

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR MUJERES ANTE EL
DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LA CIUDAD DE CÚCUTA – ESTUDIO
DE CASO**

LINDA KATHERINE TRISTANCHO MANOSALVA

1090517528

YAJAIRA ELENA TRUJILLO MARTINEZ

1092364723

CÚCUTA, COLOMBIA

2019

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR MUJERES ANTE EL
DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LA CIUDAD DE CÚCUTA – ESTUDIO
DE CASO**

LINDA KATHERINE TRISTANCHO MANOSALVA

1090517528

YAJAIRA ELENA TRUJILLO MARTINEZ

1092364723

MG. GERARDO PARADA BONILLA

DIRECTOR

CÚCUTA, COLOMBIA

2019

Agradecimientos

Gracias Dios, por tu amor infinito, por permitirme tener y disfrutar de mi familia, y poder compartir este triunfo en compañía de ellos.

A mis padres gracias por confiar en mí y mostrarme el camino de la superación, a mi padre Diego Trujillo por cada esfuerzo que ha realizado para poder darme esta oportunidad, a mi hermosa Yajaira Martínez Peñaloza que siempre ha creído en mí, quien es mi fuerza y la luz de mi vida, y quien nunca me ha dejado desfallecer. Les agradezco, y hago presente mi profundo amor hacia ustedes.

A mis hermanos y sobrinos por lo que representan para mí, a mi familia por el amor y cariño que siempre me han ofrecido.

A mi compañera Linda Tristancho, gracias por querer recorrer este difícil camino, no ha sido sencillo hasta ahora, pero gracias al compañerismo, a su apoyo y su amistad logramos concluir nuestro proyecto de la mejor manera.

Agradezco también a mi director de tesis Gerardo Parada Bonilla por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, gracias por guiarnos durante todo el desarrollo de este proyecto, sin su ayuda esto no hubiese sido posible.

Yajaira Elena Trujillo Martínez

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, tu amor y tu bondad no tienen fin. A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres por sus consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos

A mi hermano gracias por el apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también es suyo.

A mi compañera y gran amiga Yajaira Trujillo quien a pesar de las caídas estuvo ahí para sacar este gran logro adelante, gracias por ser esa mujer soñadora y transparente, por esa amistad incondicional que nos unió desde el principio de este sueño profesional.

A nuestro director de tesis Gerardo Parada Bonilla por tomar ese gran reto de ser nuestro asesor y director, gracias por su valiosa guía y por creer en este proyecto

Linda Katherine Tristancho Manosalva

Tabla de contenido

Resumen.....	11
Abstract	12
Introducción	12
Problema de Investigación	15
Formulación del problema	15
Planteamiento del problema.....	15
Descripción del Problema.....	16
Objetivos	18
General	18
Específicos	18
Justificación	18
Estado del Arte	20
Internacionales.....	20
Nacionales.	21
Regionales.	23
Locales.....	23
Marco Teórico	24
Capítulo I Ciclo Vital.....	24
Teorías del Ciclo Vital.	27
Las variaciones en las etapas del ciclo vital del adulto.	33
Las metas de cada etapa de la vida adulta.....	34
Funcionamiento sensorial y psicomotriz.....	35
Capítulo II Cáncer de Mama	36
Historia del Cáncer de mama.	37
Fases y sintomatología.....	38
Causas.....	40
Factores de riesgo	42
Factores protectores	42
Creencias	43
Situación general y prevalencia del cáncer de mama en Colombia.....	45
Capítulo III Estrategias de afrontamiento.	50
Definición de afrontamiento.....	50

Tipos de estrategias de afrontamiento	51
Tipos de estilos de afrontamiento.....	53
Redes de Apoyo.....	54
Inteligencia emocional.	55
Marco Legal	56
Constitución Colombiana: derechos fundamentales	56
Derecho a la igualdad.....	56
Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad.	58
Derecho a la Intimidad.	58
Derecho a Escoger Profesión u Oficio.	58
Leyes.....	59
Ley 1090 del 2006.....	59
Ley 1616 de 2013 Salud Mental.	61
Ley 1384 del 2010.....	64
Marco Contextual.....	66
Contextualización de la ciudad.....	66
Metodología	67
Tipo de investigación.....	67
Diseño de Investigación.....	67
Investigación Cualitativa.....	67
Método Fenomenológico	68
Población	68
Muestra	68
Categoría de Análisis	68
Técnicas de recolección de información	69
Historia de Vida	69
Entrevista a profundidad.....	69
Observación participante	69
Análisis de la información	69
Triangulación de datos	69
Delimitación y limitaciones	70
Resultados	71
Diagrama de matrices	71

Entrevista a profundidad.....71

Historia De Vida.....86

Observación Participante95

Triangulación de datos96

Discusión100

Conclusión102

Recomendaciones104

Referencias.....105

Apéndices112

Evidencias.....116

Lista de Tablas

Tabla 1 Categoría de Análisis	68
Tabla 2 Pregunta N°1	71
Tabla 3 Pregunta N°2	72
Tabla 4 Pregunta N° 3	74
Tabla 5 Pregunta N°4	75
Tabla 6 Pregunta N°5	76
Tabla 7 Pregunta N°6	77
Tabla 8 Pregunta N°7	78
Tabla 9 Pregunta N°8	78
Tabla 10 Pregunta N°9	79
Tabla 11 Pregunta 10.....	81
Tabla 12 Pregunta N°11	82
Tabla 13 Pregunta N°12	82
Tabla 14 Pregunta N°13	83
Tabla 15 Pregunta N°14	84
Tabla 16 Pregunta N°15	85
Tabla 17 Pregunta N°16	86
Tabla 18 Pregunta N°17	87
Tabla 19 Pregunta N°18	87
Tabla 20 Pregunta N°19	88
Tabla 21 Pregunta N°20	89
Tabla 22 Pregunta N°21	90
Tabla 23 Pregunta N°22	91
Tabla 24 Pregunta N°23	91
Tabla 25 Pregunta N°24	92
Tabla 26 Pregunta N°25	92
Tabla 27 Pregunta N°26	93
Tabla 28 Pregunta N°27	94
Tabla 29 Observación Participante.....	95
Tabla 30 Triangulación de Datos	96

Lista de Apéndices

Apéndice A Entrevista A Profundidad112
Apéndice B Historia de Vida.....113
Apéndice C Observación Participante.....114
Apéndice D Triangulación de Datos115

Lista de Evidencias

Evidencia 1 Carta de Director de Tesis116

Evidencia 2 Validación de Expertos117

Evidencia 3 Consentimientos Informados.....118

Evidencia 4 Cartilla Informativa120

Evidencia 5 Evidencia Fotográfica.....123

Resumen

Las enfermedades, como lo es el Cáncer de mama es una de las problemáticas de salud pública que más perturba a la población, afectando a millones de personas que viven con la enfermedad, amenazando la salud física y mental de la persona afectada, debido al impacto que deben enfrentar a los factores estresores fisiológicos, económicos, socioculturales y psicológicos para la adaptación de su nueva condición, por lo que la presente investigación tiene como objetivo describir las estrategias de afrontamiento de dos mujeres con cáncer de mama al momento de su diagnóstico en la ciudad de Cúcuta, desde una perspectiva cualitativa, brindando herramientas para fortalecer dichas estrategias para una mejor calidad de vida. Se realizó bajo el enfoque cualitativo con un diseño de tipo fenomenológico lo que quiere decir que el investigador hace recolección de historias de vida y de diferentes experiencias de ciertas personas para así poder describirlas y analizarlas; en una muestra dos adultos medios de la ciudad de Cúcuta, que se encuentren con dicha enfermedad o en remisión. Se aplicó técnicas de recolección de información como la entrevista a profundidad, observación participante y la historia de vida, que permitieron obtener como resultado que las pacientes con cáncer de mama utilizan las diferentes estrategias de afrontamiento de acuerdo al apoyo recibido por parte de sus allegados y la fortaleza con la que cuentan para salir adelante, en esta investigación hay un mayor grado de utilización en estrategia de afrontamiento centrado en la inteligencia emocional.

Palabras clave: Cáncer de mama, estrategias de afrontamiento, adulto medio.

Abstract

Diseases, such as breast cancer, is one of the public health problems that most disturbs the population, affecting millions of people living with the disease, threatening the physical and mental health of the affected person, due to the impact that must face the physiological, economic, sociocultural and psychological stressors for the adaptation of their new condition, so the present research aims to describe the coping strategies of two women with breast cancer at the time of diagnosis in the Cúcuta city, from a qualitative perspective, providing tools to strengthen these strategies for a better quality of life. It was carried out under the qualitative approach with a phenomenological design, which means that the researcher collects life stories and different experiences of certain people in order to describe and analyze them; in a sample two average adults of the city of Cúcuta, that are with this disease or in remission. Information gathering techniques such as in-depth interviews, participant observation and life history were applied, which allowed us to obtain as a result that breast cancer patients use the different coping strategies according to the support received from their relatives and the strength they have to get ahead, in this research there is a greater degree of use in coping strategy focused on emotional intelligence.

Keywords: Breast cancer, coping strategies, middle adult.

Introducción

En el campo de las enfermedades que atacan al ser humano como lo son el cáncer, específicamente el cáncer de mama, el problema reside en establecer, cuáles son las variables psicológicas que tienen influencia a la hora de predecir un mejor ajuste en cuanto a la calidad de vida, el control sobre la salud y la metástasis que puede producir la falta de control sobre la enfermedad en otras partes del cuerpo. Dentro de las variables psicológicas investigadas se aprecian las estrategias de afrontamiento, que se refiere a los esquemas mentales intencionales de respuesta ya sea cognitivo, emocional o conductual, y que están encaminados a manejar y/o minimizar las demandas y los conflictos de los sucesos estresantes de la persona.

Cada año se diagnostican más de 8.686 casos nuevos en el país y 2.649 muertes por cáncer de mama. Según estadísticas del Instituto Cancerológico Colombiano, demuestran que este tipo de cáncer ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer, el problema radica en las diferentes creencias que se generan a partir de esta enfermedad, así como los factores resilientes que tiene el ser humano, aumentando la exposición al riesgo. Así mismo, la ocurrencia de mayor mortalidad del cáncer de mama ocurre en las grandes ciudades del país, lo que podría ser explicado por la presencia de factores de riesgo comunes en las ciudades, relacionada con la urbanización y el desarrollo. Destacó que en el país se han realizado esfuerzos importantes por parte del Ministerio, entre ellos la adopción del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, el cual plantea intervenciones oportunas, certeras y coordinadas con la finalidad de reducir la incidencia, mortalidad y discapacidad por esta enfermedad.

Sin embargo, la huella social que día a día deja el cáncer de mama es de gran importancia investigarla, pues se estima que las principales problemáticas a las que se enfrentan las personas con esta enfermedad se relacionan con el estigma social y la discriminación, teniendo como resultado unas implicaciones psicosociales que pueden llegar a ocasionar dificultades en la dimensión psicológica de la persona y por ende su calidad de vida. En este orden de ideas, se debe destacar que, en diferentes partes del mundo, se ha estudiado la manera en que las personas con cáncer afrontan la enfermedad y sentando así las bases para el diseño y ejecución de programas de intervención psicológica que pueden mejorar la calidad de vida. El uso de los recursos y estrategias de afrontamiento facilitan y mejora el pensamiento, la emoción y la conducta de la persona.

Finalmente, para esta investigación será de tipo narrativo lo que quiere decir que se realiza a partir de la ejecución de una entrevista a profundidad, historias de vida y observación participante, de diferentes experiencias de las dos participantes para así poder describirlas y analizarlas (Sparkes y Devís, s.f). Teniendo en cuenta el cáncer de mama como problemática social, y todas las implicaciones que consigo trae y la relación de las estrategias de afrontamiento, nos condujo a realizar esta investigación con el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento de tres mujeres con cáncer de mama de la ciudad Cúcuta, desde una perspectiva cualitativa, proponiendo a futuro lineamientos psicoeducativos para un modelo de intervención.

Problema de Investigación

Formulación del problema

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por dos mujeres con cáncer de mama en la Ciudad de Cúcuta?

Planteamiento del problema

En Colombia el cáncer de mama se perfila como un problema de salud pública debido a que por su causa fallecen 2.649 mujeres anualmente, por lo que es prioritaria la necesidad de implementar estrategias de detección temprana de la enfermedad para su control (MinSalud, 2014), ya que la atención médica de mujeres que presentan síntomas o son diagnosticadas es muy lenta e impacta de manera negativa su pronóstico y efectividad del tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS, citado por World Health, 2019) por su parte, promueve la lucha contra el cáncer en el marco de programas nacionales amplios de control contra dicha enfermedad que están integrados con las no transmisibles, su control abarca la prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; muchos países de ingresos bajos y medios afrontan actualmente una doble carga de cáncer mamario y cervicouterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años.

Según Global Cancer Observatory (Globocan, 2012, citado en Instituto Nacional de Cancerología, 2012), las tasas de incidencia varían según las regiones del mundo, con tasas hasta del 27% en África central y Asia oriental, y hasta 96% en Europa occidental, dicha enfermedad se ubica como la quinta causa de muerte por cáncer en general, si bien es la causa de muerte más frecuente por cáncer en mujeres de regiones menos desarrolladas, es la segunda causa en regiones más desarrolladas, después del cáncer de pulmón. Por otra parte, Knaul, Carrillo, Ponce, Dantes, Romieu, y Torres, (2009) menciona que es posible que los hábitos dietéticos tengan un papel determinante en la etiología de esta enfermedad, si bien, los alimentos son fuente de nutrición deseable, la frecuencia en su consumo y la forma de cocinarlos puede conllevar un consumo excesivo de grasas saturadas. Así mismo, Torres-Sánchez y cols. (citado por Knaul, Carrillo, Ponce, Dantes, Romieu, y Torres, 2009) “elaboraron una revisión acerca del papel de la dieta donde se evidencia que la misma cumple un papel importante en el desarrollo de dicho tumor”.

De esta manera, el cáncer en cualquiera de sus fases o tipos trae consigo una serie de emociones diferentes al momento de su diagnóstico por la alta expectativa del mismo, la ansiedad, depresión y el miedo hacen parte del cáncer; también, es de saber que no todas las personas cuentan con las mismas estrategias de afrontamiento y apoyo de sus familiares, amigos o pareja por lo cual el nivel de asimilación de la enfermedad puede llegar a ser muy bajo provocando un impacto emocional demasiado fuerte en los afectados.

Es necesario saber que el diagnóstico temprano del cáncer de mama aumenta la esperanza de vida para la persona y, por ende, se debe realizar su debida evaluación anualmente. Al recibir el diagnóstico en lo primero que se piensa es en la muerte y más cuando el diagnóstico afecta también a las personas más cercanas, es allí donde vienen los sentimientos de desesperanza y la necesidad de obtener estrategias de afrontamiento ante el mismo, contar con redes de apoyo que estén con el paciente en todo momento ya que es esencial que la parte emocional se encuentre en buen estado, debido a que la salud mental influye de manera significativa en la física, se complementan una con la otra.

Descripción del Problema

El cáncer se posiciona como la segunda causa de muerte en el mundo, hasta el año 2015 ocasiono 8,8 millones de defunciones, alrededor de un tercio de estas se debe al índice de masa corporal elevado, poco consumo de frutas y verduras, poca actividad física, consumo de tabaco y de alcohol; existen 5 tipos de cáncer con mayor índice de muerte a nivel mundial: pulmonar (1,69 millones de defunciones), Hepático (788.000 defunciones), colorrectal (774.000 defunciones), gástrico, (754.000 defunciones) y mamario (571.000 defunciones). (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El cáncer se ha convertido en uno de los desafíos más grandes de nuestra época, las últimas estadísticas realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC, citado en Globocan) demostró que en el 2012 fueron diagnosticados más de 14 millones de nuevos casos de este, más de 8 millones de personas han muerto por esta causa y también existían en ese año unos 32 millones de pacientes alrededor del mundo con dicha enfermedad (Garau, y Barrios, s.f). De acuerdo al Global Cancer Observatory (Globocan, 2018) se conocieron más de 18 millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo. De esta manera, en Colombia se estima que cada año se

diagnostican alrededor de 100 mil personas con cáncer y se presentan cerca de 40 mil muertes por esta causa por año (Citado en Hospital Universitario San Ignacio, 2019).

En Colombia el cáncer es considerado un problema importante de salud pública, el número de enfermos y personas muertas a causa de esta enfermedad han ido aumentando en los últimos años, según cifras de mortalidad del año 2010, entre las mujeres el cáncer de mama fue la primera causa de muerte (2.381), seguido por el cáncer de cuello uterino (1.892), estómago (1.709), pulmón (1.606) y colon y recto (1.456). Entre los hombres la mortalidad por cáncer para este mismo año fue encabezada por los tumores malignos del estómago (2.796), seguido por los de próstata (2.431), pulmón (2.357), colon y recto (1.261) y las leucemias (890) (MinSalud, 20019).

Según Carlos Castro director científico de la Liga Colombiana Contra el Cáncer, la incidencia del cáncer en Colombia ha aumentado cerca de 100 mil nuevos casos cada año, no obstante, el país ha trabajado fuertemente en temas de promoción y prevención de esa problemática, a pesar de las deficiencias del sistema de salud (Citado en Nuevo Siglo, 2019). Es importante mencionar que en Colombia como en el resto del mundo, el cáncer se ha convertido en una de las mayores preocupaciones, la mayoría de personas conocen por los menos a un enfermo de cáncer, frente a esta preocupación surgen siempre preguntas como: ¿Cuántos hombres y mujeres reciben en Colombia diagnóstico de cáncer cada año? ¿Cuántas personas mueren por cáncer cada año? ¿Qué tan alta es la probabilidad de sobrevivir al cáncer? La descripción de esta situación actual permite compararnos con otros países y evaluar el progreso en el trabajo por el control del cáncer, el evaluar tendencias en el tiempo nos permite pronosticar en un futuro relativamente cercano, la carga de cáncer esperada (Consultor Salud, 2019).

De igual manera, La Opinión (2019) arrojó estadísticas a nivel de Norte de Santander sobre las alarmantes cifras que aumentan cada año, víctimas mortales a causa de dicha enfermedad, con base en estas cifras se deduce que en Norte de Santander, hay 225 personas que padecen cáncer de mama según datos de 2018 del Instituto Departamental de Salud (IDS), lo que corresponde al 46,9% de la población por cada 100 mil habitantes, es decir, las cifras más altas se registran en Cúcuta con 143 casos, Ocaña, 19, Los Patios, 17, y Pamplona, 7.

Así pues, anualmente en el país se consiguen más de 7 mil casos, en Norte de Santander no se cuenta con estadísticas precisas, cabe mencionar que las mujeres más propensas a este tipo de

cáncer, se encuentran por encima de los cincuenta años de edad. En Cúcuta a pesar de los esfuerzos no se conocen cifras claras sobre cuántas mujeres padecen la enfermedad, pero las asociaciones continuarán en las campañas para así obtener cifras precisas acerca del número de personas que padecen de esta enfermedad y generar estrategias para su detección temprana y debido tratamiento (Caracol Radio, 2019).

Objetivos

General

Describir las estrategias de afrontamiento de dos mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, desde un Enfoque Fenomenológico, que permita el estudio de su respuesta frente a la problemática.

Específicos

Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia en la muestra estudio por medio de una entrevista a profundidad, historia de vida y observación participante, verificando la forma de confrontación de la situación estresora.

Describir los estilos de afrontamiento por medio de una entrevista a profundidad, historia de vida y observación participante encontrando los más predominantes en relación con la fase de la enfermedad.

Distinguir las redes de apoyo y la inteligencia emocional con la que cuentan la muestra de estudio por medio de una entrevista a profundidad, historia de vida y observación participante para ver la importancia de estas en la enfermedad.

Diseñar una cartilla informativa que permita a la población conocer las estrategias de afrontamiento que se pueden utilizar frente a situaciones similares.

Justificación

El cáncer de mama es una enfermedad la cual no solo interviene la salud física del paciente sino también en el estado mental y emocional, debido a que se ven enfrentados a estresores económicos, socioculturales y psicológicos; con el diagnóstico de tener dicha enfermedad la persona cambia la perspectiva que tiene de sí misma, afectando en gran parte el auto concepto y

su adaptación dependerá de factores como el género, el estatus social, la edad, la educación, el apoyo, los patrones de personalidad, el equilibrio o control emocional, las creencias religiosas, etc.

El paciente con cáncer de mama, ha de enfrentar múltiples retos y circunstancias adversas, es por esto que nuestra investigación se centra en describir las estrategias de afrontamiento de dos mujeres con Cáncer de mama de la Ciudad de Cúcuta, Norte de Santander desde una perspectiva cualitativa, descriptiva y de corte transversal fortaleciendo dichas estrategias para una mejora en la calidad, lo cual se realizará mediante el diseño y aplicación de una entrevista a profundidad con el fin de establecer cuáles son las estrategias que utilizan con mayor frecuencia para sobrellevar la enfermedad y así mismo demostrar cuales son los tipos de estilos de afrontamiento que han desarrollado para su autocuidado.

El interés de realizar esta investigación nace de los altos índices que se evidencian del padecimiento de esta enfermedad en el país, específicamente en la ciudad de Cúcuta-Norte de Santander y de la oportunidad de realizar las prácticas profesionales de Psicología en dicha ciudad. Así mismo se abordan dos casos de mujeres afectadas por esta enfermedad, las cuales pueden presentar problemas como: negación ante diagnóstico, poca adherencia al tratamiento, sentimientos negativos, alteraciones del sueño, baja autoestima, conductas de riesgo, discriminación, etc., los cuales afectan la calidad de vida de esta población afectada.

Por otra parte, las limitaciones del estudio se centran en que la muestra con la que se cuenta estará basada en dos mujeres afectadas por esta enfermedad, que estén en el proceso o ya hayan vencido el cáncer, quienes voluntariamente deseen participar del estudio y no con la población total que se encuentra en la Ciudad de Cúcuta, debido al manejo confidencial de la información que se respalda mediante un consentimiento informado. De esta manera, el beneficiario directo de esta investigación será el propio paciente; pretendiendo que este beneficio se extienda a los familiares y acompañantes, ya que se busca reforzar aquellas estrategias mejorando la calidad de vida del paciente y sus allegados. De igual manera trabajar con esta población nos permite llevar los conocimientos adquiridos durante nuestra formación profesional como psicólogas a la práctica y así mismo obtener un crecimiento en lo personal y profesional para el manejo de poblaciones vulnerables como los pacientes con cáncer de mama, trabajando para el bienestar psicológico tanto en estrategias de afrontamiento, como la adherencia al tratamiento y el autocuidado.

También a nivel institucional el programa de psicología de la Universidad de Pamplona obtendría un trabajo que se espera que sea continuado y aplicado, buscando facilitarles a los pacientes una mayor comprensión del problema que asumen y a su vez, brindarles los primeros auxilios psicológicos sobre como confrontar aquellas situaciones problemas que se asocian a su enfermedad e interfieren con el proceso de bienestar en torno a su salud física y mental.

Estado del Arte

Para darle respuesta a la pregunta de investigación, se realizó un rastreo bibliográfico que permitió fundamentar el estudio desde términos como estrategias de afrontamiento, calidad de vida, cáncer de mama, apoyo social, historia de vida, adherencia al tratamiento, modificaciones y alteraciones. Para delimitar la revisión de antecedentes se mencionan tres investigaciones internacionales, tres nacionales, una regional y una a nivel local.

Internacionales

Primeramente, una investigación realizada por Moreno, Gutiérrez y Zayas (2017) en Barcelona, España titulado *Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas*. Este estudio tuvo como objetivo describir el afrontamiento a la enfermedad de pacientes con cáncer de mama en el Servicio de Oncología del Hospital 10 de octubre de la Habana. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de tipo transversal entre julio y noviembre del 2014. Se empleó el estudio de casos en profundidad. El universo estuvo constituido por 38 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que asistieron a la consulta de oncología. Bajo un diseño muestral no probabilístico de sujetos tipos, se seleccionaron 14 mujeres diagnosticadas de carcinoma de mama. Los resultados del estudio arrojaron que las pacientes utilizaron estilos de afrontamientos centrados en la emoción y en el problema mostrando un ligero predominio en este último. Los recursos personales para el afrontamiento se caracterizaron por creencias positivas de control, creencias de optimismo y de religiosidad, acompañada también de creencias negativas de control externo y de identidad, así como la percepción salud y energía.

Por consiguiente, se encontró una investigación realizada por Front y Cardoso (2009) en Barcelona, España titulado *“Afrontamiento En Cáncer De Mama: Pensamientos, Conductas Y Reacciones Emocionales”*. Teniendo como objetivo obtener información básica sobre cómo reaccionan ante su enfermedad las pacientes de cáncer de mama y analizar la posible existencia de

relaciones entre diferentes niveles o formas de afrontamiento: cogniciones, conductas y respuestas emocionales. A través de los datos obtenidos de 189 pacientes, se ha realizado un análisis descriptivo y de componentes principales con rotación varimax sobre qué hacen, qué piensan y cómo se sienten las pacientes ante sus problemas de salud. Se obtuvo una estructura de dos factores que denominamos “afrontamiento centrado en uno mismo” y “afrontamiento implicando a los demás” que explicaban un 32,45% de la varianza. Los resultados indican que, en situación de enfermedad crónica, la persona se enfrenta a sus problemas de salud mediante formas variadas de afrontamiento, no excluyentes entre sí. Por ejemplo, una misma persona puede tender a comunicarse, pero también puede disimular muchas cosas en relación a sus preocupaciones por su salud; o hablar mucho con unas personas y disimular mucho con otras, etc. Los resultados son coherentes con la teoría general del afrontamiento de Lazarus y, en parte, con los estilos propuestos por Moos y colaboradores en el campo de la salud.

Por último, una investigación realizada por Ojeda, y Martínez, C. (2012) en Lima-Perú, titulada “*afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama*”. Teniendo como objetivo determinar el afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Fue realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas cuya población total estuvo conformada por 85 pacientes, las mismas que fueron captadas en su periodo de control en consultorios externos. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario elaborado por las investigadoras; este consta de dos partes: 1) datos sociodemográficos de las pacientes; 2) 45 preguntas relacionadas a 14 ítems sobre afrontamiento en el proceso cognitivo y conductual de las pacientes, el cual fue sometido a juicio de expertos obteniéndose un valor de $p < 0.031$; y prueba piloto para la confiabilidad, obteniéndose $\alpha = 0.77$. Para el análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva. Obteniendo como resultados el 25.7% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tuvo un buen afrontamiento. En el área cognitiva el 35.7% obtuvo un buen afrontamiento; la estrategia más utilizada fue el reordenamiento de prioridades. En el área conductual el 12.9% tuvo un buen afrontamiento; la estrategia más utilizada fue la aproximación y afrontamiento dirigido al problema.

Nacionales.

En primer lugar, se detectó una investigación realizada por Henao, Osorio y Parra (2017) de Cali-Colombia, titulado “*Afrontamiento y adaptación de mujeres con cáncer de mama*”. Teniendo

como objetivo describir la capacidad de afrontamiento y adaptación de mujeres que presentan cáncer de mama y se encuentran en tratamiento en Hematooncólogos SA de la ciudad de Cali. El estudio fue descriptivo transversal, desarrollado durante los meses de septiembre del 2013 y febrero del 2014, incluye 175 mujeres. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy (ECAPS) traducido y validado para Colombia. Para el análisis de los datos se hizo uso de estadística univariada. Teniendo como resultado las estrategias de afrontamiento y adaptación utilizadas por las mujeres con cáncer de mama fueron altas en comportamientos personales, reacciones físicas dadas en los factores 1-2-3 y baja en las estrategias empleadas para sobre llevar la situación los factores 4 y 5. Sin embargo utilizan varias estrategias simultáneamente.

En segundo lugar, una investigación realizada por Cerquera, Matajira, Miranda y Vásquez (2017). en Bogotá-Colombia titulada “*Estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer de mama y el papel del psicólogo*”. Teniendo como objetivo identificar los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y el papel que ejerce el psicólogo frente a esta problemática. Se realizó la búsqueda bibliográfica de artículos científicos preferiblemente de revistas indexadas en bases de datos (EBSCO, Science Direct, Google Académico) libros y algunas páginas web. Estos documentos fueron seleccionados según su pertinencia y la confiabilidad de las fuentes, tratando de escoger aquellos que fuesen más recientes. Cuando la búsqueda resultó ineficaz en español a causa de inexistencia de material sobre ciertas temáticas, se procedió a hallar referencias en inglés. Teniendo como resultados a partir de la literatura abordada diversidad de uso de estrategias de afrontamiento en esta población. Dentro de las más utilizadas se encuentran los estilos de afrontamiento activos y de evitación, a diferencia de estilos pasivos. Respecto al papel del psicólogo se logró identificar su importancia en cuanto a sus funciones de atención, promoción, prevención y tratamiento de las diferentes problemáticas que surgen durante el diagnóstico y desarrollo de la enfermedad.

Por último, una investigación realizada por Ortiz, Méndez, Camargo, Chavarro, Toro y Vernaza (2014) en Cali-Colombia titulado “*relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer*”. Teniendo como objetivo identificar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento, los niveles de autoestima, ansiedad y depresión en un grupo de 17 pacientes adultos con diagnóstico de cáncer,

para lo cual se emplearon la Escala de Autoestima de Rosemberg, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (had) y la Escala de Estrategias de Coping Modificada (eec-m). Se obtuvo como resultado una correlación significativa entre los niveles de ansiedad y los niveles de autoestima y entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, reevaluación positiva y reacción agresiva. Al igual que una correlación significativa entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas, negación, reacción agresiva y la expresión de la dificultad de afrontamiento.

Regionales.

Se menciona una investigación realizada por Martínez (2017) de la ciudad de Cúcuta-Norte de Santander titulado “*Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama*”. Teniendo como objetivo establecer la relación entre calidad de vida y apoyo social en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reciben tratamiento de quimioterapia en una clínica cancerológica de Norte de Santander. Es de estudio cuantitativo correlacional, de tipo descriptivo transversal, en el cual se calculó una muestra de 120 mujeres, con una selección a conveniencia intencionada. La recolección de la información se realizó por medio de los instrumentos de QOL de Betty Ferrell para evaluar la calidad de vida y SSCI de G. Hilbert para el apoyo social de este grupo de mujeres. Dando como resultado una calidad de vida buena, en donde las dimensiones que más se correlacionaron fueron la física y la psicológica. Así mismo, el mayor apoyo social se obtuvo de las personas que las rodean, evidenciándose la relación significativa de todas las dimensiones entre sí.

Locales.

Se encontró una investigación elaborada por Flórez, Caro, Pérez y Forgiony (2019). de la Universidad Simón Bolívar, Cúcuta-Norte de Santander, titulado “*Estrategias de afrontamiento, estructura y funcionalidad en familias de pacientes con cáncer de mama*”. Teniendo como objetivo analizar las estrategias de afrontamiento según la estructura y funcionalidad en familias de pacientes con cáncer de mama, para esto se abordó una metodología mixta con preponderancia cualitativa, en la cual participaron 8 familiares de pacientes con cáncer de mama. Se aplicó como instrumentos un formato de entrevista semiestructurada el cual consta de 28 preguntas para develar las estrategias de afrontamiento, el Genograma y el APGAR para describir la estructura y

funcionalidad familiar. Los resultados arrojaron que la categoría con más recurrencia de acuerdo a las estrategias de afrontamiento se relacionan con el afrontamiento activo (apoyo emocional, reformulación positiva y activo) y las subcategorías con mayor recurrencia relacionada con el afrontamiento pasivo corresponden a la religión y auto-distracción; con respecto a la estructura se encontraron 5 tipos de familias (reconstituidas, extensa simple, monoparental, nuclear y unión de hecho) de las cuales el 56.25% fueron funcionales, el 31.25% tuvieron una disfunción leve y el 12.5% una disfunción grave, el componente con mayor afectación corresponde a la afectividad y los de mayor satisfacción gradiente de recursos y capacidad resolutive. Por lo anterior se visibiliza que el entorno familiar también presenta afectación emocional, cognitiva y conductual y constituyen un factor protector para los participantes.

Marco Teórico

En este apartado se consignan los conceptos teóricos pertinentes para el desarrollo del presente estudio de investigación, abordando las temáticas desde lo general a lo específico, donde en el primer capítulo hizo mención del ciclo vital, las teorías, las metas de la etapa del adulto medio y el funcionamiento sensorial. Dentro del segundo capítulo se abordó el cáncer de mama, desde la historia, las fases, las causas, los factores de riesgo y protectores y la situación general y prevalencia del cáncer de mama en Colombia. Finalmente, las estrategias de afrontamiento, donde se define el afrontamiento, los tipos y estilos de afrontamiento, las red de apoyo y la inteligencia emocional.

Capítulo I Ciclo Vital

En este capítulo se pretende dar a conocer la conceptualización sobre el ciclo vital y sus diferentes enfoques, a través de un recorrido sobre las diferentes posturas de los autores más influyentes que han aportado sus conocimientos planteando diversas teorías que han sido de gran relevancia en la psicología del desarrollo y la evolución, cómo cada momento vital ayuda a construir ese significado y cómo el ser humano en los diferentes ciclos puede tener una forma única de recrear sus relaciones interpersonales en un ambiente social.

Según MinSalud (2018), el ciclo de vida es una orientación que ayuda a comprender las oportunidades de emplear durante etapas tempranas del desarrollo humano, teniendo como prioridad las experiencias que se obtienen en el transcurso de la vida, pretendiendo a su vez que

los hechos de una generación se verán reflejados en las siguientes y que el mayor beneficio de un grupo puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite optimizar el uso de recursos escasos, para la previa identificación de riesgos, límites y la priorización de intervenciones específicas.

La Organización Mundial de la Salud (2000, citado por Saavedra, Ojeda, Turtl & Suarez, 2016) expone la importancia de apreciar la totalidad del Ciclo Vital, sus diferentes fases de dicho ciclo, como el factor temporal y social en juego. El envejecimiento continuo que supone el Ciclo Vital reconoce la presencia de fases sensibles en cuanto a la salud y períodos críticos para la adquisición de habilidades, respondiendo la adolescencia a ambos criterios, se dice que es una fase sensible ya que desde el psicoanálisis se considera como un momento propicio para el desencadenamiento de factores psicopatológicos; y es un período crítico por la adquisición de aptitudes sociales y cognitivas.

El ciclo vital se clasifica en diferentes etapas del desarrollo, aunque se debe tener en cuenta que no se puede generalizar y que a su vez existe una diversidad individual y cultural. La siguiente división es un ejemplo: útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más). Las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. El Ciclo de vida aborda las etapas del ciclo vital en términos de la vulnerabilidad producida por diferentes condiciones; las situaciones de vulnerabilidad (temporales) como por ejemplo la pobreza, el desplazamiento, la enfermedad, afectan a las personas a cualquier edad. (MinSalud, 2018).

Existen diferentes definiciones de las etapas del desarrollo humano, como por ejemplo la teoría presentada por Erikson en 1998, teniendo en cuenta el abordaje psicoanalítico. Según Erikson (1987) todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo, y es a partir de este plano que se agregan las partes, teniendo cada una de ellas su propio tiempo de ascensión, maduración y ejercicio, hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento (citado por Avellar, Gouveira, Gomes, & Bandería, 2017). Este principio, denominado de epigenético, se aplica a los sujetos en sus procesos biológicos (soma), psíquicos (organización de las experiencias) y sociales (ethos).

La maduración física afecta profundamente al crecimiento emocional y psicológico, la capacidad para el movimiento independiente al año de edad, y la aparición del lenguaje a los dos años establece unas interacciones sociales que son imposibles de llevar a cabo antes de alcanzar esos momentos cruciales del desarrollo neurológico. De la misma forma en que los bebés al desarrollarse aprenden a modificar su entorno mediante la manipulación intencionada, el entorno moldea su cerebro en desarrollo. En el nacimiento se posee todas las células cerebrales que seguirán allí de por vida, este número de neuronas no aumentará con el pasar de los años, solo hay un incremento en su tamaño, estas a su vez se ramifican y se conectan entre sí (arborización), creando así una red neuronal el cual se verá influenciado por fuerzas ambientales. La plasticidad es la que permite que el cerebro en desarrollo consiga la máxima adaptación al entorno en el que madura, así, por ejemplo, aunque se nace con la capacidad de discriminar todos los sonidos vocálicos humanos (percepción fonémica universal), a los dos años se ha perdido la capacidad de reconocer sonidos que no han escuchado en la lengua de su entorno, por ello, es necesario una estimulación ambiental para que el desarrollo cerebral sea normal (Rojas, Gómez & Pazos, 2014).

A su vez, Levinson en 1986 propone los siguientes periodos de desarrollo: preadultez (desde el nacimiento a los 22 años), adultez temprana (de 17 a los 45 años), adultez media (de 40 a los 64 años), adultez tardía (de 60 a los 85 años) y adultez realmente tardía (de 80 años en adelante). A su vez, como lo plantea Avellar se considera la concepción de Barrientos-Parra (2004), donde expresa la necesidad de respetar el contexto cultural y que no se tenga como unas categorías incambiables, una vez que los cambios en los rangos de edades reflejan procesos, se ha tenido en cuenta la siguiente clasificación: jóvenes (18 a los 24 años), adultos jóvenes (25 a los 34 años), adultos maduros (35 a los 59 años) y bajo (citado por Avellar, Gouveira, Gomes, & Bandería, 2017).

Según este autor es común que los sujetos cuando están alrededor de los 23 procuran afirmarse en la sociedad adulta, logrando la madurez a partir de la separación de su familia de origen, sea por matrimonio o con el fin de vivir solo, después de los 40 años de edad, la persona encuentra estabilidad en la vida, hasta los 60 años, cuando este empieza a no encontrar participación activa en el ámbito laboral y si trata de hallar el proceso de jubilación, caracterizando una fase nueva en su vida, se puede decir que el objetivo es conocer la percepción ontológica del tiempo y la

presencia y la búsqueda de sentido cambian durante la vida en personas de la tercera edad (60 o más años) (citado por Avellar, Gouveira, Gomes, & Bandería, 2017).

Teorías del Ciclo Vital.

Sigmund Freud.

Sigmund Freud inicio el psicoanálisis hace más de 100 años, para el autor la sexualidad humana es una de las principales vertientes de la energía vital que mueve el comportamiento del ser humano, esta energía a la cual denomino *libido* es la fuente de los impulsos que hace que el individuo tienda a ciertos objetivos a corto plazo y a la vez obligan a la psique a reprimir dichas tendencias para mantener al individuo fuera de peligro, dentro de esta corriente, Freud desarrollo su taxonomía del desarrollo humano, Freud lo organizo en 5 etapas (citado en Triglia, 2018):

- Etapa Oral: ocupa aproximadamente lo primeros 18 meses de vida y en ella aparecen los primeros intentos por satisfacer la libido, en esta la boca es la principal zona donde se busca el placer y de igual manera con la cual se explora el entorno y sus elementos lo cual explicaría la propensión de los bebes a “morderlo” todo.
- Etapa Anal: se produce desde el fin de la etapa oral hasta los 3 años de edad, en esta se trata de controlar el esfínter de la defecación, para Freud esta actividad está vinculada con el placer y la sexualidad, las fijaciones en este punto están tienen que ver con la acumulación y el gasto, sin embargo, según el psicoanálisis estas conductas no se expresarían solamente a través de la gestión del dinero.
- Etapa Fálica: esta fase pulsional dura entre los 3 y 6 años de edad y su zona erógena está asociada a los genitales, de modo que la principal sensación placentera seria al orinar, pero también se origina en esta fase el inicio de la curiosidad por la diferencia entre hombres y mujeres, empezando por las diferencias en sus genitales y terminando en su comportamientos y forma de vestir, etc. Además, Freud relaciono esta fase con el llamado “complejo de Edipo” donde los niños sienten atracción por quien ejerce el rol de madre y sienten celos y temor hacia quien ejerce el rol de padre.
- Etapa de Latencia: se da desde los 7 años hasta el inicio de la pubertad, no tiene una zona erógena concreta asociada y representa una etapa neutra de la experimentación en materia

sexual por parte de los niños, en parte a causa de los castigos recibidos en sus etapas anteriores, es por esto que en esta fase la sexualidad queda más camuflada que en las anteriores, se asocia con la aparición del pudor y la vergüenza relacionada con la sexualidad.

- Etapa Genital: aparece con la pubertad y se prolonga en adelante, se relaciona con los cambios físicos que aparecen con la adolescencia, además en esta fase del desarrollo psicosexual, el deseo por lo sexual se vuelve tan intenso que no se puede reprimir con la misma eficacia que en etapas anteriores.

Erick Erickson.

La teoría de las etapas vitales de Erickson se basa en la idea de que cada ciclo parte de un conflicto que se debe superar para avanzar social y psicológicamente, esta teoría se alzó frente a la de Freud sobre el desarrollo evolutivo de la persona, se deja a un lado la parte sexual, básico para el psicoanálisis, aquí se puso un mayor interés en factores como la interacción social, el aprendizaje y la identidad, a través de su teoría el autor se consolidó como uno de los precursores de la teoría del Ciclo vital, sus modelos cuentan con un gran reconocimiento dentro de la psicología evolutiva (Sanfeliciano, 2018).

Erickson creía que la personalidad continuaba desarrollándose más allá de los 5 años, a su vez depende de la resolución de las crisis existenciales como la confianza, autonomía, intimidad, individualidad, integridad e identidad; la cualidad principal que presentan los diferentes estadios fue su bipolaridad, cada uno conformado por dos polos: uno positivo y otro negativo, a los cuales deberá enfrentarse para adaptarse a su contexto y desarrollar su identidad de manera adecuada (Sanfeliciano, 2018).

Dicha etapa establece 8 estadios que suponen un cambio en la identidad personal a lo largo del ciclo vital, citado en Sanfeliciano (2018):

- Confianza vs Desconfianza básica: supone la primera etapa del ciclo vital que va de 0 a 1 año de edad, en este estadio él bebe debe desarrollar una actitud de confianza frente a sus progenitores. Por lo tanto, si recibe estabilidad en sus cuidados, adquirirá la expectativa de que, aunque las cosas estén mal durante un tiempo, luego mejorarán.

- Autonomía vs vergüenza y duda: es la segunda etapa del ciclo vital, que va desde los 2 a los 3 años, el niño se ve forzado a caminar hacia su autonomía, comer solo, vestirse, oponerse a sus padres, etc., sin embargo, debe compatibilizar su deseo de autonomía con las normas sociales que sus padres representan o le imponen.
- Iniciativa vs Culpa: ocurre entre los 3 a 6 años de edad, aquí se toma la iniciativa para lograr objetivos personales, no siempre será capaz de lograrlos, ya que en muchas ocasiones chocara con los deseos de los demás, deberá aprender a procurar metas realizables y así conseguir un propósito que le permita perseguir objetivos significativos.
- Destreza vs Inferioridad: el cuarto estadio aparece desde los 7 a los 12 años de edad, donde debe aprender a manejar herramientas culturales mientras se compara con sus iguales, es esencial para empezar a trabajar o jugar con sus compañeros, ahora bien, si esta no se desarrolla, desembocara una sensación de inferioridad respecto a los demás.
- Identidad vs confusión de roles: esta etapa aparece durante la adolescencia, donde se enfrenta a una serie de cambios físicos junto a la aparición de nuevas etapas sociales, lo cual provocara una confusión en sus roles y autoconcepto.
- Identidad vs Aislamiento: aparece a lo largo de la adultez temprana o juventud, la persona debe arraigar su identidad para conseguir un vínculo con otras personas, superar esta etapa supone haber adquirido la capacidad para tener relaciones de afecto de distinto tipo, frente a un aislamiento social.
- Generatividad vs Estancamiento: abarca gran parte de la adultez media, más allá de la identidad y la intimidad, la persona debe comprometerse con los otros, con su trabajo e hijos, consiguiendo así una vida productiva, la necesidad del adulto de lograr una vida productiva, lo protege de un estancamiento y le ayuda a seguir adelante con sus metas y propósitos.
- Integridad del Yo vs Desesperación: última de las etapas del desarrollo humano, ocurre a lo largo de la adultez tardía o vejez, para lograr una satisfacción con la propia vida el individuo debe mirar hacia atrás y estar de acuerdo con las decisiones que ha tomado, así, una valoración positiva de los objetivos y decisiones tomadas conforman una integridad

del Yo, la cual da forma a una imagen concreta y significativa de uno mismo, por el contrario, una visión negativa de la propia vida puede suponer sentimientos de desesperación e impotencia.

Abraham Maslow.

Este autor se enfoca desde una teoría humanista en la que cada individuo tiene su propia naturaleza interna y una fuerte motivación para expresar esa naturaleza. Sin embargo, las necesidades básicas de supervivencia que todos los organismos vivos tienen se deben cumplir; por esto, Maslow creó la jerarquía de las necesidades básicas, las cuales comienzan con alimentos, agua y refugio, llamada necesidades fisiológicas: satisfacer el hambre, la sed y el apetito sexual; en segunda instancia tiene las necesidades fundamentales que es la necesidad de sentirse seguro y fuera de peligro; el tercer nivel son las necesidades psicológicas es decir, lograr ser competente, obtener la aprobación y el reconocimiento, en esta misma instancia el autor plantea junto con la etapa anterior las necesidades de pertenencia y amor, haciendo alusión a la necesidad de afiliarse con los demás para ser aceptado; si estas necesidades se satisfacen, se pasa a un nivel superior, el de la autorrealización que comprende la necesidad de cumplir un propósito (Avellar et al., 2017).

Harry Stack Sullivan.

Este autor postula que el desarrollo humano son resultados de factores externos en relación a las interacciones sociales, cada fase del desarrollo corresponde con una necesidad, a una interacción con algunas personas, y la calidad de ellas influenciará la personalidad humana (Avellar et al., 2017). Es decir, a medida que la persona se desarrolla y se desenvuelve en el ámbito social presenta un tipo de necesidad básica, la cual se va satisfaciendo poco a poco dentro del proceso de

Carl Gustav Jung.

Según Rojas, Gómez & Pazos (2014) Jung hace énfasis en que los elementos externos desempeñan un papel fundamental en el crecimiento y la adaptación del sujeto. Hace mención que la individualización es un proceso de crecimiento y expansión de la personalidad conforme el individuo va tomando conciencia y aprendiendo quién es intrínsecamente. Define la libido como una manifestación de la energía psíquica, donde esta no se limita a la sexualidad o a la agresividad,

y si encierra las necesidades religiosas y espirituales, y el impulso para buscar la comprensión clara del significado de la vida.

Jean Piaget.

El autor se centra en el enfoque cognoscitivo y tiene como propuesta los estadios del desarrollo donde hacen hincapié en la importancia de la maduración biológica en el proceso del pensamiento, considerando al ser humano como un todo integrado: actividad biológica y psíquica con igual denominador: la adaptación al ambiente en el proceso de crecimiento intelectual. Él sostiene que el niño es un elemento activo en el proceso de interacción con el ambiente ya que este observa, explora, compara, escoge, clasifica sus experiencias, los objetos, etc. Enseña cuatro etapas que dependen del desarrollo del sistema nervioso central y deben superarse con éxito antes de pasar a la siguiente fase; corresponden a la sensoriomotriz, pensamiento preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales:

- La sensoriomotriz va desde el nacimiento hasta los dos años, nacen con el reflejo de succión; de 0 a 1 mes comienza con la succión del dedo, a lo que se denomina reacción circular, luego incorpora la prensión y la visión, es decir, comienza la construcción del objeto; posteriormente, las reacciones circulares terciarias y es aquí donde conoce el mundo por la succión.
- Representativo preoperatorio: 2 a 6 años. En este surge la representación del objeto, aun sin el objeto presente, es decir, si el objeto no está presente el niño es capaz de buscarlo; además, observa, evoca, imagina, dibuja, aparece el lenguaje y accede al mundo simbólico. El pensamiento es intuitivo, preconceptual y prelógico, debido a que los pensamientos no están organizados en forma coherente; la representación se da porque el niño ha podido interiorizar la información y/o acciones.
- Operaciones concretas: es decir, en esta etapa el niño puede sumar, restar, multiplicar y dividir, para luego trabajar sobre lo virtual; es el claro ejemplo de primero estudiar las tablas para luego solo recordarlas. Su pensamiento es intuitivo operacional.
- Pensamiento hipotético deductivo: Esta etapa se encuentra presente en los adolescentes, quienes pueden desarrollar problemas más complejos, se le facilita la abstracción. Según

Piaget, se presenta unos límites del proceso de aprendizaje, es decir, el progreso del conocimiento involucra no sólo aspectos biológicos, sino psicológicos también, desde este punto de vista, se marcan los límites en tanto que uno no se puede dar con independencia del otro (Rojas et al., 2014).

Daniel Levinson.

Realizó un estudio enfocado en el desarrollo de la personalidad masculina durante la edad adulta temprana y media, estudió 40 hombres entre los 35 y 45 años. A partir de esta investigación se llegó a la conclusión de que existen etapas fundamentales: infancia y adolescencia (nacimiento hasta los 22 años), etapa adulta temprana (17-45 años), adulta media (40-65 años), adulta tardía (mayores de 65 años). Estas duran alrededor de 25 años y antes de que una etapa termine la otra empieza y con períodos de cinco años de transición entre la finalización de una y el inicio de la otra. George Vaillant y colaboradores analizaron una cohorte de estudiantes en Harvard durante más de 35 años, en donde se evidenció una correlación significativa entre una infancia feliz y rasgos positivos en la edad mediana, manifestados por escasa psicopatología, capacidad de juego y buenas relaciones interpersonales; además, se percibió que, conforme avanzaba la edad, se construía una jerarquía en los mecanismos del ego, y se concluyó que los estilos adaptativos maduran a lo largo de los años y que la madurez depende más del desarrollo interno que de los cambios en el entorno interpersonal. Descubrieron, además, que los acontecimientos vitales negativos afectan a la salud psicológica más que a la salud física, y que la tensión extrema de los combates militares se asocia con estrés postraumático, no con otras psicopatologías (Avellar et al., 2017).

Lawrence Kohlberg.

Según, (Avellar et al., 2017) Lawrence postulaba que la moralidad se desarrolla de forma gradual en la infancia y en la adolescencia. El autor plantea una serie de etapas en la adquisición de juicios que van de la mano con el desarrollo cognoscitivo del niño y a su vez hay una maduración de su juicio moral. Propone tres niveles en el razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas. El cambio de una etapa a otra se da de manera gradual; los tres niveles son: nivel premoral, nivel convencional y nivel de principios. En las etapas preconventionales, la conducta moral está determinada por los conceptos del castigo, recompensas y reciprocidad, mientras que,

en la etapa convencional, la conducta moral es congruente con lo que otros creen que es correcto, cumpliendo la ley y manteniendo el orden social. En tanto en la etapa posconvencional, el individuo juzga la conducta moral según su conciencia y principios morales universales, en lugar de en normas sociales.

Las variaciones en las etapas del ciclo vital del adulto.

Según Di Grillo (2014) cada etapa por la que una persona atraviesa durante su vida adulta muestra una pauta de conductas relacionadas directamente con los objetivos que el sujeto se propone cumplir en dicha fase, se están explorando dos dimensiones de las etapas: las relacionadas con la vida económica o productiva y las que se vinculan con la vida familiar:

- Ciclo de vida laboral: a persona ingresa en una fase con capacidades laborales que lo habiliten para su desempeño y progreso en el trabajo, adquirirá nuevas habilidades, cursara estudios, carreras, obtendrá logros, a su vez habrá un punto en su vida en el que se autodefinirán como “estable laboralmente”, por otra parte, los sujetos pueden mostrar ganas de obtener bienes para su confort y desarrollo personal y familiar hasta lograr la satisfacción de lo que consideran sus necesidades y por último según el autor superado esta etapa logran la tan anhelada estabilidad económica.
- Ciclo de vida familiar, para esta etapa se tienen presente unas metas familiares a cumplir, como la constitución de una pareja estable y la edad en la cual tendrá sus hijos se vuelven factores determinantes, a su vez, cuando hay hijos o se piensa en procrearlos se avanza en una etapa de crecimiento familiar donde se empieza a tener presente aspectos como la educación de los hijos, etc. luego, pasado cierto punto y donde considera sus metas cumplidas el individuo entra en la fase de estabilidad familiar.

Independientemente de la consistencia de las metas, lo más probable es que el sujeto varíe en sus conductas en pro del cumplimiento de sus objetivos y esta adaptación incida sobre las actitudes. Por lo tanto, si una familia, por ejemplo, se disuelve, los integrantes mayores empiezan en el ciclo vital a experimentar etapas anteriormente vividas, es decir, el hombre a los 50, puede tener que comprar otra casa y la mujer a los 38 puede pensar en criar nuevos hijos, se vuelve a experimentar o atravesar por etapas que habían cumplido a sus 25 años (Di Grillo, 2014).

Las metas de cada etapa de la vida adulta.

Según, Di Grillo (2014) se postulan metas tanto familiares como económicas:

- Logro y mantenimiento de una actividad remunerada que se prolongue en el tiempo.
- Logro de las capacidades laborales necesarias para desempeñar los roles laborales específicos.
- Actualización o reconversión de las capacidades laborales necesarias para continuar trabajando en un contexto de alta rotación laboral y veloz reconversión tecnológica.
- Adquisición de bienes básicos para la seguridad laboral y económica: se inicia por los bienes durables como la casa y el automóvil, se siguen los bienes semidurables como los artículos de confort del hogar.
- Logro de una cobertura de salud que asegure la continuidad laboral propia y la seguridad familiar.
- Logro continuado del dinero necesario para el mantenimiento cotidiano como comida, aseo y limpieza, seguridad personal y familiar, mantenimiento del hogar y vestimenta, tanto propia como del núcleo familiar.
- Logro y mantenimiento de servicios y bienes de descanso, recreación y esparcimiento para mantener la actividad económica y la vida familiar.
- Logro del dinero necesario para asegurar la educación y socialización familiar y mantenimiento de la calidad de vida.
- Aseguramiento de los bienes y servicios necesarios para permanecer conectado con la comunidad en los ámbitos vecinales, políticos, religiosos y de amistades informales.
- Logro de un monto de ahorros necesarios para afrontar quebrantos o imprevistos en las metas anteriores.

Adulto Medio.

La adultez es la etapa más característica de la vida humana, el concepto de adulto coincide con el concepto de hombre, en esta etapa los individuos comienzan a sentir ciertos cambios en su vida, ya no se compara con otras etapas de su vida, la mayoría son lo suficientemente realistas para aceptar las alteraciones en la apariencia, su funcionamiento sensorial, motor y sistemático así como sus capacidades reproductivas y sexuales, los cuales son diferentes por los años vividos y las experiencias pasadas, Abraham Maslow y Carl Roger dicen que la madurez es la oportunidad para el cambio positivo. Maslow dice que la auto realización es una respuesta a la madurez y Roger que el funcionamiento humano requiere de un proceso constante y permanente de poner el yo con la experiencia. Según Erickson la adultez intermedia se da de los 40 a 60 años donde los adultos buscan la generatividad frente a estancamiento. Se trata de comprometerse en algo mayor que la pareja, como los hijos (citado en Varas, 2018).

Cambios en el Adulto Medio.

Según Papalia, Feldma y Martorell (2012) en su duodécima edición, dice sobre la adultez media “lo que no se usa, se atrofia”, aunque algunos cambios fisiológicos son resultado del envejecimiento biológico y la genética, los factores ambientales, conductuales y estilos de vida “arrastrados” desde la juventud pueden afectar la probabilidad, momento y extensión de un cambio físico, los cambios por los cuales atraviesa el adulto medio son:

Funcionamiento sensorial y psicomotriz.

Los cambios son casi imperceptibles, hasta que de un momento a otro se comienza a necesitar de lentes para leer, o pérdida de reflejos, es común que los adultos experimenten diversos deterioros perceptuales, incluyendo problemas auditivos y visuales, los problemas de la vista se dan en cinco ámbitos: visión cercana, visión dinámica (en movimiento), sensibilidad a la luz, búsqueda visual y velocidad del procesamiento, también es común la pérdida de la agudez visual, la nitidez de la visión (Kline, *Et al*, 1992; Kline y Sciala, 1996; Kosnik, Winslow, Kline, Rasinski y Sekuler, 1988). Por otra parte, una pérdida gradual del oído, apenas advertida en años anteriores, se acentúa en los 50 (Merrill y Verbrugge, 1999). Esta condición, presbiacusia, por lo general se limita a sonidos más agudos que los que se utilizan en el habla (Kline y Sciala, 1996, citado en Citado en Papalia, Feldma y Martorell, 2012)

La pérdida del oído es dos veces más rápida en los hombres que en las mujeres (Pearson *et al.*, 1995). En general, la sensibilidad al gusto y al olfato comienza a perderse a la mitad de la vida (Caín, Reid y Stevens, 1990; Stevens, Caín, Demarque y Ruthruff, 1991). Cuando las papilas gustativas pierden sensibilidad y se reduce el número de células olfativas, los alimentos parecen más sosos (Merrill y Verbrugge, 1999; froll, 1985). Las mujeres retienen estos sentidos más que los hombres, pero hay diferencias individuales, una persona puede perder sensibilidad a los alimentos salados y otra a los dulces, amargos o ácidos. Además, una misma persona puede ser más sensible a algunos de estos sabores que a otros (Stevens, Cruz, Hoff man y Patterson, 1995; Whitbourne, 1999, Citado en Papalia, Feldma y Martorell, 2012).

Los adultos comienzan a perder sensibilidad al tacto después de los 45 años y al dolor después de los 50. Sin embargo, se conserva la función protectora del dolor y, en consecuencia, los adultos mayores conservan la sensibilidad a los niveles más elevados de dolor y es probable que indiquen un alivio inadecuado del dolor, esto es preocupante toda vez que el dolor es una consecuencia de muchas enfermedades crónicas como la artritis o el cáncer, que se experimentan con mayor frecuencia a medida que los adultos entran en sus últimos años (Gloth, 2000, citado en Papalia et al. 2012).

Cerebro.

El cerebro experimenta deterioros en varias áreas, sobre todo en el caso de tareas que requieren un tiempo de reacción rápido o hacer malabares con múltiples ocupaciones, este deterioro es mayor en las tareas que implican elección de respuestas como presionar un botón cuando se enciende una luz y otro cuando se escucha un tono y habilidades motrices complejas que involucran muchos estímulos, respuestas y decisiones (como conducir un vehículo), esto se debe en parte a que la capacidad para ignorar las distracciones disminuye gradualmente con la edad, lo que hace más difícil realizar muchas cosas al mismo tiempo (Madden y Langley, 2003;Stevens, Hasher, Chiew y Grady, 2008, Papalia et al. 2012). Algunos de esos deterioros pueden deberse a cambios físicos reales en el cerebro

Capítulo II Cáncer de Mama

El cáncer de mama se da cuando las células del seno empiezan a crecer de forma descontrolada, las cuales normalmente forman un tumor, el tumor es maligno siempre y cuando las células puedan

crecer penetrando los tejidos circundantes o haciendo metástasis en otras áreas del cuerpo, este tipo de cáncer lo padece casi exclusivamente la mujer, pero en algunos casos los hombres también pueden padecer esta enfermedad (American Cancer Society, 2017).

Historia del Cáncer de mama.

El cáncer de mama es una proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria. La palabra *cáncer* proviene del latín *cáncer, cancri* ‘cangrejo’, ‘carcinoma’ y este del griego *kárkinos* ‘cangrejo’, se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma con ramificaciones similares a las de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre (Lugones y Ramírez, 2009).

El Cáncer de Mama es una neoplasia maligna la cual se conoce desde la antigüedad. La descripción más antigua del cáncer proviene de Egipto, del 1600 a.c., aproximadamente. El papiro *Edwin Smith* describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego", el escrito dice lo siguiente sobre la enfermedad: *No existe tratamiento* (Lugones y Ramírez, 2009).

No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron grandes avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares, el cirujano francés *Jean Louis Petit* (1674-1750) y posteriormente el cirujano *Benjamín Bell* (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su avance fue seguido por *William Stewart Halsted*, que inventó la operación conocida como *mastectomía radical de Halsted*, lo que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70 del pasado siglo XX (Lugones y Ramírez, 2009).

Por otra parte, Hipócrates 400 años a.C. habla de Karquinos o Karquinoma, definió con claridad que los casos con cáncer mamario profundo era mejor no intervenirlos ya que su tratamiento conducía a la muerte, mientras que la omisión del mismo permitía una vida más prolongada, tras Hipócrates el principal médico fue Galeno (131-201 d.C.), describió el cáncer de mama como una hinchazón con dilatación venosa parecida a la forma de las “patas” de un cangrejo, no menciona las metástasis o el proceso por el que acaecía la muerte, creía que se producía un acúmulo de bilis

negra (las 4 bilis de Hipócrates), y consideraba aconsejable para prevenirlo la práctica de purgas y sangrías (citado en Cruz y Morales, 2014).

Por consiguiente, Abulcasis (1013-1106), mantenía la teoría de que no debía quemarse el tumor directamente, sino que primero se le debía extraer la sangre y posteriormente hacer una incisión circular sobre el tejido sano, dejando sangrar la herida, sin hacer una ligadura rápida, aunque si ejerciendo presión sobre el lecho operatorio y sólo en caso de sangrado de una arteria importante era cuando se debía ligar ésta. Por otra parte, en el siglo XVIII se produjeron 2 grandes contribuciones a la cirugía mamaria: la primera la introducción de la Anestesia en 1846 por William Morton y la segunda la introducción de los principios de la Antisepsia por Joseph Lister en 1867, asimismo, se consideraba al cáncer de mama como una enfermedad loco regional, por tanto se debían realizar grandes cirugías loco regionales, la mayor contribución histórica al desarrollo del uso de la mastectomía en el tratamiento del cáncer de mama se le debe a Halsted y a Meyer, que en 1890 introdujeron la mastectomía radical como intervención reglada, con unas bases científicas para el tratamiento, con finalidad radical, del cáncer de mama (citado en Cruz y Morales, 2014).

Ya el siglo XX se caracterizó porque durante éste aparecieron la quimioterapia y la radioterapia, las cuales complementaban el abordaje quirúrgico, así también se innovaron las técnicas quirúrgicas con el advenimiento de la cirugía reconstructiva y preservadora de mama, un avance importante fue el de Baclesse en Francia en 1960, quien propuso que la tumorectomía seguida de radioterapia en estadios tempranos, era tan buena como la técnica clásica de mastectomía radical (citado en Cruz y Morales, 2014).

Fases y sintomatología.

El cáncer de mama se desarrolla en 5 etapas, la American Society of Clinical Oncology (ASCO, 2018) mencionan las siguientes etapas:

Estadio 0: en el estadio 0 se describe como una enfermedad que se limita a los conductos y lobulillos del tejido mamario y que no se ha diseminado al tejido circundante de la mama, se denomina cáncer no invasivo.

Estadio IA: el tumor es pequeño, invasivo y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos.

Estadio IB: se ha diseminado el cáncer solo a los ganglios linfáticos y mide más de 0.2 mm, pero menos de 2 mm, no hay evidencia de tumor en la mama, o el tumor en la mama mide 20 mm o menos.

Estadio IIA: presenta alguna de estas condiciones:

- No hay evidencia de un tumor en la mama, pero el cáncer se ha diseminado de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares, no se ha diseminado a partes distintas del cuerpo.
- El tumor mide 20 mm o menos y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.
- El tumor mide más de 20 mm, pero menos de 50 mm y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Estadio IIIA: el cáncer de cualquier tamaño se ha diseminado a un número de 4 a 9 ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios linfáticos mamarios internos, aun no se ha diseminado a otras partes del cuerpo, en el estadio IIIA también puede ser un tumor mayor que 50 mm que se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares.

Estadio IIIB: el tumor se ha diseminado a la pared torácica o ha causado hinchazón o ulceración de la mama o se diagnostica como cáncer inflamatorio de mama, es posible que se haya diseminado o no a un máximo de 9 ganglios linfáticos mamarios internos o axilares.

Estadio IIIC: tumor de cualquier tamaño que se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares, los ganglios linfáticos mamarios internos o los ganglios linfáticos debajo de la clavícula, no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadio IV (metastásico): el tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a otros órganos, como huesos, pulmones, cerebro, hígado, ganglios linfáticos distantes o pared torácica, se observa cáncer metastásico al momento del primer diagnóstico de cáncer en alrededor del 5 % al 6 % de los casos, lo que se denomina como cáncer de mama metastásico *de novo*, con mayor frecuencia, el cáncer de mama metastásico se detecta después de un diagnóstico previo del cáncer de mama en estadio temprano.

Recurrente: el cáncer recurrente es el que reaparece después del tratamiento y puede describirse como local, regional o distante.

La descripción de estas etapas permite conocer donde se encuentra el cáncer, su crecimiento, diseminación y hacia donde lo ha hecho, conocer la etapa en que se encuentra ayuda al médico a decidir cuál es el mejor tratamiento y puede ayudar a predecir el pronóstico de un paciente.

En cuanto a la sintomatología, el indicio más común del cáncer de mama es una nueva masa o protuberancia, no dolorosa, dura y con bordes irregulares, aunque los tumores cancerosos del seno también pueden ser sensibles a la palpación, blandos y de forma redonda, incluso pueden causar dolor, por tal motivo, es importante que un médico con experiencia en el diagnóstico de enfermedades de los senos examine cualquier masa o protuberancia nueva, o cualquier cambio en los senos (American Cancer Society, 2017).

Otros posibles síntomas del cáncer de seno incluyen (American Cancer Society ,2017):

- Hinchazón de todo el seno o parte de él (aunque no se sienta una protuberancia definida)
- Irritación de la piel o formación de hoyuelos (a veces parecido a la cáscara de una naranja)
- Dolor en el seno o en el pezón
- Retracción (contracción) de los pezones
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel del seno o del pezón
- Secreción del pezón que no sea leche materna

Aunque cualquiera de estos síntomas puede ser causado por otras afecciones distintas al cáncer de seno, si se presenta, se debe notificar a un profesional de la salud para que este encuentre la causa. Debido a que los mamogramas no detectan todos los cánceres de seno, es importante estar pendiente de los cambios en sus senos y conozca los signos y síntomas de este cáncer.

Causas.

Los cambios o mutaciones en el ADN pueden causar que las células normales en el seno se vuelvan cancerosas, ciertos cambios se heredan de los padres y pueden aumentar significativamente el riesgo de padecer cáncer de mama, otros factores relacionados con el estilo de vida, la alimentación y el ejercicio pueden aumentar también las probabilidades, aun no se sabe cómo ni de qué manera algunos de estos factores de riesgo causan que las células normales se

conviertan en cancerígenas, según la American Cancer Society (ACS, 2017) algunas de las causas podrían ser:

Mutaciones hereditarias frente a mutaciones adquiridas del ADN: Las células de los senos normales se convierten en cancerosas debido a cambios (mutaciones) en el ADN, Algunas mutaciones en el ADN son hereditarias, o sea que se adquieren de sus padres, esto significa que las mutaciones están en sus células al nacer y algunas mutaciones pueden aumentar notablemente el riesgo de ciertos tipos de cáncer. No obstante, la mayoría de los cambios en el ADN vinculados al cáncer de seno son adquiridos, lo cual quiere decir que el cambio ocurrió en las células del seno durante el transcurso de la vida de una persona, y no es un cambio que se heredó o que se tenía al nacer.

Protooncogenes: son aquellos que aportan al crecimiento normal de las células, cuando este presenta un tipo de mutación, es decir hay demasiadas copias de él, pasa a ser un gen “malo” el cual puede quedarse activado cuando no se supone que lo este, al suceder esto, la célula crece desmesuradamente y produce más células que crecen sin control, lo cual puede producir el cáncer, a este gen “malo” se le conoce como oncogén.

Genes supresores de tumor: son genes normales que desaceleran el crecimiento celular, reparan errores en el ADN, o indican a las células cuando deben morir, cuando estos no funcionan adecuadamente, las células pueden crecer fuera de control y no mueren cuando deberían hacerlo, produciendo así el cáncer.

Cambios genéticos hereditarios: ciertas mutaciones hereditarias en el ADN pueden aumentar el riesgo de padecer ciertos canceres y se vinculan a estos que afectan a algunas familias, por ejemplo, los genes BRCA, son genes supresores de tumores, cuando estos cambian, ya no suprime el crecimiento anormal y es posible que se produzca el cáncer.

Cambios genéticos adquiridos: la mayoría de las mutaciones del ADN relacionadas con el cáncer de seno, ocurren durante el transcurso de la vida y no son hereditarias, estas mutaciones adquiridas de los oncogenes y/o de los genes supresores de tumores pueden ser resultado de otros factores tal como radiaciones o sustancias químicas que causan cáncer.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo que influyen en el padecimiento de cáncer de mama en un individuo incluyen la edad y el sexo, la mayoría de los casos de cáncer de mama son detectados en mujeres de 50 años o más, algunas mujeres pueden padecer dicha enfermedad, aunque no posea ningún otro factor de riesgo conocido. Así pues, tener un factor de riesgo no significa que la persona tendrá la enfermedad, y no todos los factores de riesgo tienen el mismo efecto, es decir, la mayoría de las mujeres tienen algunos factores de riesgo, pero no todas tienen cáncer de mama (CDC, 2018).

Existen numerables factores de riesgo que no pueden ser cambiados como lo son (CDC, 2018):

- Hacerse mayor: es uno de los mayores factores de riesgo debido a que el cáncer de mama es diagnosticado luego de los 50 años de edad.
- Mutaciones genéticas: los cambios son heredados en ciertos genes, tales como en el BRCA1 y el BRCA2, las mujeres que han heredado estos cambios genéticos tienen mayor riesgo de presentar cáncer de mama y de ovario.
- Historial reproductivo: el inicio temprano de la menstruación antes de los 12 años de edad y comienzo de la menopausia después de los 55 años de edad exponen a las mujeres a que su producción de hormonas sea mayor, lo cual aumenta el riesgo de cáncer de mama.
- Tener mamas densas: Las mamas densas pueden hacer difícil la detección de tumores en una mamografía.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o ciertas enfermedades de las mamas que no son cancerosas.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Tratamientos previos con radioterapia en el pecho o las mamas antes de los 30 años de edad tienen un riesgo mayor de presentar cáncer de mama más adelante en la vida.

Factores protectores

El control de factores de riesgo específicos que se pueden modificar, así como una prevención efectiva de las enfermedades que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control

del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo (CDC, 2018).

No mantenerse físicamente activa: las mujeres que no se mantienen físicamente activas tienen un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

Tener sobrepeso o ser obesa después de la menopausia: el sobrepeso posee mayor riesgo de tener cáncer de mama que el tener un peso dentro un margen normal.

Tomar hormonas: como estrógenos o progesteronas que se toman durante la menopausia puede aumentar el riesgo de cáncer de mama si se toman por más de cinco años.

Historial reproductivo: el quedar embarazada por primera vez después de los 30 años de edad, no amamantando y nunca tener un embarazo que llegue a término puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.

Tomar alcohol: algunos estudios muestran que el riesgo de la mujer de tener cáncer de mama aumenta en relación con la cantidad de alcohol que consuma.

Creencias

El estigma social al cual se ven expuestas las pacientes con diagnóstico oncológico luego de su recuperación tiene gran influencia en el proceso de afrontamiento postcancerológico, la desprotección socioeconómica, laboral, junto con el apoyo de las personas cercanas a la misma generan un gran impacto durante el transcurso de superación de esta enfermedad. Beatriz Figueroa, abogada y activista social, quien padeció la enfermedad habla acerca de que los pacientes que se enfrentan a esta enfermedad no solo se enfrentan a los efectos de la quimioterapia sino también al estigma social, en la mayoría de los casos el cáncer deja secuelas a nivel emocional, psicológico y cognitivo que dificultan su reincorporación a la vida social y al mercado laboral (citado por Jiménez, 2017).

De igual manera, para la presidenta del grupo español de pacientes con cáncer, Begoña Barragán, los pacientes y sus familias sufren “aislamiento y estigmatización” debido a la enfermedad y sus consecuencias que le afecta no solo a nivel social sino también laboral, considera

también que el mal uso de la palabra cáncer “fomenta la desigualdad y los problemas sociales de estos pacientes y sus familias” (citado por Infosalud, 2011).

Por otro lado, alrededor del mundo existen múltiples creencias y mitos sobre este tipo de enfermedades, una de las más escuchadas es el designar la enfermedad como una sentencia de muerte a aquellas personas que la padecen, sin considerar que al hacerle frente a la enfermedad desde un inicio las expectativas de vida son bastante altas, junto con las estrategias de afrontamiento que se utilizan, Según Anderson y Goolishian 1996 (citado por Gonzales, Fonseca y Jiménez, 2006) “la gente vive y entiende su vida, a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan”.

Por último, Según MinSanitas (2019) existen diversos mitos respecto al cáncer como lo son:

- El cáncer es siempre mortal: afortunadamente, en la actualidad el cáncer se llega a curar en un 50-60% de los casos, porcentaje que, en algunos casos, como el cáncer de mama, llega al 90%. Hay que entender, no obstante, que el término curación, en relación al cáncer se refiere a que ha transcurrido un tiempo de entre 5 y 10 años (dependiendo del tipo de tumor) sin que haya rastro de la enfermedad (tumor).
- El cáncer es hereditario: sólo en un 5-10% de los casos, cuando se heredan genes que predisponen a desarrollar un determinado tipo de cáncer, esta predisposición, no obstante, no implica la seguridad de que se llegue a tener la enfermedad.
- El cáncer es contagioso: esto es completamente falso, sólo unos pocos tipos de cáncer tienen su origen en la presencia de determinados virus en el organismo y en algunos casos existen vacunas para evitar la infección.
- Realizar una biopsia puede hacer que se extienda el cáncer: Los cirujanos usan métodos especiales y toman muchas precauciones para evitar que las células cancerosas se extiendan, en el caso de la cirugía, por otra parte, el tumor se elimina manteniendo a su alrededor un perímetro de tejido libre de células cancerosas.
- La realización de mamografías sucesivas puede causar un cáncer de mama: el riesgo de que esto suceda es muy bajo, dado que la cantidad de radiación que se utilizada para realizarlas es muy pequeña.

- Tener una depresión aumenta el riesgo de sufrir un cáncer: no hay ninguna evidencia científica que avale esta afirmación.
- El estrés produce cáncer: no hay que confundir el estrés celular con el estrés psicológico, el primero puede favorecer que una célula se transforme en cancerosa, pero lo que las personas de la calle conocen como estrés, el que se refiere a la vida cotidiana, no produce cáncer, a no ser que se asocie a comportamientos de riesgo (tabaco, consumo excesivo de alcohol, etc).

Situación general y prevalencia del cáncer de mama en Colombia.

Según la OMS (2018) esta enfermedad es la más común entre las mujeres y la segunda en toda la población (citado en El Tiempo, 2018), en Colombia en el año se realizan 7626 diagnósticos de cáncer de mama, cabe aclarar que, aunque la enfermedad es más común en mujeres, los hombres también la pueden padecer, por cada 100 diagnósticos en mujeres 1 es de hombres (El tiempo, 2018).

Según el Instituto Nacional de Cancerología (INC), “El cáncer de seno es el crecimiento anormal e incontrolable de las células mamarias como resultado de mutaciones en genes que controlan la proliferación y muerte celular”. Cada año se diagnostican en el mundo más de 1.5 millones de nuevos casos, de los cuales, cerca del 9% se presentan en países latinoamericanos. (International Agency for Research on Cancer (IARC) – 2012). El 32% de los casos de cáncer en mujeres colombianas corresponden a cáncer de seno, siendo el de mayor prevalencia, seguido por cáncer de cuello uterino (25% de los casos de cáncer) (IARC, 2012, citado por Globocan).

Según López, Espinosa, Henríquez, Marín, Pardo, Puerto, Rodríguez, Rojas, Rojas, Samudio, Serrano y Wiesner (2015). en cuanto a la situación de la carga de la enfermedad se observa que, aunque las tasas de mortalidad se ven estables o en disminución en algunos cánceres relevantes a nivel poblacional, de otra parte, el crecimiento y envejecimiento poblacional y el aumento en incidencia de cánceres importantes como colon, recto y mama establecen una carga creciente de cáncer en la población que impone a Colombia grandes retos para:

- Asegurar un adecuado diagnóstico y tratamiento para los pacientes con cáncer.
- Disminuir la ocurrencia de la enfermedad por medio de la prevención primaria
- Mejorar el estadio clínico al momento del diagnóstico

- Ofrecer adecuados y suficientes servicios de cuidado paliativo para disminuir el sufrimiento de la enfermedad.

Al mismo tiempo, es primordial tener claro que los servicios de tamización, diagnóstico y de cuidados paliativos deben estar cerca a los lugares de residencia de las poblaciones. Por el contrario, para garantizar un adecuado tratamiento al paciente con patologías de baja frecuencia, los servicios de tratamiento deben estar centralizados, para la atención de patologías de alta frecuencia el ideal es que los servicios estén integrados en una sola institución o en dos instituciones organizadas mediante unidades funcionales de tratamiento que garanticen un adecuado volumen de pacientes con una misma patología (López, Espinosa, Henríquez, Marín, Pardo, Puerto, Rodríguez, Rojas, Rojas, Samudio, Serrano y Wiesner, 2015).

Según las estadísticas del Globocan, para Colombia en el año 2012, aproximadamente 196 personas enfermaron de cáncer y 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad, estudios nacionales revelan que la tasa de incidencia ajustada por edad anual para todos los cánceres excepto cáncer de piel, en el periodo 2002-2006 fue de 186,6 casos por cada 100.000 habitantes en hombres y 196,9 casos en mujeres. Entre las mujeres las principales localizaciones fueron mama, cérvix, tiroides estómago colon, recto y ano (citado en Ospina, Huertas, Montaña, y Rivillas, 2015).

Atención psicológica para pacientes diagnosticados con cáncer de mama.

El diagnóstico del cáncer de mama se asocia a una amenaza para la salud no solo física sino también psicológica, social, laboral, y económica del individuo y sus seres queridos, el malestar emocional y el distrés psicológico es alto desde el diagnóstico y con la incertidumbre que conllevan las pruebas hasta el final del tratamiento e incluso durante el periodo de supervivencia; el distrés es un término acuñado por la Red Oncológica Nacional de Estados Unidos, para representar las diferentes preocupaciones emocionales que experimentan los pacientes, la problemática y necesidades psicológicas del paciente varía con el tipo de cáncer al cual este expuesto y su pronóstico, estilo de afrontamiento, red social, etc., este proceso puede producirse de manera adecuada sin que el paciente y su familia presenten alguna susceptibilidad, sin embargo, la enfermedad conlleva frecuentemente la aparición de sentimientos dolorosos que pueden derivar en altos niveles de sufrimiento y problemas de adaptación a la enfermedad (AECC, 2019).

La atención psicológica en el ámbito del cáncer se da antes del diagnóstico, en intervenciones de tipo preventivo, en el proceso de consejo genético (población con alto riesgo), en el diagnóstico, durante el tratamiento y hasta la atención en la fase final de la vida y duelo; al centrarse en la población con riesgo de cáncer, es decir, la población sana con mutaciones genéticas relacionadas con el desarrollo de patologías oncológicas, la atención que se realiza es un proceso de comunicación en el que se valora el riesgo de cáncer hereditario y se asesora sobre medidas profilácticas (AECC, 2019).

Así mismo, la confirmación del diagnóstico del cáncer supone un gran impacto emocional que genera reacciones de miedo, ansiedad, incertidumbre, tristeza, rabia, entre otros., de igual manera debe enfrentarse a la vulnerabilidad “esto me está pasando a mí” y sobre todo a pensar en la muerte como algo más cercano y real, Kaufman en 1989, considera que al igual que la enfermedad, el diagnóstico no constituye un momento, sino más bien un proceso que incluye una serie de fases, según la autora estas fases son (Citado en Fernández y Bastos, 2011):

- La que precede al diagnóstico: su duración y reacción está determinada tanto por variables sociodemográficas: edad, sexo, clase social, nivel cultural, educación sanitaria, como por variables psicológicas asociadas con el miedo a la enfermedad.
- La confirmación del diagnóstico: es el momento de mayor tensión donde se le confirma al paciente sobre su enfermedad, cuando se le está dando la certeza y alternativas de tratamiento, también conocida como fase de “shock” en cuanto que recibir el diagnóstico de cáncer se asocia con la muerte y a la pérdida de un proyecto futuro.
- Reconocimiento de la propia enfermedad: se inicia esta etapa cuando el paciente asume su enfermedad, esto no siempre ocurre en el momento del diagnóstico, sino que se alarga en el tiempo y se produce cuando la persona ya está recibiendo el tratamiento.

Según García-Camba, 1999, el efecto traumático del diagnóstico se produce en el plano psicológico, dando lugar a momentos llenos de incertidumbre y tensión, a la vez que se dan reacciones de desajuste y reajuste. La intensidad de estas reacciones varía en función de las características personales, de la enfermedad y de los tratamientos que se aplican para su control (Citado en Fernández y Bastos, 2011).

Dentro de las ramas de la psicología, existe una que se encarga del paciente oncológico, llamada psicooncología, la cual se encarga del abordaje emocional de los pacientes con cáncer, las intervenciones psicológicas en oncología incluyen la atención al paciente con cáncer y sus familiares, desde la prevención y el diagnóstico precoz, hasta el apoyo en la fase de tratamiento, así mismo, ante la recibida de la enfermedad, la aparición de la metástasis, las fases paliativas, cuando no existe cura se encuentran espacios funcionales para el rol del psicólogo. De forma general, los estudios muestran unas reacciones mucho más extremas en la adaptación y el estado de ánimo, cuanto más joven es el paciente, inversamente, en el paciente mayor o anciano, se hallan más niveles de depresión (Valero, Badinabeitia y Gil, 2018).

Valero, Badinabeitia & Gil, (2018) mencionan nuevas terapias psicológicas en cáncer:

- Terapias de tercera generación: Zhang (2015) sugiere que este tipo de intervenciones alivian la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer, la reducción del estrés basada en la atención plena y la terapia artística fueron las intervenciones más comunes; la terapia basada en mindfulness favorecía las puntuaciones de ansiedad y de depresión frente al grupo control, además de esto, también se mostraba en el seguimiento una mejoría significativa de la ansiedad, las limitaciones fundamentales de este trabajo fueron que se utilizaron estudios con pacientes con diferentes tipos de cáncer y que no tuvieron en cuenta factores como la gravedad de la ansiedad y/o la depresión, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el estadio del cáncer.
- Adherencia a las terapias psicológicas: Muchos de los problemas que se encuentran en las unidades de psicooncología hacen referencia a la adherencia al tratamiento psicológico del paciente con cáncer, existen muchos estudios que tratan de determinar si las terapias psicológicas en cáncer son efectivas y pocos que aborden las dificultades y rechazos que dan lugar a falta de adherencia a dichas intervenciones, un metaanálisis realizado en 2016 que analiza este aspecto indica que casi la mitad de los pacientes con cáncer a los que se le ofrece participar en algún tipo de terapia declinan o no aceptan su realización. Se han identificado factores que favorecen la mejor aceptación de estos tratamientos, las intervenciones realizadas por teléfono; las terapias ofrecidas rutinariamente y desde el principio son factores que favorecen la aceptación y adherencia a estos tratamientos.

Procesos de devolución del diagnóstico.

Según señala la APA (*American Psychological Association*-Asociación Americana de Psicología), recibir un diagnóstico de cáncer de mama puede ser uno de los momentos más angustiantes que haya experimentado una mujer, y su impacto suele ser devastador, generalmente, advierte, “*la angustia perdura incluso tras el shock inicial del diagnóstico*”, Por tal motivo, cuando la persona se ve inmersa en lo que, con frecuencia, suele ser un largo proceso de tratamiento, debe hacer frente a todo tipo de dificultades: problemas en el ámbito laboral, un menoscabo en las relaciones personales, una sensación de cansancio general, preocupaciones frecuentes en torno a los síntomas, tratamiento y esperanza de vida, etc., todos esos factores pueden contribuir a desarrollar estrés crónico, ansiedad y/o depresión, por esto la intervención psicológica, manifiesta que puede ayudar a sobrellevar los tratamientos médicos que pueden ser dolorosos y traumáticos, así como los cambios físicos, emocionales y en el estilo de vida asociados con el cáncer de mama, abordando para tal fin diversos aspectos, entre ellos: ofrecer recomendaciones sobre el modo de explicar su enfermedad a la familia, y/o hacer frente a la respuesta de su pareja, ayudar a la persona a elegir el tipo de hospital o el tratamiento médico adecuado -participando plenamente en el mismo y tomando decisiones más informadas-, enseñar formas eficaces de controlar el estrés, la ansiedad o la depresión, y a hacer frente a los temores relativos a la posible recurrencia del cáncer, sugerir estrategias de resolución de problemas, ayudar a crear una nueva autoimagen que incorpore tanto la experiencia por la que se ha pasado como los cambios físicos acometidos, etc. (citado en CGPE, 2016).

Implicaciones derivadas del diagnóstico del cáncer.

Las reacciones ante el diagnóstico del cáncer de mama se ven acompañadas por una serie de implicaciones, que no solo involucran a la persona diagnosticada, sino que abarcan su contexto social, incluyendo el ámbito emocional, sexual y cognitivo de la persona.

En primer lugar, las implicaciones psicológicas en la mujer a la que se le diagnostica un cáncer de mama se encuentran, de pronto, ante una situación nueva e inesperada, siente temor a una muerte prematura, teme a la cirugía y teme a tener que enfrentarse a una vida que será distinta. Las tasas de supervivencia para el cáncer de mama han incrementado significativamente, sobre todo en mujeres jóvenes, por lo que la mejora en esta calidad de vida es una prioridad (Castro, 2018).

En segundo, es el ámbito sexual, la mayoría de estudios médicos muestran datos inquietantes con respecto al impacto del mismo debido al cáncer de mama: las mujeres se sienten menos atractivas, disminuye la libido y la satisfacción sexual, un 70% de mujeres informan tener problemas sexuales tras someterse a tratamientos, Las mujeres se sienten desfiguradas tras las operaciones de extirpación de un seno (mastectomías) y pierden la libido. Asimismo, una tumorectomía, que conserva la mama, podría dejar cicatrices que tienen el mismo impacto emocional y por último, según muchos estudios, los tratamientos para el cáncer de mama causan daños sexuales a largo plazo (Castleman, 2018).

En conclusión, se observa que son diversas las emociones y sentimientos que presentan las personas infectadas con el cáncer de mama al conocer su diagnóstico y afrontar los efectos físicos, psicológicos y sociales de la enfermedad, sin embargo, entre las más comunes se destacan, sentimientos de ira, depresión, fatiga, temor y culpa, que no representan etapas de la enfermedad, ni siguen un orden establecido, en algunas personas sobresalen más algunos efectos, sintiéndolos con mayor intensidad, mientras que para otras les resultará menos intenso o quizás no experimenten alguno de ellos. Es así que según lo que afirma (Nettleton, 2014; citado por Avelar, Cornejo, & Torres, 2011), “cualquier enfermedad crónica impacta la vida cotidiana de los afectados tanto en sus relaciones sociales, como en el sentido de sí mismos constituyendo el inicio de un largo procedimiento de adaptación, que puede ser definido como una crisis.

Capítulo III Estrategias de afrontamiento.

Para el siguiente capítulo se tiene en cuenta la definición de afrontamiento, y de ello se deriva el modelo de las estrategias de afrontamiento centrado en el problema, en la emoción y estrategia de afrontamiento combinado.

Definición de afrontamiento.

Para Rodríguez, Pastor & López (citados por Maza, 2015), hacen referencia al afrontamiento como “la respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla o neutralizarla, es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y restablecer el equilibrio”.

El afrontamiento es definido como el proceso a través del cual un individuo hace frente a eventos estresores según sus recursos personales del individuo, en este sentido, (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), realizan una de las más célebres definiciones del concepto que han orientado los avances investigativos en el tema, describiendo al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que buscan dar respuesta favorable a demandas específicas externas o internas que son percibidas por una persona como excedentes o desbordantes de sus recursos personales que conducen a situaciones amenazantes que producen altos niveles de estrés, mostrando cambios de acuerdo a cada situación.

Teniendo en cuenta que estos esfuerzos son de orden cognitivo-conductual y evidencian cambios importantes según la situación estresora, (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012) explican que el nivel de estrés percibido por cada situación y la forma de hacer frente a estas se expresa según variables como la valoración que la persona da a nivel cognitivo a la situación, es decir la búsqueda del significado que el suceso tiene para su vida personal; en segundo lugar el tipo de confrontación que da a la realidad una vez que ha realizado la interpretación de la misma, manejando las posibles consecuencias de cada una de las conductas ejecutadas; en tercer lugar el modo utilizado para regular aspectos emocionales en un intento de mantener el equilibrio afectivo.

Este proceso de valoración cognitiva que una persona realiza para hacer frente a una situación estresora tiene como finalidad evaluar las consecuencias negativas que la situación puede conllevarle a su bienestar, buscando reducirlas o eliminarlas, así mismo la persona identifica los elementos del entorno que son amenazantes, como tales variables son totalmente diferentes para cada caso, se emplean entonces estrategias cambiantes para facilitar la adaptación de la persona a cada situación, clasificando varios tipos de estrategias que pueden ser funcionales o disfuncionales para cada caso (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012).

Tipos de estrategias de afrontamiento.

Continuando con lo anterior, (Carr, 2007; citado en Amarís et al. 2012), identifica tres tipos de estrategias de afrontamiento, basándose en revisiones teóricas antecedentes, el primer tipo de estilo de afrontamiento que propone es aquel centrado en el problema que se implementa con el fin de

resolver problemas de manera activa por medio de análisis lógicos, planeación de estrategias, confrontación de la situación problema, y una actitud constante de independencia y optimismo que permiten una adecuada adaptabilidad de la persona ante la situación.

Otro de los tipos de estrategia de afrontamiento que menciona (Carr, 2007; citado en Amarís et al. 2012) es aquel centrado en la emoción que se basa en la búsqueda de estrategias que permitan disminuir rápidamente los efectos negativos de la situación estresora a nivel emocional, sin llegar a confrontar directamente la situación o planificar estrategias para modificar el entorno, por lo tanto es frecuente que la persona busque apoyo social y espiritual, tienda a invertir mayor cantidad de tiempo con sus seres queridos, distraerse y relajarse por medio de actividades que impliquen el sentido del humor y el disfrute, con el fin principal de liberar sentimientos y hacer una descarga emocional, llegando en ocasiones a recurrir al consumo de sustancias y la evasión de las situaciones estresoras, siendo así un estilo de afrontamiento que puede considerarse funcional o disfuncional de acuerdo a la situación que se enfrenta.

Un tercer tipo de estrategia de afrontamiento es descrito por (Carr, 2007; citado en Amarís et al. 2012), como estrategias de afrontamiento combinado que involucra las estrategias centradas en la situación o en la emoción no son independientes una de la otra, ambas formas pueden facilitarse o interferir mutuamente.

La principal clasificación realizada de las estrategias de afrontamiento fue propuesta por (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez y Crespo, 2011), en esta clasificación las dos primeras estrategias se basan en estilos de afrontamiento centrados en el problema, las cinco siguientes se basan en estilos de afrontamiento centradas en la emoción y la última estrategia reúne componentes de estas dos clases de estilos de afrontamiento.

- La confrontación: los esfuerzos agresivos para alterar la situación, afrontando de manera directa la situación tomando acciones directas, hostiles o agresivas.
- La planificación: pensar y estudiar el problema, analizando y estructurando los puntos de vistas y posibles soluciones, la reevaluación positiva, modificando el significado de la situación estresante, fijándose a ver el lado positivo de las cosas a pesar de la situación que esté pasando.

- El autocontrol: como el esfuerzo para controlar y ocultar los propios sentimientos y respuestas emocionales
- Distanciamiento: aislamiento social retirándose de la interacción social para afrontar los problemas desde la soledad o huida de los demás
- Escape o evitación apartándose del problema, no pensando en la situación estresante, o pensar en otra cosa para evitar que afecte emocionalmente.
- Reevaluación positiva: describe los esfuerzos por modificar el significado de la situación estresante, atendiendo especialmente a los aspectos positivos que tenga o haya tenido, expresando optimismo ante la situación.
- Aceptación de la responsabilidad: la persona identifica su propio error en el problema y trata de corregir la situación.

Búsqueda de apoyo social: como la forma de acudir a otras personas cercanas, profesionales o amigos compartiendo la situación estresante, pero sin tratar de hacerlas responsables de lo que esté pasando.

Tipos de estilos de afrontamiento.

Ahora es pertinente diferenciarlas de los estilos de afrontamiento, que son las predisposiciones relativamente estables que cada persona tiene en su estructura cognitiva para hacer frente a situaciones estresoras dando un enfoque de los recursos del individuo hacia componentes específicos de la situación estresora, influyendo en la utilización de varios tipos de estrategias de afrontamiento, frente a cada uno de los eventos percibidos como estresores (Carr, 2007; citado en Amarís et al. 2012).

Los estilos pasivos, por su parte, “una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional” (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez y Crespo, 2011).

El estilo de afrontamiento por evitación, “no constituye un estilo efectivo en cuanto predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con

niveles altos de ansiedad y depresión” (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez y Crespo, 2011).

Redes de Apoyo.

Los pacientes con cáncer de mama en muchas ocasiones necesitan una red de apoyo, ya sea emocional, social y/o familiar. “El apoyo social en la salud normalmente es definido como una información o auxilio/asistencia ofrecido por personas o grupos con los cuales se tiene contacto sistemático y que resultan en efectos emocionales y de comportamientos positivos” (Valla, 1999; citado por Schneider, Pizzinato y Calderón, 2015).

Así mismo, Schneider, Pizzinato y Calderón (2015) menciona que el apoyo social puede ser evaluado desde diferentes perspectivas, como la cantidad de personas incluidas en la red, la calidad de esos vínculos, la intensidad de las interacciones e intercambios y la percepción de ese apoyo. El apoyo social percibido – apoyo que el individuo cree estar disponible si lo necesita– es relevante porque incluye los significados y las representaciones psicológicas de apoyo para cada persona, así como la evaluación de la satisfacción de las relaciones de apoyo en la que se está involucrando.

Por otro lado, Rodríguez y Costas (2013), mencionan que las redes familiares en la población latina pueden incluir amistades cercanas, aparte de los miembros de la familia inmediata y extendida. A continuación, se explica la importancia del familismo en la cultura:

En la cultura latina uno de los valores tradicionales a los que se tiene que dar mayor atención en el tratamiento de pacientes es el familismo. El familismo es el valor cultural más importante, implicando una fuerte identificación de los individuos y un apego a la familia nuclear y extendida, sentimientos fuertes de lealtad, reciprocidad y solidaridad con los miembros de la misma familia (Marín & VanOss-Marin, 1991, citado por Rodríguez y Costas, 2013). El familismo tiene tres tipos de orientaciones: (a) percepción de una obligación a proveer apoyo emocional y material a los miembros de la familia extendida, (b) búsqueda de apoyo en los familiares y (c) la percepción de los familiares como referentes de actitudes y conductas (Marín & VanOss-Marin, 1991 citado por Rodríguez y Costas, 2013 pg. 122)

Del mismo modo, implica una situación de crisis para las personas que componen el núcleo familiar de esta mujer, ya que implica una reorganización del sistema, el re-asignar roles y el impacto emocional de saber que un ser amado se encuentra enfermo.

Desde una perspectiva sistémica la homeostasis familiar es perturbada debido a la crisis producida por el diagnóstico de cáncer, la recurrencia del mismo o la muerte (Baider, Cooper, & De-Nour, 2000). La experiencia del cáncer no está limitada al paciente, esta condición impacta a todo el sistema familiar, a sus miembros, a la rutina y la vida familiar (Northouse & Peters-Golden, 1993). Es por ello que es importante situar el diagnóstico de cáncer como una crisis, ya que esto no sólo tiene implicaciones a nivel personal, sino también a nivel estructural, en el sistema familiar. (Citado por Rodríguez y Costas, 2013 pg. 123)

También se debe tener en cuenta la relaciones que tenía el paciente antes del diagnóstico, ya que dependiendo de la situación puede servir como apoyo o pueden ser disfuncionales. Es importante esclarecer esto ya que la relación que tiene la familia puede interferir con los objetivos del tratamiento.

Inteligencia emocional.

La inteligencia emocional en ocasiones es un tema difícil de manejar y aplicar en la vida de cada individuo, en especial si de por medio existe una enfermedad que podría ser mortal para el mismo, los sentimientos de frustración, ira, ansiedad, impotencia y depresión, son uno de los tantos que se pueden ver presentes en estas circunstancias.

De manera que, Salovey y Mayer (1990) definieron la inteligencia emocional como “la capacidad de regular nuestros sentimientos y emociones y los de las otras personas, discriminándolas, y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y acción” así pues, los autores indican que esta definición sólo se refería al sentir y regular las emociones, y omitía el pensar, luego de esto, reformulan la definición anterior, refiriendo que la “IE implica la capacidad para sentir y evaluar con exactitud la emoción, la capacidad para acceder y/o generar sentimientos cuando estos facilitan el pensamiento, la capacidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional y la capacidad para regular las emociones que incentivan el crecimiento emocional e intelectual.” (Citado en Pereira, 2014).

Así pues, en las personas que padecen la enfermedad del cáncer de mama, el miedo, de hecho, parece permanecer en el enfermo, teniendo en cuenta las secuelas psicológicas que esta acarrea y se relacionan con cinco fuentes las cuales son, los efectos secundarios de los tratamientos, las complicaciones en el ámbito sexual, los efectos neuropsicológicos a largo plazo, la experiencia con el tratamiento y los problemas sociales en la vida familiar y profesional Tross & Holland, (1989). De igual manera, Holland y Rowland (1989) hablan acerca de los miedos universales “las seis D’s”, específicamente son, la muerte, la dependencia, la desfiguración, la incapacidad, los cambios en las relaciones interpersonales, y el dolor. Más tarde las autoras aumentaron un miedo a la lista, en relación al equipo sanitario que acompañaba al enfermo, o sea, la desvinculación con el mismo que suscita incertidumbre y ansiedad. (Citado en Pereira, 2014).

En este ámbito, las alteraciones psicológicas más frecuentes en enfermos oncológicos son la depresión y la ansiedad (Llorca-Ramón et al., 1999). Por un lado, a los enfermos les tranquiliza saber que su estado emocional es común entre los enfermos, por otro, tienen miedo de que el estado depresivo pueda afectar a los resultados del tratamiento, en ocasiones, los pacientes solicitan un “check up” de salud emocional, con la intención de evaluar si poseen un estado emocional que aporte beneficios al tratamiento, las alteraciones en el estado emocional permanecen en un proceso de adaptación a la enfermedad, sin presentar efectos negativos, aunque el paciente puede presentar optimismo, el hecho de adherirse terapéuticamente y asumir el compromiso son componentes esenciales durante la fase de tratamiento (Massie & Holland, 1989). (Citado en Pereira, 2014).

Marco Legal

En el presente capítulo se mencionan las leyes, normas y parámetros establecidos desde la constitución Política de Colombia, El colegio colombiano de psicólogos, El Ministerio de protección Social como La ley de salud mental y otras para la atención y participación de las personas que padecen esta enfermedad.

Constitución Colombiana: derechos fundamentales

Derecho a la igualdad.

El preámbulo de la constitución de 1991 afirma que la igualdad es uno de los valores fundamentales del Estado Colombiano.

Por su parte, el artículo 13 de la constitución señala lo siguiente:

“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y afectiva y adoptara las medidas a favor de grupos discriminados o marginados.

El estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”. Pg.83

En su primer elemento, el artículo reúne en una misma frase de tres conceptos distintos pero complementarios de la igualdad: la igualdad ante la ley, la protección igual por parte de las autoridades y la igualdad de trato. Cuando se habla de igualdad ante la ley, estamos ante una concepción puramente formal, procedimental, surgen la cual todas las leyes se aplican por igual a todos y nadie puede invocar privilegios para solicitar que una ley no le sea aplicada.

La Corte, mediante Sentencia C-530 de 1993, observa que la afectividad de la igualdad material de que trata esta disposición es la función emocional de la cláusula transformadora del estado social de derecho, consagrando en el artículo 1 de la carta. En otras palabras, la igualdad formal es la Estado formal de derecho lo que la afectividad de la igualdad material es la de Estado social de derecho.

Igualmente, se destaca que la consagración explícita de la igualdad tiene por lo menos tres dimensiones en la constitución: como generalidad, como equiparación y como diferenciación, así:

La igualdad como generalidad: es la consagración de la igualdad ante la ley para efectos de los derechos y deberes, así como de los procedimientos.

La igualdad como equiparación: se encuentra consagrada en los artículos 43 (igualdad de la mujer y el hombre), y en el artículo 42 (igualdad de derechos y deberes de la pareja).

La igualdad como diferenciación: es la diferencia entre distintos. Está regulada en el artículo 13 incisos 2 y 3 (adopción de medidas a favor de grupos marginados o débiles).

El principio de tratamiento igual reconocido constitucionalmente se configura en un derecho fundamental de cuyo respeto depende de la dignidad y la realización de la persona humana. En consecuencia, cualquier acto que pretenda anular, dominar o ignorar a una persona o grupo de personas, con frecuencias apelando a preconcepciones o prejuicios sociales o personales, como puede serlo el sexo es un acto discriminatorio proscrito por la constitución. Pg.90

Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad.

El desarrollo al Libre Desarrollo de la Personalidad se encuentra consagrado en el artículo 16 de la constitución y dice así:

“Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el ordenamiento jurídico”. Pg.92

Derecho a la Intimidad.

Este derecho está consagrado en el artículo 15 y establece que:

“Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de identidades públicas y privadas.

En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la constitución.

Derecho a Escoger Profesión u Oficio.

“Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades componentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesionales. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.

Las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse en colegios. La estructura interna y el funcionamiento de estos deberán ser democráticos. La ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles”. Pg.101

Leyes

Ley 1090 del 2006.

Teniendo en cuenta el código de Ética del Psicólogo (Ley 10902006) y el capítulo 16 sobre la “investigación científica” en los apartados 16.4 y 16.5 se plantea la importancia de inspeccionar las fuentes y origen de las ideas a tratar, en donde se les debe dar crédito y además impedir el plagio de los diferentes resultados científicos que se lleguen a obtener.

De igual manera, el código Deontológico y Ético del Psicólogo (ley 1090, 2006) se tiene en cuenta los apartados sobre la responsabilidad con las poblaciones y personas que participan del estudio. Además del respeto hacia los derechos de autor se da como prioridad el informar de manera suficiente y adecuada a la población participante de los objetivos y pretensiones de la investigación, para ello, se realiza un consentimiento informado en donde se da un compromiso por parte de los investigadores de tener reserva y protección de la información de los participantes.

Artículo 2º. De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

I. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

II. Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

III. Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

IV. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros.

V. Bienestar del Usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

VI. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados.

VII. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuaran con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

VIII. Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones.

Ley 1616 de 2013 Salud Mental.

El objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud, de igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Congreso de Colombia, 2013).

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

Artículo 4°. Garantía en Salud Mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán

programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

Título II Derechos De Las Personas En El Ámbito De La Salud Mental

Artículo 6°. Derechos De Las Personas. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las. Libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los

términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

Ley 1384 del 2010.

"Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia", declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional.

El marco legal y normativo bajo el cual se formuló el Plan Nacional para el Control del Cáncer tiene una base internacional sólida que consta principalmente de los instrumentos internacionales vinculantes y no vinculantes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como de acuerdos multilaterales sobre factores de riesgo para cáncer. La base nacional consta de la Constitución Política y los desarrollos legislativos.

Que conforme a lo establecido en el artículo 2 del Decreto 4107 del 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene, entre otras funciones, formular la política, dirigir, orientar y adoptar planes, programas y proyectos en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social debe formular, adoptar y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra el cáncer.

Que, para el control integral del cáncer de la población colombiana, le corresponde a este Ministerio, determinar las acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Que es compromiso del Gobierno Colombiano, el control integral del cáncer y otras enfermedades no transmisibles que se inscribe en los acuerdos internacionales para cumplir con los Objetivos del Milenio y la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la que se priorizó promover la ejecución de acciones eficaces intersectoriales para reducir los riesgos comunes a este grupo de enfermedades.

Que, dada la carga creciente de enfermedad asociada al cáncer, tal y como se indica en el Análisis de la Situación de Salud de los colombianos y, al constituirse el cáncer como una enfermedad con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, se hace necesario que el Ministerio adopte en el país, un Plan Decenal para el Control del Cáncer, para el decenio 2012-2021.

Que el mencionado Plan fue desarrollado a partir de diversos modelos conceptuales realizados por el Instituto Nacional de Cancerología, que buscan orientar y organizar el quehacer y las actividades en torno al control del cáncer en el país.

Que el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, tuvo un proceso de socialización y discusión en las principales ciudades del país con la participación de diferentes actores del SGSSS y los orienta en su compromiso por el control del cáncer en el país, promoviendo, además, acciones coordinadas requeridas entre éstos, para avanzar todos en la lucha contra dicha enfermedad.

Que de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, corresponde a las Entidades del orden nacional adscritas y vinculadas al Ministerio de Salud y Protección Social, a las Direcciones Territoriales de Salud, a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, EAPB, a las Administradoras de Riesgos Laborales, ARL, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, planes y estrategias de Salud Pública que establezca este Ministerio, como ente rector del Sistema de Protección Social y del Sector Salud.

En mérito de lo expuesto resuelve:

Artículo 1. Plan Decenal para el Control del Cáncer. Adóptese el Plan Decena I para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, contenido en el Anexo Técnico de la presente Resolución, el cual forma parte integral de la misma.

Artículo 2. Obligatoriedad. El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021, a que alude el artículo 10 de la presente Resolución, será de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

Artículo 3. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Marco Contextual

En el siguiente capítulo se expondrá la contextualización de la ciudad de Cúcuta, la cual es la adecuada para el desarrollo de la investigación, ya que en ella se encuentran las personas que padecen o padecieron de cáncer de mama, siendo ellas nuestro principal objetivo para el mejoramiento de su calidad de vida por medio de las estrategias de afrontamiento que utilizan cada día.

Contextualización de la ciudad

La ciudad de Cúcuta, oficialmente denominada San José de Cúcuta, es un municipio colombiano capital de Norte de Santander, se encuentra situado en el nororiente del país, sobre la cordillera oriental de los andes, cerca de la frontera con Venezuela. Está constituida por 10 comunas. Es el epicentro político, económico, industrial, artístico, cultural, deportivo y turístico de Norte de Santander, fue fundada el 17 de junio de 1733 por Juana Rangel de Cuellar, en lo que fue un aislamiento indígena dado en encomienda por Pedro de Ursúa a Sebastián Lorenzo en 1550 (Bermúdez, 2018).

En relación con la enfermedad, el cáncer de mama es, según datos de la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad que más cobra la vida de mujeres en el mundo, en Norte de Santander, en lo corrido de 2018, se han presentado 28 defunciones por esta causa, aunque los avances de la ciencia cada vez aportan más para frenar las muertes por el cáncer de seno, los especialistas aducen que las mujeres no se practican a tiempo una mamografía o no prestan atención a las señales en esta parte del cuerpo (citado en Laguado, 2018).

Entre las fundaciones de lucha contra el cáncer de mama se encuentran las siguientes:

Fundación de seno Hum: nace como una iniciativa para brindar ayuda a las mujeres que han perdido sus senos a causa de la devastadora enfermedad del cáncer. Esta, es una propuesta hecha realidad por el Dr. Luis Umberto Uribe Morelli, Médico, Cirujano Plástico Estético y Reconstructivo, actual Director Médico y Cirujano Plástico de la Fundación y Diana Carolina Toloza Matamoros, Representante Legal vigente. Este proyecto tiene como objeto social ayudar a la población más vulnerable y de escasos recursos que, por sus condiciones socio-económicas, no puede acceder o someterse a una reconstrucción mamaria (Fundación de seno Hum, 2019).

Fundación liga contra el cáncer, seccional Cúcuta: la función de esta institución es prevenir y detectar oportunamente el cáncer, identificando los factores de riesgo y desarrollando estrategias educativas que fomenten estilos de vida saludable (Liga contra el cáncer, 2019).

En la actualidad, las autoridades regionales como consecuencia de esta problemática comenzaron una campaña para la detección temprana de la patología, se trata de una alianza hecha por la Gobernación y Ecoimagen Salud SAS, para beneficiar a 300 mujeres con una mamografía totalmente gratis, el gobernador William Villamizar Laguado explicó que con la implementación de esta tecnología se puede garantizar detecciones de células malignas con diámetros de hasta 2 milímetros (La opinión, 2019).

Metodología

Se establece en el presente apartado, las especificaciones que incluye la metodología implementada para el presente estudio, el cual incluye el tipo de investigación, diseño de la investigación, población, muestra, categorías, instrumentos, técnica, procedimiento y validez

Tipo de investigación

Esta investigación es de enfoque cualitativo el cual utiliza la recolección de datos sin una medición numérica con esto busca formular y afinar preguntas en el proceso de interpretación. Este enfoque busca comprender las distintas percepciones que tienen los participantes de sus distintas realidades, lo que quiere decir que explora los fenómenos en su ambiente natural con relación al contexto del mismo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Diseño de Investigación

Investigación Cualitativa

La investigación cualitativa desarrolla sus procesos en términos descriptivos e interpreta acciones, lenguajes, hechos funcionalmente relevantes y los sitúa en correlación con el contexto social, la mayor parte de los estudios cualitativos se preocupan por el contexto de los acontecimientos y centran su interrogante en aquellos espacios en que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y experimentan directamente (Martínez, 2011).

Método Fenomenológico

“Es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados entorno del fenómeno...también, conoce las vivencias por medio de los relatos, las historias y las anécdotas, es fundamental porque permite comprender la naturaleza de la dinámica del contexto e incluso transformarla.” (Fuster, 2018).

Tipo Narrativo

Como señalan Goodley, Lawthom, Clough, & Moore (2004, citado por Sparkes & Devis, sf): Creemos que los relatos de vida – nuestras formas elegidas de narración- nos dicen mucho de los individuos y la colectividad, de lo público y lo privado, de lo estructural y lo personal y de los mundos reales y ficticios. Las historias ocupan un lugar central en el conocimiento de las sociedades... Las narraciones están siempre politizadas, estructuradas, culturizadas y socializadas... Las narraciones son nuestra mejor esperanza para capturar las estructuras que continuamente dan forma, separan y dividen a los seres humanos. Pg4.

Población

La población objeto de estudio para esta investigación son 2 mujeres con cáncer de mama o en remisión de la ciudad de Cúcuta.

Muestra

La muestra de este estudio es de dos mujeres que cumplan con los requisitos antes mencionados.

Categoría de Análisis

Tabla 1 Categoría de Análisis

Categorías	Ítems
Estrategias de afrontamiento	Confrontación y planificación de soluciones
Inteligencia emocional	Distanciamiento, autocontrol, aceptación, reevaluación positiva
Redes de Apoyo	Búsqueda de apoyo social.

Técnicas de recolección de información

Para la recolección de la información se tendrán en cuenta la entrevista a profundidad e historia de vida.

Historia de Vida

Es una técnica narrativa que consiste en la elaboración de un relato autobiográfico con finalidad terapéutica o de investigación, se utiliza en distintos contextos y disciplinas, el procedimiento es sencillo, consiste en evocar recuerdos de la vida de una persona, pero desde un punto de vista subjetivo, es decir, a través de su propia mirada, en la historia de vida deben quedar reflejados no sólo datos objetivos como fechas y lugares, sino también información relativa a la perspectiva subjetiva, como valores, ideas, proyectos, planteamientos vitales, relaciones sociales, etc. (Raventos, 2015).

Entrevista a profundidad

Se utiliza cuando se quiere conocer los sentimientos más profundos, las motivaciones de los comportamientos, sus vivencias, se denomina también entrevista abierta y se caracteriza por la carencia de una estructura (López, Torres, Pérez, 2015)

Observación participante

“La OP es definida como una investigación caracterizada por interacciones sociales profundas entre investigador e investigado, que ocurren en el ambiente de éstos y promocionan la recogida de informaciones de modo sistematizado” (Lima, Magalhães, Campos, López, Ribeiro y Méndez, 2014).

Análisis de la información

El análisis de la información se realizará por medio de un diafragma que nos permitirá clasificar y analizar la información obtenida por parte de los participantes.

Triangulación de datos

Para la triangulación de datos se utilizará la información recogida por las técnicas de entrevista a profundidad, historia de vida y observación participante. Teniendo en cuenta que “la

triangulación es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular” (Denzin, 1970 citado por Arias, 2000).

Delimitación y limitaciones

Delimitación del espacio: Cúcuta y Villa del Rosario.

Delimitación de la población: 2 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama o en remisión.
Posibles Colaboradores: director de trabajo de grado.

Recursos Disponibles: computador, papel bon y Craft, marcadores, colores, hojas de block, lápices, bolígrafos.

Resultados

A continuación, se mostrarán los resultados por cada una de las preguntas realizadas a través de diferentes categorías en el que se tuvo como fin describir las estrategias de afrontamiento de 2 mujeres con cáncer de mama al momento de su diagnóstico en la ciudad de Cúcuta, a través de técnicas cualitativas como entrevista semiestructurada e historia de vida.

Diagrama de matrices

Entrevista a profundidad.

Categoría I. estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento se define como un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales se utilizan para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1984), se puede considerar como una respuesta adaptativa, de cada uno, para reducir el estrés que deriva de una situación vista como difícil de afrontar (Citado en Castagnetta, 2018).

Pregunta No. 1. ¿Cómo se enteró de su diagnóstico?

Tabla 2 Pregunta N°1

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“La primera vez que supe que tenía la enfermedad, fue como unos nueve años antes, me sentí unas pelotitas en el seno, fui y me hice un examen y ahí se quedó todo. No hice absolutamente nada más”.	Examen, pelotitas, enfermedad, seno.	Al enterarse de su diagnóstico la primera vez no hizo nada.	Analizando las dos unidades se puede establecer un temor ante la aparición del diagnóstico, por tal

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“En el año 2017 me apareció una bolita en el seno, como un frijolito grande, en eso se enfermó mi hermano, no le pare bolas a la enfermedad, esa bolita que apareció hay y apenas murió mi hermano, le dije a mis hijas y mis hijas me llevaron rapidito al médico y ya me miro un especialista, me mandaron un biopsia porque el tumor se me creció y en la biopsia ya me salió cáncer agresivo”.	Frijolito, enfermedad, biopsia.	Después de la muerte de su hermano le prestó atención al bulto que apareció en su seno y decidido contarle a la familia por lo cual le hicieron una biopsia donde le salió el cáncer agresivo.	motivo deciden dejarlo pasar y no darle la atención que necesita el mismo en una primera instancia.

Pregunta No. 2. ¿Cómo asumió su diagnóstico?

Tabla 3 Pregunta N°2

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Porque tenía eso y no sé, como no tenía ganas de vivir, no tenía el valor suficiente, no tenía ganas de luchar, entonces lo deje a un lado, deje incluso los resultados de la mamografía donde me lo hicieron, y el doctor me dijo tienes unas pelotitas hay que cuidarse. Empecé a tomar vitamina E y no tome más nada. Después aproximadamente como a los nueve años, no menos como seis años, entonces ya empecé a sentir muy duro en el seno. Me fui para un parque con una niña, la subí en un subibaja, estábamos hay y sentí mucho dolor, entonces empecé, llamé a una amiga y le dije lo que me pasaba. La amiga es miembro de las damas rosadas de la liga contra el cáncer. Entonces el esposo de ella es patólogo y empezó, se desato como una cadena. Otro cliente mío,	Valor insuficiente, falta de lucha, mamografía, ecografía, eco, cáncer.	A pesar de presentar anhedonia, el miedo de morir, la impulso a realizarse todo el proceso para combatir el cáncer.	Los sentimientos que surgen en presencia de cualquier enfermedad con pronóstico poco fiable, pueden llegar a impulsar a una persona para continuar con el proceso de la quimio y los exámenes para combatir el cáncer.

	sacaba ecografías, me saco un eco, vio que la masa era muy grande y ahí fue la apertura para todo el proceso”.			
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	<p>“Pues en ese momento pues me dio de todo, tristeza, no por mí, porque pues yo dije es una enfermedad que uno tiene que asumir, uno siempre que se muere, ¿sí? Pero pues a la vez pensaba mucho en mis hijas que son el ser de mi vida, son las que sufren, pero a Dios gracias me dio mucha valentía mucha fuerza mucho valores y Dios siempre estuvo hay en todo momento conmigo, siempre me apoyo nunca me soltó de la mano, siempre eran promesas, unas y otras, y lo duro que me pego a mí fue la caída del pelo, eso sí me acento más, en esa si llore porque la vez que ya me colocaron la primera quimio, me bañe ya el pelo se me empezó a caer y el doctor si me había dicho que se me iba a caer un poquito el pelo, no es usted viera mi hija profesora me dijo que me llevaba mejor y me mandaba a cocalizar, me llevaron y el médico me dijo que él me regalaba la peluca, pero no fui capaz de colocármela, la señora donde me atendió me corto el pelo, las tres mechitas que me habían quedado, me hizo rapidito dos gorros y me los regalo. Eso sí me acento la caída del pelo, me dolió mucho, fue lo que me acento, yo tenía el pelo muy largo muy bonito, me lo cuidaba demasiado”.</p>	<p>Tristeza, enfermedad, Dios, fuerza, valores, promesas, quimio, caída del pelo.</p>	<p>La tristeza de ver que sus hijas iban a sufrir y la fe que le tiene a Dios la impulso a realizarse el todo el proceso para combatir el cáncer.</p>	

Pregunta No. 3. ¿Sintió algún tipo de discriminación o estigmatización?

Tabla 4 Pregunta N° 3

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	<p>“Yo creo que es parte del ser humano, hay unas personas que te apoyan, están contigo ahí, te dicen adelante tú puedes, este es un proceso, hay otras que tienden a decir ay a julanita le dio esto y se murió, esto y lo otro. Tengo amistades de años, que han pasado muchas cosas conmigo, lo normal de un ser humano que pasa por etapas diferentes y se alejaron, tuve dos que se alejaron, les dio miedo como vivir esto conmigo, después he hablado con ellas, unas me dicen que era que me veían llenas de vida y que no podían soportar verme así, otra se enojó conmigo porque yo no había hecho nada a tiempo, pero es la aptitud que uno tome, no? Uno después empieza y al principio duele, pero como que le llega a uno sabiduría divina, es Dios el que pasa hay y uno empieza como a entender la intención de las personas, tenía incluso un novio y el novio me dejó cuando paso esto, cuando me quitaron el seno, porque a mí me hicieron vasectomía radical y entonces se bajó del tren. Y hay oportunidades que esas caídas esos alejamientos de esas personas te dan ese impulso, te dan esa energía para salir adelante... O sea, yo pienso que el cáncer es muy difícil, es una situación que siempre hay que actuar con optimismo. Porque pase unas cinco, seis quimios sola, O sea, todo el mundo se afecta, es una situación en la que tiene mucho colateral, las personas, de una u otra manera se ven afectadas, todos cambiaron su forma de vivir, mi hijo en esa época se fue a vivir</p>	<p>Apoyo, separación, entendimiento,</p>	<p>Depende de la actitud que las personas tengan al momento de recibir el diagnóstico, pues hay personas que prefieren pasar el proceso a tu lado y no dejarte solo y hay otras que simplemente por el miedo al esfuerzo que tengan que realizan presenten consecuencias negativas.</p>	<p>El diagnóstico es un proceso colateral que en muchas situaciones puede acercar más a los amigos y familiares o puede simplemente alejar a aquellas personas que creían iban a ser un apoyo.</p>

	conmigo, como a los dos meses llegaron todos y todos vivíamos pegados porque todos en la misma casa”			
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“No, se acercaron más a mí, me brindaron más apoyo, me brindaban cariño, empezando por la gente pastoral de la iglesia, porque a mí me quieren mucho los de la iglesia, el sacerdote, el seminarista, la gente pasaron todo el tiempo aquí, mis amigos, mis vecinos, no sé de dónde llegarían tanta gente, para mí fue una felicidad muy grande”	Apoyo, cariño, iglesia, felicidad.	La unión que presenta la familia y la fe, es más fuerte que el mismo miedo.	

Pregunta No. 4. ¿Qué estrategias utilizo al enterarse de su diagnóstico?

Tabla 5 Pregunta N°4

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Tu empiezas y te preguntas, quiero sanarme o me quiero ir, yo empecé, quiero sanarme, quiero vivir, quiero ver mis nietos, quiero hacer muchas cosas. Y lo primordial, yo siempre ha donde voy cuento mi historia, es que yo soy hija de una mamá luchona y mi mamá sabía que yo me iba a salvar, o sea me impulsaba, y mis hijos y Johana también me apoyo muchísimo, me compro aire acondicionado, me acomodo todo para que yo estuviera cómoda”.	Análisis, cambios de vida.	Muchas de las estrategias utilizadas por las personas con este tipo de enfermedades logran establecer un proceso de valoración cognitiva, la cual evalúa consecuencias positivas y negativas.	Existen varias estrategias que pueden llegar a usar las personas como el proceso de valoración cognitiva y estrategias centradas en la emoción.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“En ese momento yo me aferre mucho a Dios y la virgen santísima, yo le decía a él que se hiciera la voluntad y la virgencita María, no a la voluntad mía. Aunque por mis	Fe, apoyo.	En algunos casos las personas usan a terceros para sanarse emocionalmente.	

	hijas daba todo y lo hice por mis hijas, lo hice por mis hijas”			
--	---	--	--	--

Categoría II. Inteligencia emocional

La Inteligencia Emocional es un constructo que ayuda a entender de qué manera se influir de un modo adaptativo e inteligente tanto sobre las propias emociones como en la interpretación de los estados emocionales de los demás (Regader, 2018).

Pregunta No. 5. ¿Cómo acepto su condición?

Tabla 6 Pregunta N°5

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Todo es un apoyo porque no es fácil, tuve dos quimios muy duras, dos quimios que fueron tan duras que no dormí cinco días, tu sientes que te vas a volver loca, hay momentos en que tú te encierras, y tienes dos opciones o usas ese momento en que estas contigo mismo, para decir si puedo, voy a salir esto es bueno, esto me va a sacar, esto de aquí yo salgo, o piensas como me paso con el novio, este man me dejo pero él va a ver quién es Eidy, o sea que te impulsa, es como una catapulta que te hace seguir adelante, son situaciones que en un momentico dices son adversas, Al día siguiente de que me operaron el cirujano fue y me dijo Eidy, te quitamos la mama, pero el cáncer sigue ahí, no estés tan optimista que la enfermedad está ahí, es un reto, es algo que está ahí y que te dicen tú lo tienes y tu llegas y tomas la decisión, yo no lo voy a tener no lo voy a curar no voy a sanar. Me voy a sanar y de esto voy a salir y empiezas tu a trabajar	Apoyo, luchas, confianza en sí mismo, valorar, creer.	Puede haber situaciones complejas en las que decidas renunciar, pero al tener ese impulso de motivación a salir adelante, no importa la circunstancia sino el objetivo.	En muchas ocasiones, las situaciones difíciles, pueden hacer que una persona recaiga, pero si tiene esa inteligencia emocional, ese amor propio, la persona logra salir adelante y logra superar esas barreras.

	en tu sanidad y empiezas a valorarte más, tu empiezas a valorar el día a día, uno valora mucho más las cosas y sacas todo lo bueno que hay en tu interior y lo malo lo votas, lo malo lo vas desechando, tienes momentos de ira, tienes momento de dolor, de pesimismo, de todo, pero en ti mismo vas encontrando todo, porque todo está dentro de ti, todo está en tu mente, todo está en que tú quieras que tú mismo te impulses”.			
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“con ayuda de mi familia y poniendo todo en manos de Dios”	Fe.	Tuvo un apoyo espiritual.	

Pregunta No. 6. ¿Qué cambios en su estilo de vida tuvo que realizar?

Tabla 7 Pregunta N°6

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“cambios en mi alimentación, tomar vitaminas, asistir a control a tiempo. Cambie de profesión, ¿Qué profesión tenía anteriormente? Sistemas, entonces trabajaba en eso, vendía, arreglaba, daba clases de sistemas, programaba, era mi trabajo. Una chica me dijo, quiero una pulsera, termine comprando el material y resulte vendiendo eso, mi hijo me dijo porque no vas para caracas entonces me fui para caracas hacer el curso, él me envió. Después realice viajes y varios cursos relacionados al tejido y ahorita me certifique, soy maestra certificada internacional, en punto peruano y recibí el premio que le comenté”	Alimentación, vitaminas.	A pesar de la situación logro aventurarse a un trabajo que la satisfacía.	Las personas antes o después de las enfermedades terminales, realizan una introspección de su vida diaria, donde se sienten conformes y no cambia absolutamente nada y en muchas ocasiones se dan cuenta de que no disfrutaban la vida que llevaban y optan por encontrar actividades
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	

P2	“Muchos por lo menos en la alimentación, tenía comer las frutas, jarabes, eso también me acento mucho, por lo que me salieron vejigas en la garganta, la boca, se me cayeron las uñas, el pelo, bueno fueron cosas así”.	Alimentación, vitaminas	Cambios en la alimentación para soportar las quimios y el proceso del cáncer.	que le resulten más gratificantes.
----	--	-------------------------	---	------------------------------------

Pregunta No. 7. ¿Cuáles fueron las emociones y sentimientos más frecuentes, ante situaciones difíciles?

Tabla 8 Pregunta N°7

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“tristeza, ira, rabia, impotencia”	Labilidad emocional .	Cambios de humor, pues se encuentra en una situación conflictiva, en donde no sabe qué hacer.	No todas las personas actúan de la misma manera, en muchas ocasiones las personas pueden perder el control de sus emociones, entrando en una situación conflictiva a la cual no le encuentran salida. Pero hay otras que a pesar de la difícil situación pueden llegar a mantenerse serenas y tranquilas pues tienen fe de su sanación.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Felicidad cuando llegaban hacerme oración, a pedirle al señor, no me abandonaron siempre estaban conmigo, como le acabe de decir, sacerdotes, religiosos, todos venían a la casa, en ningún momento me dejaron sola, nunca. Hasta la presente porque cuando mis hijas se van me dejan con otra compañera, que acompañarme al médico, que, a sacar citas, me llevan, me traen, pues nunca he estado sola”.	Felicidad, acompaña miento.	Mantuvo la alegría, la esperanza. No se dejó abrumar por la situación que estaba presentando.	

Pregunta No. 8. ¿Qué fortalezas identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?

Tabla 9 Pregunta N°8

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Que tengo que ser positiva, en todo momento y es muy difícil. Porque cada vez que se acerca la fecha de los exámenes, tú te pones pesimista, a ti te empieza a doler la otra teta, a ti te empieza, ay que esto, que lo otro, entonces tu empiezas con esos temores y no, no alcanzar a dimensionar que la hora de Dios es completa, que Dios te puso en esto pero que tú te puedes salir, entonces uno empieza con esas dudas, eso es lo más difícil, mantenerse uno positivo, eso es lo que más me ha costado”.	Positiva, pesimista, temores, ayuda.	A pesar de los pensamientos positivos se dejaba y se deja vencer por el temor.	Las personas saben que deben mantenerse positivas, pero las emociones negativas pueden ser tan fuertes que dificultan el efecto de ese pensamiento. Sin embargo, cuando se tiene una confianza espiritual, las personas tienden a encontrar la paz ante cualquier adversidad.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Confiar en Dios y en la santísima Virgen que nunca he dejado de confiar en él”.	Confianza.	La espiritualidad es una de las estrategias más fuerte que puede tener una persona.	

Pregunta No. 9. ¿Cómo cambiaron sus pensamientos en relación con su diagnóstico?

Tabla 10 Pregunta N°9

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Yo sabía que tenía cáncer por el dolor, porque cuando el cáncer te duele, el cáncer no duele, cuando te empieza el dolor es porque está muy avanzado, y yo decía, el elefante que me viene es grande cuando me dieron la noticia, estaba con una clienta dándole clases de sistemas, y las lágrimas me caían. La teta nunca la llore, llore el pelo, el cabello, lo que más me costó era levantarme y encontrar la almohada llena de cabello, y cuando me estaban rasurando, porque cuando me vi que	Dolor, lagrimas, caída del cabello,	A pesar de la situación más dolorosas que pudo evidenciar, se da cuenta de la importancia del apoyo a sí mismos y la importancia de tocar los corazones de otras personas.	Las situaciones conflictivas pueden llegar a cambiar los pensamientos, las conductas, fortalecer la espiritualidad de las personas, todo en pro al beneficio propio y de los demás.

	<p>tenía un hueco aquí, otro aquí, mi hija se graduaba, y yo me fui al grado de ella con el pelo más corto, tapándome un hueco acá y acá, o sea fue la experiencia. Después que ella se graduó como comunicadora, ahí en la de Pamplona, fue cuando me rasure el cabello y fue muy duro ese día fue uno de los días más duros, porque mi comadre estaba rasurándome con la máquina y las lágrimas de ella caían en mi cabeza y las mías al piso y mamá llorando allá, y mira que después con el tiempo, recuerdo el momento, si con dolor, pero fue algo que ya me salió, que ya tengo que ya me lo corto, o sea fue algo que me enseñó que no debo atenerme de nada, en esta vida todo es pasajero, lo que quede es la semilla lo que tu dejes en otra persona, eso es lo que va a quedar, porque este pelo no vale nada, la teta no vale nada, lo que vale es tu vida,, tu vida para afrontar cada momento, para seguir, para vivirlo, para disfrutarlo. Es la vanidad y a mí me encantaba que un pelo aquí, que un día de un color, o sea me encantaba el cabello, resulta que tu quedas sin pelo, sin cejas, sin pestañas, sin nada muchacha, únicamente con las ganas de salir adelante, y una quimio es igual, tu tenerla con diez millones en el bolsillo o a tenerla con 100 pesos, lo mismo vas a sentir, son situaciones en que Dios se enseña en que Dios te pone, tu llegas y vez que lo importante es el contenida, no tanto lo que te rodea”</p>			
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“aprendiendo a aceptar mi enfermedad y poniendo la frente en alto, luchando por recuperarme”	Aceptar, luchas.	Se volvió más fuerte de lo que creía ser, aceptando la situación y luchando por superarla.	

Pregunta No. 10. ¿Cómo cambiaron sus sentimientos y emociones en relación con su diagnóstico?

Tabla 11 Pregunta 10

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	<p>“Hay veces que se deprime uno mucho, da rabia ¿Por qué siente rabia? ¡Porque no me cuide! Porque no me puse pilas cuando podía, pero después empecé lo principal, es algo fundamental, perdonarse a sí mismo, usted puede perdonar a su papá, a su hermano, pero lo más difícil que hay es perdonarse a uno mismo, porque es muy berraco, tu llegas y dices, pero porque, tú no te puedes meter mentiras a ti misma, tu llegas y dices, pero porque no hice esto pero porque no hice aquello, es que tú tienes que llegar y meterte y explicarte, porque yo no hice esto, porque estaba cansada, porque no quise, yo fui papá y mamá, yo saque mis dos hijos, ¿Por qué no quería yo ya luchar? Ya quería acabar, ya quería morirme, ya quería dejar, yo sabía que era un elefante lo que se venía encima, pero pues en ese momento yo dije ya, ya dejarlo ahí, ya quiero que me dé, quiero morirme, o no lo analice, a veces pienso que lo tome como algo que iba a pasar así, no le di la importancia que tenía, eso fue lo que paso en ese momento. Entonces perdonarme eso fue berraco, es berraco porque tú puedes decir que a la amiga que no estudio, si listo, no pasó nada... entonces eso es lo más difícil perdonarte a ti misma, lo más difícil es eso, lo que más me costó fue eso. Lo conseguí y vi esto como una oportunidad para mostrar lo bueno, que es bastante”</p>	<p>Depresión, rabia, perdón, cansancio, deseos de morir, oportunidad.</p>	<p>Sentimientos fuertes, deseos de morir por el cansancio de la vida tan dura y estresante que pudo llegar a tener, sin embargo, lucho contra esos sentimientos y aunque le costó, logro perdonar sus errores.</p>	<p>Las personas suelen presentar momentos difíciles en el proceso de las quimioterapias, pero muchas veces la fuerza de voluntad es una ayuda muy grande y logra traer enseñanzas como lograr perdonarse por errores cometidos al principio del diagnóstico, como también crea más fuerza y motivación para salir adelante.</p>
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	<p>“me enseñó a ser más fuerte”</p>	<p>Enseñanza, fuerza.</p>	<p>El diagnóstico fue una enseñanza y un logro de fortaleza.</p>	

Categoría III. Redes de apoyo.

Las redes de apoyo se refieren a un conjunto de personas con las que mantenemos un contacto frecuente y un vínculo social cercano, estas personas son emocionalmente significativas y son quienes pueden brindar su ayuda, tanto de tipo material como emocional (Echeverría, 2016).

Pregunta No. 11. ¿A quién o quienes recurrió para buscar ayuda?

Tabla 12 Pregunta N°11

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Mi hijo fue el primero que se enteró, porque mi hijo es ingeniero en sistemas y él trabajaba con los doctores, o sea es un círculo, porque yo tenía contrato con bienestar familiar y ese año no había firmado, no estaba afiliada; yo doy clases a mucha gente de acá, conocidas, doctores, por ejemplo, el patólogo era mi alumna de hace 15 a 20 años, el ginecólogo que me hizo la mamografía, mi hijo era maestro, era profesor, el manejaba las redes, el manejaba todo el sistema, o sea que todo fue una cadena que todo se confabulo, el universo confabulo a mi favor, a mí me atendieron, estaba con las personas indicadas, yo no tuve un retraso en una quimio, fui una clienta muy consentida en el Erasmo Meoz”	Hijo, cadena, universo, confabulación, clienta, consentida.	El primer pensamiento de la persona que podría acudir era al hijo puesto que no estaba afiliada a ninguna entidad de salud, sin embargo, hubo una cadena de personas que influyeron en esa ayuda con los exámenes.	En las redes de apoyo priman los hijos y el esposo, pero también personas externas al ámbito familiar pueden apoyar un proceso.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“A mis hijas y a mi esposo”	Hijas, esposo.	Sus redes de apoyo se basaron en la familia.	

Pregunta No. 12. ¿Quiénes estuvieron con usted antes, durante y después de la enfermedad?

Tabla 13 Pregunta N°12

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“mis hijos y mi mamá”	Hijos, mamá.	Se apoyó en los hijos y la madre mientras se encontraba en el proceso.	Las redes de apoyo se utilizan para ayudar a las personas a crear fuerzas internas, por ello, en muchas ocasiones la familia es el principal rol de apoyo sin embargo hay momentos en que las personas externas a la familia, entran en esa red.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“mis hijos, mi esposo y mis amigos de la iglesia”	Hijos, esposos, amigos,	Se apoyo en los hijos y el esposo desde el ámbito familiar pero también hubo apoyo social.	

Pregunta No. 13. ¿Cuál fue la reacción de su familiar ante su diagnóstico?

Tabla 14 Pregunta N°13

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Pues si no lo tomaron de buena manera nunca me lo dijeron, nunca me reprocharon nada”	Nunca, nada.	A pesar de los sentimientos que lograron tener las redes de apoyo de la paciente, decidieron no mostrarle esa actitud a la persona diagnosticada.	Las redes de apoyo hacen parte fundamental en el proceso de adaptación y aceptación de cualquier tipo de enfermedad, dependiendo del tipo de personalidad del paciente los familiares
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	

P2	“Fue muy dura, porque había días en que esas niñas no hacían sino llorar, por eso hoy yo le pido a Dios por todas esas personas que están sufriendo esa enfermedad. Cuando uno siente el dolor de los hijos y de los seres que lo aman, y pa mis hijos fue demasiado grave y todavía, tengo dos años que estoy sana del cáncer y todavía me llaman, preguntando ¿mami usted cómo está? Así no estén conmigo me llaman 4 a 3 veces al día, ellas han estado ahí no me han abandonado, pobrementemente, pero han estado. Lo llenan a uno demasiado de fortaleza, sí, porque uno se siente muy feliz, se dan de cuenta que, si están con uno en las malas y en las buenas, hay se da uno de cuenta la clase de amigos, vecinos o familiares que lo rodean”.	Llorar, Dios, pedir, dolor, llamadas, preocupaciones, atención, fortaleza, felicidad,	Las hijas no lograban contener el llanto en frente de su madre y aun sienten temor de que algo le pueda pasar, por ende, siguen pendientes de su estado de salud.	actúan de la manera más acertada.
----	--	---	---	-----------------------------------

Pregunta No. 14. ¿Cuál fue la reacción de sus amigos ante su diagnóstico?

Tabla 15 Pregunta N°14

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“mis vecinos siempre estuvieron muy pendientes de mí, otros amigos se alejaron porque decían que yo era persona muy alegre y no querían verme así”	Vecinos, pendientes, amigos, alejaron, alegre.	No siempre se cuenta con el apoyo de todas las personas, solo las que realmente le importa el bienestar de la persona afectada.	Las amistades son símbolo de apoyo social y en situaciones difíciles las personas tienden a esperar un apoyo por parte de ellas, pero depende de que tan fuerte puede ser vínculo, pues en ocasiones suelen huir de la situación por miedo a
P2	“me apoyaron mucho”	Apoyo.	Hubo un gran apoyo social y emocional ante el diagnóstico.	

				las consecuencias negativas de un mal proceso.
--	--	--	--	--

Pregunta No. 15. ¿Tiene hijos, esposo? ¿De qué manera la apoyaron en su tratamiento?

Tabla 16 Pregunta N°15

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“toda mi familia estuvo conmigo, ninguno lloro delante mío, mi mama se iba a llorar donde una vecina muy amiga de ella, mi hijo, me imagino que fue el que tuvo más proceso porque fue el que más lo paso ahí conmigo, mi hija si dicen que lloraban, mi hija se cortó el cabello cuando supo que yo ya estaba bien, toda la vida ha tenido el cabello largo y ella hizo una promesa con Dios y cuando llego fue que llego con el cabello corto, parecía un hombre, dijo no es que yo le hice una promesa a Dios si usted se sanaba yo me lo cortaba”	Familia, llanto, vecina, cabello.	Dentro del tratamiento, las personas que la rodeaban, nunca demostraron debilidad delante de ella, sin embargo, después de terminar el proceso la familia confiesa sus sentimientos y miedos frente al proceso, hasta sus promesas ante Dios.	El apoyo de las personas se puede dar de diferentes maneras, desde promesas espirituales, como cambios conductuales en el rol familiar.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Si, ellos nunca me abandonaron siempre estuvieron a mi lado, eso nos unió más como familia”	Unión, familia.	El proceso logro una unión familiar más fuerte que la que tenían anterior al diagnóstico.	

Historia De Vida

Es una técnica narrativa que consiste en la elaboración de un relato autobiográfico con finalidad terapéutica o de investigación, se utiliza en distintos contextos y disciplinas, el procedimiento es sencillo, consiste en evocar recuerdos de la vida de una persona, pero desde un punto de vista subjetivo, es decir, a través de su propia mirada, en la historia de vida deben quedar reflejados no sólo datos objetivos como fechas y lugares, sino también información relativa a la perspectiva subjetiva, como valores, ideas, proyectos, planteamientos vitales, relaciones sociales, etc. (Raventos, 2015).

Categoría I. estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento se define como un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales se utilizan para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1984), se puede considerar como una respuesta adaptativa, de cada uno, para reducir el estrés que deriva de una situación vista como difícil de afrontar (Citado en Castagnetta, 2018).

Pregunta No. 16. ¿Falleció algún miembro de su familia debido al cáncer?

Tabla 17 Pregunta N°16

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“De mama no, de otro cáncer si, tuve un tío que murió de cáncer de próstata, mi abuela murió de cáncer, se los habían detectado a cierta edad... dicen que la enfermedad es hereditaria, si le da a uno antes de los 60 o algo así, creo que he escuchado, y a ellos se los habían detectado fue antes de los 60”	Mama, cáncer, próstata,	Presentaba herencia por parte de la abuela y un tío.	Los factores de riesgos aumentan a medida que varios miembros de la familia presentan la misma enfermedad, sin embargo, puede haber situaciones donde ciertas enfermedades
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	

P2	“No, hasta ahora soy yo la que esta con esa enfermedad del cáncer”.	Ahora, cáncer.	Es la primera persona que presenta cáncer en la familia.	como el cáncer pueden aparecer por factores externos a la genética.
----	---	----------------	--	---

Pregunta No. 17. Describa su infancia, adolescencia, adultez hasta el momento.

Tabla 18 Pregunta N°17

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Me crio mi mamá nosotros vivíamos en palmeras y nos mudamos para acá, cambio nuestro estilo de vida, allá era una casa, en una ciudad, llegamos acá, totalmente diferente, no fue fácil como todo cambio”	Mama, palmeras, estilos.	Los cambios personales se les hacen difícil.	La forma en como las personas confrontan las situaciones difíciles en el transcurso de sus vidas es de vital importancia en situaciones tan complejas como un diagnostico oncológico.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Yo era una china echada para adelante, recochera, preciosa, trabajadora, me he dado a querer con todo el mundo hasta la presente, nadie tiene que decir de mi ni yo de nadie, siempre he vivido con esa energía, con esa alegría, de tratar con uno, tratar con el otro, hasta caso le digo a mis hijas, ustedes porque estudien, porque saben una cosa, porque saben la otra, no dejen de tratar al que no sabe, a esas personas más se les debe de tender la mano, más se deben dejar de querer, para que ustedes sientan el mismo apoyo, amor que le brindan. Así era mi vida, yo trataba con el uno trataba con el otro, y así he ido, trabajar y ayudar a la familia”.	Trabajadora, divertida, estudio conocimientos, alegría, socializar.	Siempre ha sido una persona trabajadora y fuerte, le gusta socializar, se siente bien ayudando a otras personas y siempre aconseja a los hijos que el conocimiento no es impedimento para tratar bien a las personas.	

Pregunta No. 18 ¿Qué cosas le causan temor?

Tabla 19 Pregunta N°18

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
---------------------	-------------------	------------------------	---------------------------	-------------------------

P1	“Fracasar”	Fracasar	Para las personas que tienen proyectos altos el fracaso es uno de los miedos más grandes dentro de su ámbito personal.	Los pensamientos son herramientas muy importantes para el desarrollo de las personas, pero en ocasiones puede ser un “arma de doble filo” pues si no se tienen pensamientos positivos los resultados pueden ser adversos.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“A veces la oscuridad, quedarme sola en la casa y nada más”.	Oscuridad, sola.	Por el apoyo que tuvo en el proceso del cáncer creo una necesidad constante de estar acompañada por lo que no soporta estar sola en su vivienda.	

Pregunta No. 19. ¿Qué cosas disfruta hacer en su tiempo libre?

Tabla 20 Pregunta N°19

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Ver televisión, conocer, caminar en el mar, me encanta, es una sensación muy linda y nunca me he sentido acomplejada porque no tengo una mama”	Televisión, caminar, mama.	Disfruta ver televisión e ir al mar.	Las estrategias de afrontamiento son usadas dentro de la vida cotidiana para evadir los recuerdos y los problemas, pueden servir como métodos de relajación.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Mirando televisión un ratito, charlando con la que llegue y así. Cuando no me pongo y hago oración, porque apenas me siento yo en esta silla es para hacer oración, el niño creía que yo iba hacer oración, y yo vivo de eso, pida y pida a Dios por la humanidad del mundo entero”	Televisión, oración, humanidad.	Disfruta mirar televisión, realizar oración diariamente o cuando algún vecino se lo pide.	

Pregunta No. 20. Si pudiera regresar en el tiempo y volver a vivir el pasado, ¿qué cosas cambiaría?

Tabla 21 Pregunta N°20

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Nada, porque me gusta lo que soy ahora, me gusta lo que es Eidy becerra y Eidy Becerra, la Eidy Becerra, de ahora se debe a todos sus errores todos sus fracasos toda su experiencia del pasado”	Errores, fracasos, experiencia, pasado.	Logro crear conocimientos frente a la experiencia.	Los logros y aprendizaje hacen que el ser humano se sienta más valioso y útil, todo depende de la persona que está presentando la situación y como decida afrontarla.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Me quedo con lo que siempre he sido, desde mi niñez”	Quedarse, Niñez.	A pesar de haber vivenciado una situación frustrante, no logro aprender pues su concepto de vida es conformista.	

Categoría II. Inteligencia emocional

La Inteligencia Emocional es un constructo que ayuda a entender de qué manera se influye de un modo adaptativo e inteligente tanto sobre las propias emociones como en la interpretación de los estados emocionales de los demás (Regader, 2018).

Pregunta No. 21. ¿Cuáles considera que son sus virtudes o fortalezas?

Tabla 22 Pregunta N°21

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“El deseo de dar, yo soy feliz dando, pero me gusta que me usen, pero cuando ya me piensan a usar, a veces soy tolerante, con la familia hay que ser muy tolerante, pero hay veces que uno se cansa. Mi virtud es como de compartir, cuando había quimio en el hospital yo iba a visitar a las enfermas, porque me gusta, y demostrarles que, si se puede salir, cuando me buscan para que yo vaya a algún lado me gusta”	Feliz, dar, tolerante, compartir.	El compartir o ayudar a aquellas personas que están pasando por la misma situación sirve como reforzamiento positivo ante las situaciones que pasó anteriormente.	En la vida de las personas existe una característica importante llamada altruismo, el cual, satisface alguna necesidad interna que puede llegar a tener la persona, por ende las usan como acto gratificante ante situación conflictivas del pasado.
P2	“el creer en Dios”	Creer, Dios.	Considera su virtud y fortaleza más grande el creer en Dios.	

Pregunta No. 22. ¿En su proyecto de vida como se ha visualizado nivel personal?

Tabla 23 Pregunta N°22

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Creciendo, enseñando, vendiendo mis cortes cada día más, quiero ir a más países. Hasta el momento ha estado en: México, Perú, Venezuela y Colombia”	Creciendo, enseñando, viajar.	Se han visualizado en el progreso de sus proyectos y en enlazar nuevos clientes.	El proyecto de vida en las personas se basa en la visualización acerca de sus metas y logros, pero no todas las personas desean realizar cambios, de lo contrario se sienten conformes con la vida que tienen y las experiencias vividas.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Yo seguí con mi vida normal, como siempre he asistido a la iglesia, lo paso en mi casa, la paso con mis hijos. Yo me aferre mucho a Dios, ¿Qué hago yo? Hacer oración por todos, porque yo no lo hago solamente por mis hijas, yo pido por todo, por toda la juventud del mundo, por todos los jóvenes, por todo. Hay gente que me pide: ay doña Rosa, venga que necesito oración; mamá mire que el gordo me va a perder el año, me pongo yo y hago oración, y así me la pasó. Entonces yo hago oración por todos, por los ancianos por los enfermos, por los pobres, por los niños, y así vivo mi vida feliz y contenta, así es mi vida”	Vida, normal, iglesia, oración, jóvenes, enfermos.	No presenta una proyección futura, pues le agrada ser como es y la vida que actualmente presenta.	

Pregunta No. 23. ¿Qué situaciones han impactado de manera significativa su vida?

Tabla 24 Pregunta N°23

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“La simple enfermedad te cambia todo, porque tú ya vez que todo es pasajero, el solo hecho de vivir eso	Enfermedad, pasajero,	Considera un cambio total de pensamientos,	Las personas no están preparadas para recibir

	es pasajero, la cercanía a la muerte es muy dura, yo me dedique mucho tiempo a visitar enfermos, todo el mundo decía que no porque yo me metía a las UCI a donde fuera que estuviera enfermo y me decían que era muy duro”	visitar, enfermos,	emociones, conductas, entre otros. Debido a la enfermedad.	noticias negativas acerca de su salud física y mental, por lo que genera gran impacto en la vida, ya que hace que la persona realice una revisión de su diario vivir y de las cosas que realmente son gratificantes o no.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“el cáncer”	Cáncer.	Puesto que no es una persona que presentaba riesgos hereditarios, la enfermedad fue una sorpresa dentro de la familia.	

Pregunta No. 24. ¿Tiene un consejo de vida? ¿Cuál?

Tabla 25 Pregunta N°24

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Disfrutar y perdonar”	Perdonar, disfrutar.	Las experiencias	Las experiencias de vida son muy importantes para aquellas personas que están pasando por la misma situación y para aquellas que aún no la han vivenciado.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Yo les diría que mucha fuerza que mucho valor, que no se achicopalen y que crean siempre en Dios y en la Santísima Virgen, porque ellos son los mejores médicos”.	Fuerza, valor, Dios.		

Pregunta No. 25. ¿Qué le ha enseñado su enfermedad?

Tabla 26 Pregunta N°25

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“a creer más en mí y mis capacidades como persona, me ha fortalecido más y me ha dado más ganas de salir adelante”	Fortalecer.	Se fortalecieron sus capacidades personales.	La inteligencia emocional permite a las personas realizar una introspección acerca de si mismos sobre las situaciones conflictivas.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“A ser más buena persona, en confiar más en Dios, en ser buena amiga, buena vecina, a creer que los que están al lado de uno están con uno de verdad, no es por una fantasía que ellos están ahí, porque conmigo lo hicieron y conmigo lo vi. Nunca me abandonaron siempre traían niños, abuelos. Pensaban que era una enfermedad contagiosa pero la gente, usted sabe que hay algunos que son repelentes y odiosos”.	Confianza.	Se reforzó su capacidad altruista.	

Categoría III. Redes de apoyo.

Las redes de apoyo se refieren a un conjunto de personas con las que mantenemos un contacto frecuente y un vínculo social cercano, estas personas son emocionalmente significativas y son quienes pueden brindar su ayuda, tanto de tipo material como emocional (Echeverría, 2016).

Pregunta No. 26. ¿Es casada? ¿Cómo fue su noviazgo? ¿Cómo es o fue su matrimonio? ¿Cómo lo describe? ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?

Tabla 27 Pregunta N°26

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“con mis hijos es una relación muy cercana, con mi madre, ellos me apoyan en todo y siempre han estado conmigo antes, durante y después de mi enfermedad”	Hijos, madre, apoyo.	Redes de apoyo estables.	Las redes de apoyo vienen fortalecidas por conflictos que se han

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“Con mis hijos, una relación muy querida muy linda, siempre nos apoyamos, siempre estamos con ellos, y lo que ellos necesiten, y nosotros pudiéndolo darle las manos se la damos. Tengo cinco hijos y una muerta. La relación con mi esposo, bien, cuando el esta del mal genio, me voy para otro lado, cuando no pues también y así pero no él es muy querido, él no me falta con nada en la casa, que los recibos que la comida, que los alimentos, que las vitaminas para mí y si tenemos le colaboramos a las hijas también, muy responsable, gracias a Dios, tenemos 43 años de casados”	Hijos, apoyo, responsable.	Las redes de apoyo mejoraron en la situación conflictiva.	presentado en el transcurso de la vida, en otras ocasiones las redes de apoyo se fortalecen en las enfermedades.

Pregunta No. 27. ¿Por qué cosa en particular le gustaría ser recordado?

Tabla 28 Pregunta N°27

Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	Análisis General
P1	“Por lo verraca, por la fuerza por eso me gustaría ser recordada. No es religión es paz espiritual”	Verraca, fuerza, religión, espiritual.	Le gustaría ser recordada por haber salido del proceso de cáncer.	Un refuerzo positivo para seguir luchando con el proceso de cáncer, pues a pesar de que ya han logrado vencer dicha enfermedad se debe continuar con los cuidados paliativos para evitar las recaídas.
Participante	Respuestas	Palabras claves	Unidad de Análisis	
P2	“me gustaría ser recordada por ser una mujer temerosa de Dios y testigo de sus bendiciones”	Dios, testigo, temerosa.	Le gustaría ser recordada por la fe que le tiene a Dios y sus obras en la tierra.	

Observación Participante

“La OP es definida como una investigación caracterizada por interacciones sociales profundas entre investigador e investigado, que ocurren en el ambiente de éstos y promocionan la recogida de informaciones de modo sistematizado” (Lima, Magalhães, Campos, López, Ribeiro y Méndez, 2014).

Tabla 29 Observación Participante

Participante	Categoría	Análisis General
P1	Estrategias de afrontamiento	Durante el proceso del Cáncer la paciente dentro sus estrategias de afrontamiento utilizo la valoración cognitiva, puesto que al momento de encontrarse a solas y en la forma de expresarse, mostro que realiza un análisis de lo negativo y lo positivo, enfocándose en lo positivo.
	Inteligencia emocional	Se observó que la paciente 1 logro adquirir un buen manejo de su inteligencia emocional, pues logra transformar lo negativo en positivo sin dejarse influenciar por las emociones, pues a pesar de que aun siente dolor, por sus expresiones faciales de tristeza logro organizar sus emociones, pensamientos y conducta de la mejor manera para afrontar el proceso, durante y después de la enfermedad terminal. Aunque aún demuestra miedo de que el cáncer vuelva a hacer metástasis logra confrontar esa situación y no se deja vencer por el miedo.
	Redes de apoyo	Se pudo observar veracidad sobre el apoyo familiar, puesto que a pesar de que ya salió de la enfermedad, los familiares siguen viviendo con ella para no dejarla sola. Aunque la familia no es de demostrar el interés por la salud de ella, se preocupan por su salud.
Participante	Categoría	Análisis General
P2	Estrategias de afrontamiento	La paciente uso una estrategia durante todo el proceso del cáncer, centradas en la emoción, ya que busco apoyo emocional de amigos, familiares y ámbito espiritual, puesto que invirtió mayor parte de su tiempo con sus seres queridos con el fin principal de liberar emociones y hacer una descarga emocional.

	Inteligencia emocional	Se observó que la paciente 2, no logro crear una buena inteligencia emocional, pues no interiorizo la experiencia del cáncer y todo el proceso, sino que evadió sus pensamientos y emociones por medio de la espiritualidad, puesto que no creo aprendizaje a nivel personal.
	Redes de apoyo	Dentro de la entrevista y la historia de vida, se observó el apoyo familiar, puesto que desde que se inició y culmino el proceso de entrevista, una de sus hijas permaneció distante pero pendiente de lo que la madre y las psicólogas en formación preguntaban. Aclarando la información dada sobre que no le gusta permanecer sola sino en compañía de algún familiar o amistad.

Triangulación de datos

“La triangulación es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular” (Denzin, 1970 citado por Arias, 2000).

Tabla 30 Triangulación de Datos

CATEGORIZACIÓN	HISTORIA DE VIDA	ENTREVISTA A PROFUNDIDAD	OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	ANÁLISIS
Estrategias de afrontamiento.	En su desarrollo vital las personas van creando nuevas herramientas para enfrentarse a las situaciones conflictivas, sin embargo, es una situación complicada para algunos individuos por lo que perjudica en el adulto medio o mayor el enfrentamiento a situaciones cada vez más difíciles y complicadas.	Al enterarse del quiste que tenían en el seno, la primera reacción, en las dos pacientes, fue evadir el problema sin darle una pronta solución, pero al enfrentar la situación por miedo a lo que podría pasar, lograron descubrir estrategias y fortalezas que no tenían y que ahora son el centro de atención en su día a día.	Se logró observar por medio de su lenguaje no verbal el aprendizaje obtenido durante y después de la enfermedad, pues a pesar de que ya lograron vencer el Cáncer, siguen utilizando las estrategias aprendidas en todas sus esferas.	Dentro de la implementación de las tres técnicas se obtuvo que las pacientes, antes de ser diagnosticadas presentaban el “escape o evitación apartándose del problema para evitar que afecte emocionalmente” (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011), después de cierto tiempo, lograron la “aceptación de la responsabilidad: la persona identifica su propio error en el problema y trata de corregir la

				<p>situación” (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011).</p> <p>Ahora bien el afrontamiento se define como un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales se utilizan para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1984), se puede considerar como una respuesta adaptativa, de cada uno, para reducir el estrés que deriva de una situación vista como difícil de afrontar (Citado en Castagnetta, 2018). Es así, como las participantes crearon estrategias diferentes ya que era la mejor manera de adaptarse a la situación y disminuir el estrés, las cuales fueron la valoración psicológica “evaluar las consecuencias negativas que la situación puede conllevarle a su bienestar, buscando reducirlas o eliminarlas, así mismo la persona identifica los elementos del entorno que son amenazantes” ((Lazarus y Folkman, 1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012).) y enfocado en la emoción “se basa en la búsqueda de estrategias que permitan disminuir</p>
--	--	--	--	---

				rápidamente los efectos negativos de la situación estresora a nivel emocional, sin llegar a confrontar directamente la situación o planificar estrategias para modificar el entorno, por lo tanto es frecuente que la persona busque apoyo social y espiritual” (Carr, 2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012)
Inteligencia emocional	Dentro del proyecto de vida de estas dos mujeres se observa que anteriormente no presentaban un buen manejo emocional, ya que se les dificultaba adaptarse a un sitio nuevo o algún cambio, pero desde que decidieron enfrentarse a la enfermedad, ellas mostraron que su carácter de altruismo aumento, su capacidad de introspección sobre sí mismo mejoro, creando metas y logros a futuro, sin embargo, la paciente 2 no logro este proceso por lo que se siente	El control de las emociones es un aprendizaje muy importante para los momentos más difíciles que pueden llegar a pasar las personas, por ello cuando se encuentran en una enfermedad como esta sus emociones se disparan, creando confusiones y en muchos casos generando una ansiedad por no saber cómo actuar ante esa situación. Es así, como aprenden a obtener una inteligencia emocional adecuada para autorrealizarse, pues logran controlar la motivación de salir adelante, también la fuerza de voluntad aumenta de manera proporcional,	Dentro del proceso de la entrevista, se observó que las dos pacientes aun sienten dolor por le enfermedad del cáncer, puesto cuando se acordaron de lo que más les hizo sufrir, no lograron contener el llanto. Pero aun así demostraron su capacidad de motivación y perseverancia al lograr crear pensamientos positivos, independientemente del tipo de estrategia que usaron o siguen usando puesto que logran organizar sus emociones, pensamientos y conductas, de la mejor manera para	Debido a la evitación que presentaron al principio, fue difícil aceptar el proceso que tenían, creando lo que Holland y Rowland (1989) mencionan acerca de los miedos universales “las seis D’s”, específicamente son, la muerte, la dependencia, la desfiguración, la incapacidad, los cambios en las relaciones interpersonales, y el dolor. Más tarde las autoras aumentaron un miedo a la lista, en relación al equipo sanitario que acompañaba al enfermo, o sea, la desvinculación con el mismo que suscita incertidumbre y ansiedad. (Citado en Pereira, 2014). Pero después un tiempo lograron interiorizar los pensamientos creando una inteligencia emocional, como lo define Salovey y Mayer (1990) es “la capacidad de regular

	conforme con la vida que está pasando.	logrando crear enseñanzas como perdonar errores cometidos en el pasado y su comportamiento llega a mantenerse sereno y tranquilo en situaciones conflictivas, donde estas cambian los pensamientos, las conductas, aumentan la espiritualidad, todo en beneficio propio.	afrontar el proceso durante y después del tratamiento.	nuestros sentimientos y emociones y los de las otras personas, discriminándolas, y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y acción”, puesto que han logrado aumentar su altruismo, reconociendo los sentimientos y pensamiento y trasmitiéndolo a las personas que realmente lo necesitan.
Redes de apoyo	Las redes de apoyo vienen fortalecidas por conflictos que se han presentado en el transcurso de la vida, en otras ocasiones las redes de apoyo se fortalecen en las enfermedades y un refuerzo positivo es ser recordados en la familia, amigos o sociedad, como personas luchadoras y temerosas de Dios.	Las redes de apoyo más fuerte fueron de los hijos, puesto que se encontraban más pendientes de ellas en todo el proceso. Aunque también tenían apoyo por parte de otros familiares, amigos y vecinos, donde fue una motivación grande para ellas, ya que, realizaron promesas espirituales y cambios conductuales dentro del rol familiar.	Se pudo observar veracidad sobre el apoyo familiar, puesto que a pesar de que ya salió de la enfermedad, los familiares siguen viviendo con ellas para no dejarlas solas.	Se observó apoyo social y familiar durante y después de la enfermedad. Teniendo en cuenta que “el familismo es el valor cultural más importante, implicando una fuerte identificación de los individuos y un apego a la familia nuclear y extendida, sentimientos fuertes de lealtad, reciprocidad y solidaridad con los miembros de la misma familia” (Marín & VanOss-Marin, 1991, citado por Rodríguez y Costas, 2013). Lo que género en las familias una afectación sobre el cáncer ya que como lo dice Northouse & Peters-Golden (1993) esta condición impacta a todo el sistema familiar, a sus miembros, a la rutina y la vida familiar. Aun así lograron controlar esta emoción y enfrentar la situación en donde no afectara al paciente.

Discusión

Teniendo en cuenta los tres instrumentos de evaluación a las dos pacientes con cáncer de mama, donde se evaluaron tres categorías, las cuales fueron estrategias de afrontamiento, inteligencia emocional y redes de apoyo dando como resultado un buen manejo de las estrategias de afrontamiento, de la inteligencia emocional y un apoyo familiar y social, durante y después del proceso de la enfermedad.

Según Anderson y Goolishian (1996 citado por Gonzáles, Fonseca y Jiménez, 2006) hablan acerca de que la realidad en la que se encuentran estas personas, en ocasiones está ligada al tipo de creencias que existe en el contexto en el que estas se desenvuelven, relacionando así a enfermedades graves como símbolo mortal para quien la padece generando temores y quebrantamiento en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los mismos; por el contrario según cifras de MinSanitas (2019) afortunadamente, en la actualidad el cáncer se puede llegar a curar en un 50-60% de los casos, porcentaje que en algunos casos, como el cáncer de mama, llega al 90%, hay que entender, no obstante, que el término curación, en relación al cáncer se refiere a que ha transcurrido un tiempo de entre 5 y 10 años (dependiendo del tipo de tumor) sin que haya rastro de la enfermedad

Ahora bien dentro de la categoría I. Estrategias de afrontamiento, se evidencio que al momento de la aparición de un bulto en el seno, las pacientes decidieron no hacer frente a la situación y evadirla, como lo menciona Lazarus y Folkman, se refugiaron en escape o evitación, la cual se utiliza para apartarse del problema y no confrontarlo, para evitar un daño emocional, pero después de cierto tiempo de descubrir el bulto en el seno, decidieron realizar el primer diagnóstico y empezar el tratamiento en la enfermedad, llamada teóricamente por Lazarus y Folkman, como la aceptación de la responsabilidad, donde identifican el error cometido y tratar de corregir la situación. (Lazarus y Folkman, 1986; citados en Vásquez & Crespo, 2011).

Es así, como lograron crear una estrategia fundamental en la vida diaria, la cual se convirtió en una base para salir del proceso de la enfermedad, por ello, la paciente 1, transformaba las circunstancias negativas en positivo, realizando una valoración cognitiva, como lo menciona Lazarus y Folkman (1986; citados en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012) buscando reducir o eliminar la situación estresora, lo cual, facilita la adaptación de la persona a la situación conflictiva. Aunque no siempre sucede como lo afronto la paciente 1, puesto que las personas no siempre asimilan la enfermedad de la misma manera, sino por el contrario, tienden a refugiarse en la familia, amigos o de forma espiritual impidiendo un aprendizaje interpersonal, como lo menciona Carr, (2007; citado en Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2012), la estrategia centrada en la emoción permite disminuir rápidamente los efectos negativos de la situación estresora a nivel emocional, sin confrontar directamente la situación o planificar estrategias para modificar el entorno, sino de lo contrario aumenta más el tiempo con sus seres queridos, con el fin de liberar sentimientos y hacer una descarga emocional.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la categoría II. Inteligencia Emocional, se demostró que durante el proceso que tuvieron las participantes, lograron fortalecer el altruismo, como lo menciona Goleman, en su libro, *inteligencia emocional*, “el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, etc. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la composición o el altruismo...” Por lo tanto, lograron motivarse durante el proceso de la enfermedad, puesto que el objetivo de vida de parte de las dos participantes, es ayudar a quien está pasando por la misma situación que ellas pasaron, creando en ellas una necesidad de ayuda hacia la persona necesitada. Por otro lado, solo la participante 1, logro un buen manejo de su inteligencia emocional, ya que logro un aprendizaje frente a la experiencia obtenida en el proceso de la enfermedad, creando pensamientos acordes a una situación conflictiva como lo expresa Pereira (2014), “...es la capacidad para regular las emociones que incentivan el crecimiento emocional e intelectual” donde logro perdonar sus errores, crecer emocionalmente presentando un cambio de los pensamientos que tenía antes del diagnóstico, sobre la anhedonia, la falta de motivación y la poca fuerza para enfrentarse al mundo real, transformándolos, en pensamientos positivos, como la autorrealización y la capacidad de perseverancia. Debido a la estrategia que obtuvo la participante 2, sobre centrarse en la emoción, esta no interiorizo la enfermedad como propia, sino como un proceso que solo un ser espiritual podría sanar, en este caso “Dios”, por ello no logro obtener un aprendizaje interpersonal como lo afirma Londoño (2009) “El apoyo espiritual basado en su creencia en seres espirituales, fue vital, puesto que con la estrategia de apoyarse en seres espirituales, las mujeres entregaron la enfermedad, se liberaron de una gran carga emocional, adquirieron fortaleza y tranquilidad, pues sentían que iban a ser sanadas por estos seres”.

Finalmente, dentro de la categoría III. Redes de Apoyo, se observo apoyo social y familiar durante y después de la enfermedad, teniendo en cuenta que la familia es la principal fuente de apoyo hacia el paciente con cáncer de mama y cualquier otro tipo de enfermedad, para afrontar con éxito los aspectos negativos que se puede generar dentro de la misma (Ponce y Cols, 2007 citado por Vega y Gonzales, 2009). Por otro lado, cuando las personas no cuentan con redes de apoyo, al momento de la aparición de una enfermedad, estas pueden aislarse de su realidad y por ende aparecer enfermedades físicas y cognitivas, como la depresión, ansiedad y estrés, por esto el contar con estas redes de apoyo aportan a los que padecen la enfermedad, bases sólidas, en las que puede apoyarse para superar la misma, como dice Berkman y Syme, 1979; House et al, 1982; Schwarzer y Leppin, 1992 (citado por Vega y Gonzales, 2009) “La falta de apoyo se relaciona con la aparición de enfermedades físicas. También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades mentales como la depresión, la neurosis, se ha visto como las personas que sufren trastornos de esta índole poseen redes sociales pequeñas, menos intercambios de recursos y relaciones no recíprocas”

Conclusión

Es evidente que las personas diagnosticadas con Cáncer de mama, al momento de conocer que presentan un bulto en el seno tienden a evitar la situación para evitar ese malestar emocional que le puede generar ser diagnosticadas con Cáncer de mama. Es por esto que se ve la necesidad de desarrollar estrategias y estilos de afrontamiento que permitan identificar que estrategias de afrontamiento utilizan o utilizaron durante el proceso de la enfermedad terminal.

Se logra identificar que las estrategias de afrontamiento que se utilizan con mayor frecuencia por las participantes son las correspondientes a las centradas en la emoción y valoración cognitiva, puesto que la situación conflictiva al obtener el diagnóstico lograron tener un control emocional y cognitivo permitiéndoles confrontar la situación estresora buscando apoyo social, espiritual y encontrando en sus tiempos de soledad, respuestas positivas hacia la enfermedad, automotivación para enfrentar la situación. De igual manera, los resultados obtenidos por la muestra nos dan a conocer que a través del tiempo han adquirido la capacidad de autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva con el fin de evaluar las conductas pasadas y así adquirir un compromiso de cambio.

Por otro lado, en lo que se refiere a los estilos de afrontamiento más utilizados por los participantes se logra evidenciar que la paciente 1 antes de su diagnóstico tenía el estilo de evitación, pero después logró fortalecer esas estrategias. Por otro lado, la paciente 2 presentó los dos estilos de afrontamiento, el pasivo y evitación, pero actualmente, presenta el estilo pasivo, puesto que no tiene un control sobre la situación y tiende a recurrir a terceros para sobrellevarla mostrando cierto grado de dependencia.

Con lo anterior, damos cumplimiento al objetivo general, donde se describen las estrategias de afrontamiento y los objetivos específicos, que se basan en la identificación de las estrategias utilizadas dentro del proceso y la descripción de los estilos de afrontamiento.

Por otro lado, dentro de los conflictos emocionales, se logró evidenciar que obtuvieron una enseñanza sobre la experiencia vivida, puesto que las dos participantes, reconsideran las estrategias como fortaleza para seguir luchando con el Cáncer. Del mismo modo, las dos participantes, lograron fortalecer el carácter altruista, ya que, tienen en cuenta el ayudar a las personas que se encuentran en situaciones estresantes como las que ellas vivenciaron, y tratando de no cometer los mismos errores que ellas cometieron en un pasado.

También se evidenció, que las redes de apoyo son muy importantes durante el proceso de la enfermedad, puesto que son una motivación, al momento de que la persona con Cáncer de mama decide no seguir luchando, ya que los hijos, los padres, amigos o vecinos les da ese valor para fortalecerse cada día más y continuar con el proceso a pesar de todo las cosas preciadas que van perdiendo debido a las quimios y a la fase en la que se encuentre el Cáncer. Así mismo se logra concluir que no todas las personas diagnosticadas con Cáncer de mama, asumen la problemática con una misma perspectiva, en donde influye la etapa en la que se

encuentren, las estrategias de afrontamiento, la red de apoyo, su personalidad, inteligencia emocional y su sentido de vida.

La asimilación del diagnóstico por Cáncer de mama, es un proceso difícil de aceptar porque a pesar de que actualmente se conoce más sobre la enfermedad se continúa asociándola con la muerte. Además, los cambios que se generan en el estilo de vida como la asistencia frecuente al médico, la caída del cabello, los cambios en la vida emocional obstaculizan la adherencia al tratamiento. Una vez se asimila la enfermedad y salen de esas barreras emocionales, presentan deseos de superación y se proyectan al futuro con objetivos encaminados a su bienestar personal.

Finalmente, en lo que corresponde a la población y muestra abordada se puede concluir que fueron muy colaborativas para lograr el desarrollo de la investigación, mostrándose receptivas y participativas.

Recomendaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos de la investigación, es pertinente plantear las siguientes recomendaciones para aquellos psicólogos o psicólogas en formación que deseen averiguar, analizar y generar nuevas investigaciones con esta población:

Cabe recalcar que las mujeres con Cáncer de mama, son personas que han pasado por etapas demasiado dolorosas, por lo tanto, las próximas investigaciones se debe tener en cuenta el acceso a la población y ser muy empático a la hora de pedir la colaboración para la investigación.

Así mismo, se debe presentar las limitaciones que se obtuvieron durante el proceso de la investigación, para que los siguientes psicólogos en formación tengan en cuenta, el tiempo, la disposición de las mujeres con Cáncer de mama, lograr ubicar cierta cantidad de población y trabajar con ellas lo más rápido posible antes de que se les presente algún otro compromiso.

Por otro parte, la fortaleza de la investigación son las estrategias de afrontamiento que utilizaron las mujeres con Cáncer de mama antes, durante y después del diagnóstico oncológico, para tener un marco referencial para futuras investigaciones, así mismo, la actitud de los psicólogos en formación hacia las mujeres con Cáncer de mama.

Finalmente se recomienda el uso adecuado del dialecto, los instrumentos de evaluación, las técnicas de recolección de información, para una mayor eficacia de la investigación.

Referencias

- Avelar, V., Cornejo, I., & Torres, J. (2011). Efectos psicológicos en personas diagnosticadas con enfermedades crónicas. Recuperado el 2 de marzo de 2017, de <http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>
- Avellar de Aquino, T. A., Gouveira, V. V., Gomes, E. S. y Bandería Melo de Sa, L. (2017). La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 375-386, mayo 2017. ISSN 2145-4515. Disponible en: Fecha de acceso: 25 ene. 2018 recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/799/79951336012/html/index.html>
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2012). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*. Recuperado el 24 de Mayo de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2019). Cáncer de mama: estadios. Obtenido de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estadios>
- American Cancer Society (ACS). (2017). Signos y síntomas del cáncer de seno. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/signos-y-sintomas-del-cancer-de-seno.html>
- American Cancer Society (ACS). (2017) ¿Qué es el cáncer de seno? Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>
- American Cancer Society (ACS). (2017) ¿Cómo se origina el cáncer de seno? Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/como-se-forma-el-cancer-de-seno.html>
- Bermúdez, G. (2018). Crónicas de Cúcuta. Recuperado el día 24 de octubre de 2019, de <http://cronicasdecucuta.blogspot.com/2011/10/88-historia-de-cucuta.html>
- Caracol Radio (2019). *Cúcuta continuara en la lucha contra el cáncer de mama*. Caracol Radio. Obtenido de https://caracol.com.co/emisora/2016/10/20/cucuta/1476991570_607060.html
- Castagnetta, O. (2018). Estrategias de afrontamiento: ¿qué son y cómo pueden ayudarnos? Psicología y mente. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/estrategias-afrontamiento>
- Castleman, M. (2018). Las relaciones sexuales también pueden sobrevivir al cáncer de mama. Obtenido de <https://www.aarp.org/espanol/hogar-familia/expertos/Michael-Castleman/info-10-2013/cancer-mama-sexo-relaciones-sexuales.html>
- Castro, E. (2018). Impacto psicológico del cáncer de mama. Universidad San Sebastián. Obtenido de <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/erica-castro/impacto-psicologico-del-cancer-de-mama/2015-10-14/175935.html>

- CDC (Centros para el control y prevención de enfermedades). (2018). *¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de mama?* Recuperado de https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm
- Cerquera, A., Matajira, Y., Miranda, E., Vásquez, E. (2017). Estrategias de afrontamiento en pacientes diagnosticados con cáncer de mama y el papel del psicólogo. Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia. Recuperado de: <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Estrategias-de-afrontamiento-en-pacientes-diagnosticados-con-c%Elncr-de-mama-y-el-papel-del-psic%F3logo.htm>
- Consultor Salud. (2019). *Cáncer en Colombia—Amenaza creciente*. Obtenido de <http://www.consultorsalud.com/cancer-en-colombia-amenaza-creciente>
- CGPE (Consejo General de la Psicología de España, 2016). Los beneficios de la intervención psicológica en el cáncer de mama, según la APA-Día Mundial contra el cáncer de mama. Infocop. Obtenido de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6440
- Cruz, L., y Morales, E. (2014). Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos realizados en cáncer de mama. México. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-historia-estado-actual-sobre-los-X1665920114361773>
- Di Grillo, M. (2014). *Metas y valores situacionales en el ciclo de vida psicosocial*. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4540/ev.4540.pdf
- Echeverría, L. (2016). Redes de apoyo. Obtenido de <http://estarbien.iberomx.com/mis-relaciones/amigos/redes-de-apoyo/>
- El tiempo, (2018). *¿Cuántas muertes se registran al año en Colombia por cáncer de seno?*. El tiempo. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/salud/cifras-del-cancer-del-seno-en-colombia-y-el-mundo-283162>
- Fernández, C., y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. Colegio de Psicólogos de Madrid, España. Obtenido de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- Fundación de seno HUM. (2019). Fundación que trabaja para ayudar a las mujeres menos favorecidas afectadas por la enfermedad. Recuperado el día 24 de octubre de 2019, de <https://fundaciondesenohum.com/nosotros/>
- Fuster Guillen, D. E. (2018). Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*. 7 (1). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf

- Font, A. y Cardoso, A. (2009). *Afrontamiento En Cáncer De Mama: Pensamientos, Conductas Y Reacciones Emocionales Coping With Breast Cancer Thoughts, Behavioral And Emotional Reactions*. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología. PSICOONCOLOGÍA. 6(1) 2009, pp. 27-42
- Flórez, A., Caro, F., Pérez, M., Forgiony, J. (2019). Estrategias de afrontamiento, estructura y funcionalidad en familias de pacientes con cáncer de mama. Obtenido de https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/3471/PDF_Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garau, M., y Barrios, Enrique. (s.f). Magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *SCIELO*. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v4n1/2301-1254-afm-4-01-00007.pdf>
- González Gutiérrez, O., Fonseca Fonseca, J., y Jiménez Jordán, Luz Cristina (2006). El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida: narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación son el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=679/67920206>
- Goleman, D. (). *Inteligencia Emocional*. Kairos.
- Henaó, A., Osorio, O., Parra, I. (2017). Afrontamiento y adaptación de mujeres con cáncer de mama. Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1150/303>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación: sexta edición. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hospital Universitario San Ignacio (HUSI). (2019). *Día Mundial de la lucha contra el Cáncer*. Obtenido de <https://www.husi.org.co/el-husi-hoy/dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer-2019>
- Global Cancer Observatory (Globocan, 2012). Globocan: estimated incidence, mortality and prevalence worldwide. Obtenido de <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- Instituto Nacional de Cancerología (INC, 2012). El cáncer de mama: un problema creciente en Colombia. Ministerio de Salud y protección social. *Hechos y acciones*. 4(2). Obtenido de https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/95685f345e64aa9f0fece8a589b5acc3_BOLETIN%20HECHOS%20Y%20ACCIONES%20MAMA.PDF
- Infosalud. (2019). La SEOM pide luchar "sin eufemismos" contra el estigma social del cáncer. recuperado de <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-seom-pide-luchar-eufemismos-contra-estigma-social-cancer-20110202170048.html>
- Jiménez, S. (2017). *El estigma social de las supervivientes del cáncer: “estamos en tierra de nadie y civilmente muertas sin derechos”*. Recuperado de

<https://www.republica.com/2017/10/18/el-estigma-social-de-las-supervivientes-de-cancer-estamos-atrapadas-en-tierra-de-nadie-y-civilmente-muertas/#>

Knaul, F., Carrillo, L., Ponce, E., Dantes, H., Romieu, I., y Torres, G. (2009). *Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud*. Instituto Carso de la Salud y Fundación Mexicana para la Salud. México. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800002

La opinión. (2019). *Cáncer de Mama con alto índice en Norte de Santander*. Obtenido de <https://www.laopinion.com.co/region/cancer-de-mama-con-alto-indice-en-norte-de-santander-170752#OP>

La opinión. (2019). En norte de Santander el cáncer de seno está atacando a menores de 40. Recuperado el 24 de octubre de 2019, de <https://www.laopinion.com.co/region/en-norte-de-santander-el-cancer-de-seno-esta-atacando-menores-de-40-178536#OP>

Laguado, O. (2018). Lucha contra el Cáncer de mama. Recuperado el día 24 de octubre de 2019, de <http://www.asiescucuta.com/index.php/en/entertainment/item/11949-lucha-contra-el-cancer-de-mama>

Ley 1090 de 2006 Código deontológico y bioético del psicólogo. Diario Oficial de Colombia. Miércoles 6 de septiembre. recuperado de https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf

Ley 1616 de 2013 de Salud Mental. Diario Oficial de Colombia. 21 de enero de 2013. recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1616013.pdf>

Constitución Política de Colombia. (1992) Editorial Témis. Bogotá 1992. recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/42965/48/Bibliograf%C3%ADa.pdf>

Ley 1384 del 2010. Acciones para atención integral del cáncer de mama.

Liga contra el cáncer. (2019). Misión y visión. Recuperado el día 24 de octubre de 2019, de <https://www.ligacontraelcancer.com.co/who-we-are/>

Lima Fagundez, K. V., Magalhães, A. de A., Campos, C. C. dos S., López Alves, C. G., Ribeiro, P. M. y Méndez, M. M. (2014). Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa En El Proceso Salud-Enfermedad. *INDEX*. 23(12). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n1-2/metodologia1.pdf>

López, J., de Vries, E., Espinosa, M., Henríquez, G., Marín, Y., Pardo, C., Puerto, D., Rodríguez, C., Rojas, M., Rojas, M., Samudio, M., Serrano, C., Wiesner, C. (2015). Análisis de situación del Cáncer en Colombia 2015. Obtenido de https://www.cancer.gov.co/Situacion_del_Cancer_en_Colombia_2015.pdf

Lugones, M., y Ramírez, M. (2009). Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Policlínico Universitario. La Habana, Cuba. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300020

- López, D., Torres, M., Pérez, J. (2015). Entrevista a profundidad y entrevista semiestructurada. Obtenido de <https://prezi.com/kdeemutydq6t/entrevista-a-profundidad-y-entrevista-semiestructurada/>
- Londoño, Y. C. (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. *Investigación y educación en enfermería*. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198007.pdf>
- Martínez, S. (2017). Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Colombia. Obtenido de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1232/1187>
- Martínez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo Bogotá – Colombia. Obtenido de <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>
- MinSalud. (2019). *El cáncer de Mama*. Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>
- MinSalud. (2018). *Ciclo de vida*. [Fecha de consulta: 19 de enero de 2018] Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
- Minsalud (2014). Cáncer de mama: una enfermedad en ascenso en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de prensa 298 de 2014. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>
- MinSanitas (2019). Falsos mitos sobre el cáncer. Recuperado de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/cancer/falsos-mitos.html>
- Moreno Martín, M., Gutiérrez Iglesia, D., y Zayas García, R (2017). Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2(1). Descargado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267>
- Nuevo Siglo. (2019). *Aumenta Incidencia del Cáncer*. Periódico el Nuevo siglo. Obtenido de <https://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/01-2019-incidencia-del-cancer-aumenta-en-el-pais>
- AECC (Observatorio del cáncer, 2019). Informe sobre la atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España. P. 7. Obtenido de https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe_AECC_Atencion_psicologica.pdf
- Ojeda, S., Martínez, C. (2012). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de

mama. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima- Perú.
<https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2012/febrero/04%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). *Cáncer - datos y cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Ortiz Garzón, E., Méndez Salazar, L. P., Camargo Barrero, J. A., Chavarro, S. A., Toro Cardona, G. I., Vernaza Guerrero, M. B. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297231283008.pdf>

Ospina, M., Huertas, J., Montaña, J., y Rivillas, J. (2015). Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Revista facultad Nacional de Salud Pública. Obtenido de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19044/20779854>

Papalia, D., Feldma, R., Martorell, G. (2012). Papalia: desarrollo humano. Doceava edición. Obtenido de <https://www.academia.edu/20423118/Desarrollo-humano-Papalia-12a?auto=download>

Pereira, A. (2014). Inteligencia emocional y enfermedad Oncológica. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/127892/DPPMMLHM_SousaPereiraTequesA_InteligenciaEmocionalOncologia.pdf;jsessionid=59D154C72B0FB36DD4B33247BF72100D?sequence=1

Raventos, A. (2015). Historia de vida ¿Qué es y cómo hacerla? Simbolics psicoterapia. Obtenido de <https://www.simbolics.cat/cas/historia-de-vida-que-es-y-como-hacerla/>

Regader, B. (2018). ¿Qué es la inteligencia emocional? Psicología y mente. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/inteligencia/inteligencia-emocional>

Rodríguez Loyola, Y. y Costas Muñiz, R. (2013). El diagnóstico de cáncer de mamas desde una perspectiva familiar: Retos para la Psico-oncología en América Latina. *Redalyc.org*. 47(1). ISSN: 0034-9690. Recuperado el 18/05/2019.

Rojas, K., Gómez, F., & Pazos, V. (2014). *El ciclo vital individual*. Cali: Precop SCP

Schneider Hermel, J., Pizzinato, A. y Calderón Uribe, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de psicología*. 33(2). Recuperado el 18/05/2019 de https://www.researchgate.net/publication/286070557_Mujeres_con_cancer_de_mama_apoyo_social_y_autocuidado_percibido

Sanfeliciano, A. (2018). La teoría de las etapas vitales de Erickson. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-las-etapas-vitales-de-erikson/>

Saavedra, M. Ojeda, R. Turtl, M. y Suárez, S. (2016). *Abordaje desde la psicología del ciclo vital del conflicto de generaciones: adolescencia y adultez*. VIII Congreso Internacional de

Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Sparkes, A. C. y Devis, J. D. (s.f). *INVESTIGACIÓN NARRATIVA Y SUS FORMAS DE ANÁLISIS: UNA VISIÓN DESDE LA EDUCACIÓN FÍSICA Y EL DEPORTE*. Universidad de Antioquia. Recuperado de http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/cuerpo_ciudad/investigacion_narrativa.pdf?fbclid=IwAR0WEDO5fWTLH_TtEpV7N5gKbQ8YsYtiLI4XA9OeytKjZThLOzy4s13Cn8s

Triglia, A. (2018). Las 5 etapas del desarrollo psicosexual de Sigmund Freud. Psicología y Mente. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/etapas-desarrollo-psicosexual-sigmund-freud>

Tross, S., & Holland, J. (1989). Secuelas psicológicas en sobrevivientes de cáncer. Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer (pp.101-116). New York: Oxford University Press.

Valero, C., Badinabeitia, T., y Gil, E. (2018). La atención psicológica al paciente de cáncer en España. Obtenido de https://www.fundacionmylan.com/-/media/mylanfoundaciones/files/atencion_psicologica_digital_def_2.pdf

Varas, K. (2018). Adultez Intermedia. Monografías. Obtenido de <https://www.monografias.com/trabajos101/adultez-intermedia/adultez-intermedia.shtml>

Vásquez, C., y Crespo, M. (2000). Estrategias de afrontamiento. Barcelona. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/257032587_Estrategias_de_Afrontamiento

Vega Angarita, O. M y Gonzales Escobar, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. Glob.* 16. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021

World Health Organization, (2019). Cáncer de mama: prevención y control. Obtenido de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>

Apéndices

Apéndice A Entrevista A Profundidad

Categoría	Subcategoría	Pregunta Orientadora	Respuesta
Estrategia de afrontamiento	Confrontación Planificación de soluciones	1. ¿Cómo se enteró de su diagnóstico?	
		2. ¿Cómo asumió su diagnóstico?	
		3. ¿Sintió algún tipo de discriminación o estigmatización?	
		4. ¿Qué estrategias utilizó al enterarse de su diagnóstico?	
Inteligencia emocional	Distanciamiento Autocontrol Aceptación de la responsabilidad Escape-evitación Reevaluación Positiva	5. ¿Cómo acepto su condición?	
		6. ¿Qué cambios en su estilo de vida tuvo que realizar?	
		7. ¿Cuáles fueron las emociones y sentimientos más frecuentes ante situaciones difíciles?	
		8. ¿Qué fortalezas identifico en usted que le ayudaron a enfrentar la situación?	
		9. ¿Cómo cambiaron sus pensamientos en relación con su diagnóstico?	
		10. ¿Cómo cambiaron sus sentimientos y emociones en relación con su diagnóstico?	
		11. ¿a quién o quienes recurrió para buscar ayuda?	

Redes de Apoyo	Búsqueda de Apoyo social	12. ¿Quiénes estuvieron con usted antes, durante y después de la enfermedad?	
		13. ¿Cuál fue la reacción de su familia ante su diagnóstico?	
		14. ¿Cuál fue la reacción de sus amigos ante su diagnóstico?	
		15. ¿tiene hijos, esposo? ¿de qué manera la apoyaron en su tratamiento?	

Apéndice B Historia de Vida

Categoría	Subcategoría	Pregunta Orientadora	Respuesta
Estrategia de afrontamiento	Confrontación Planificación de soluciones	16. ¿falleció algún miembro de su familia debido al cáncer?	
		17. Describa su infancia, adolescencia y adultez hasta el momento.	
		18. ¿Qué cosas le causan temor?	
		19. ¿Qué cosas disfruta hacer en su tiempo libre?	
		20. si pudiera regresar el tiempo y volver al vivir el pasado, ¿Qué cosas cambiarías?	
		21. ¿Cuáles considera que son sus	

Inteligencia emocional	Distanciamiento Autocontrol Aceptación de la responsabilidad Escape-evitación Reevaluación Positiva	virtudes o fortalezas?	
		22. En su proyecto de vida ¿Cómo se ha visualizado a nivel personal?	
		23. ¿Qué situaciones han impactado de manera significativa su vida?	
		24. ¿tienes un consejo de vida?	
		25. ¿Qué le ha enseñado su enfermedad?	
Redes de Apoyo	Búsqueda de apoyo social	26. ¿Cómo es la relación con sus hijos y esposo?	
		27. ¿Por qué cosa en particular le gustaría ser recordado?	

Apéndice C Observación Participante

Participante	Categoría	Análisis General
P1	Estrategias de afrontamiento	
	Inteligencia emocional	
	Redes de apoyo	
Participante	Categoría	Análisis General
P2	Estrategias de afrontamiento	
	Inteligencia emocional	
	Redes de apoyo	

Apéndice D Triangulación de Datos

CATEGORIZACIÓN	HISTORIA DE VIDA	ENTREVISTA A PROFUNDIDAD	OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	ANÁLISIS
Estrategias de afrontamiento.				
Inteligencia emocional				
Redes de apoyo				

Evidencias

Evidencia 1 Carta de Director de Tesis



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

San José de Cúcuta, Norte de Santander, 01 de octubre de 2019

Señores:

**COMITÉ DE TRABAJO DE GRADO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

Asunto:

Yo GERARDO PARADA director de la tesis "Estrategias de afrontamiento utilizadas ante el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres de la ciudad de Cúcuta" que realizan las estudiantes YAJAIRA ELENA TRUJILLO MARTINEZ con código 1092364723 y LINDA KATHERINE TRISTANCHO MANOSALVA con código 1090517528 para el semestre 2019-II, autorizo el envío del anteproyecto el cual ya revisé y orienté en el proceso.

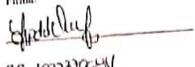
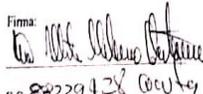
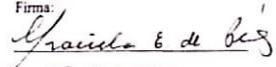
Atentamente:

GERARDO PARADA
Coordinador del programa de Psicología



Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz

Evidencia 2 Validación de Expertos

<p style="text-align: center;">TRABAJO DE GRADO 2019</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>Constancia de Juicio de experto:</p> <p>Yo, <u>Capitel Ordoñez Cervera</u> titular de la cédula de ciudadanía No. <u>1032370784</u> certifico que realicé el juicio del experto al instrumento diseñado por las psicólogas en formación Yajaira Elena Trujillo Martínez y Linda Katherine Tristanchio Manosalva, de la Universidad de Pamplona, como parte fundamental para el desarrollo de su investigación en curso modalidad trabajo de grado.</p> <p>El día <u>18</u> del mes <u>10</u> del año 2019</p> <p>Anexo:</p> <p>Número de la tarjeta profesional: <u>1148124</u></p> <p>Firma:  c.c 1032370784</p>	<p style="text-align: center;">TRABAJO DE GRADO 2019</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>Constancia de Juicio de experto:</p> <p>Yo, <u>Luis Manolo Manosalva Osorio</u> titular de la cédula de ciudadanía No. <u>88229438</u> certifico que realicé el juicio del experto al instrumento diseñado por las psicólogas en formación Yajaira Elena Trujillo Martínez y Linda Katherine Tristanchio Manosalva, de la Universidad de Pamplona, como parte fundamental para el desarrollo de su investigación en curso modalidad trabajo de grado.</p> <p>El día <u>12</u> del mes <u>11</u> del año 2019</p> <p>Anexo:</p> <p>Número de la tarjeta profesional: <u>151176</u></p> <p>Firma:  c.c 88229438</p>
<p style="text-align: center;">TRABAJO DE GRADO 2019</p> <p style="text-align: right;"></p> <p>Constancia de Juicio de experto:</p> <p>Yo, <u>C Graciela Espinel de Perez</u> titular de la cédula de ciudadanía No. <u>37219884</u> certifico que realicé el juicio del experto al instrumento diseñado por las psicólogas en formación Yajaira Elena Trujillo Martínez y Linda Katherine Tristanchio Manosalva, de la Universidad de Pamplona, como parte fundamental para el desarrollo de su investigación en curso modalidad trabajo de grado.</p> <p>El día <u>17</u> del mes <u>X</u> del año 2019</p> <p>Anexo:</p> <p>Número de la tarjeta profesional: <u>359 Norte de Santander</u></p> <p>Firma:  c.c 37 219.884</p>	

Evidencia 3 Consentimientos Informados



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por Favor, lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de investigación.

- 1. **Uso y confidencialidad de los datos:** toda la información suministrada por usted, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito son confidenciales y serán utilizados con fines únicamente académicos y no se entregarán a ninguna otra persona e institución sin su consentimiento.
- 2. **Instrumentos de evaluación:** Los instrumentos como la historia de vida y la entrevista semiestructurada a profundidad se realizarán con el fin de conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona, durante su diagnóstico oncológico.

3. Declaración del consentimiento

Yo Rosa Diana Pineda identificado (a) con cedula de ciudadanía Numero 27811219 de Casta manifiesto que he sido informado (a) de la naturaleza y propósito del proceso que se llevara a cabo, el cual será usado con fines académicos por parte de las psicólogas en formación Yajaira Elena Trujillo Martinez y Linda Katherine Trisancho Manosalva, poniendo en conocimiento que mi participación es voluntaria y autorizo la toma de imágenes como evidencia de su trabajo, así mismo, la psicóloga en formación ha aclarado mis dudas respecto al proceso, que no se me entregara ningún informe y que no es un proceso de intervención psicológica, por lo tanto a través de este documento autorizo mi participación.

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA PSI. EN FORMACIÓN



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

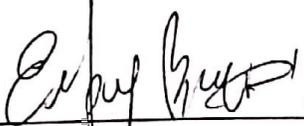


CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por Favor, lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de investigación.

- 1. Uso y confidencialidad de los datos:** toda la información suministrada por usted, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito son confidenciales y serán utilizados con fines únicamente académicos y no se entregarán a ninguna otra persona e institución sin su consentimiento.
- 2. Instrumentos de evaluación:** Los instrumentos como la historia de vida y la entrevista semiestructurada a profundidad se realizarán con el fin de conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por la persona, durante su diagnóstico oncológico.
- 3. Declaración del consentimiento**

Yo Eidy Becerra identificado (a) con cedula de ciudadanía Numero 27892935 de ROSARIO manifiesto que he sido informado (a) de la naturaleza y propósito del proceso que se llevara a cabo, el cual será usado con fines académicos por parte de las psicólogas en formación Yajaira Elena Trujillo Martinez y Linda Katherine Tristancho Manosalva, poniendo en conocimiento que mi participación es voluntaria y autorizo la toma de imágenes como evidencia de su trabajo, así mismo, la psicóloga en formación ha aclarado mis dudas respecto al proceso, que no se me entregara ningún informe y que no es un proceso de intervención psicológica, por lo tanto a través de este documento autorizo mi participación.


FIRMA PARTICIPANTE


FIRMA PSI. EN FORMACIÓN

Evidencia 4 Cartilla Informativa



<p>CARTILLA INFORMATIVA SOBRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE LA CIUDAD DE CÚCUTA</p> <p>ELABORADA POR: LINDA KATHERINE TRISTANCHO MANOSALVA YAJAIRA ELENA TRUJILLO MARTINEZ</p> <p>UNIVERSIDAD DE PAMPLONA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CÚCUTA 2019</p>	<p>CONTENIDO</p> <p>¿Qué es el cáncer de mama? 3</p> <p>Tipos comunes de cáncer de mama 4</p> <p>¿Dónde se origina? 5</p> <p>Síntomas 5</p> <p>¿Cómo afecta el cáncer de mama? 7</p> <p>Autoexamen del Cáncer de mama 8</p> <p>¿Cómo prevenir el cáncer de mama? 10</p> <p>Incidencia 11</p> <p>TESTIMONIO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA 13</p> <p> PARTICIPANTE 1 13</p> <p> PARTICIPANTE 2 14</p> <p>CONCLUSIONES 14</p> <p>Referencias 15</p>
---	---

¿Qué es el cáncer de mama?

El Cáncer de Mama es un tipo de cáncer maligno, donde las células de la mama se multiplican sin control, es importante saber que la mayoría de los bultos en los senos son benignos y no cancerosos (malignos), los tumores no cancerosos de los senos (benignos) son crecimientos anormales, pero no se propagan fuera de los senos, estos tumores no representan un peligro para la vida, aunque algunos tipos de bultos benignos pueden aumentar el riesgo de una mujer de padecer cáncer de seno.

El cáncer de mama puede comenzar en distintas partes de la mama. Las mamas constan de tres partes principales: lobulillos, conductos y tejido conectivo. Los lobulillos son las glándulas que producen leche. Los conductos son los tubos que transportan la leche al pezón. El tejido conectivo (formado por tejido fibroso y adiposo) rodea y sostiene todas las partes de la mama. La mayoría de los cánceres de mama comienzan en los conductos o en los lobulillos.

El cáncer de mama puede diseminarse fuera de la mama a través de los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos. Cuando el cáncer de mama se disemina a otras partes del cuerpo, se dice que ha hecho metástasis.



Tipos comunes de cáncer de mama

Los tipos más comunes de cáncer de mama son:

Carcinoma ductal infiltrante:

Las células cancerosas se multiplican fuera de los conductos e invaden otras partes del tejido mamario. Estas células cancerosas invasoras también pueden diseminarse, o formar metástasis, en otras partes del cuerpo.

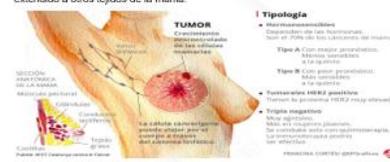
Carcinoma lobulillar infiltrante:

Las células cancerosas se diseminan de los lobulillos a los tejidos mamaros cercanos. Estas células cancerosas invasoras también pueden diseminarse a otras partes del cuerpo.

Existen otros tipos de cáncer de mama menos comunes, tales como la enfermedad del cáncer de mama medular, el cáncer de mama **DCIS** y el cáncer de mama inflamatorio.

Carcinoma ductal in situ

Es una enfermedad de las mamas que puede llevar a cáncer de mama. Las células cancerosas se encuentran únicamente en la capa que cubre los conductos y no se han extendido a otros tejidos de la mama.



Tipología

- HER2/neu positiva**
Dependen de los Receptores de los Hormonales, pero el 20% de los cánceres del mama son HER2 positivos.
- Tipo A** Con mayor proporción de células sanas.
A la quimio.
- Tipo B** Con menor proporción de células sanas.
A la quimio.
- Testosterona HER2 positiva**
Responde al protocolo TDM2 muy avanzado.
- Triple negativo**
No es HER2 positivo, no responde a hormonas, se combata sólo con quimioterapia. Los tratamientos más avanzados son anticuerpos.
- Responde a anticuerpos anti-HER2**

Fuente del contenido: División de Prevención y Control del Cáncer, Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Septiembre, 2018.



¿Dónde se origina?

Los cánceres de seno pueden originarse en diferentes partes del seno.

- La mayoría de los cánceres de seno comienza en los conductos que llevan la leche hacia el pezón (cánceres ductales)
- Algunos cánceres se originan en las glándulas que producen leche (cánceres lobulillares)
- También hay otros tipos de cáncer de seno que son menos comunes como el tumor **fibroma**, y el **angiosarcoma**
- Un pequeño número de cánceres comienza en otros tejidos del seno. A estos cánceres se les llama sarcomas y linfomas, y en realidad no se consideran cánceres de seno.

Fuente del documento: ANEPAN **Cáncer de Mama**, Septiembre, 2019.

Síntomas

Los signos de advertencia del cáncer de mama pueden ser distintos en cada persona. Algunas personas no tienen ningún tipo de signos o síntomas.

Algunas señales de advertencia del cáncer de mama son:

- Un bulto nuevo en la mama o la axila (debajo del brazo).
- Aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama.
- Irritación o hundimientos en la piel de la mama.
- Enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o la mama.
- Hundimiento del pezón o dolor en esa zona.
- Secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre.
- Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama.
- Dolor en cualquier parte de la mama.

Fuente del documento: División de Prevención y Control del Cáncer, Centro para el Cáncer y la Prevención de Enfermedades, Septiembre, 2018.



Síntomas del cáncer de mama

Hazte el autoexamen regularmente y si percibes algo irregular, consulta a un médico.



telesur



¿Cómo afecta el cáncer de mama?

Hacer frente a un cáncer de mama puede suponer el impacto real en todas las esferas de la vida de la paciente y de su familia y personas más cercanas. Es posible entrar en un proceso en el que es difícil mantener el ritmo normalizado de relaciones, es posible perder autonomía, son comunes los cambios de humor, el miedo. Esto puede conllevar la dificultad para mantener diferentes actividades realizadas en sociedad y con ello, la pérdida de grupos de referencia.

Igualmente, las relaciones pueden verse modificadas, temporal o definitivamente, por factores tanto psicológicos como físicos, pudiendo condicionar las relaciones de la paciente y sus familiares, con el resto de su contexto.

Imagen Corporal

Como consecuencia de los tratamientos, el cuerpo y la apariencia física pueden sufrir algunos cambios: pérdida o aumento de peso, cicatrices, pérdida de la mama, etc. Tras la cirugía, especialmente si se ha realizado una mastectomía es posible sentir tristeza, pérdida de autoestima, inseguridad. Pero es importante saber que es posible adaptarse a la nueva imagen y continuar con la vida cotidiana. Es posible que durante los tratamientos se produzca la pérdida de cabello, afectando directamente a la imagen física. En estos casos, existen varias opciones que pueden ayudar a minimizar el impacto de la nueva situación: existen pañuelos de diferentes colores y formas, y pelucas para compra o préstamo.



Fuente: el presidente de la farmacia, Octubre, 2017.



Autoexamen del Cáncer de mama

Un autoexamen de mamas es un chequeo que una mujer se realiza en casa para buscar cambios o problemas en el tejido mamario, muchas mujeres sienten que hacer esto es importante para su salud, sin embargo, los expertos no se ponen de acuerdo respecto a los beneficios de los autoexámenes de mamas para detectar el cáncer de mama o salvar sus vidas.

Es más fácil examinarse todo el tejido mamario si está acostada:

- Coloque la mano derecha por detrás de la cabeza. Con los dedos del medio de la mano izquierda presione suave, pero con firmeza haciendo movimientos pequeños para examinar toda la mama derecha.
- Luego, estando sentada o de pie, palpe la axila, ya que el tejido mamario se extiende hasta esta zona.
- Presione suavemente los pezones, verificando si hay secreción. Repita el proceso en la mama izquierda.
- Utilice uno de los patrones que se muestran en el diagrama para constatar que esté cubriendo todo el tejido mamario.

Luego, párese frente a un espejo con los brazos a los lados.

- Mire las mamas directamente y en el espejo. Busque cambios en la textura de la piel, como hoyuelos, arrugas, abolladuras o piel que luzca como cáscara de naranja.
- Igualmente observe la forma y el contorno de cada mama.
- Revise para ver si el pezón está hundido.

Fuente: Medline Plus, Noviembre, 2016.



Autoexamen de mama.

Practícalo sin falta una vez al mes 10 días antes o 10 días después de tu periodo. Si estás en edad menopáusica escoge un día fijo. 4 minutos que pueden salvar toda tu vida.



Fuente: Dr. Alberto Heróles Álvarez, Hospital General de Zona No. 56, San Luis Potosí, SLP, Noviembre, 2016.



¿Cómo prevenir el cáncer de mama?

- Llevar una alimentación balanceada y alta en fibra, que incluya brócoli, acelgas, espinacas, setas, uva y papaya
- Disminuir el consumo de azúcares y grasas
- Practicar ejercicio al menos 30 minutos diariamente
- Mantener un peso adecuado
- Evitar el cigarro y el alcohol
- Realizar una autoexploración mamaria mensual a partir de los 20 años, de preferencia al quinto día de la menstruación
- Solicitar una mastografía a partir de los 34 años, en caso de antecedentes familiares de la enfermedad. Si no se tienen, se debe hacer cada dos años a partir de los 40, y cada año al llegar a los 50.

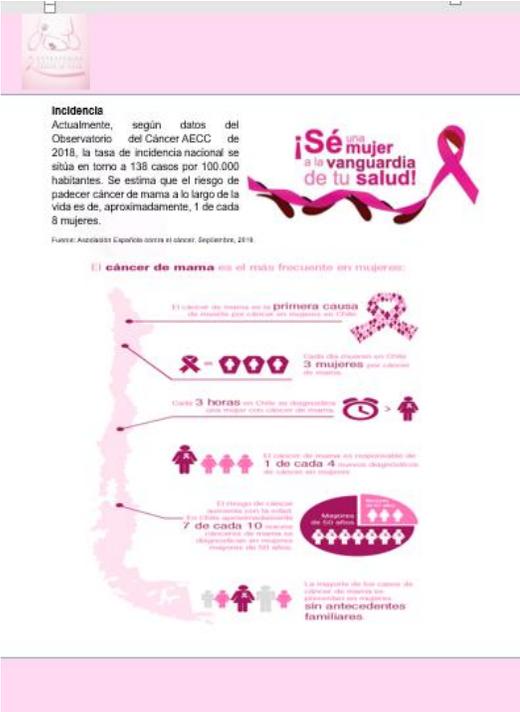


Fuente: Dr. Alberto Heróles Álvarez, Hospital General de Zona No. 56, San Luis Potosí, SLP, Noviembre, 2016.

Incidencia

Actualmente, según datos del Observatorio del Cáncer AECOC de 2018, la tasa de incidencia nacional se sitúa en torno a 138 casos por 100.000 habitantes. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.

Fuente: Asociación Española contra el cáncer. Septiembre, 2019.



¡Sé una mujer a la vanguardia de tu salud!

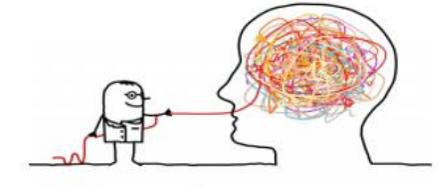
Estrategias de Afrontamiento

Según Lazarus y Folkman existen diferentes tipos de estrategias de afrontamiento por medio de las cuales los individuos buscan la manera de superar las afectaciones que surgen de alguna situación adversa o enfermedad:

- **Centradas en el problema:** la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema, hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, noto por la presencia de la situación estresante.
- **Centradas en la emoción:** la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante, si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo.
- **Combinadas:** son más instrumentales, modifican el problema haciéndolo menos estresante.

Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación, indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él, se da en la fase de afrontamiento.

Planificación: apunta a solucionar el problema, se da durante la evaluación de la situación.



Fuente: **Univisio** Marketing, C. Valle, M. Zambrano, J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Abril, 2015.

TESTIMONIO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

PARTICIPANTE 1

Eidy es una mujer en remisión de cáncer de mama, hace 3 años venció la enfermedad. Al enterarse de su enfermedad en un inicio ella decidió no prestar atención a la enfermedad y se sumergió en su propio dolor, no entendía porque esto le pasaba a ella y decidió callarlo, la enfermedad aún estaba en su fase de inicio y el tratamiento sería más efectivo, al pasar de dos años esta mujer sufrió una recaída y al hacerse los exámenes su cáncer estaba mucho más avanzado.

En este punto ella decidió contárselo a su familia, sus hijos y su madre estuvieron con ella en todo momento acompañándola, una red de apoyo muy fuerte la cual fue importante durante su proceso de recuperación, algunos de sus amigos se alejaron de ella puesto que se sintieron defraudados por como ella tomó la situación en un inicio y no hizo nada y le manifestaban que "no querían verla así".

Esta mujer manifiesta que en ningún momento se sintió sola, siempre contó con el apoyo de todas aquellas personas que ella más amaba. Expresa también que el momento más difícil que tuvo que enfrentar fue la caída de su cabello pues como dice ella la mujer es "vanidosa" por naturaleza y por ende fue muy fuerte para ella, junto a la pérdida del seno.

Hoy en día Eidy logra vencer el cáncer y es una mujer "feliz y dichosa" como ella lo expresa, dice que no habría conseguido salir adelante de no ser primeramente gracias a Dios y a su familia, es profesora de **aprobado**, y ha viajado a diferentes países de Latinoamérica como lo son Venezuela, México y Perú donde recibió una conmemoración por su trabajo.

De igual manera con ayuda de su trabajo ha conseguido ayudar a mujeres que han atravesado por su misma situación regalando implantes mamarios para aquellas mujeres cuyos fondos no les son suficientes. Es una mujer con un claro ejemplo de lo que es la superación personal y la fortaleza espiritual.

PARTICIPANTE 2

Rosa es una mujer de la ciudad de Cúcuta, vencedora igualmente de la enfermedad, manifiesta que se enteró de su enfermedad debido a que comenzó a sentir un bulto en su seno por lo cual se realizó una mamografía donde le comprobaron que padecía de cáncer de seno.

Así pues, la mujer decidió no darle la espalda a su enfermedad sino poner la frente en alto y luchar, se realizó sus quimioterapias y su familia siempre la acompañó en todo momento, expresa que no solo su familia sino también amigos y personas que asisten a la iglesia a la que ella va incluido el sacerdote, la acompañaron en todo momento.

De igual manera manifiesta que el momento más difícil fue al hacerse las quimioterapias y perder su cabello, pero que el aferrarse a Dios la ayudó a salir adelante y no perder las esperanzas, es una mujer muy creyente que logró vencer la enfermedad, hoy en día continúa en control, se toma sus medicamentos y dice que no cambiaría nada en su vida porque gracias a todos esos acontecimientos es una mujer mucho más fuerte.

CONCLUSIONES

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta no solo a la persona que la padece sino también a su familia y a todos aquellos que le rodean, como toda enfermedad riesgosa genera sentimientos de duda, frustración, ira, decepción y tristeza, ese sentimiento de porque esas cosas nos pasan a nosotros que nos hacen ver pasar la vida frente a nuestros ojos y sentir dolor al pensar en aquellos sueños que tenemos a largo plazo.

El acompañamiento de la familia es sumamente importante en estas situaciones debido a que el contar con redes de apoyo fuertes ayuda a la persona a afrontar estas situaciones con mayor valentía, pero si la persona se encuentra sola la depresión y el estrés serán los vencedores en estos casos.

Dos de estas mujeres se apoyaron en una fuente fundamental para ellas que fue la espiritual, el creer que Dios es el dueño y amo de sus vidas y el único que podía decidir si continuaban o no en este mundo les dio el aliento, la creación les dio la valentía para afrontar su situación.

Esta investigación nos deja una experiencia gratificante no solo a nivel profesional sino también personal, a veces como seres humanos nos encerramos en nuestros problemas y creemos que no logramos seguir adelante, pero no es así y el utilizar estrategias que nos ayuden a salir adelante es de vital importancia para no creer que nada tiene solución en esta vida.



Referencias

Álvarez, A. (2019). Hábitos saludables para prevenir el cáncer de mama. Disponible en <http://www.imas.gob.mx/salud-en-4nea/blog-salud/habitos-saludables-prevencion-cancermama>

American Cancer Society. (2019). ¿Dónde se origina el cáncer de mama? Disponible en <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acercia/que-es-el-cancer-de-seno.html>

Asociación Española contra el Cáncer. (2018). Pronóstico del cáncer de mama: mortalidad y esperanza de vida. Disponible en <https://www.aecc.es/es/lodo-sobre-cancer/lipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>

División de Prevención y Control del Cáncer, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018). ¿Qué es el cáncer de mama? Y sus tipos. Disponible en https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm

División de Prevención y Control del Cáncer, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018). Síntomas del Cáncer de mama. Disponible en https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/lymphoma.htm

El periódico de la farmacia. (2017). ¿Cómo afecta el cáncer de mama? Disponible en <http://www.elperiodicodelafarmacia.com/articulo/salud-de-la-mujer/como-afecta-el-cancer-de-mama/2017/01/9084954003748.html>

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

MedlinePlus. (2019). Autoexamen de mamas. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001993.htm>

Evidencia 5 Evidencia Fotográfica



Foto Eidy Becerra