mama	Solo sabía que salía una bolita en la mama, de ahí no sabía nada más.	Había escuchado sobre eso, pero no conocía a profundidad sobre la enfermedad.	Es importante revisarse, cualquier defecto en la mama llama la atención, pero yo cometí el error de no prestarle atención a esto y lo dejé pasar por pensar que era muy joven para padecer esto.	Que era una enfermedad mala, mortal, pero como ahora hay más tratamientos se puede curar uno.	Que es una enfermedad que en la actualidad se encuentra entre los mayores índices de muerte, ya que en la mayoría de casos, es silenciosa y que también puede dar a hombres.	Que habían diferentes tratamientos, a la hermana a ella le pusieron quimioterapia y después la operaron, a mí, al contrario, primero me quitaron el pecho y después la quimio.	Veía en el inter y tenía una idea.

15	Reacción emocional ante diagnóstico	Sorprendida, no pude llorar hasta que llegué a mi casa, muda, no podía asimilar lo que me estaban diciendo. Pensé que yo jamás iba a padecer de cáncer de mama.	Tristeza, dolor, incredulidad, negación, me cuestioné a mí misma, ¿Por qué a mí? Llanto, y comencé a pensar que nada tenía sentido ya.	Reaccioné llorando, sentí que perdí el conocimiento y pensé en todo lo que iba a pasar después de que me lo comunicaron.	Sentía que me moría, me afligí, sentía que la vida se me iba, aunque pensaba en mis hijos.	Hubo llanto, miedo, pero de inmediato pregunté a la oncóloga qué sigue y a ponerme en tratamiento lo más pronto posible.	Tuve temor, pero acepté todo a lo que tenía que someterme.	Mucha tristeza y llorar, ya venía predeterminada, faltaba que se confirmara.
16	Culpabilidad por padecer la enfermedad	No. Es algo que estaba adentro y profundo que desconocía lo que podía llegar a padecer.	Al principio, nada más me culpe no por descuidada, sino que por falta de tiempo y resentimiento	Dejar pasar el tiempo, pude haber hecho más antes para que me revisaran y a lo mejor eso hubiera	No, porque es una enfermedad natural que se dio y no lo podía evitar.	No, porque nadie que pasamos por una enfermedad tenemos la culpa, no la elegimos nosotros y	---	No. ¿Por qué?

			a mi esposo, por la infidelidad de él no iba al médico, por capricho. Me sentí culpable cuando por andar peleando con mi esposo no me puse en control de chequeos.	evitado lo que ahora siento.		solo queda afrontar lo que viene, solo me sentí culpable por darle un dolor tan grande a los que me aman y amo.		
17	Afectación de relaciones interpersonales	Al principio percibí que la gente no quería acercarse a mí. Pero con el paso del tiempo eso fue	Mis relaciones interpersonal es no se han visto afectadas, ya que solo son mis hijos y	Es distinto porque las personas ya no me ven igual, siento que la gente me ve como	Yo me siento sola, me alejo para que la gente no crea que lo mío se pasa.	Muchas veces me siento triste y creo que nadie me comprende, otras me siento enojada y no quiero ver	La gente me mira raro, por el pelo y trato que no me afecte eso.	La familia se une más.

		cambiando.	les he ocultado casi un 60% de mi enfermedad para no dañarlos.	débil, “pobrecita”, he cerrado más el círculo de amigos.		a nadie.		
18	Apoyo familiar	Sí. De mis hijos y hermanos, me hicieron sentir que aún estaba útil. Con alimento, apoyo moral, palabras de aliento, han hecho cosas para alegrarme, salir a pasear, ir a comer y casi nunca me	Emocionalmente delante de mí tratan de no aparentar tristeza, me motivan (me dicen que todo va a salir bien). Mi esposo a pesar de los problemas que tenemos, siento que	Más que todo mi mamá y hermanas son las que me comprenden.	Ha sido grande, maravilloso, todos están pendientes de cómo estoy.	No puedo quejarme, es más de lo que merezco, comprensión por parte de toda mi familia, amor, cuidados, apoyo, acompañamiento en todo.	Apoyo de la mamá (la acompañó), la hija y los hermanos.	Económica y emocional, están ahí.

		dejan sola.	me apoya.					
19	Apoyo de amigos	Sí. Ha sido buenísimo para mí, ya que es un proceso duro y el saber que no me siento sola me genera tranquilidad, abrazos, palabras de aliento.	Ellos no me ven con lástima porque yo he tratado de que la gente no me vea con lástima.	Ellos no se han aislado, sirven como distractores para no pensar solamente en lo sucedido con lo que genera la enfermedad.	No tenemos amigos, solo somos la familia. Aunque sí es importante porque uno siente que no está desamparado.	Es algo que no se puede describir, pero sin el apoyo de ellos jamás hubiera logrado superarlo, no me deprimía pues ellos jamás me dejaron sola.	Sí, tanto amigos o amistades.	Los amigos están, me cuentan historias como “mirá la fulana también tenía y se puso bien”.
20	Actividades recreativas en familia	Compartimos los tiempos de comida, las compras, ir al parque, voy a clases de	Sí. Pero con mi esposo no salimos, ni nada. Con mis hijos comparto	No lo hago porque a lo mejor ellos hicieran cosas que yo no, falta	Solo visito a mi suegra, por lo mismo del embarazo que ya casi	En la actualidad no estoy trabajando, ni estudiando, así que me	Por el momento no, no me puedo asolear.	Al río, ir a la iglesia, salen al cerro.

		natación con mi nieta y eso me ayuda mucho.	tiempo en sus estudios, miro series con ellos y juego con ellos.	de ánimos, cambia radicalment e todo.	lo voy a tener, ya tengo los 9 meses.	levanto, desayuno, me baño, hago algunas cosas de la casa, salgo si debo ir a hacer algo, regreso a casa, la mayor parte del tiempo paso con mi mamá y los fines de semana, el domingo que voy a misa con mi familia.		
21	Actividades recreativas con amigos	Voy a comer con ellos, a la iglesia, y a excursiones.	Mi esposo no me permite salir con amigos.	Intento hacerlo, pero uno cambia, se siente incómodo, se tiene la	Ninguna	Salimos a comer, a veces en las noches salimos algún lugar con buen ambiente y	---	Casi no.

				percepción que tus amigos se han alejado.		así, lo que surja.		
22	Personas que lo motiven	Mi nieta. En su inocencia ella trata de darme ánimos, en la quimioterapia mi nieta siempre estaba a mi lado y eso me hacía pensar que debía ser fuerte.	Mis hijos son la principal fuente de motivación y por esa razón es que no quiero morir.	Mi novio y mi mamá son los que están más al pendiente de mí y eso genera deseos de querer seguir adelante.	Mis hijos que tengo 6 con el que va a nacer y mi esposo.	Mis padres porque quiero estar con ellos más tiempo y darles algunos motivos para que estén orgullosos de mí. Mi hermana porque es la que siempre ha estado conmigo en todo, es mi ángel. Mis sobrinos porque quiero verlos crecer y	Mi esposo y mamá.	Está su familia constantemente.

						<p>ser su tía alcahueta. Mis amigos, porque sé que nos faltan muchas cosas bonitas por vivir. Una persona que poco a poco me ha ayudado a ver las cosas de una forma diferente y a esperar el día siguiente y creer que será mejor.</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

ANEXO 3: Cuadro de triangulación de categorías

N°	Categoría	Profesional 1	Profesional 2	Profesional 3
1	Género	Femenino	Femenino	Femenino
2	Profesión	Oncóloga	Psicóloga	Psiquiatra
3	Definición de cáncer mamario	Sí		
4	Estilo de vida	Sí		
6	Efectos secundarios	Sí		
8	Redes de apoyo	Sí	Sí	Si
9	Afectación		Sí	Si
10	Atención psicoterapéutica	No	Sí	No
11	Protocolo estandarizado		Sí	No
12	Herramientas psicológicas		Sí	No
13	Duelo		Sí	Sí

14	Emociones coexistentes en PIC		Sí	No
15	Resiliencia		Sí	No
16	Funcionalidad de PIC en la familia		Sí	No
17	Ideas suicidas		No	No
18	Sexualidad y autoimagen	Sí	Sí	Sí
19	Déficit de habilidades sociales	Sí	No	No
20	Consecuencias emocionales en, o durante el tratamiento		Sí	Sí
21	Consecuencias psicológicas		Sí	Sí
	Búsqueda de atención psicoterapéutica		Si	No
22	Origen de la referencia a salud mental		Si	Si
23	Otros comentarios		Si	Si

ANEXO 4: Codificación por actores

N°	Categoría	Profesional 1	Profesional 2	Profesional 3
1	Género	Femenino	Femenino	Femenino
2	Profesión	Oncóloga	Psicóloga	Psiquiatra
3	Definición de cáncer mamario	Son células de la mama anormales que crecen rápidamente y se diseminan al resto del organismo, en este caso a la mama.		
4	Estilo de vida	Primero la paciente se siente fea, ya no es útil, sobre todo ya no puede tener su rol como persona.		
6	Efectos secundarios	R1: Según el caso (etapa clínica de la enfermedad). R2: En algunas, tranquilidad, porque piensan que al no tener la mama ya no tienen		

		<p>la enfermedad, a otras les da depresión.</p> <p>R3: Pérdida de pelo, oscurecimiento de las uñas, causa daño en los riñones, hígado, corazón y médula ósea.</p>		
8	Redes de apoyo	<p>En primer lugar, porque la aceptan con su enfermedad, la ayudan a luchar y la acompañan.</p>	<p>Aunque aquí un 50% de mujeres son madres solteras, pero el apoyo familiar es necesario y fundamental. Ellas lo necesitan, esto es vital; se recuperan más rápido. Por falta de apoyo abandonan el tratamiento.</p>	<p>Por cosas lógicas es necesario el apoyo de la familia (la familia es un eje principal, sea legal o consanguíneo).</p>
9	Afectación		<p>R1: Todo el tiempo lo asocia a muerte, en ese momento empieza el impacto del diagnóstico, se piensa que la vida ya no será la misma hasta llegar al duelo, que la</p>	<p>R1: Es un estresor que se considera catastrófico, donde la vida de la persona está en peligro de muerte.</p> <p>R2: Cambia el ritmo de</p>

			<p>vida pierde sentido, algunas piensan que es culpa de ellas. Creen que se van a morir, piensan con quién se van a quedar sus hijos, no aceptan el diagnóstico (negación), piensan que sus esposos las van a dejar por estar mutiladas, algunas piensan que tienen esperanza (hay algo por que vivir aún).</p> <p>R2: Dependiendo el vínculo familiar así es el impacto psicoemocional. Genera miedo, tristeza, incapacidad para comprender lo que padece el familiar. En algunos casos modifica el rol familiar, debido a que tiene que haber un cuidador y acompañante de la paciente.</p>	<p>vida porque tienen que atender lo material y económico, venir con las pacientes a las consultas y rebuscarse por pasajes, si son de lejos, entre otras.</p>
--	--	--	--	--

			Si es una familia funcional afecta mucho.	
10	Atención psicoterapéutica	Reciben atención psicológica, cuando están en la parte de la cirugía y quimioterapia, y a veces, cuando la paciente se descompensa al momento que se le da el diagnóstico.	<p>R1: Es parte del protocolo de salud, desde el momento del diagnóstico. El problema es que la demanda es grande y a veces no se da abasto y por eso a veces se remite también con la psiquiatra.</p> <p>R2: Se da terapia para trabajar la autoestima, se analiza el impacto del diagnóstico, se les pregunta qué tratamientos le explicó el doctor (beneficios y riesgos).</p>	Reciben atención desde la quimioterapia, a excepción que los médicos valoren que puedan estar en estado de shock para una atención en crisis.
11	Protocolo estandarizado		Es un protocolo multidisciplinario, comienza por el oncólogo, trabajo social, tratamiento psicológico y se realiza terapia familiar, a veces con	No existe.

			algunas pacientes se utilizan escalas o test psicométricos de estrés, emociones y depresión.	
12	Herramientas psicológicas		La escucha activa, el contacto visual (observación), documentar la información y desahogo.	No hay
13	Duelo		Lo manifiestan por la sensibilidad que presentan al hablar de lo sucedido, lloran con facilidad al tocar el tema, algunas se rehúsan a aceptarlo, otras desde que vienen a las consultas ya se les nota descuidos en su presentación personal.	Entran en todas las etapas, etapa de negación, aceptación, ira y depresión.
14	Emociones coexistentes en PIC		Tristeza, aislamiento social, trastornos del sueño, mutismo, actitud negativa en	Cada persona es única, no se ven masas si no personas individuales.

			algunas mujeres ante la vida, envidia al ver que algunas están mejor que otras, frustración.	
15	Resiliencia		<p>R1: La manera de aceptarse como mujeres es distinta, hay mayor aceptación en las jóvenes que están en un noviazgo, están embarazadas o inician una familia y la resiliencia depende de la espiritualidad de la persona.</p> <p>R2: Es una esperanza que la mujer se hace porque tienen con quien vivir, son una motivación los hijos.</p>	No necesariamente, depende de cada caso, cuando son pequeños les ayudan aunque no es el 100% que les favorece, cuando los hijos no las apoyan es mejor morir.
16	Funcionalidad de PIC en la familia		En la vida sexual es donde hay más cambios. Combinación entre vergüenza, pena y	Tienen que guardar reposo después de las quimios mientras hace la reacción. Por estética (cáncer de

			autoestima, medicamentos (lo que genera físicamente el tratamiento). Tiene que ver mucho la edad con respecto al deseo.	mama), se distancia de la pareja y necesita cuidado especial de la familia.
17	Ideas suicidas		No es normal quererse morir, pero cuando se deprimen creen que lo mejor es morir. Dentro de las etapas del duelo puede darse esa condición de deseos de morir (pero no en todas las mujeres).	Lo normal sería un afrontamiento mas no que se quiera suicidar.
18	Sexualidad y autoimagen	<p>R1: Porque la mama es parte de la belleza femenina y al verse mutiladas piensan que ya no serán atractivas para sus parejas.</p> <p>R2: En la quimioterapia se les dice que no tengan contacto sexual porque</p>	La mujer se siente incompleta y en algunas mujeres la parte sexual deja de ser importante, pérdida de interés, poca atracción hacia su pareja, les da pena hasta el punto que algunas comentan que no se quitan	Sí, cuando es cáncer de mama, cuando es cáncer de cérvix el hombre se lo pasó y no importa la quimio ni radio, morirá de cáncer de cérvix.

		pueden recibir infección y las mujeres operadas tienen dificultad para tener una vida sexual normal. Ellos valoran más la vida que el sexo.	toda la ropa por miedo a que las vean mutiladas.	
19	Déficit de habilidades sociales.		Eso depende de la personalidad de cada mujer, pero no es algo rígido que va a afectar. Hay reacciones ante las personas dependiendo la etapa del tratamiento.	
20	Consecuencias emocionales en o durante el tratamiento		<p>R1: Ya no quieren tener relaciones, en cada etapa hay reacciones de tristeza, llanto, problemas de autoestima. Si sobrevive vuelve a llorar.</p> <p>R2: El cambio físico genera baja autoestima, se deprimen, les da miedo,</p>	<p>R1: Está constantemente el miedo a que reaparezca la enfermedad. Finalmente las pacientes fallecen.</p> <p>R2: Puede dar, a veces por el impacto y el malestar físico (tristeza o negación por el tratamiento), pero la quimio como tal no produce</p>

			lloran, se ponen tristes. No todas las mujeres reaccionan igual.	cambios emocionales.
21	Consecuencias psicológicas		Baja autoestima, algunas se vuelven personas irritables, la manera de pensar es pesimista o negativa.	Tratamiento por estrés post traumático, fobia al hospital y personal de salud. Miedo a volver a recibir quimio (terror).
	Búsqueda de atención psicoterapéutica		Algunas lo hacen, incluso después que se les da el alta.	R1: Cuando más se brinda ayuda es en el cuidado paliativo (miedo a la muerte), atiende el que maneja el medicamento al dolor. R2: Se trabaja miedo a la muerte y desapego.
22	Origen de la referencia a salud mental		R1: Depende de la perspectiva de los médicos. R2: Lo ideal es que sea	R1: No existe fase establecida, es el oncólogo quien refiere cuando persiste insomnio,

			<p>desde el inicio pero no siempre es así, a veces cuando se da el tratamiento psicológico ya traen varias secuelas emocionales.</p>	<p>negación por el tratamiento, que está sola, que no quiere estar con la pareja.</p> <p>R2: Son referidas por el oncólogo y da terapia de grupo dependiente que detecte; se da atención en psiquiatría.</p>
23	Otros comentarios		<p>Lo ideal sería que las pacientes diagnosticadas se les trate de dar un seguimiento que les permita asimilar lo más pronto posible.</p>	<p>No existe instrumento, sería bueno que trabajen un instrumento para que ellos puedan aplicarlo.</p>

ANEXO 5: Entrevista semiestructurada a mujeres
Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Ciencias Sociales, Filosofía Y Letras
Sección Psicología



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Número de identificación: ____ Edad: ____ Número de contacto: _____
Escolaridad: _____
Entrevistador: _____

Objetivo: Identificar las emociones que experimentan las mujeres pacientes de consulta externa del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez en San Salvador, al ser diagnosticadas con cáncer de mama.

Indicación: Por favor conteste a las siguientes interrogantes, según considere conveniente.

1. ¿Sabe que son las emociones? _____

Según usted, ¿Qué son las emociones?:

2. ¿Conoce usted los diferentes tipos de emociones? _____

¿Qué tipo de emociones ha vivenciado a partir del diagnóstico médico?

3. ¿Conoce si algunas emociones producen enfermedades físicas? _____
¿Cuáles enfermedades?

4. Desde su perspectiva, ¿los factores emocionales pueden producir el cáncer? _____

Según su criterio, ¿qué factores produjeron el cáncer en su cuerpo?

5. ¿Su médico le explicó los factores que producen el cáncer? _____

Según su médico, ¿cuál fue la causa de su enfermedad?

6. ¿Considera usted que la edad influye en la forma de cómo afrontar el proceso de cáncer? _____

¿A qué edad fue diagnosticada con cáncer de mama?

7. ¿Ha sido intervenida quirúrgicamente? _____

¿Cuáles han sido las consecuencias emocionales desde la operación?

8. Le explicó su médico, ¿cuáles eran los tratamientos a los que debía someterse? ____

¿Cuáles son los tratamientos a los que se ha sometido hasta el momento?

9. Desde su perspectiva, ¿considera que los tratamientos médicos son necesarios para combatir la enfermedad?_____

¿Qué cambios físicos y psicológicos considera que provocan los tratamientos para el cáncer?

10. ¿Ha recibido tratamiento psicológico desde el momento del diagnóstico?

Según su criterio, ¿considera importante recibir intervención psicológica durante el proceso de tratamiento contra el cáncer y por qué?

11. ¿Su percepción de la vida ha cambiado desde que padece esta enfermedad?_____

¿Qué cambios ha percibido en su estilo de vida?

12. ¿Qué pensó ante la sospecha de padecer cáncer de mama? _____

13. ¿Tenía conocimiento sobre qué era el cáncer de mama? _____

¿Qué conocía al respecto?

14. ¿Cuál fue su reacción inmediata al saber que había sido diagnosticada con cáncer de mama?

15. ¿Se sintió culpable por padecer esta enfermedad? _____

¿Por qué?

16. ¿Cómo se han afectado sus relaciones con otras personas en el curso de la enfermedad?

17. Desde su perspectiva, ¿ha recibido apoyo familiar en el proceso de la enfermedad? _____

¿Cuál ha sido?

18. ¿Ha tenido apoyo por parte de sus amigos? _____

Según su criterio, ¿cuál es la importancia del apoyo de los amigos en el proceso de la enfermedad?

19. ¿Sale a pasear con su familia? _____

¿Qué actividades realiza cotidianamente?

20. ¿Sale a pasear con sus amigos? _____

¿Qué actividades realiza cotidianamente?

21. ¿Hay alguna persona que lo motive en su proceso? _____

¿Podría mencionar qué o quién lo motiva y por qué?

Anexo 6: Entrevista a personal de oncología
Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Ciencias Sociales, Filosofía Y Letras
Sección Psicología



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PERSONAL DE ONCOLOGIA.

Profesión: _____

Fecha: _____

Objetivo: Conocer desde el criterio de los profesionales de la salud del Hospital Nacional de la Mujer, la afectación emocional que tienen las pacientes al ser diagnosticadas con cáncer de mama.

Indicaciones: Responda a la siguientes interrogantes según crea conveniente. Sus respuestas son de carácter confidencial.

1. ¿Podría definir que es el cáncer de mama?

2. Según su área, ¿existen consecuencias sociales ante un diagnóstico de cáncer de mama? _____

Defina algunas de ellas

3. ¿Considera que el diagnóstico de cáncer de mama modifica el estilo de vida de las personas?_____

¿Qué cambios ha observado en las pacientes?

4. ¿Es necesaria la realización de la mastectomía en todas las pacientes?_____

¿Qué reacciones ha observado en las pacientes después de la mastectomía?

5. ¿Los tratamientos clínicos causan efectos secundarios en las pacientes con cáncer de mama? _____

¿Cuáles efectos?

6. ¿Las pacientes son atendidas por profesionales de la salud mental?_____

¿Es parte del tratamiento en su proceso contra el cáncer de mama?

7. ¿Según su experiencia, la familia y amigos sirven de apoyo al paciente durante el proceso del tratamiento? _____

¿Por qué?

8. ¿Considera que las pacientes tienen problemas con la imagen corporal en el proceso del tratamiento? _____

¿Por qué?

9. ¿Los tratamientos médicos contra el cáncer de mama afectan la vida sexual de las mujeres con sus respectivas parejas? _____

¿De qué manera?

Anexo 7: Entrevista a personal de salud mental

**Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Ciencias Sociales, Filosofía Y Letras
Sección Psicología**



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PERSONAL DE SALUD MENTAL

Profesión: _____

Fecha: _____

Objetivo: Conocer desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental, las emociones que vivencian las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

Indicaciones: Responda a las siguientes interrogantes según sea conveniente. Si, por alguna razón, quisiera agregar algún aporte que no se encuentre en las preguntas, puede hacerlo.

1. ¿El diagnóstico de cáncer de mama afecta los pensamientos de las personas? _____

¿Por qué?

2. ¿El cáncer afecta al grupo familiar de las personas que son diagnosticadas? _____

¿Cómo afecta?

3. ¿Los pacientes con diagnóstico de cáncer reciben desde el inicio atención psicoterapéutica? _____

¿Por qué?

4. ¿Existe un protocolo estandarizado a seguir con las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama referidas al área de salud mental?

¿Cuál es el protocolo que se sigue a partir de que una paciente es remitida al psicólogo?

5. ¿Las pacientes con cáncer son referidas por el personal para iniciar un proceso de intervención psicoterapéutica? _____

¿En qué momento del proceso son remitidas las pacientes al área de salud mental?

6. ¿Existen herramientas psicológicas específicas para el abordaje de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama? _____

¿Cuáles son las herramientas psicológicas específicas que se utilizan durante el proceso de tratamiento de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama?

7. Según su criterio, ¿las pacientes entran en etapas de duelo ante un diagnóstico de cáncer de mama? _____

¿A través de qué conductas lo identifican?

8. ¿Las quimioterapias afectan directamente las emociones de las pacientes?

¿De qué manera les afecta?

9. Según su experiencia, ¿presentan consecuencias emocionales en común las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama? _____

¿Podría mencionar cuáles son esas consecuencias emocionales en común?

10. Según su experiencia, ¿es necesario el apoyo familiar y de pareja para todo el proceso de tratamiento contra el cáncer de mama?

¿Por qué?

11. Según su criterio, ¿la edad en que son diagnosticadas las mujeres ayuda en su resiliencia y capacidad de afrontamiento? _____

¿Podría mencionar de qué manera?

12. ¿Considera que el cáncer, aún en la actualidad, es un tema del que se habla muy poco? _____

¿Por qué?

13. ¿Considera que las pacientes siguen su rol familiar de manera funcional después de un diagnóstico? _____

¿Por qué?

14. ¿El tener hijos ayuda a que las mujeres afronten con una mejor actitud la enfermedad? _____

Describa el por qué

15. Según su experiencia, ¿considera que la ideación suicida es normal que se presente ante el impacto del diagnóstico en una persona con cáncer?

¿Por qué?

16. ¿Las relaciones sexuales de pareja se ven afectadas por la imagen corporal cuando se es diagnosticada con cáncer de mama? _____

¿De qué manera?

17. ¿Considera que las mujeres que poseen redes de apoyo afrontan el proceso de la enfermedad mejor que aquellas que no las poseen?

¿Por qué?

18. ¿Considera que las personas diagnosticadas con cáncer de mama, tienen dificultad para establecer relaciones interpersonales? _____

¿De qué manera?

19. ¿Existen consecuencias emocionales después de cada etapa del tratamiento?_____

Según su experiencia, ¿cuáles son esas consecuencias?

20. ¿Se presentan alteraciones psicológicas en las pacientes a partir del diagnóstico de cáncer de mama? _____

¿Podría mencionarlas?

21. ¿Existe alguna fase del tratamiento médico en el que las pacientes recurran a buscar más ayuda psicológica? _____

¿En qué momento?

22. ¿Los médicos refieren al paciente?

23. ¿Existe algo que quiera agregar y que no se haya preguntado?

Anexo 8: Guía de observación no participantes
Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Ciencias Sociales, Filosofía Y Letras
Sección Psicología



GUÍA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE

Número de Identificación: _____
 Edad: _____ años Nivel académico: _____
 Fecha de administración: _____
 Observador: _____

Objetivo: Descubrir las consecuencias emocionales propias de cada paciente derivadas a partir del diagnóstico de cáncer de mama.

Indicaciones: Responda con una "X" según crea conveniente. NO existen respuestas buenas o malas.

Nº	Conductas	SÍ	NO	Observaciones
1	Tenía conocimiento del cáncer, antes de mi diagnóstico.			
2	Mi estilo de vida influyó en que se me desarrollara la enfermedad.			
3	Hay antecedentes en mi familia por cáncer.			
4	El diagnóstico por cáncer me causó asombro y llanto.			
5	Me negué a aceptar el resultado.			
6	Me acompañaba alguna persona cercana al momento del diagnóstico.			
7	Sentí miedo.			
8	Se me explicó todo el tratamiento al que debía someterme.			

9	Lloro frecuentemente.			
10	Cuando me diagnosticaron, asocié la palabra cáncer con la muerte.			
11	Salgo a pasear con mi familia.			
12	Me acerqué a alguna iglesia o grupo de ayuda.			
13	Me siento triste la mayor parte del tiempo.			
14	Dejé de realizar actividades que antes me parecían interesantes.			
15	El rol que ocupaba en la familia se vio alterado.			
16	Se me presentaron ideas o pensamientos negativos ante la enfermedad.			
17	Me siento confundida.			
18	Recibí el apoyo que esperaba de mi familia.			
19	Me siento culpable por mi enfermedad.			
20	Mis amigos me abandonaron.			
21	Sigo trabajando o estudiando como antes lo hacía.			
22	Estoy comiendo normalmente.			
23	Estoy durmiendo normalmente.			
24	Me siento más cansada que antes.			
25	Mi autoestima se vio afectada ante la mastectomía.			
26	Después de una quimioterapia quiero únicamente dormir o descansar.			
27	Las radioterapias afectaron mi estado de ánimo.			
28	Hay días en que me cuesta levantarme.			
29	Considero que el cáncer me arruinó la vida.			
30	Me enojé por mi diagnóstico de cáncer.			
31	Lloro al verme al espejo.			

32	En ocasiones he dejado de asistir a mi tratamiento por falta de ánimo para levantarme.			
33	Mi relación de pareja se vio afectada.			
34	Asisto a terapia psicológica.			
35	Mis hijos (si los hay) saben mi diagnóstico.			
36	En mis controles o citas al médico siempre vengo acompañada.			
37	Me aislé de mis amigos			

Impresión Diagnóstica:

Anexo 9: Guía de observación participante
Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Ciencias Sociales, Filosofía Y Letras
Sección Psicología



GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Número de Identificación: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
 Fecha: _____

Objetivo: Identificar comportamientos en las pacientes que se puedan presentar al hablar de la enfermedad y en las diferentes actividades que realizan en el hospital.

Indicación: Marcar con un “X” la casilla que corresponda a lo que se hace presente en cada indicador.

CONDUCTAS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Saluda verbalmente a las demás pacientes y personal médico.			
Tono de voz entrecortada, al hablar de su vivencia con el cáncer de mama.			
Asiste a sus citas médicas con un acompañante			
Frunce el ceño, al hablar de la enfermedad			
Llora cuando habla del cáncer			
Evade la interacción con otras pacientes con cáncer de mama			

Cuida su presentación personal			
Asiste a terapia psicológica			
Evade dar respuesta a algunas preguntas de la entrevista.			
Evade el contacto visual cuando habla de la mastectomía.			
Se le ve cansada al finalizar la quimioterapia.			
La paciente camina de un lado a otro antes de un tratamiento			
Irritación somática provocada por la radioterapia			
Se muestra colaboradora cuando asiste a los chequeos médicos.			
Movimientos corporales durante la realización de la entrevista			
Expresa palabras motivadoras a otras pacientes para vencer la enfermedad.			

Impresión Diagnóstica:

Anexo 10: Guía de bitácora de campo
Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Ciencias Sociales, Filosofía Y Letras
Sección Psicología



Bitácora de Campo

N° PIC: _____

Investigador: _____

N°	Fecha	Objetivo	Actividad	Descripción	Observaciones

Anexo 11: Cronograma de actividades año 2018 -2019

Actividad	Ene	Feb.	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero 2019	Feb 2019
Elaboración del anteproyecto	■	■	■	■	■									
Presentación de anteproyecto						■								
Recolección de la información							■	■						
Procesamiento de la información									■					
Análisis e interoperación de la información										■				
Elaboración del informe final											■			
Presentación del informe final												■	■	
Exposición del informe final														■

ANEXO 12: ESTADISTICA DE CANCER DE MAMA DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.



HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
"Dra María Isabel Rodríguez"



Br. Cristina Mariceli Aguilar Duran
Br. Karen Gisel Aguirre Rodriguez
Br. Pedro Luis Palacios Castillo
Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria de Occidente

Datos solicitados para investigación sobre "Las consecuencias emocionales del diagnóstico de cáncer de mama en mujeres de 25 a 40 años de edad, pacientes de consulta externa del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez de san salvador en el periodo de marzo-diciembre del año 2018".

Cáncer de Mama

Año	Consulta Externa	Diagnósticos de primera vez
2010	667	X
2011	942	X
2012	988	X
2013	1189	73
2014	1110	74
2015	1241	85
2016	1161	80
2017	1933	77
A junio 2018	910	47

Atentamente.



[Signature]
Dra Nancy Ruiz
Epidemióloga HNM

ANEXO 13: PROPUESTA TÉCNICA

**PROPUESTA TECNICA PROFESIONAL DE ATENCION PSICOSOCIAL A
LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA, EN EL
MANEJO DE SUS EMOCIONES DURANTE EL PROCESO DE
TRATAMIENTO.**

**CRISTINA MARICELI AGUILAR DURAN
KAREN GISEL AGUIRRE RODRIGUEZ
PEDRO LUIS PALACIOS CASTILLO**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**PROPUESTA TECNICA PROFESIONAL DE ATENCION PSICOSOCIAL A LAS
PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA, EN EL MANEJO
DE SUS EMOCIONES DURANTE EL PROCESO DE TRATAMIENTO.**

Objetivo General:

- ✓ Desarrollar estrategias de intervención psicoterapéutica que posibiliten la ayuda a las pacientes en el manejo de sus emociones, originadas a partir del diagnóstico de cáncer de mama, y durante la evolución de la enfermedad durante el tratamiento.

Objetivos Específicos:

- ✓ Describir como el tratamiento médico acompañado del tratamiento psicológico puede dar mejores resultados en las mujeres pacientes de cáncer de mama.
- ✓ Diseñar estrategias de intervención terapéuticas a pacientes, con el fin de posibilitar su recuperación psicosomática y el bienestar familiar a partir del manejo de sus emociones.
- ✓ Reafirmar que el tratamiento oncológico siempre vaya acompañado del tratamiento psicológico y lograr así que la atención a las pacientes desde el diagnóstico y durante todo el proceso de la enfermedad sea con enfoque multidisciplinario e integral tanto en la atención individual, grupal y familiar.

JUSTIFICACIÓN

En los centros de salud pública, específicamente en el área de salud mental se utilizan pruebas para cumplir con un protocolo o lineamientos establecidos, sin abordar en muchas ocasiones la necesidad real de las personas.

El protocolo de intervención psicológica surge de la inexistencia de un procedimiento estandarizado para atender a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama; por esta razón, a partir de la demanda; la necesidad que tienen las pacientes de ser atendidas y el conocimiento de los profesionales de la salud mental, surge la propuesta técnica profesional de atención psicosocial, que busca principalmente mejorar la salud emocional de las pacientes oncológicas.

El realizar esta propuesta de intervención podría generar nuevos conocimientos y alternativas para hacer psicoterapia, al mismo tiempo permite hacer una evaluación de la efectividad y trascendencia que podría llegar a tener en el servicio de la salud mental.

El protocolo de intervención beneficiaría prioritariamente a todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que son atendidas dentro del Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez, con la finalidad de mejorar y fortalecer su salud mental, por lo que implica esta enfermedad y los cambios que genera en el ciclo vital. Así mismo, beneficia al personal de salud mental para que tengan a su disposición un recurso útil, eficaz y novedoso, facilitando el desempeño de su labor con las pacientes.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención se divide en 3 momentos, las cuales se describen a continuación:

I. PRE-DIAGNÓSTICO

- Que los oncólogos refieran a las pacientes a un especialista en salud mental.
- Ante la sospecha de cáncer que los psicólogos brinden información a las pacientes y sus familias de las consecuencias físicas y psicológicas que genera la enfermedad.
- Que en la fase inicial los psicólogos impartan orientación emocional a las pacientes y su familia a través de material educativo y grupos de apoyo.
- Sensibilizar al personal médico que atiende a las pacientes para una atención más humana.

II. DIAGNÓSTICO

- Desarrollar sesiones psicoterapéuticas enfocadas a la aceptación y empoderamiento personal.
- Realizar técnicas de desahogo de tipo individual, grupal y familiar.
- Realizar psicoterapia cognitivo-conductual con el fin de intervenir en la re-victimización y culpa que puedan presentar las pacientes.
- Crear talleres de autoayuda que permitan la realización de proyectos de vida a futuro aún en el proceso de la enfermedad.
- Dar a conocer las fases de duelo que las pacientes vivenciarán por el diagnóstico de la enfermedad.

III. INTERVENCIÓN

- Fomentar el acompañamiento psicoterapéutico en las fases de tratamiento médico.
- Realización y ejecución de un instructivo programa prequirúrgico.

- Fomentar en las pacientes las redes de apoyo tanto dentro del hospital como en su contexto (grupo de autoayuda).
- Orientación psicoeducativa a través de exposiciones, trípticos informativos y carteleras (cine-fóruns).
- Psicoterapia de ayuda individual, de pareja, familiar y grupal para las pacientes con cáncer.
- Intervención psicoterapéutica en el abordaje de la ansiedad, estrés, fobias, depresión ocasionados por los tratamientos y equipo hospitalario.
- Intervención a las pacientes en el afrontamiento de sus preocupaciones para solventar sus dudas e interrogantes respecto a la enfermedad y los tratamientos.
- Entrenamiento a pacientes y familia en técnicas de relajación.
- Realizar sesiones de intervención cognitivo-conductuales que faciliten la readaptación de las pacientes a las actividades e intereses que antes le eran significativas.
- Realización de técnicas en la intervención de habilidades sociales.
- Ayuda terapéutica profesional en la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales.
- Intervenir terapéuticamente en el síndrome del cuidador.
- Realizar intervención psicoterapéutica en el abordaje de la depresión.
- Realizar técnicas de desahogo de tipo individual y familiar.
- Preparación para el duelo individual y familiar.
- Reforzar en las pacientes el autocuidado, autoestima y valía personal.

METAS

- Fortalecer el área de Salud Mental para que las pacientes de cáncer de mama reciban atención psicológica de acuerdo a su necesidad.
- Crear un protocolo de intervención que ayude a los profesionales de salud mental y facilite la atención psicosocial a las pacientes con diagnóstico de cáncer mama.

- Colaborar con el hospital, en especial con los profesionales de salud mental y proporcionarles una herramienta de trabajo que permita la atención integral de las mujeres que vivencian un proceso de cáncer.
- Desarrollar un protocolo de intervención que ayude a las pacientes y sus familias en el gestionamiento de emociones que se presentan ante un diagnóstico de cáncer y su tratamiento.
- Sensibilizar al personal médico que tiene atención directa con las pacientes.
- Dar a conocer las características de la enfermedad a las pacientes y su familia.
- Integrar al grupo familiar en el proceso de atención psicoterapéutica.
- Lograr que las pacientes a través del empoderamiento genere seguridad y aceptación personal.
- Orientar a las pacientes sobre la importancia de los proyectos de vida en su desarrollo personal.
- Acompañar a las pacientes en el proceso de duelo, causado por el diagnóstico y tratamiento.
- Que las pacientes obtengan un mayor conocimiento de la enfermedad para lograr un mejor afrontamiento de la misma.
- Incentivar a que las pacientes realicen actividades cotidianas con la misma motivación generada antes de ser diagnosticadas.
- Que las habilidades sociales les permitan desarrollar relaciones interpersonales efectivas y saludables.
- Que las pacientes se sensibilicen y reconozcan la importancia del autocuidado y el reforzamiento de la autoestima.

RECURSOS

La aplicación de la propuesta técnica profesional de atención psicosocial requerirá de recursos tanto humanos como materiales que se detallan a continuación:

- **RECURSOS HUMANOS**

- Personal de salud mental.
- Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.
- Familiares y amigos de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

- **RECURSOS MATERIALES**

- Papelería.
- Recursos audio-visuales.
- Un espacio físico adecuado para la intervención de las pacientes de manera individual, grupal y familiar.
- Mesas y sillas.
- Material que sea necesario para el desarrollo de las técnicas a utilizar.
- Material psicoeducativo relacionado con el cáncer de mama.
- Test o cuestionarios psicológicos de ser necesarios, dependiendo del estado de cada paciente.

EVALUACIÓN

La eficacia de la propuesta técnica de atención psicosocial se evaluará de manera individual, grupal y familiar a través de una prueba de entrada y una de salida para verificar la efectividad de la intervención y el logro de resultados significativos, útiles y beneficiosos tanto para las pacientes como para sus familias.

CONCLUSIONES

El protocolo de intervención emocional es una herramienta útil enfocada a la ayuda de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, el cual facilita el proceso de intervención terapéutica individual y grupal.

El gestionamiento positivo de las emociones a nivel individual, de pareja, familiar y grupal de las pacientes con cáncer de mama es necesario en el proceso contra la enfermedad, en razón de ello es importante la intervención de un profesional de la salud mental en cada fase de su tratamiento.

El involucramiento de las redes de apoyo de las pacientes con cáncer de mama y el acompañamiento profesional es necesario desde su diagnóstico y en cada fase de su tratamiento.

El tratamiento médico debe ir acompañado de la psicoterapia, con la finalidad que las pacientes expresen sus emociones positivamente y refuercen su sistema inmunológico.

Es importante crear grupos de desahogo profesional dentro del hospital, con el propósito que la convivencia, apoyo y la comprensión de la situación entre pacientes con cáncer de mama influya en el manejo de la ira y su dolor subjetivo.

La sensibilización de las pacientes en el cuidado de la salud mental desde el diagnóstico y la vivencia asertiva de las etapas de duelo, permiten que se creen metas y proyectos de vida a futuro aun en el proceso de la enfermedad.

