

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de psicología



Mecanismos adaptativos a los retos del cáncer de mama: Historias de vida

Presentado por la psicóloga en formación:

Dayanna Sofía Rondón Archila

Pamplona, Colombia

Junio, 2018

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Departamento de psicología



Mecanismos adaptativos a los retos del cáncer de mama: Historias de vida

Director de tesis:

Ps. Esp. Julio Humberto Annicchiarico Lobo

Presentado por la psicóloga en formación:

Dayanna Sofía Rondón Archila

Pamplona, Colombia

Junio, 2018

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios quien me da la vida, el don del servicio, la fe y la esperanza, para tener la oportunidad de culminar con éxito este proyecto investigativo y por ende mis estudios de pregrado, haciéndome fuerte en los momentos más difíciles.

A mis amados padres, Jorge y Carmen que no han dejado de creer en mis sueños, el más profundo agradecimiento; por su apoyo incondicional, amor, comprensión, educación, esfuerzo y deseo por hacer de mí una persona íntegra; son mi piedra angular para volar cada vez más alto, intentaré jamás fallarles.

Agradezco a quienes son mi fuerza motivadora para seguir superándome, mis hermanos Jorge y Silvia, por su apoyo emocional, confianza e impulso para ser cada día una mejor persona y buen ejemplo para ellos. A Yuly mi hermana de corazón, quién estuvo pendiente de no dejarme vencer por mis miedos y darme ánimo para continuar.

A mi director de tesis Julio Annicchiarico, agradezco el conocimiento compartido, tiempo dedicado, confianza depositada, paciencia plena y constante, para orientarme a alcanzar este logro académico y dar lo mejor de mí como persona y profesional.

Agradezco a cada mujer partícipe de este estudio por abrirme su corazón y compartir conmigo su historia; han sido para mí una fuente de enriquecimiento personal y profesional, a ustedes dedico este proyecto investigativo desde mi más sincera admiración por su lucha constante y amor por la vida.

Agradezco a la ciudad de Pamplona por acogerme durante estos cinco años, a la Universidad de Pamplona por la formación profesional recibida en sus claustros, a los docentes del programa de Psicología por sus orientaciones, a mis compañeros y demás, quienes me acompañaron en este proceso universitario, algunos desde el principio u otros al final, aconsejándome o compartiendo conmigo momentos de felicidad, gracias por enseñarme lo maravillosos de la vida.

A todos ellos muchas gracias, por formar parte de una u otra forma de mi vida y haberme acompañado en este camino.

Dayanna Sofía Rondón Archila

Lista de contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	4
Problema de investigación.....	7
Planteamiento del problema.....	7
Descripción del problema.....	9
Formulación del problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivo.....	19
Estado del arte.....	20
Marco teórico.....	30
Capítulo 1: Psicología de la salud.....	30
Capítulo 2: Cáncer.....	38
Capítulo 3: Modelo cognitivo conductual.....	51
Metodología.....	60
Resultados.....	65
Análisis de resultados.....	82
Conclusiones.....	87
Recomendaciones.....	91
Apéndices.....	93
Referencias.....	106

Lista de tablas

Tabla 1. Clasificación TNM para cáncer de mama.....	43
Tabla 2. Etapas del cáncer de mama y sus características.....	44
Tabla 3. Libro de códigos de Escala de modos de afrontamiento.....	65
Tabla 4. Matriz de datos de Escala de modos de afrontamiento.....	68
Tabla 5. Libro de códigos de Inventario de autoestima de Coopersmith.....	68
Tabla 6. Matriz de datos de Inventario de autoestima de Coopersmith.....	69
Tabla 7. Libro de códigos de Escala de autoestima de Rosemberg.....	70
Tabla 8. Matriz de datos de Escala de autoestima de Rosemberg.....	71
Tabla 9. Entrevista a profundidad participante N° 1.....	71
Tabla 10. Entrevista a profundidad participante N° 2.....	75
Tabla 11. Entrevista a profundidad participante N° 3.....	78
Tabla 12. Entrevista a profundidad participante N°.....	80
Tabla 13. Entrevista a profundidad participante N° 5.....	81
Tabla 14. Cronograma de actividades.....	95
Tabla 15. Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver.....	97
Tabla 16. Inventario de autoestima de Coopersmith.....	100
Tabla 17. Escala de autoestima de Rosemberg.....	102

Lista de figuras

Figura 1. Jerarquía de necesidades de Abraham Maslow.....	57
---	----

Lista de apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado.....	93
Apéndice B. Cronograma de actividades.....	95
Apéndice C. Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver.....	96
Apéndice D. Inventario de autoestima de Coopersmith.....	100
Apéndice E. Escala de autoestima de Rosenberg.....	102
Apéndice F. Entrevista a profundidad.....	103

Resumen

Estudio cualitativo de tipo fenomenológico, que pretende caracterizar los mecanismos de adaptación utilizados por cinco mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre los años 2016 a 2018, sometidas a tratamientos como quimioterapia, radioterapia y mastectomía; estimando criterios de autovaloración de tal modo que detalle la percepción de sí mismas y su nueva imagen corporal, haciendo uso de los siguientes instrumentos: Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver, Inventario de autoestima de Coopersmith, Escala de autoestima de Rosemberg y entrevistas a profundidad a través de historias de vida. Se halla el uso de estrategias de afrontamiento religioso, aceptación, desconexión mental, planificación, humor, reinterpretación positiva y crecimiento. El inventario de Coopersmith se divide en tres áreas y se obtiene: en las categorías sí mismo y social resultados medianamente satisfactorios; y en la categoría familiar se encuentra que es un área de baja valoración. Sin embargo colectivamente los resultados reflejan un alto nivel de autoestima en las participantes. Para la escala de autoestima de Rosemberg todas las mujeres del estudio obtienen una valoración dentro del rango de autoestima elevada. Son diversas las experiencias vivenciadas por las pacientes con cáncer de mama que participan en esta investigación a consecuencia de su enfermedad, entre ellas se resaltan cambiar estilo de vida, reemplazar actividades cotidianas y de ocio, abandonar empleos, ser señaladas por la sociedad como mujeres al borde la muerte, acostumbrarse a observar ausencias corporales y ser sustituidas por accesorios, enfrentarse a procedimientos médicos fuertes, luchar contra el sistema de salud,

concentrar la mayor parte de su tiempo en exámenes médicos y demás, aunque en definitiva se infiere que son mujeres que a pesar de las tantas circunstancias a las que se someten reflejan fortaleza, tenacidad, esperanza, valor por sí mismas y la vida.

Palabras claves: cáncer de mama, mecanismos adaptativos, autoestima, autovaloración, imagen corporal, quimioterapia, radioterapia, mastectomía.

Abstract

Qualitative study of phenomenological type, which aims to characterize the adaptation mechanisms used by five women diagnosed with breast cancer between the years 2016 to 2018, undergoing treatments such as chemotherapy, radiotherapy and mastectomy; estimating self-assessment criteria in such a way as to detail the perception of themselves and their new body image, making use of the following instruments: Charles S. Carver coping mode scale, Coopersmith self-esteem inventory, Rosemberg self-esteem scale and In-depth interviews through life stories. There is the use of religious coping strategies, acceptance, mental disconnection, planning, humor, positive reinterpretation and growth. Coopersmith's inventory is divided into three areas and is obtained: in the categories itself and socially satisfactory results; and in the family category it is found that it is an area of low valuation. However collectively the results reflect a high level of self-esteem in the participants. For the Rosemberg self-esteem scale, all the women in the study obtain an assessment within the range of elevated self-esteem. The experiences experienced

by breast cancer patients who participate in this research as a result of their illness are diverse, among them are highlighted change lifestyle, replace daily activities and leisure, leave jobs, be identified by society as women death, get used to observe bodily absences and be replaced by accessories, face strong medical procedures, fight against the health system, concentrate most of their time in medical examinations and others, although in the end it is inferred that they are women who In spite of the many circumstances to which they submit, they reflect strength, tenacity, hope, courage for themselves and life. **Key words:** breast cancer, adaptive mechanisms, self-esteem, self-assessment, body image, chemotherapy, radiotherapy, mastectomy.

Introducción

El cáncer se ha convertido en una de las dificultades más significativas que enfrenta la salud en Colombia; de acuerdo a cifras relevadas por el Ministerio de Salud día a día aumenta el número de pacientes y muertes a causa de esta enfermedad. Puente, J. & Velasco, G. (2017) señalan que el término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo. Se dice que las células normales se multiplican y mueren después de un tiempo prolongado, lo que sucede con las células cancerosas es que pierden esa capacidad de morir y por el contrario se dividen ilimitadamente, formando unas masas llamadas tumores o neoplasias que al expandirse pueden destruir tejidos normales.

El cáncer de mama es una de las formas más frecuentes de esta patología en las mujeres a nivel mundial y cada vez su incidencia va en aumento debido a la extensión de la urbanización, nuevos estilos de vida, factores medio ambientales y demás; a nivel nacional el cáncer de seno se postula como la causa de muerte más frecuente entre las mujeres colombianas, al menos 2.600 de ellas fallecen cada año.

Por tal razón, uno de los aspectos que ha generado mayor interés dentro de esta investigación son los mecanismos adaptativos utilizados por las pacientes con cáncer

de mama para hacer frente a la enfermedad, teniendo en cuenta que circunstancias de diagnóstico, tratamiento y pérdidas significativas respecto a imagen corporal de acuerdo a la connotación social que conlleva los senos, el cabello, vitalidad y demás caracteres en la identidad femenina; supone una situación estresante, por ende es posible inferir que estas alteraciones a causa del cáncer influyen de forma negativa en la imagen que se tiene de su propio cuerpo.

En relación al soporte teórico, el proyecto investigativo abarca tres grandes áreas: en primer lugar, psicología de la salud, donde se sintetiza el objetivo principal de esta rama y su interés por promover y prevenir dificultades relacionadas con el complejo de enfermedad y bienestar generalizado. En segundo lugar, se define el concepto de cáncer y específicamente el cáncer de mama, como eje central dentro del proyecto de investigación, teniendo en cuenta sus tratamientos junto con los efectos secundarios en la vida de la mujer. Y por último, se presenta el modelo cognitivo conductual como enfoque de la psicología pertinente para el abordaje del estudio.

Por tales razones, esta investigación se orienta al cumplimiento de los objetivos trazados, tomando como técnicas cualitativas la implementación de Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver, Inventario de autoestima de Coopersmith, Escala de autoestima de Rosemberg y entrevistas a profundidad a través de historias de vida; donde una vez realizados y validados por expertos se proceden a aplicar con la población objeto de estudio. Finalmente, se realiza el proceso de análisis e

interpretación de resultados a través de matrices de datos, adicionalmente se lleva a cabo la discusión de resultados donde se contrasta la información recolectada junto con el soporte teórico presentado y se sintetiza en conclusiones y recomendaciones finales a partir de las consideraciones más relevante respecto a la experiencia de padecer cáncer de mama.

Problema de Investigación

Planteamiento del Problema

Es el cáncer una de las enfermedades más temidas por los seres humanos debido a que se relaciona frecuentemente con la muerte, no obstante, sus tratamientos tienen un alto impacto que hacen que este padecimiento sea todo un reto. Uno de los aspectos que ha generado mayor interés dentro de esta investigación son los mecanismos adaptativos a los que recurren las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama para hacer frente a la enfermedad, teniendo en cuenta que tanto prescripción médica como procedimientos suponen situaciones estresantes, por ende es posible inferir que estas alteraciones a causa del cáncer influyen en la imagen que se tiene de sí misma y su propio cuerpo.

Toda cirugía lleva consigo ciertos tipos de cuidados que permite una rehabilitación física satisfactoria, siendo lo que habitualmente se conoce como recuperación postoperatoria; donde es importante contar con el personal y elementos necesarios que brinden atención en todas las situaciones que puedan presentarse. Pero ¿qué sucede en el caso de las mutilaciones, específicamente en la extirpación de las mamas?, aquellas mujeres que experimentan una mastectomía se ven enfrentadas a una doble situación crítica, por una parte, la intervención quirúrgica junto con el

peligro que representa y, por otro lado, la amputación de su seno y la fragilidad psicológica ante la afectación a su imagen corporal.

Así mismo sucede con otros tratamiento como la quimioterapia, de acuerdo a Fuentes, I. (2005) este procedimiento es la administración de fármacos citotóxicos, normalmente por vía intravenosa., capaces de impedir la proliferación y crecimiento de células malignas, destruyendo o reduciendo la masa tumoral; tiene acción directa sobre diversas partes vitales de la célula, paralizando la división celular. En base a la anterior definición se deriva que las células cancerosas crecen y se dividen rápidamente, donde la quimioterapia como tratamiento detiene o demora el crecimiento de estas células, pero al tiempo puede afectar las células sanas, razón por la cual se originan efectos secundarios como cambios en el apetito, sistema nervioso, piel, uñas, sexuales, urinarios, riñones y vejiga, fatiga, náuseas, vómitos, caída del pelo, lesiones en la boca, dolor, anemia, diarrea, estreñimiento, infecciones, infertilidad, retención de líquidos, sangrado y síntomas como los de la influenza.

Por su parte la radioterapia consiste en la utilización de radiaciones ionizantes, bien como terapia única o coadyuvante a la quimioterapia y cirugía; con fin curativo o paliativo. Symons R. (2001) citado por Verdú J; Algara M; Foro P; Domínguez M. & Blanch A. (2002). Igualmente conlleva sus propios efectos secundarios los cuales dependen de la parte del cuerpo que recibe el tratamiento ya que las altas dosis de radiación también pueden dañar las células sanas, específicamente para el cáncer de

mama se halla: disminución del apetito, astenia, caída del pelo, cambios en la piel como resequedad, comezón, hinchazón, sensibilidad o ampollas, los cuales varían de una persona a otra y pueden resultar más graves si se recibe la radioterapia en simultaneidad con la quimioterapia.

Como se ha mostrado, las opciones de tratamiento para el cáncer de mama entre ellas la quimioterapia, mastectomía o radioterapia conllevan una serie de efectos secundarios y nuevas situaciones a las que se deben enfrentar y adaptar las mujeres en esta condición. Representan de igual forma una amenaza para la apariencia física y autoestima de toda mujer; perder la vitalidad o una parte corporal puede considerarse un acontecimiento devastador, junto con el proceso del cáncer de mama como enfermedad se convierte en una suma de retos para cualquier persona.

Descripción del Problema

Uno de los problemas más importantes que enfrenta la salud en Colombia es la presencia de cáncer; de acuerdo al periódico El Universal de Cartagena (2017), el Ministerio de Salud revela que la cifra de enfermos y muertes por esta causa ha ido aumentando en los últimos años, cerca de 8.600 nuevos casos se detectan anualmente siendo Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga, Santa Marta y San Andrés las ciudades de mayor riesgo a nivel nacional.

El simple hecho de hablar de una enfermedad como el cáncer genera temor en cualquier persona, considerándose como una situación relacionada a la muerte, sin embargo, el cáncer de seno es especialmente aterrador para toda mujer ya que se encuentra la posibilidad de enfrentarse a la mutilación de sus mamas, teniendo en cuenta el valor que representa dentro de la anatomía femenina.

El cáncer de mama es una de las formas más frecuentes de la patología en las mujeres, al menos 2.600 de ellas fallecen cada año, convirtiéndose en la principal causa de muerte. En lo que respecta al departamento de Santander el periódico Vanguardia Liberal (2017) señala que, según cifras del Gobierno Departamental, durante el 2017 se registró un incremento del 96% en este tipo de afecciones, siendo el cáncer de mama con mayor notificación un 59,57% (56 casos) distribuido en 23 municipios. Se cuenta con tratamientos como quimioterapia, radioterapia o mastectomía, los cuales constituyen no solo un desafío de carácter físico o de salud, sino también desde el punto de vista psicológico y social, ya que los efectos secundarios de dichos tratamientos interfieren la imagen corporal de la paciente.

Mirarse al espejo, intentar resaltar su belleza, preocuparse por su imagen y sentirse atractiva, son algunas de las conductas cotidianas que realiza cualquier mujer, y que indirectamente alimenta su autoestima, auto concepto y representación de sí misma. Durante muchos años las mujeres se han visto principalmente influenciadas por modelos estéticos corporales que dicta la sociedad en relación a la belleza, los

cuales se desean alcanzar para resultar atractivas; de manera que por una parte se encuentra la apariencia física que corresponde a la realidad corporal que refleja una persona y por otro lado la imagen corporal que concierne a la representación mental que cada individuo se hace de su propio cuerpo.

De acuerdo a Cash & Pruzinsky (1990) y Thompson (1990), citados por Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S (2007), la imagen corporal se compone de varias variables:

- Aspectos perceptivos: precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.
- Aspectos cognitivos-afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.
- Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

Como se ha mencionado anteriormente, la paciente con cáncer de mama enfrenta dos situaciones de igual dificultad, por un lado está el cáncer como

enfermedad junto con sus tratamientos, los cuales representan un estado de temor y constante angustia para todas las personas involucradas; y por otro lado se encuentra la pérdida significativa respecto a imagen corporal teniendo en cuenta la importante connotación psicosocial que conlleva los senos, el cabello, vitalidad y demás caracteres en la identidad femenina.

En las guías del National Cancer Institute de Estados Unidos citado por Alvarado, S., Guerra, H., Cupil, A., Calderillo, G. & Oñate, L. (2011), se define “ajuste” o “adaptación psicosocial” al cáncer como un proceso continuado en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección.

De igual forma, se afirma que no existe un modelo explícito que incorpore los diversos factores que influyen en el sufrimiento del cáncer, aunque se acepta el prototipo de estrés y afrontamiento aplicado a pacientes con sida, comprendiendo de alguna forma este proceso de afrontamiento a una enfermedad mortal, el cual se especificará más adelante.

Formulación del Problema

¿Cuáles son los mecanismos de adaptación que emplean las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama para enfrentar la enfermedad, y cómo se vincula con la percepción de sí mismas y su nueva imagen corporal?

Justificación

Suele ser el cáncer una de las representaciones más graves de enfermedad para todo ser humano, teniendo en cuenta la amenaza que significa en múltiples aspectos de la vida y su influencia en el bienestar tanto físico como psicológico, generando diversos cambios a nivel personal, familiar, escolar, laboral, social y espiritual. Ante esta situación se hace necesario ofrecer un apoyo más que físico a los pacientes bajo esta condición, sus familiares y profesionales de la salud involucrados, con el fin de manejar adecuadamente las alteraciones generadas a lo largo de la enfermedad para un transcurso satisfactorio, ameno e integral.

Como profesional de la salud en este aspecto, la psicología se enfoca en ofrecer calidad de vida al paciente, detectando y atendiendo las dificultades psicológicas que se puedan presentar en el intervalo de la enfermedad, brindando el apoyo emocional necesario y fortaleciendo las estrategias de afrontamiento. Es indudable la gran influencia que genera el estado psicológico en el curso de la salud de cualquier persona, integrado por sus sentimientos, pensamientos, emociones tanto positivas como negativas; el simple hecho de sentirse apoyado brinda el optimismo y autoestima para enfrentar las diversas circunstancias de la vida.

Por otra parte, Banfield & McCabe (2002) citado por Rosario, I. (2009), definen la imagen corporal como una representación mental que tienen los individuos

del tamaño y forma de su cuerpo, la cual está influenciada por una variedad de factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos. La imagen corporal incluye aspectos perceptivos, cognitivos, afectivos y conductuales.

En consecuencia, dentro de los constructos sociales la apariencia física juega un rol muy importante durante todas las etapas del desarrollo, dependiendo de la edad, género, cultura entre otras variables. En los últimos años la imagen ha tomado mayor fuerza, influenciada por medios de comunicación y por ende constituyendo una parte muy importante en la autoestima de muchas personas, socialmente se ha puesto en evidencia el dominio que tiene la imagen corporal en la valoración que cada individuo realiza sobre sí mismo, resultando trascendental para el desarrollo psicosocial y siendo para las mujeres la belleza un concepto aún más significativo, afectando su rol de mujer, madre, esposa y trabajadora.

Ningún individuo plantea dentro de sus concepciones el observar la falta de cualquier parte de su cuerpo, independientemente de cual sea, la imagen corporal de sí mismo cambiaría radicalmente, sembrando un temor incuestionable y reconociendo las diversas dificultades de aceptación tanto personal como social por las que debería pasar. En el caso específico de los tratamientos contra el cáncer se encuentra una serie de efectos secundarios ineludibles, para las mujeres pacientes de cáncer de mama el impacto es considerable puesto que se enfrentan a la pérdida significativa de características femeninas como el cabello, los senos o cambios en la piel y uñas,

valorados como parte de su identidad sexual. Es innegable que el juicio de su propia imagen corporal pasa de un extremo a otro, motivo por el cual el estudio psicológico en esta área se hace relevante para la adecuada atención y seguimiento de las pacientes dentro de su propia institución médica.

De tal manera que padecer una enfermedad como el cáncer de seno es causante de desequilibrios psíquicos y emocionales, en consecuencia emerge la necesidad de indagar elementos de autopercepción y autoestima en estas pacientes, y como desde una disciplina como la psicología se pueden hallar estrategias de afrontamiento que han sido de utilidad y que pueden servir de orientación para diseñar programas de intervención a mujeres convalecientes de la enfermedad.

Es de interés conocer el modo en que estas mujeres vivencian, experimentan y se adaptan psicosocialmente a las anteriores circunstancias asociadas al cáncer de mama. Según Holland citado por Lozano, A., Cupil, A., Alvarado, S. & Granados, M. (2011):

“La psicooncología se centra en el sufrimiento de la mente que ocurre con el cáncer e incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y la vida misma.”

Son amplias las investigaciones enfocadas al nivel o grado de satisfacción corporal, estableciendo que una imagen física negativa se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos en relación e inadaptación social, pero no es sencillo definir como se podría reconstruir la propia imagen en una circunstancia donde es necesario transformar el cuerpo con el fin de radicar una enfermedad letal, en definitiva se pretende identificar esos mecanismos adaptativos que han sido de utilidad para mujeres que han enfrentado los incomparables retos del cáncer de mama y hacer de su experiencia un referente para futuras personas.

Teniendo en cuenta que se pretende comprender a las participantes dentro del marco de referencia de ellas mismas produciendo datos descriptivos, es pertinente el uso de la metodología cualitativa. De igual forma es viable el diseño de tipo fenomenológico, como señala Quecedo, R., & Castaño, C. (2002), busca comprender un fenómeno social desde la perspectiva del actor, pretende comprender en un nivel personal los motivos y creencias que están detrás de las acciones.

Finalmente, a través de esta investigación se persiguen tres aportes principales. En primer lugar, contribuye a que las pacientes que hacen parte de este estudio realicen catarsis respecto a su experiencia con el cáncer de seno, dando la oportunidad de desahogar sus pensamientos, sentimientos y emociones. En segundo lugar, como aportación a la psicología busca sensibilizar al profesional en este campo ante las pacientes que consultan por cáncer, de manera que sea posible brindar el

apoyo psicológico constante. Y en tercer lugar, es posible concebir este estudio como un intento por comprender el cáncer de mama desde puntos de vista de afrontamiento, adaptación y superación, con el fin de que la sociedad lo considere de esta manera.

Objetivo

Objetivo General

Caracterizar los mecanismos de adaptación a través de historias de vida de cinco mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre los años 2016 y 2018, residentes en el área metropolitana de Bucaramanga, Santander, estimando criterios de autovaloración de tal modo que detalle la percepción de sí mismas y su nueva imagen corporal.

Objetivos Específicos

- Determinar la autopercepción de las pacientes con cáncer de mama sobre su imagen corporal.
- Comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas como mecanismos de adaptación.
- Identificar factores influyentes en la autovaloración personal.
- Describir las experiencias vivenciadas como consecuencia del cáncer de mama.

Estado del Arte

Con el objetivo de orientar el presente trabajo, se recopila una serie de investigaciones que muestran una aproximación a la temática abordada. Para la construcción del estado del arte se hace una indagación documental de antecedentes de la investigación, y se estructuran en el siguiente orden: local, regional, nacional e internacional; los cuales se presentan a continuación. Cabe resaltar, que la mayoría de investigaciones halladas se enfocan desde el área de enfermería y muy pocas desde la disciplina de la psicología, agregando otro motivo de interés a la investigación.

Internacional

A nivel internacional se recopilan seis investigaciones delimitadas dentro de las expectativas del presente proyecto, las cuales se desglosan a continuación:

Para iniciar se encuentra una investigación realizada en Madrid, España cuyo nombre es: Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. De acuerdo a Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007):

Los objetivos que persiguen se refieren a varios aspectos relacionados con la imagen corporal y la autoestima, como son: a) comprobar la eficacia de un programa de intervención psicosocial que incide sobre la mejora de la imagen corporal y la autoestima, comparando dos grupos de intervención y control en cada uno de los momentos pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento y b) analizar la influencia de las variables socioeconómicas y médicas (tipo de cirugía y tipo de tratamiento) en la imagen corporal y la autoestima. Los resultados muestran que para la imagen corporal, el grupo de intervención obtiene puntuaciones más elevadas que el grupo control en el pos-tratamiento y seguimiento, mientras que para la autoestima, las diferencias sólo se dan en el seguimiento y aparece la relevancia de la variable tiempo transcurrido.

Posteriormente se encuentra la investigación que lleva por título: Sentimientos de las mujeres post-mastectomizadas, realizada en el año 2010 desde la disciplina de la enfermería, se centra en el factor emocional el cual se indagó a través de una encuesta. A continuación se presenta el resumen de la misma:

Moura, F., Silva, M., Oliveira, S., & Moura, L. (Brasil, 2010):

Investigación cualitativa, que plantea como objetivo describir los sentimientos de las mujeres sobre el cáncer de mama y discutir los cambios

ocurridos en la vida de la mujer después del cáncer de mama. Realizado en un ambulatorio de ginecología de un hospital público de Teresina. Se entrevistaron a 13 mujeres mastectomizadas. En el análisis de las entrevistas, surgieron tres categorías: Sentimientos negativos generados por la percepción física después de mastectomía; Sentimientos positivos generados por el confort espiritual; y los sentimientos generados por la falta de apoyo y atención de los profesionales durante la asistencia. El cambio en la vida de la mujer con cáncer es radical, debido principalmente al diagnóstico y tratamiento. Las dificultades son incalculables, pues requieren adaptaciones profundas en el modo de pensar y actuar, que influye física y emocionalmente en la convivencia personal y social.

Así mismo, Tinoco, A. (2012) plasma el estudio realizado en Toluca, México y designado Cáncer de mama y de ovario: significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes, el cual tiene por objetivo conocer, explicar y comprender los significados, el dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres que padecen cáncer de mama y de ovario. Aborda la subjetividad e intersubjetividad de las pacientes en su realidad cotidiana y contexto sociocultural.

Por otra parte, en la Universidad Nacional de Educación a Distancia de Madrid, se realiza un estudio sobre la imagen corporal y autoestima que construyen las

pacientes mastectomizadas, tanto en la zona afectada como a otras zonas no relacionadas, en comparación con los mismos aspectos analizados en mujeres sanas.

De acuerdo a sus autores Segura, M.; García, R.; y Saúl, L. (España, 2014), se halla lo siguiente:

El instrumento de evaluación utilizado es la Técnica de la Rejilla Corporal. Se analizaron las diferencias entre los grupos mediante ANOVA de un factor y las pruebas no paramétricas H de Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney. Los resultados del estudio han permitido identificar qué aspectos son los más dañados en la autoestima y autoimagen de las pacientes, estableciendo que no existen diferencias significativas en la imagen corporal global y la autoestima centrada en lo corporal entre mujeres mastectomizadas y mujeres sometidas a cirugía conservadora, aunque sí en la imagen que se tiene de las zonas corporales específicamente implicadas en la cirugía. Sí se han encontrado diferencias entre estos dos grupos y el grupo de mujeres sanas en imagen corporal global y autoestima. Los resultados obtenidos permitirán identificar los aspectos de la imagen corporal más afectados

La siguiente investigación titulada Experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy,

se hace pertinente teniendo en cuenta la descripción bajo el estudio de caso de la experiencia de la mastectomía, adaptación y roles desde esta nueva condición.

Capuñay, S.; Seclén, I.; Montenegro, R. (Perú, 2015):

La presente investigación cualitativa titulada Experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el Modelo de Callista Roy. Chiclayo-2014, tuvo como objetivo describir las experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación físico y psicosocial desde el modelo de Callista Roy con diseño estudio de caso; los sujetos de estudio fueron cinco mujeres mastectomizadas en los últimos cinco años seleccionadas por la técnica de saturación; para la recolección de datos se utilizó la observación y la entrevista semi-estructurada a profundidad, las que fueron transcritas, analizadas y categorizadas. El escenario fueron los hogares de los sujetos en estudio. Se consideró el análisis temático obteniéndose tres categorías las cuales fueron: Adaptación a la nueva imagen, Mis roles y el modo de adaptación con sub-categorías de rol mujer y rol trabajadora, y mi familia y mi adaptación de interdependencia. Se llegó a la consideración final de que las mujeres mastectomizadas reconocen que esta enfermedad además de traer gastos económicos, les produce un desgaste físico y emocional en sus vidas; por lo que su adaptación a una nueva vida tras el cambio físico percibido no es fácil de llevar. Consideramos importante que el personal de

enfermería que está mucho más tiempo con la persona afectada ejecute un buen proceso del cuidado enfermero y sea un apoyo en cuanto a la orientación, para influir de una manera positiva en cada paciente mastectomizada, facilitando su adaptación.

Por último, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia se realizó una investigación en el año 2016, denominada: Percepción de las mujeres mastectomizadas en la autoestima, imagen corporal y relación de pareja, el resumen de la misma se muestra a continuación:

Durand, R.; Guerrero, P. & Voysest, L. (Perú, 2016), el proyecto de investigación tiene por objetivo determinar la percepción de las mujeres mastectomizadas en la autoestima, imagen corporal y relación de pareja, siendo el motivo para realizar la investigación utilizando estos tres aspectos importantes que se ven muy influenciados en la mujer mastectomizada. El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal se realiza en el área de Consulta Externa de Mamas y tejidos blandos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. La población está constituida por pacientes mujeres de 20 a 40 años mastectomizadas, conformada por 480 pacientes que han sido seleccionadas a partir del ingreso a su consulta, durante los meses de agosto a octubre del 2016. Para recolectar los datos se utiliza la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario ya validado en el trabajo de investigación titulado “Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen

corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas” por la Universidad de San Marcos, se realizan las encuestas según muestreo.

Nacional

A continuación se presentan las investigaciones halladas a nivel nacional, organizadas de acuerdo al año de realización.

En primer lugar se identifica la investigación denominada: Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. En base a su autor Mejía, M. (Cali, 2012) se hace un estudio analítico, observacional, no experimental, correlacional, que analizó la relación entre incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal con los instrumentos: incertidumbre frente a la enfermedad Mishel (1988), calidad de vida en mujeres sobrevivientes al cáncer QOL Betty Ferrell (1995), y escala de imagen corporal de Hopwood (1983); en 76 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama sometidas a mastectomía; con cirugía reconstructiva (37) y sin cirugía reconstructiva (39), de Cali, Colombia en el 2011. Se encontró correlación negativa entre incertidumbre y calidad de vida en el grupo de mujeres reconstruidas, a su vez hay una correlación directa baja entre imagen corporal y calidad de vida, afectando solamente el bienestar físico y social. Para el grupo de mujeres sometidas a mastectomía sin cirugía reconstructiva, se evidencia una correlación negativa en cuanto a incertidumbre y calidad de vida, es decir, a

mayor incertidumbre menor su calidad de vida. En las dimensiones de calidad de vida, el bienestar físico, psicológico y social se vio alterado convirtiéndose en un problema severo y por lo tanto afectado notoriamente su imagen corporal. El efecto de mayor impacto en las mujeres mastectomizadas es la imagen corporal, viéndose afectada la calidad de vida.

A continuación se presenta una investigación realizada en la ciudad de Cartagena, Colombia denominada “Calidad de vida en mujeres mastectomizadas en dos instituciones de Cartagena en el año 2015”, enfocada de igual forma desde el área de enfermería, donde se tuvo en cuenta la serie de interrogantes, angustias y miedos a los que se ven enfrentadas las mujeres sometidas a mastectomías incidiendo en su calidad de vida. El objetivo principal que se planteó fue describir la calidad de vida de mujeres sometidas a mastectomía en dos instituciones de Cartagena, con un enfoque cuantitativo aplicando el instrumento SF 36.

Se realizaron 50 entrevistas donde se encontró que las mujeres mastectomizadas tuvieron una alta calidad de vida. La edad promedio fue de 55 años. Las dimensiones de calidad de vida con menor puntaje fueron: salud general (58.5), vitalidad (60) y salud mental (60), resultado debido a la percepción negativa que tenían las mujeres acerca de su estado de salud. Se concluye que las mujeres sometidas a mastectomía después de la intervención quirúrgica mantienen un nivel

alto de calidad de vida. Hundelhausen, M.; Julio, A.; Meza, E.; Perez, K.; Ripoll, A. (2016).

La siguiente investigación se menciona factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en Medellín en el año 2013, realizado en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Su objetivo es evaluar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, a través de un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 82 pacientes. Se calculó la calidad de vida con WHQOL-BREF y los factores asociados se determinaron con un modelo de regresión logística binaria. Se halló como resultado que el 73.1% calificó la calidad de vida mínimo como buena. El dominio físico fue el más afectado (65.1 ± 15.9), en tanto que el entorno fue el menos afectado (78.2 ± 14.2). Las variables que explican el deterioro de la calidad de vida fueron: riesgo edad <50 años, diagnóstico de cáncer avanzado al ingreso a la administradora de planes de beneficio (EAPB), mientras que los protectores fueron la satisfacción con el servicio y la terapia hormonal. Pineda, S. Andrade, S & Montoya, Y. (Bogotá, 2017).

Local y Regional

A nivel local y regional son pocas las recientes investigaciones que se hallan respecto al tema, siendo fuente de inspiración para indagar en la materia. Sin embargo, se encuentra un estudio de tipo fenomenológico realizado en la Universidad

Francisco de Paula Santander, en Cúcuta, Colombia en el año 2012 titulada:

“Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama”.

De acuerdo a Vargas, R. & Pulido, S., sus autoras, la muestra fue de 5 informantes de la Fundación Ámese de Cúcuta, Norte de Santander que se encontraban recibiendo tratamiento oncológico y que al mismo tiempo desearan participar voluntariamente en el estudio. Como resultado se obtuvo la descripción de los sentimientos permitiendo conocer las experiencias que para ellas eran más significativas, de donde se concluye que el cáncer de mama desencadenó un gran impacto psicológico en todas las pacientes del estudio, evidenciando sentimientos como miedo, angustia y dolor, al preocuparse por su familia, proyecto de vida pendiente e incluso la muerte.

Marco Teórico

Marco Contextual

Capítulo 1: Psicología de la Salud.

La creación de la Psicología de la Salud como una disciplina derivada de la Psicología tradicional se impulsa por el interés de comprender la salud más allá que el habitual modelo clínico de enfermedad. De acuerdo a Oblitas (2008), concretamente las razones fueron las siguientes: el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; el costo elevado de los cuidados de salud, y; un mayor énfasis en la calidad de vida.

El concepto de salud se ha venido modificando en los últimos tiempos, en la actualidad la definición más influyente que se conoce es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) considerándola como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; destacando así la importancia de incluir factores tanto psicológicos, sociales, culturales y biológicos como causantes de la enfermedad, tratamiento, evolución, y en consecuencia, a la psicología como una disciplina cada vez más involucrada en la prevención y tratamiento de las enfermedades.

Por ende, la Psicología de la Salud se define como “disciplina o campo de especialización de la Psicología que aplica principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por ésta, a la evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, tratamiento y/o modificación de trastornos físicos y/o mentales, o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar”, Oblitas, (2006).

Con base en lo anterior, la psicología de la salud se ocupa en aspectos fundamentales como investigar e intervenir en el transcurso de salud y enfermedad, brindando la atención psicológica a pacientes actualmente enfermos o en proceso de recuperación, con el fin de que asuman su condición de una manera más satisfactoria y positiva, planteando que los componentes mentales inciden en el mantenimiento de la salud; sin dejar de lado los profesionales que se desempeñan dentro de esta área, como agentes importantes en la evolución de sus pacientes.

Como se ha aclarado anteriormente alcanzar el bienestar incluye factores: sociales, culturales, psicológicos, ambientales y conductuales; teniendo en cuenta la amplitud del tema la psicología de la salud como campo de especialización realiza diversos aportes principales, al respecto autores como Matarazzo (1980) citado por García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V., & Oblitas, L. (2008); plantea los siguientes: a. Promoción de estilos de vida saludables; b. Prevención de

enfermedades modificando hábitos insanos asociados; c. Tratamiento de enfermedades específicas; y d. Evaluación y mejora del sistema sanitario.

A partir de estas contribuciones básicas es posible afirmar la amplitud de campo de acción que desempeña la psicología de la salud, dividida en dos grandes áreas de trabajo: la atención primaria, enfatizada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; y la atención secundaria, orientada a hospitales y centros de rehabilitación, los cuales se profundizarán más adelante. Sin embargo el Colegio Oficial de Psicólogos (1998) citado por García, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V. & Oblitas, L. (2008), reúne en ocho funciones principales la labor del profesional en Psicología de la Salud:

Evaluación. Se basa en recolectar información con el fin de efectuar una intervención o planificación, además de contar con datos específicos sobre prevalencia de enfermedades, características de la población, etc.

Diagnóstico. Consiste en identificar y categorizar el problema en concreto del paciente, grupo de riesgo o problemática social; con el objetivo de delinear el tratamiento más adecuado.

Tratamiento. Se desarrollan tanto tratamientos como intervenciones. El tratamiento puede ser individual o grupal y basarse en alguna escuela psicológica, mientras la intervención hace referencia a programas de prevención y acompañamiento en la enfermedad.

Asesoramiento, información y coordinación. En este caso el psicólogo de la salud se encuentra habilitado para participar en la ejecución de programas a determinados problemas, ofrecer sus conocimientos y atención a toda persona y coordinar las actuaciones del grupo profesional comprometido en determinada intervención.

Promoción de la salud/prevenición de la enfermedad. Radica en analizar las problemáticas que generan riesgo para la salud, difundir estudios realizados al respecto, así como plasmar recomendaciones que prevengan determinada enfermedad, incrementando el conocimiento de la población en riesgo y fomentado hábitos de vida saludables.

Investigación. Consiste fundamentalmente en generar nuevos conocimientos en el área, ya sea en el propio contexto o en laboratorios, sin dejar de lado el trabajo interdisciplinario.

Enseñanza. Establece la transmisión del conocimiento esencial para otros profesionales de la salud.

Dirección, administración y gestión. Esta última función se enfoca en dirigir, coordinar y supervisar la gestión del sistema sanitario; tanto en atención primaria como hospitalaria.

En definitiva las funciones del psicólogo de la salud se ligan a las responsabilidades del sistema sanitario, comprendiendo la salud mental como parte fundamental del bienestar integral de todo individuo. Como se ha mencionado anteriormente la psicología de la salud se centra en dos grandes áreas de trabajo: en primer lugar la atención primaria aborda temas de prioridad en cada etapa del desarrollo vital, es decir salud de los niños, adolescentes, adultos, ancianos, donde el profesional investiga y desarrolla planes de intervención que fomente la participación de la comunidad en el conocimiento de la salud. En segundo lugar, la atención secundaria orientada a centros hospitalarios, sitúa al psicólogo de la salud como integrante del equipo interdisciplinar que asiste a pacientes en tratamiento de enfermedades específicas.

Una vez claras las funciones de la psicología de la salud y su campo de acción, se enfatiza la atención secundaria como área específica de estudio dentro de la presente investigación. Entre los ámbitos de actuación de esta particularidad de la

psicología, se dirige a la atención de enfermedades hospitalarias o de rehabilitación, como: VIH sida, cáncer, tabaquismo, alcoholismo, dolor crónico, trastornos cardiovasculares, fibromialgia, trastornos del sueño, asma bronquial, diabetes y síndrome del intestino irritable.

En este caso, el ámbito de interés es la atención al cáncer, donde se ha desarrollado una sub-especialidad dentro de la psicología de la salud conocida como la psicooncología; determinada como la disciplina que “estudia y trata los factores psicológicos relacionados con la experiencia del cáncer en sus distintas etapas, desempeñándose fundamentalmente en tres grandes áreas de trabajo: prevención, intervención terapéutica y rehabilitación y cuidados paliativos” (Cruzado & Olivares, (2000) citados por Díaz, V. (2010).

Al igual que en las otras disciplinas, el objetivo principal de la psicooncología es reducir el nivel de alteración psicológica causada por la enfermedad y de este modo optimizar la adaptación a ella, su tratamiento, consecuencias y nuevas situaciones, contribuyendo a una recuperación integral a nivel físico, social y psicológico. Ahora bien, de acuerdo a Díaz, V. (2010) el psicólogo de la salud que se desempeña en esta área puede desempeñar tres campos: manejo de la información adecuada, la preparación y atención psicológica del paciente enfrentado al cáncer y a los tratamientos oncológicos.

En primer lugar, el manejo de la información se refiere al grado de conocimiento que tiene el paciente de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Actualmente se cuestiona entre los profesionales la importancia de informar a plenitud al paciente de su situación con el fin de garantizar su participación activa, la toma consciente de decisiones sobre su estado de salud, y establecer una comunicación abierta y clara entre paciente, familiares y personal competitivo.

En segundo lugar, la preparación del paciente a los tratamientos oncológicos refiere a la claridad de la información que se suministra tanto al convaleciente como a sus familiares. Como es de saberse existen tratamientos que buscan erradicar la enfermedad tales como la cirugía, radioterapia o quimioterapia, pero que traen consigo efectos secundarios muy significativos que hacen que los pacientes le teman de la misma forma que a la enfermedad,

Díaz, V. (2010): “la cirugía hace un corte en el cuerpo y deja las marcas de una amputación, de un orificio que se abre, de un órgano que se extrae; la quimioterapia debilita el organismo al matar células sanas al mismo tiempo que erradica las células tumorales; deja, además, las marcas de la alopecia que impacta de forma contundente la propia imagen de los pacientes; la radioterapia quema el tumor, pero simultáneamente deteriora otras partes sanas del organismo que pueden dejar secuelas crónicas tras la erradicación de la enfermedad”.

Frente al diagnóstico y las opciones terapéuticas el psicólogo debe ayudar al paciente a tramitar la información y sus posibilidades terapéuticas y debe atender, con las distintas estrategias clínicas, los efectos emocionales que suscitan, tanto el diagnóstico como los distintos procedimientos (Díaz, 1996).

En tercer lugar, la atención psicológica debe ayudar al paciente y su familia a mantener en lo posible una calidad de vida satisfactoria, aceptar el dolor, el sufrimiento y elaborar un dolor emocional sano, teniendo en cuenta el desgaste que esto representa; el acompañamiento del psicólogo de la salud facilita el proceso de la enfermedad con un menor deterioro psicológico y emocional.

En definitiva el objetivo más claro de la psicología de la salud es estimar todas las necesidades del paciente, procurando cubrirlas una a una haciendo uso de las diversas formas de intervención psicológica.

Capítulo 2: Cáncer.

La definición de la enfermedad cáncer es realmente extensa y reúne un amplio grupo de enfermedades que afectan cualquier parte del cuerpo. Puente, J. & Velasco, G. (2017) señalan que el término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo. Se dice que las células normales se multiplican y mueren después de un tiempo prolongado, lo que sucede con las células cancerosas es que pierden esa capacidad de morir y por el contrario se dividen ilimitadamente, formando unas masas llamadas tumores o neoplasias que al expandirse pueden destruir tejidos normales.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (2015) citada por Zayas, A. (2015) define el cáncer de la siguiente manera:

“Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer”.

El cáncer es una enfermedad que, como se ha constatado, suscita temor entre la población a nivel mundial. Y es que, con el paso de los años, se ha ido posicionando como la enfermedad más frecuente de la era moderna, contando con una mortalidad muy alta (Palacios & Castaño, (2013) citados por Zayas, A. (2015). Es innegable su cercana relación con la muerte teniendo en cuenta que ataca cualquier parte del cuerpo y se multiplica rápidamente, generando por años el interés por estudiar esta enfermedad desde cualquier perspectiva de la salud.

De igual forma existen diversos tipos de cáncer dependiendo de la localización, tejido u órgano en el que se origina, con base en Puente, J. & Velasco, G. (2017) se pueden recopilar de la siguiente manera:

Carcinomas. Se trata de cánceres que se originan a partir de células epiteliales. Estas son células que tapizan la superficie de órganos, glándulas o estructuras corporales. Representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, incluyendo las variedades más comunes de cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, entre otros.

Sarcomas. Son cánceres que se forman a partir del llamado tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los cartílagos o el tejido graso. Los más frecuentes son los sarcomas óseos.

Leucemias. Son cánceres que se originan en la médula ósea, que es el tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las alteraciones en estas células pueden producir, respectivamente, anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación (sangrados o trombosis).

Linfomas. Se desarrollan a partir del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos.

Cada año en Colombia se detectan aproximadamente 71.000 nuevos casos de cáncer; de acuerdo al Ministerio de Salud quien reveló cifras a través del periódico El Tiempo (2017), los cánceres asociados al aparato respiratorio tales como de tráquea, bronquio y pulmón son los que más muertes generan, unos 1.695.000 decesos, siguiendo la lista de los más letales se encuentra el de hígado (788.000), colon y recto (774.000) estómago (753.000), de mama (571.000), esófago (415.000), páncreas (358.000) y linfomas (343.500).

La Organización Mundial de la Salud en apoyo con la Liga Colombiana contra el Cáncer, ha manifestado su preocupación por tales cifras lanzando diversas campañas que buscan promover estilo de vida saludable con el fin de disminuir la incidencia de la enfermedad a la vez que crean mayor conciencia de la importancia del diagnóstico a tiempo para poder combatirla, evitando mayores sufrimientos innecesarios, costos de tratamientos y aumentando las posibilidades de supervivencia.

Cáncer de mama.

Es el cáncer de mama uno de los tipos de la enfermedad más frecuentes en las mujeres a nivel mundial, y cada vez su incidencia va en aumento debido a la extensión de la urbanización, nuevos estilos de vida, factores medio ambientales y demás. Como se ha puesto de manifiesto en apartados anteriores, a nivel nacional el cáncer de seno se postula como la causa de muerte más frecuente entre las mujeres colombianas, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud indica que la tasa de mortalidad por cáncer de mama está en descenso. Teniendo en cuenta estas cifras y la infinidad de efectos secundarios a nivel físico, psicológico, personal y social a causa de la enfermedad, se decide centrar la investigación en esta área de la salud.

Según Wilson (1987) citado por Alvarez, O., Guarnizo, Y., & Parra. K. (2005):

“la mama en términos sencillos, es una glándula modificada situada sobre la aponeurosis pectoral y la musculatura de la pared torácica revistiendo la jaula postal anterior alta, rodeada de una capa de grasa e incluida en una cubierta de piel. El tejido mamario se extiende hacia la axila formando la llamada cola asilar de Spencer. Cada glándula mamaria está formada por 12 a 20 glóbulos glandulares o acinos, a modo de racimos de uva con los tallos representando el sistema ramificado de conductos. Estos conductos están rodeados de tejidos conectivos especializados que se halla bajo control hormonal y es diferente del estroma general de la mama. Cada conducto tiene

una dilatación ampollosa mas allá de la cual se ramifica antes de abrirse en la superficie del pezón este se halla rodeado de piel circular pigmentada llamada la areola, que contiene fibras musculares lisas contráctiles para facilitar la contracción del pezón. Estos conductos están revestidos de una sola capa de células epiteliales, hay una segunda capa plana de célula que actúa como una membrana basal de la epidermis, esta “capa de reserva” reproduce las células de revestimiento, y puede proliferar en diversos procesos patológicos. La señal inicial más frecuente de cáncer de mama es una masa en el órgano, generalmente indolora y muchas veces descubierta por accidente por la propia paciente, pero hay bastantes identificadas por primera vez por el médico en el curso de un examen sistemático”.

Por ende, el cáncer de mama es un crecimiento anormal e incontrolable de las células mamarias usualmente como resultado de mutaciones en genes que controlan la proliferación y muerte celular. Como se describe anteriormente el cáncer de seno se manifiesta principalmente por molestias en la mamas, aunque en ocasiones los primeros síntomas se detectan en axilas, pulmones o zona supraclavicular, a medida que el tumor crece, puede cambiar la forma como se ve y se siente el seno. Siguiendo con el mismo autor, el cáncer de mama posee una clasificación específica (TNM) al igual que sus etapas o estadios, los cuales se presentan a continuación:

Tabla 1
Clasificación TNM para el cáncer de mama

Clasificación T	Características
T1	Tumor de 2 cm o menos en su dimensión máxima: piel no afectada o afectada con enfermedad de Paget.
T2	Tumor de más de 2 cm; o con fijación a la piel; o retracción del pezón. Sin fijación a músculo pectoral o pared torácica.
T3	Tumor de cualquier volumen, con algunos de los siguientes hechos: infiltración cutánea, ulcera cutánea, piel de naranja, edema de la piel, fijación al músculo pectoral o pared torácicas.
Clasificación N	
N0	Sin ganglios linfáticos clínicamente palpables.
N1	Ganglios linfáticos axilares clínicamente palpables, pero no fijos.
N2	Ganglios clínicamente palpables homolaterales axilares o infraclaviculares fijados unos a otros, o bien a otras estructuras
Clasificación M	
M0	Sin metástasis a distancia
M1	Signos clínicos y radiográficos de metástasis, excepto los de ganglios linfáticos axilares o infraclaviculares homolaterales.

Nota: T: hace referencia a un tumor local; N: hace referencia a nódulo o ganglios linfáticos regionales; M: hace referencia a metástasis a distancia.

Tabla 2
Etapas del cáncer de mama y sus características

Etapas	Características
0-Carcinoma in situ	<p>Carcinoma ductal in situ (CDIS): es un trastorno precanceroso que algunas veces se convierte en un tipo de cáncer invasor mamario (es decir, cáncer que se ha esparcido desde el conducto a los tejidos circundantes).</p> <p>Carcinoma lobular in situ (CLIS) no es cáncer, más bien un marcador o indicador que identifica a una mujer con un riesgo incrementado de padecer cáncer de mama invasor (es decir, cáncer que se ha esparcido a los tejidos circundantes).</p> <p>Es común que ambas mamas estén afectadas.</p>
I	<p>Tumor con tamaño no mayor a 2 centímetros (Aproximadamente 1 pulgada).</p> <p>No se ha diseminado fuera de la mama.</p>
II A	<p>Tiene un tamaño no mayor (aproximadamente 1 pulgada) pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo) o, Tiene entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.</p>
B	<p>Tiene un tamaño entre 2 y 5 centímetros (1-2 pulgadas) y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios</p>

	linfáticos axilares bajo el brazo) o, tiene un tamaño mayor a 5 centímetros aproximadamente 2 pulgadas) pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.
III A	Tiene un tamaño inferior a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), y los ganglios linfáticos están adheridos entre ellos o a otras estructuras o, tiene un tamaño mayor a 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos pueden estar adheridos entre ellos o a otras estructuras.
B	Se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluyendo las costillas y los músculos pectorales) o, se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de las mamas o debajo de los brazos.
C	Podría diseminarse a los tejidos cerca de las mamas (la piel o la pared pectoral incluyendo las costillas y músculos del pecho), pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo la clavícula y cerca del cuello.
IV	Se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, hígado o cerebro.

Existen de igual forma diversidad de causas por las que se puede ocasionar el cáncer de mama, entre las cuales están edad, antecedentes personales, factores genéticos, dietarios, físicos, químicos, antecedentes relacionados con la reproducción y menstruación, entre otros. De la misma manera se encuentran varios tipos de tratamientos para enfrentar la enfermedad: quimioterapia, radioterapia o cirugía radical, los cuales dependen del tipo de cáncer, grado de diseminación, y momento en que se hace el diagnóstico, sin contar con una opinión certera de cual tratamiento sea mejor que el otro puesto que todos tienen sus propias características.

Quimioterapia.

De acuerdo a Fuentes, I. (2005) este procedimiento es la administración de fármacos citotóxicos, normalmente por vía intravenosa., capaces de impedir la proliferación y crecimiento de células malignas, destruyendo o reduciendo la masa tumoral; tiene acción directa sobre diversas partes vitales de la célula, paralizando la división celular. En base a la anterior definición se deriva que las células cancerosas crecen y se dividen rápidamente, donde la quimioterapia como tratamiento detiene o demora el crecimiento de estas células, pero al tiempo puede afectar las células sanas, razón por la cual se originan efectos secundarios como cambios en el apetito, sistema nervioso, piel, uñas, sexuales, urinarios, riñones y vejiga, fatiga, náuseas, vómitos, caída del pelo, lesiones en la boca, dolor, anemia, diarrea, estreñimiento, infecciones, infertilidad, retención de líquidos, sangrado y síntomas como los de la influenza.

Radioterapia.

Por su parte la radioterapia consiste en la utilización de radiaciones ionizantes, bien como terapia única o coadyuvante a la quimioterapia y cirugía; con fin curativo o paliativo. Symons R. (2001) citado por Verdú, J., Algara, M., Foro, P., Domínguez, M. & Blanch, A. (2002). Igualmente conlleva sus propios efectos secundarios los cuales dependen de la parte del cuerpo que recibe el tratamiento ya que las altas dosis de radiación también pueden dañar las células sanas, específicamente para el cáncer de mama se halla: disminución del apetito, astenia, caída del pelo, cambios en la piel como resequedad, comezón, hinchazón, sensibilidad o ampollas, los cuales varían de una persona a otra y pueden resultar más graves si se recibe la radioterapia en simultaneidad con la quimioterapia.

Mastectomía.

La mastectomía como tratamiento para erradicar el cáncer de seno, busca remover la neoplasia localizada en las mamas y evidentemente aumentar las posibilidades de vida para la mujer; su uso depende de algunas variables como grado

de avance en el que se encuentra la enfermedad, edad de la paciente, si hay o no metástasis, entre otras cosas. Independientemente de las anteriores circunstancias y los resultados de su intervención, un tratamiento como la mastectomía influye significativamente en la calidad de vida de las personas involucradas, tocando aspectos como autoestima, percepción personal, social, auto imagen; siendo un peso agregado a la forma de afrontar la situación.

La elección de una intervención quirúrgica va desde la simple extirpación de la masa hasta la mastectomía radical; el problema que se le plantea al cirujano es seleccionar un tratamiento que brinde probabilidades de curación de la enfermedad con invalidez mínima, pero tampoco está demostrado de manera categórica que la extensión de la extirpación glandular y linfática o la irradiación sean proporcionales a la curación o la supervivencia a largo plazo. Wilson (1987) citado por Álvarez, O., Guarnizo, Y. & Parra. K. (2005).

Según Halsted (1890) citado por Álvarez, O., Guarnizo, Y. & Parra. K (2005), la mastectomía radical es la disección en bloque de todos los tejidos y ganglios axilares, supresión de los músculos pectorales y extirpación amplia de la piel alrededor de los tumores mamarios.

Todos los autores hallados hacen especial énfasis en la necesidad de seleccionar cuidadosamente a las pacientes que serán sometidas a esta práctica excluyendo a aquellas que ya son incurables con el fin de obtener los mejores resultados posibles.

Haagensen (1986) citado por Alvarez, O., Guarnizo, Y., & Parra. K (2005), plantea cuatro características esenciales para llevar a cabo la operación:

- Disección meticulosa de colgajos cutáneos delgados, sacrificando virtualmente toda la piel que cubre la mama.
- Disección de la pared torácica suprimiendo tejido subcutáneo, piel y ambos músculos pectorales, y permitir que caigan lateralmente.
- Disección de la axila como última etapa, con sacrificio del haz neurovascular toracodorsal.
- Injerto de piel en el defecto de la pared torácica, esencial para todos los pacientes.

Se dice quirúrgicamente que la mastectomía es una cirugía muy segura y la mayoría de las pacientes se recuperan de manera satisfactoria, sin embargo como en cualquier otra cirugía existen riesgos y es posible que se presenten molestias postoperatorias, las cuales se pueden tratar con medicamentos. Aunque podría afirmarse que el verdadero reto inicia cuando la mujer debe enfrentarse a su nueva imagen corporal y aprender a adaptarse a ella sin que afecte su bienestar psicológico,

social, familiar, de pareja o sexual, como consecuencia de los aspectos anteriormente mencionados.

Capítulo 3: Modelo cognitivo-conductual.

La capacidad de pensamiento y raciocinio es una facultad poseída por los seres humanos, donde cada individuo tiene su forma particular de ver y entender el mundo que le rodea, así mismo y a otras personas. Con base a esto, es indiscutible que de la

forma en que se interpreten las situaciones se verán afectados tanto pensamiento como conducta. Es el modelo cognitivo conductual, un enfoque de la psicología que como su nombre lo indica involucra pensamiento y conducta, centrando su estudio en la modificación de estos aspectos cuando se encuentran alterados. De acuerdo a Núñez, A., & Tobón, S. (2005):

“El enfoque cognitivo-conductual surgió mediante la creación de nuevas terapias enfocadas en la modificación de los patrones de pensamiento disfuncional, bajo el planteamiento de que los procesos cognitivos son los determinantes de la conducta y no el ambiente. Sin embargo, este tipo de terapias fue articulando progresivamente las técnicas de la terapia de conducta, sin asumir de forma estricta sus planteamientos sobre el control ambiental de la conducta”.

La terapia cognitivo conductual afirma que los individuos tienen la facultad de modificar la información que procesan, buscando dentro de sus patrones de conducta la respuesta más adaptativa; en caso tal de ser perturbada la información, puede ser causante de alteraciones emocionales como consecuencia de aquellas ideas irracionales. De tal forma que toda conducta se guía por un proceso psicológico que codifica la información que recibe del ambiente, siendo este el objetivo que persigue la terapia cognitivo conductual.

El desarrollo del modelo cognitivo conductual ha tenido variedad de aplicaciones en el campo de la psicología, permitiendo un avance respecto a estrategias de intervención; es el caso tal de la psicología de la salud específicamente en la promoción de hábitos de vida saludable, estilos de afrontamiento, prevención de enfermedades y factores de riesgo, donde ha hecho uso de este tipo de terapia en espacios interdisciplinarios de enfermedades crónicas como el cáncer y deja en reconocimiento la labor del psicólogo en esta área.

Una enfermedad de alto grado como el cáncer representa una carga psicológica bastante grande, en el que influyen factores como el estrés debido a las diversas circunstancias que la persona tendrá que enfrentar. Las estrategias de afrontamiento van encaminadas a reducir el impacto negativo del estrés sobre el bienestar individual. Estas estrategias están dirigidas hacia los determinantes del estrés y su éxito o fracaso, está condicionado por diferentes factores entre los que se destacan la naturaleza de las demandas, los recursos individuales y diferentes factores situacionales y se constituyen en mediadores de los efectos del estrés sobre el individuo y actúan a través de diferentes vías, una de ellas está referida a la modificación de la percepción de estresores que amenazan el bienestar. Florez (1993) citado por Alvarez, O., Guarnizo, Y. & Parra, K. (2005).

Meseguer (2003) enumera diez experiencias inmediatas que el cáncer evoca entre los adultos cuando enferman, entre las que se encuentran:

La pérdida de identidad. Aunque sea de manera transitoria, los síntomas de la enfermedad, la hospitalización, el deterioro secundario causado por los tratamientos, la baja laboral, el cese temporal de roles familiares, sociales, académicos o en el tiempo libre, tienen una repercusión negativa en el auto concepto. Aunque sea de manera temporal, el adulto con cáncer deja de sentirse y valorarse a sí mismo como solía hacerlo antes de ser conocedor de su enfermedad.

La pérdida de control. Cuando las consecuencias de la administración de los tratamientos oncológicos, en relación a la salud y la propia vida, no dependen de las acciones voluntarias del enfermo, sino que queda fuera de su capacidad de control, puede sentir una pérdida de control de los acontecimientos.

La pérdida de relaciones. El hecho de que la persona más querida, con su mejor intención, se haga el valeroso con optimismo, pero sin compartir los estados emocionales del enfermo, suele generar un aislamiento emocional y de pertenencia, siendo la consecuencia final la pérdida de relaciones.

La pérdida de experiencias sexuales en el futuro. Este temor es muy frecuente en pacientes de cualquier edad, e independientemente del tratamiento. Sin embargo, quienes presentan más temores a perder su vida sexual gratificante suelen ser aquellos enfermos a los que se les administra ciertos tratamientos como los hormonales,

braquiterapia de alta intensidad en cáncer ginecológico o genitourinario, cirugías genitourinarias, o algunas digestivas.

La pérdida de la imagen de sí mismo. Los pacientes con tumores de cabeza y cuello, y algunos que portan ostomías o reciben durante un largo periodo de tiempo tratamientos con esteroides e interferón, ven claramente empeorada su autoimagen. Esto, en el peor de los casos, lleva al enfermo a evitar el contacto social y cambiar su estilo de vida, lo que supone una disminución drástica de reforzadores y gratificaciones, ejerciendo un efecto perjudicial en el estado de ánimo. En este sentido, las mujeres enfermas sienten mayor malestar psicológico y peor calidad de vida que los hombres.

La pérdida del estilo de vida. La interrupción transitoria de los hábitos de vida ocasiona malestar intenso. Se trata del miedo a no poder recuperar en un futuro el estilo y ritmo de vida que tenían antes de que se les diagnosticara la enfermedad.

La pérdida de la capacidad de procreación. Sobre todo en parejas que se han formado otorgándole un valor central a la procreación, mostrando dificultades para contemplar otras realidades como puede ser la adopción.

La pérdida del proyecto vital o de futuro. Muchos adultos ven truncada su carrera profesional por no poder competir en el momento necesario al estar en fase de tratamiento, o el proyecto de consolidar un matrimonio y una familia a medio o largo

plazo se puede precipitar o anular por tomas de decisiones derivadas de la intolerancia a la excesiva incertidumbre que rodea el periodo activo de tratamiento de la enfermedad oncológica.

La pérdida del sentimiento de igualdad de condiciones. Los adultos que se habían construido unas pautas de vida más rígidas, valorando los convencionalismos sociales, como son la posición social o económica, suelen manifestar su intenso malestar por perderse esa íntima y reforzante convicción que habían de ser como todo el mundo antes de la enfermedad.

La pérdida del esquema de valores prioritarios. A partir de la enfermedad y del proceso de tratamiento, los pacientes empiezan a valorar otros aspectos y detalles de su vida y entorno, que antes de enfermar estaban en un segundo plano.

Siendo los mecanismos de adaptación utilizados para enfrentar el cáncer de mama y sus derivados el tema principal de interés dentro de esta investigación, se propone la terapia cognitivo conductual como estrategia pertinente para abordar dicha problemática, teniendo en cuenta los factores que intervienen. Las glándulas mamarias cobran doble significado para cualquier mujer, de acuerdo al componente femenino y sexual que representan. Conociendo de igual forma la importancia que la mujer le implanta a su aspecto físico, es común que al enfrentarse a una enfermedad

como el cáncer de mama enfrente sentimientos de angustia, temor, ansiedad, y que durante este proceso implique conflictos de autoestima, percepción y autoimagen.

El concepto de autoestima, es un término ampliamente discutido dentro de la psicología, se incluyen aspectos como auto aceptación, autovaloración, auto concepto, autoimagen, y demás, aunque todos ellos se enfocan en el valor positivo o negativo que cada individuo tiene sobre sí mismo. Sin embargo, Musitu (1996) citado por Ortega, P., Mínguez, R. & Rodes, M. (2001), por su parte, definen la autoestima como el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que a sí mismos se atribuyen.

De las diversas definiciones que se encuentran todas se basan en las atribuciones que los individuos hacen respecto a sus propias cualidades, fortalezas, habilidades, competencias, éxitos o fracasos y demás, tanto positivos como negativos, influenciadas por las experiencias vividas y las interpretaciones de las mismas.

Por su parte Monbourquette dice que el psicólogo Maslow propuso una teoría psicológica conocida como la jerarquía de necesidad de Maslow o pirámide de Maslow, donde formuló una jerarquía de las necesidades humanas y su teoría defiende que conforme de satisfacer las necesidades básicas, los seres humanos, desarrollan necesidades y deseos más elevados. Monbourquette (2008) citado por Sparisci, V. (2013).

A continuación se muestra la pirámide propuesta por Maslow, diseñada por Tejo, D. (2016):



Figura 1. Jerarquía de necesidades de Abraham Maslow

De acuerdo a esta pirámide, se encuentra en primer lugar las necesidades fisiológicas las cuales abarcan lo que requiere el ser humano básicamente para sobrevivir, en segundo lugar están las necesidades de seguridad como lo son el conseguir un empleo, ahorrar, comprar bienes y demás que proporcionan en cierta medida la satisfacción de las anteriores y le aporta estabilidad. En tercer lugar las necesidades sociales o de amor y pertenencia, como seres sociales las personas buscan relacionarse con sus semejantes, ser aceptados y por ende pertenecer a un grupo, donde puedan dar y recibir afecto y establecer vínculos afectivos significativos. En cuarto lugar se encuentra la necesidad de autoestima asociada a la

construcción psicológica personal, reconocerse a sí mismo, amor propio, confianza y auto aceptación. En el quinto y último lugar se haya la necesidad de autorrealización donde el ser humano alcanza un grado de independencia y autocontrol, de acuerdo con Valdés (2005) citado por Naranjo, M. (2009), se les conocen también como necesidades de crecimiento, de realización del propio potencial, de realizar lo que a la persona le agrada y poder lograrlo.

Con base en la teoría planteada por Maslow, cualquier individuo puede valorarse a sí mismo de acuerdo al nivel de satisfacción que va adquiriendo sus experiencias. El hecho de no sentirse realizado disminuye su autoestima y pierde en cierto sentido la confianza en sí mismo para intentar superar sus situaciones y buscar nuevas alternativas.

Según Lorenzo (2007), en la estructura de la autoestima se encuentran tres tipos de componentes que operan de manera interrelacionada e influyen mutuamente. El aumento positivo o el deterioro de algunos de estos componentes comportan una modificación de los otros en el mismo sentido. (Sparisci, V., 2013), estas son:

Componente cognitivo (cómo pensamos). Indica idea, opinión, percepción de sí mismo, es el auto concepto. También acompañado por la autoimagen o representación mental. Ocupa un lugar fundamental en el crecimiento de la autoestima.

Componente afectivo (cómo nos sentimos). Señala la valoración de lo positivo y negativo que hay en cada uno, implica un sentido de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable que hay en cada individuo. Significa sentirse bien o a disgusto, siendo un juicio de valor sobre las cualidades personales.

Componente conductual (cómo actuamos). Significa tensión, intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento coherente y consecuente. Es la autoafirmación dirigida y la búsqueda de consideración y reconocimiento por parte de los demás.

Metodología

Diseño a utilizar

Taylor, S.J. y Bogdan R. (1986) citado por Quecedo, R., & Castaño, C. (2002), sintetizan los criterios definitorios de los estudios cualitativos de la siguiente manera:

- La investigación cualitativa es inductiva.

- Entiende el contexto y a las personas bajo una perspectiva holística.
- Es sensible a los efectos que el investigador causa a las personas que son el objeto de su estudio.
- El investigador cualitativo trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Todas las perspectivas son valiosas.
- Los métodos cualitativos son humanistas.
- Los estudios cualitativos dan énfasis a la validez de la investigación.
- Todos los contextos y personas son potenciales ámbitos de estudio.

Con base en lo anterior la actual investigación pretende conocer las experiencias, percepciones, sentimientos y emociones de cinco mujeres diagnosticadas con cáncer de mama residentes en el área metropolitana de Bucaramanga recopiladas en historias de vida, hecho por el cual se enfoca hacia el modelo cualitativo, teniendo en cuenta que este se define como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Quecedo, R., & Castaño, C. (2002).

De igual manera la investigación se enfoca desde el diseño de tipo fenomenológico, como señala igualmente Quecedo, R., & Castaño, C. (2002): busca

comprender un fenómeno social desde la perspectiva del actor. Pretende comprender en un nivel personal los motivos y creencias que están detrás de las acciones. Según expresa Jack Douglas citado por Quecedo, R., & Castaño, C. (2002), las fuerzas que mueven a los seres humanos como seres humanos y no simplemente como cuerpos humanos son “materia significativa” (ideas, motivos internos y sentimientos).

Población

La población identificada para este estudio son mujeres que padecen o han padecido cáncer de mama, siendo seleccionadas por disponibilidad.

Muestra

La muestra se conforma por cinco mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre los años 2016 y 2018, que han sido sometidas a algún tratamiento contra la enfermedad y que voluntariamente aceptan participar en el presente estudio.

Como criterio de inclusión se tiene en cuenta tener un diagnóstico de cáncer de mama establecido por una unidad de patología, haber sido sometida a algún tratamiento frente al cáncer de mama entre los años 2016 y 2018, residir en el área

metropolitana de Bucaramanga, Santander, alfabeta y estar dentro del rango de edad adulta.

Procedimiento

Para la recolección de la información se selecciona las mujeres participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Posteriormente, se hace contacto vía telefónica donde se especifica el propósito de la investigación y se agenda una cita personal que permita detallar el objetivo del estudio, diligenciando consentimiento informado (Apéndice A), autorización para aplicación de instrumentos de investigación y garantía de los derechos de las participantes.

De igual se establece un cronograma de actividades (Apéndice B) donde se establecen los tiempos en el procedimiento de la investigación, que permita cumplir a cabalidad los objetivos de la misma.

Instrumentos, protocolos, forma(s) de recolección de la información

De acuerdo a la metodología, se pretende hacer uso de instrumentos cualitativos como entrevista a profundidad (Apéndice C), escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver (Apéndice D), inventario de autoestima de

Coopersmith versión adultos (Apéndice E), y escala de autoestima de Rosemberg (Apéndice F).

Dentro de la escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver (1997) se distingue reinterpretación positiva y crecimiento, desconexión mental, enfoque y ventilación de las emociones, uso de soporte social instrumental, afrontamiento activo, negación, afrontamiento religioso, humor, desconexión del comportamiento, restricción, uso de apoyo social emocional, uso de sustancias, aceptación, supresión de actividades competidoras y planificación; es un inventario desarrollado para evaluar 15 estrategias de afrontamiento, el cual consta de 60 ítems que se responden en una escala tipo Likert.

El inventario de autoestima de Coopersmith versión adultos consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas, la prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adultos y adolescentes a partir de los 16 años de edad. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de sí o no.

La escala de autoestima de Rosemberg consta de 10 ítems; frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa siendo un cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Recursos a utilizar

El desarrollo del estudio es autofinanciado por la psicóloga en formación como investigador directo, donde se dispone de recursos humanos, físicos y tecnológicos, siendo estos: la población con la cual se va a trabajar, papel, lápiz, computador y espacios concretos.

Resultados

Instrumento 1: Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver

Tabla 3

Libro de códigos de Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver

Variable	Categorías	Ítems	Códigos	Columna
Modos de Afrontamiento	Reinterpretación positiva y crecimiento	1.Intentó desarrollarme como persona como resultado de la experiencia 29.Intentó verlo de una forma diferente, para que parezca más positivo 38.Busco algo bueno en lo que está	No suelo hacer esto en absoluto	1 1

	sucediendo		
	59. Aprendo algo de la experiencia		
Desconexión mental	2. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente		
	16. Sueño despierto con otras cosas diferentes		2
	31. Duermo más de lo habitual		
	43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello		
Enfoque y ventilación de las emociones	3. Me altero y dejo aflorar mis emociones		
	17. Me altero y soy realmente consciente de la situación		
	28. Dejo aflorar mis sentimientos		3
	46. Siento un gran malestar emocional y me encuentro expresando estos sentimientos un montón		
Uso de soporte social instrumental	4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer		
	14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación		
	30. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto acerca del problema		4
	45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron		
Afrontamiento activo	5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación		
	25. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema		
	47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema		5
	58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso		
Negación	6. Me digo a mí mismo: "Esto no es real"	Suelo hacer esto un poco	2
	27. Me niego a creer que haya sucedido		
	40. Actúo como si realmente no hubiera sucedido		6
Afrontamiento religioso	57. Actúo como si nunca hubiera ocurrido		
	7. Confío en Dios		
	18. Pido la ayuda de Dios		
	48. Intento encontrar consuelo en la religión		7
Humor	60. Rezo más de lo habitual		
	8. Me río acerca de la situación		
	20. Hago bromas sobre la situación		8
	36. Bromeo sobre ello	Suelo hacer esto	3

	50. Hago bromas de la situación	moderadamente		
Desconexión del comportamiento	9. Admito que no puedo con ello y dejo de intentarlo			
	24. Simplemente abandono en el intento de lograr mi objetivo			
	37. Renuncio a intentar lograr lo que quiero			9
	51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema			
Restricción	10. Me disuado a mí mismo de hacer algo con demasiada rapidez			
	22. Demoro hacer algo sobre el tema hasta que la situación lo permita			
	41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto			10
	49. Me obligo a mí mismo a esperar el momento oportuno para hacer algo			
Uso de apoyo social emocional	11. Hablo de mis sentimientos con alguien			
	23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares			
	34. Consigo la compasión y comprensión de alguien			11
	52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento			
Uso de sustancias	12. Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor			
	26. Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas			
	35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello			12
	53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo			
Aceptación	13. Me acostumbro a la idea de lo que sucedió			
	21. Acepto que ha sucedido y que no puede cambiarse	Suelo hacer esto mucho	4	13
	44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido			
	54. Aprendo a vivir con ello			
Supresión de actividades competidoras	15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades			
	33. Me concentro en el manejo del problema y si es necesario aparto otros temas un poco			14
	42. Intento evitar que otras cosas			

	interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación	
	55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema	
	19. Hago un plan de acción	
	32. Intento encontrar una estrategia acerca de qué hacer	
Planificación	39. Pienso acerca de cómo podría manejar mejor el problema	15
	56. Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar	

Tabla 4
Matriz de datos de Escala de modos de afrontamiento

	C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	C.8	C.9	C.10	C.11	C.12	C.13	C.14	C.15
P.1	12	12	9	9	8	5	16	4	5	5	11	4	12	9	7
P.2	12	6	9	11	14	4	16	4	4	11	10	4	16	12	14
P.3	14	15	10	15	12	12	16	4	6	8	15	4	13	12	16
P.4	14	12	9	11	14	6	12	9	4	8	10	4	12	10	12
P.5	16	13	9	15	14	7	16	7	9	10	14	4	16	8	14

Instrumento 2: Inventario de autoestima de Coopersmith (versión adultos)

Tabla 5

Libro de códigos de Inventario de autoestima de Coopersmith

Variable	Categoría	Ítems	Códigos	Columna		
Autoestima	Sí mismo general	1.Generalmente los problemas me afectan muy poco	S 1 N 0	1		
		3.Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	S 0 N 1			
		4.Puedo tomar una decisión fácilmente	S 1 N 0			
		7.Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	S 0 N 1			
		10.Me doy por vencida muy fácilmente	S 0 N 1			
		12.Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	S 0 N 1			
		13.Mi vida es muy complicada	S 0 N 1			
		15.Tengo mala opinión de mí misma	S 0 N 1			
		18.Soy menos bonita que la mayoría de la gente	S 0 N 1			
		19.Si tengo algo que decir, generalmente lo digo	S 1 N 0			
		23.Con frecuencia me desanimo en lo que hago	S 0 N 1			
		24.Muchas veces me gustaría ser otra persona	S 0 N 1			
		25.Se puede confiar muy poco en mí	S 0 N 1			
		Social	2.Me cuesta mucho trabajo hablar en público		S 0 N 1	2
			5.Soy una persona simpática		S 1 N 0	
	8.Soy popular entre las personas de mi edad		S 1 N 0			
	14.Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas		S 1 N 0			
	17.Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo		S 0 N 1			
	21.Los demás son mejor aceptados que yo		S 0 N 1			
	Familiar	6.En mi casa me enoja fácilmente	S 0 N 1	3		
		9.Mi familia generalmente toma en cuenta mis Sentimientos	S 1 N 0			
		11.Mi familia espera demasiado de mí	S 0 N 1			
		16.Muchas veces me gustaría irme de mi casa	S 0 N 1			
		20.Mi familia me comprende	S 1 N 0			
			22.Siento que mi familia me presiona	S 0 N 1		

Tabla 6

Matriz de datos de Inventario de autoestima de Coopersmith

	Columna 1	Columna 2	Columna 3
Participante 1	12	6	5
Participante 2	12	4	5
Participante 3	11	5	5
Participante 4	12	6	3
Participante 5	11	6	4

Instrumento 3: Escala de autoestima de Rosemberg

Tabla 7
Libro de códigos de Escala de autoestima de Rosemberg

Variable	Ítems	Códigos	Columna
Autoestima	1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	A. Muy de acuerdo	4
	2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas	B. De acuerdo	3
		C. En desacuerdo	2
		D. Muy en desacuerdo	1
	3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente		

4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma		
5. En general estoy satisfecha de mí misma		
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa		
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada	A. Muy de acuerdo	1
	B. De acuerdo	2
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma	C. En desacuerdo	3
	D. Muy en desacuerdo	4
9. Hay veces que realmente pienso que soy inútil		
10. A veces creo que no soy buena persona		

Tabla 8
Matriz de datos de Escala de autoestima de Rosemberg

	Columna 1
Participante 1	30
Participante 2	33
Participante 3	33
Participante 4	31
Participante 5	40

Instrumento 4: Entrevista a profundidad

Tabla 9
Entrevista participante N° 1

	Diagnóstico actual	Fecha diagnóstico
Participante: N° 1	Cáncer de seno izquierdo pos cirugía con metástasis a columna lumbar	Diciembre - 2017
Proceso	Cuadrantectomía más vaciamiento axilar mama izquierda	
	Fecha: Marzo - 2018	
	Ocupación	Hogar
	Edad	68
Datos sociodemográficos	Estado civil	Casada
	Nivel socioeconómico	4
	Nivel Educativo	Técnico

Inicialmente la participante comenta como inició en su proceso de cáncer de mama; relata cumplir anualmente con sus controles médicos y mamografías rutinarias, en diciembre de 2017 los médicos hallan un tumor altamente maligno que debía ser examinado por especialistas. Manifiesta asumir gastos en un oncólogo particular, puesto que la eps no realizó el procedimiento necesario, donde le practicaron ecografía mamaria y biopsia obteniendo como resultado: cáncer de mama izquierda y ganglios afectados. El 12 de marzo de 2018 le practican una cuadrantectomía más vaciamiento axilar de mama izquierda, donde le extirpan una cuarta parte del seno izquierdo y 13 ganglios, después de la cirugía le realizan una nueva biopsia encontrando todos los demás ganglios comprometidos y metástasis en lumbares 3 y 4. Actualmente se encuentra a la espera de iniciar 35 radioterapias: 25

en seno, clavícula y axila, y 10 en espalda para atacar lumbares; las cuales no ha podido iniciar por problemas con la entidad de salud, siendo preocupante tanto para ella como para los médicos que llevan su proceso.

La participante comenta nunca imaginar padecer esta enfermedad ya que llevaba una vida muy sana y no tiene antecedentes genéticos, convirtiéndose en una situación muy difícil e inesperada para su familia, quienes son su principal apoyo. Al principio solo ella y su esposo tenían conocimiento de su padecimiento, dado que recibieron la noticia para fin de año y decidieron no perturbar las fiestas navideñas de la familia. Dice que para su esposo e hijos vivir esta realidad es complicado; su hija es su vital soporte, se ha puesto al frente de las circunstancias y la acompaña a cada cita médica, su familia en general y amigos más cercanos están pendientes de su evolución, de igual forma, expone aferrarse con fervor a Dios y la virgen de Guadalupe, encomendando su vida y su salud. Asegura que todo ese amor, apoyo, afecto y entrega hacía ella la motiva a luchar, aferrarse a la vida y salir adelante, a pesar de los inconvenientes que se presentan con su eps, por la demora en la atención y adelanto de procesos, siendo factores negativos para la serenidad que necesita su sistema inmune.

Por otra parte, relata un cambio radical en su vida a raíz de la enfermedad, señala que anteriormente era muy activa, solía cuidar de sus nietos y administrar una oficina de seguros de su hermano y de un momento a otro su situación la obligó a

dejar estas actividades, ya que al verse implicada la columna vertebral se convierte en un proceso muy delicado, ahora debe permanecer en quietud y tranquilidad, e igualmente no puede realizar esfuerzos o usar ciertos accesorios en su brazo izquierdo debido a la cirugía. Estas condiciones la llevaron a buscar ayuda psicológica por su cuenta, debido a que su eps no le brindó esta atención; comenta que le ha sido de gran ayuda, cuenta con un psicólogo muy profesional que le brinda confianza y apoyo. Además asiste a una fundación dedicada al cáncer en mujeres, donde se reúnen entre 25 personas en esta condición de diversas etapas de la enfermedad, donde les ofrecen conferencias, charlas, motivación e integraciones; enuncia que las refuerza a continuar y no decaer.

Con relación a su imagen corporal manifiesta que teniendo en cuenta su edad este asunto pasa a un segundo plano, dice que ya vivió su etapa de vanidad aunque es imposible no sentirse diferente al observarse en el espejo después de la cuadrantectomía y no sentir tristeza al ver su cicatriz y la falta de una parte de su seno, tuvo que acostumbrarse a no usar el sostén común y adecuar nuevos hábitos para el cuidado de su brazo izquierdo. Es consciente que son cambios significativos a consecuencia de los tratamientos que reciba y espera irlos asumiendo con valentía a medida que sucedan.

Cáncer es una palabra que ha decidido erradicar de su vocabulario, le genera sentimientos negativos, tristeza, angustia y dolor, explica que es muy duro hablar del

tema y trata de evitarlo porque no le gusta y le cuesta cuando alguien le pregunta, dice que no intenta ocultarlo pero le gustaría que las personas respetaran el silencio que desea mantener, y no preguntar mucho ya que eso la afecta. Argumenta que en ocasiones las personas suelen ser imprudentes, sarcásticas y tóxicas, cuando esto sucede cambia el tema o simplemente se retira y trata de no escuchar.

Para concluir, la participante se describe como una persona valiente, bondadosa, de buenos sentimientos, creyente de Dios, dice que la única cosa que cambiaría en su vida es no padecer esta enfermedad, pero se siente orgullosa de ver la familia que construyó quienes han sido incondicionales para esta situación, señala que sus nietos la mantienen en pie, son su razón de vida junto con su esposo, hijos y hermanos le han dado la fortaleza para continuar y luchar por su vida. Respecto a sus perspectivas, indica que su principal deseo y ocupación en este momento es vencer el cáncer de mama que la aqueja y seguir adelante, se encuentra pendiente de continuar el tratamiento que le sea necesario, con grandes expectativas de recuperación.

Tabla 10
Entrevista participante N° 2

	Diagnóstico actual	Fecha diagnóstico
Participante: N° 2	Cáncer de seno derecho pos cirugía	Marzo - 2018
Proceso	Cuadrantectomía de mama derecha - Radioterapia	

Fecha: (Abril – 2018) – (Mayo – 2018)

	Ocupación	Docente pensionada
	Edad	72
Datos sociodemográficos	Estado civil	Casada
	Nivel socioeconómico	3
	Nivel Educativo	Licenciada en filosofía

Para iniciar la participante relata practicarse sus mamografías de control anuales; en el último examen efectuado en el mes de marzo los resultados no fueron muy certeros, razón por la cual le practicaron una biopsia obteniendo un efecto positivo para cáncer de seno derecho. Visitó varios doctores y tuvo la fortuna de agilizar el trámite para su atención ya que su hija es médico y en el mes de abril le realizan una cuadrantectomía de mama derecha, donde consigue excelentes resultados de acuerdo a una nueva biopsia que reflejaba haber retirado el área maligna, lo que significa que el tumor no se había esparcido y los ganglios se encontraban sanos. Por prevención y teniendo en cuenta que podía haber quedado algún residuo, le ordenan 16 radioterapias de las cuales lleva 4, y actualmente se encuentra a la espera del resultado de un último examen que permita saber si hay la necesidad de un tratamiento más.

Comenta que recibir esta noticia es un impacto muy fuerte, “sientes como si el mundo se te viniera encima, realmente uno queda en shock”. Su núcleo familiar ha sido fundamental, han confrontado la situación juntos, lo que le ha dado fortaleza ante

las circunstancias, no tenía antecedentes familiares y recibir este informe fue sorprendente, pero de inmediato decidieron afrontarlo. Relata que a pesar de recibir el apoyo de su familia, hubo momentos en que pensó que no sería capaz de superar esta enfermedad, por lo que su hija quiso que recibiera ayuda psicológica pero la participante no accedió, decidiendo esperar su evolución y ofrecer su vida a Dios.

Su vida cambia, según señala se siente debilitada y con limitaciones, en ocasiones con bajo ánimo debido a que no puede ejecutar actividades que anteriormente disfrutaba como salir a pasear, ir a piscina o el mar, siendo pasatiempos que ha tenido que aplazar. A pesar de esto trata de no alterar su rutina, cumple sus tareas domésticas diarias pero comenta que ahora necesita pedir ayuda; acostumbra asistir a un grupo pastoral de la iglesia y a la eucaristía, siempre y cuando se sienta en óptimas condiciones, ya que le gusta mantenerse relacionada y estar pendiente de las acciones que realizan.

La participante expresa que el cáncer es una enfermedad netamente silenciosa, la cual no se ve ni se siente, por lo que enfatiza en la importancia de hacerse lo exámenes periódicos pertinentes ya que de un momento a otro la vida y la salud pueden cambiar, explica: “normalmente te dicen cáncer e imaginas la muerte”, pero contrasta en que al verse enfrentada a esta situación ciertamente no hay que ser tan drásticos teniendo en cuenta los diversos tratamientos médicos que se presentan hoy día. Relata no preocuparle las consecuencias físicas que pueda sufrir, trata de no

pensar en ello, mientras que el hecho de abandonar sus actividades de interés y verse limitada en sus funciones diarias la inquietan mucho más.

Comenta que en ningún momento recibió preparación física, médica o psicológica respecto a los procedimientos que recibiría, el contar con su hija médico le fue de tranquilidad y esperanza ya que ella le explicó el procedimiento; indica que como paciente conocer realmente lo que se le va a practicar, le posibilita comprender mejor la situación y evitar experimentar angustia y miedo.

Manifiesta que la radioterapia le genera una fuerte molestia, debido a que es una quemadura en el seno, recurre a tratamientos dermatológicos y caseros como sábila, caléndula y manzanilla.

Tabla 11
Entrevista participante N° 3

	Diagnóstico actual	Fecha diagnóstico
Participante: N° 3	Cáncer de seno izquierdo	Noviembre - 2016
Proceso	Cuadrantectomía de seno izquierdo más vaciamiento axilar - Quimioterapia - Radioterapia	
	Fecha: (Diciembre – 2016)	

	Ocupación	Docente
Datos sociodemográficos	Edad	56
	Estado civil	Casada
	Nivel socioeconómico	4
	Nivel Educativo	Lic. Educación física, recreación y deportes

La participante procedente del departamento de Bolívar se presenta como docente licenciada en educación física, recreación y deportes, profesión que le apasiona y disfruta realizar pero que se ha visto significativamente afectada a raíz de padecer cáncer de mama. Relata que para el año 2016 fue nombrada como la mejor docente del departamento y a finales de noviembre del mismo año es diagnosticada con cáncer de seno izquierdo, noticia que la deja impactada pero con el deseo de tomar medidas de inmediato. Al recurrir a su médico con la intención de obtener ayuda o algún tratamiento se lleva una fuerte decepción al recibir como respuesta que tendría que esperar hasta el próximo año puesto que él se iba de vacaciones y no haría más consultas por ese año. Por tal razón decide radicarse en Bucaramanga y pagar por su cuenta costos médicos, donde le practican una cuadrantectomía de seno izquierdo más vaciamiento axilar.

En seguida inicia quimioterapia, donde toma la decisión de raparse antes de ver su cabello caer, comenta: “gracias a Dios tuve un tratamiento exitoso, y uno se acostumbra a verse calva”; finalmente recibe radioterapias donde le causan una quemadura accidental en el rostro. Actualmente se encuentra en seguimiento para

finalmente considerarse como sobreviviente al cáncer de seno, donde comenta aferrarse a Dios y su familia confiando en que todo salga como lo espera.

La participante infiere haber experimentado inmensa decepción y tristeza a nivel social y laboral, recibiendo rechazo y despido de su amada labor. Respecto a su familia sucedió todo lo contrario, su esposo se encargó por completo del hogar, comenta que no ha vuelto a realizar labores domésticas desde entonces y se siente apoyada y respaldada por su familia al cien por ciento.

Tabla 12
Entrevista participante N° 4

	Diagnóstico actual	Fecha diagnóstico
Participante: N° 4	Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama	Octubre - 2016
Proceso	Quimioterapia	
	Fecha: Diciembre – 2017	
Datos sociodemográficos	Ocupación	Hogar
	Edad	49
	Estado civil	Soltera
	Nivel socioeconómico	3

Nivel Educativo

Técnico

La participante es oriunda de Ibagué, comenta trasladarse a Bucaramanga por razones de estudio de sus hijos. Inicialmente relata que su diagnóstico actual es tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama desde hace un año y ocho meses, y hasta hace un mes inició quimioterapia.

La principal secuela que le ha dejado el cáncer según ella es la separación con su esposo, dice que a partir de ese momento ella empezó a sentir que no era agradable para él y tomaron la decisión de separarse. Actualmente se dedica al hogar, ocupando la mayor parte de su tiempo en búsquedas por internet acerca de remedios caseros para el cáncer y aliviar síntomas de la quimioterapia. Comenta que su método para hacer frente a su nueva imagen es el humor, pues suele realizar bromas con sus hijos acerca de su alopecia.

A pesar de su larga espera por recibir un tratamiento, infiere sentirse esperanzada confiando en Dios, puesto que no tiene otra opción que aceptar las circunstancias y tomar todo con serenidad.

Tabla 13
Entrevista participante N° 5

Participante: N° 5	Diagnóstico actual	Fecha diagnóstico
	Cáncer de mama izquierda	Abril – 2016
Proceso	Mastectomía de seno izquierdo – Quimioterapia	
	Fecha:	
Datos sociodemográficos	Ocupación	Hogar
	Edad	5
	Estado civil	Casada
	Nivel socioeconómico	3
	Nivel Educativo	Técnico

Análisis de Resultados

En primer lugar, se aplica la Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver como instrumento interesado en la forma en que las participantes actúan al hacer frente a un acontecimiento tan significativo como lo es el cáncer de mama y sus respectivos tratamientos. De acuerdo a los resultados obtenidos el afrontamiento mayormente destacado es el religioso, las mujeres indagadas suelen aferrarse a Dios y refugiar sus esperanzas en el, como un ser espiritual todopoderoso. Ante circunstancias difíciles de la vida como el diagnóstico y el proceso de una enfermedad crónica las creencias, prácticas y el afrontamiento espiritual sirven para

paliar la presencia de emociones negativas, los síntomas físicos y mejorar la calidad de vida (Koenig et al., 2001 citado por Quiceno, J. & Vinaccia, S. 2011).

De igual forma, la aceptación como estrategia de afrontamiento se destaca generalmente dentro de los resultados obtenidos, constituida por los ítems “Me acostumbro a la idea de lo que sucedió”, “Acepto que ha sucedido y que no puede cambiarse”, “Acepto la realidad del hecho que ha sucedido” y “Aprendo a vivir con ello”. Es una táctica que facilita el bienestar, ya que al ser conscientes que es una situación real y fuera de su control, centran sus esfuerzos por buscar los medios de enfrentar la enfermedad.

Específicamente, se observa que las participantes 1, 4 y 5 se inclinan por la reinterpretación positiva y crecimiento como otros medios de afrontamiento, percibiendo los posibles aspectos positivos del cáncer de mama que se interpreta como una nueva oportunidad de vida. La desconexión mental es una categoría destacada, de utilidad para las participantes 1, 2 y 4 quienes suelen concentrar sus actividades en otros proyectos que las mantenga ocupadas y evite ensimismarse en la enfermedad. La planificación es otra de las estrategias donde la acción se condensa en pensar cómo afrontar al estresor, en este caso el cáncer, haciendo los intentos necesarios para atacar directamente a la enfermedad por medio de tratamientos rápidos y eficaces, del mismo modo en que se implanta hábitos de autocuidado, la cual es punto de referencia para las participantes 2, 3 y 4.

Para las participantes 1, 2 y 3 el humor no es el modo de afrontamiento más frecuente, por el contrario las participantes 4 y 5 refieren hacer pequeñas bromas acerca de la situación como una estrategia que hace del cáncer de mama una condición tolerable. Finalmente, de acuerdo a las puntuaciones alcanzadas las mujeres participantes de este estudio no se refugian en absoluto en el uso de sustancias como recurso para sentirse bien o soportar la enfermedad.

Se infiere que las mujeres participantes utilizan estrategias de afrontamiento religioso, aceptación, desconexión mental, planificación, humor, reinterpretación positiva y crecimiento, donde su rol como pacientes de cáncer de mama no tiende a ser una experiencia frustrante y por el contrario les ofrece diversas alternativas de contrarresto a la enfermedad.

En segundo lugar, se aborda la autoestima de las mujeres con cáncer de mama participantes como otro componente de interés dentro de la investigación, para esto se aplica el inventario de autoestima de Coopersmith y la escala de autoestima de Rosemberg.

Por una parte en el inventario de Coopersmith se obtienen resultados colectivamente satisfactorios, donde todas las participantes del estudio reflejan un alto nivel de autoestima, es decir, que a nivel general y de acuerdo a la teoría poseen

un buen concepto de sí mismas. Además, el inventario genera puntajes divididos en tres categorías sí mismo, social y familiar, los cuales se confrontan a continuación.

Para la primera categoría, sí mismo, todas las mujeres del estudio consiguen un puntaje significativo el cual refiere que la actitud que presentan frente a su auto percepción y propia experiencia valorativa de sus características físicas y psicológicas es apropiado. En la segunda área, social, las participantes 1, 4 y 5 se destacan por alcanzar la calificación máxima, esto representa que sus actitudes en el medio social y frente a sus compañeros de trabajo o amigos es confortable, así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones y las expectativas en relación a su rendimiento profesional; mientras que para las pacientes con cáncer de mama 2 y 3 es un aspecto que hay que reforzar. Finalmente, en la categoría familiar, las participantes 1, 2 y 3 logran una valoración favorable; en lo que respecta a las participantes 4 y 5 es un área con necesidad de fortalecer en cuanto a las actitudes y experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

Para la escala de autoestima de Rosenberg todas las mujeres del estudio obtienen una valoración dentro del rango de autoestima elevada, considerada dentro de lo normal, lo que describe que atribuyen una buena apreciación de sus cualidades, fortalezas, habilidades, competencias, éxitos o fracasos.

Por consiguiente, de acuerdo a los componentes en la estructura de la autoestima Lorenzo (2007) citado por Sparisci, V., (2013), y partir de los resultados obtenidos para esta variable, se infiere que en lo que respecta al componente cognitivo, el cual representa el auto concepto y autoimagen las participantes reflejan una muy buena autoestima, puesto que se consideran con la fortaleza de enfrentar las situaciones a causa del cáncer de mama y la imagen corporal pasa a un segundo plano, aunque les es significativo la prioridad es recuperarse de esta enfermedad la cual necesita de su plena disposición y valentía. Para el componente afectivo, que significa sentirse bien o a disgusto, siendo un juicio de valor sobre las cualidades personales, se halla que es dependiente del contexto, es decir, para las pacientes con cáncer de mama participantes existen diversos factores que influyen como lo es la atención de sus entidades de salud, la disponibilidad de recursos para sus tratamientos, la calidad del servicio, los efectos secundarios de la enfermedad y procedimientos, el apoyo familiar y social, la vitalidad con la que se encuentren y la capacidad de realizar sus actividades cotidianas.

Por último, para el componente conductual el cual se refiere a la tensión, intención y decisión de actuar y llevar a la práctica un comportamiento coherente y consecuente, es altamente significativo, teniendo en cuenta que en su totalidad las participantes señalan la disposición para actuar de inmediato frente a la enfermedad, puesto que son conscientes que de esto depende su estado de salud y recuperación; aunque por otra parte la búsqueda de consideración y reconocimiento por parte de los demás, el cual se incluye dentro de este componente es totalmente nula, debido a que

todas las participantes afirman no desear sentirse menos, ni buscar la contemplación de otros, por el contrario les resultaría molesto el ser reconocidas por esta enfermedad.

Conclusiones

En respuesta a los objetivos planteados se concluye que la autopercepción de las pacientes con cáncer de mama que hicieron parte de este estudio, frente a su imagen corporal es medida, no deja de ser un aspecto de interés al momento del diagnóstico aunque pasa a ser de poca relevancia en el transcurso de la enfermedad, teniendo en cuenta que para ellas la prioridad es la recuperación de su padecimiento y se encuentran dispuestas a someterse al tratamiento necesario para radicarlo. No obstante, al momento de observar sus cambios corporales como alopecia, ausencia de un seno y cicatrices en su pecho junto con los cambios de hábitos que esto implica,

no deja de ser una situación de temor, angustia, tristeza, decepción y causante de un bajo estado de ánimo, aunque señalan que estas emociones son temporales.

Como estrategias de afrontamiento frente a estas situaciones y sentimientos se encuentra que al iniciar los procedimientos los cambios en la imagen corporal son drásticos así como el impacto en su autopercepción motivo por el cual algunas pacientes sometidas a quimioterapia señalan recurrir de inmediato a la peluquería y despojarse de todo su cabello antes de verlo caer poco a poco; y en general todas comentan que acuden al uso de accesorios como pelucas, chalinas, prótesis mamarias, pestañas, maquillaje y turbantes que las hace sentir más seguras de sí mismas ante la sociedad.

La principal estrategia de afrontamiento en la cual coinciden todas las participantes en un alto nivel de intensidad es el refugio en Dios, independientemente de la religión, como un ser espiritual, todopoderoso, dador de vida y capaz de aliviar sus padecimientos y así mismo erradicar la enfermedad; se halla que suelen realizar oraciones, asistir a rituales religiosos y ofrecer actos a Dios.

Igualmente, como medida de precaución ante la enfermedad se implantan hábitos de autocuidado físico y alimenticio como recurso que posibilita reflejar salud y por ende su recuperación, se evita ciertos alimentos, se consume fruta, verdura y se establece un estilo de vida saludable. Otra de la técnica empleada para afrontar el

cáncer es realizar actividades de ocio como leer, pasar tiempo en familia, caminar, salir de la casa, pertenecer a grupos y demás, señalan que son actividades que las hace sentir útiles ya que la mayoría de ellas tuvo que abandonar su ocupación laboral.

Dentro de esta estrategia se resalta que tres de las participantes del estudio son parte de una fundación dedicada a la prevención y apoyo a mujeres con cáncer, quienes coinciden en que es una oportunidad de beneficio para su estado físico y psicológico.

Frente a los factores influyentes en la autovaloración personal se recalca el aspecto familiar, socio demográfico y social, como principales determinantes de esta estimación. El área familiar contribuye considerablemente, se halla que la presencia de apoyo de sus principales miembros equivale a sentimientos de pertenencia, amor, deseos de superación y lucha; el hecho de sentirse importante para otros, para quienes es igual de difícil la presencia del cáncer, hace que las pacientes se auto valoren como seres incondicionales dentro de una familia y se convierten en una razón primordial para aferrarse a la vida.

Dentro del aspecto socio demográfico se conforma en este estudio por ocupación, edad, estado civil, nivel socioeconómico y educativo; se encuentra como influyentes debido a que en primer lugar la ocupación actúa, ya sea positiva o negativamente, en sentimientos de minusvalía o capacidad de valerse por sí mismas, en segundo lugar, la continuidad de su estado civil, en el caso de las mujeres casadas el sentimiento de apoyo por parte de su pareja se inclina hacia la autovaloración como

mujeres y esposas. En tercer lugar el nivel socio económico y educativo permite que las pacientes con cáncer accedan tanto información precisa de la enfermedad, procedimiento y evolución, como a tener los medios económicos para recurrir a estas posibilidades, siendo de importancia para su autovaloración con respecto a su estado de salud.

Para el factor social como componente de la autovaloración, se concluye que las mujeres pertenecientes a grupos se valoran como personas con la capacidad de ayudar a otros, generando sentimientos de satisfacción, bienestar, tranquilidad, paz y reconciliación con la vida; no obstante se halla un factor negativo donde los diferentes grupos a los que pertenecían antes de ser diagnosticadas con cáncer como de trabajo, amigos o comunidad residencial, recalcan su enfermedad, ya sea aislándose o con expresiones de discapacidad que afectan la autovaloración de las participantes.

Son diversas las experiencias vivenciadas por las pacientes con cáncer de mama que participan en esta investigación a consecuencia de su enfermedad, entre ellas se resaltan cambiar estilo de vida, reemplazar actividades cotidianas y de ocio, abandonar empleos, ser señaladas por la sociedad como mujeres al borde la muerte, acostumbrarse a observar ausencias corporales y ser sustituidas por accesorios, enfrentarse a procedimientos médicos fuertes, luchar contra el sistema de salud, concentrar la mayor parte de su tiempo en exámenes médicos y demás, aunque en

definitiva se infiere que son mujeres que a pesar de las tantas circunstancias a las que se someten reflejan fortaleza, tenacidad, esperanza, valor por sí mismas y la vida.

Recomendaciones

Principalmente se recomienda que se proyecten y realicen capacitaciones al cuerpo de profesionales que atiende esta población, con el fin de humanizar sus procesos y atención, debido a que dentro del estudio realizado se haya la constante insatisfacción con el personal médico que atiende a estas pacientes manifestado en señales de desinterés y poca prudencia ante la persona afectada.

Se encomienda brindar el apoyo psicológico necesario a estas pacientes en la orientación, superación de la enfermedad y reconstrucción de su proyecto de vida,

teniendo en cuenta que el padecer cáncer de mama transforma por completo el estilo de vida, llevando a la paciente a dejar ciertas actividades que acostumbraba y generando sentimientos de incapacidad. Es importante implantar nuevas actividades e incentivar los grupos de apoyo de manera que las pacientes con cáncer retomen su vida fácilmente.

De igual forma se recomienda continuar con el proyecto planteado, ya que es un tema de gran interés y poco estudiado en la región, abarcando la posibilidad de una población más amplia y de diferentes etapas de vida.

Finalmente es importante resaltar la necesidad de concientizar a la población en general acerca del cáncer, teniendo la oportunidad de profundizar el tema de modo que se modifique la perspectiva de muerte hacia la enfermedad y por ende una adecuada atención a la misma y adherencia temprana a los tratamientos.

Apéndices

Apéndice A: Consentimiento informado

Yo _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía N° _____ autorizo a Dayanna Sofía Rondón Archila, estudiante de décimo semestre de psicología de la Universidad de Pamplona para llevar a cabo la aplicación de los siguientes instrumentos de investigación: Entrevista a profundidad, Escala de Modos de Afrontamiento de Charles S. Carver, Inventario de Autoestima de Coopersmith y la Escala de Autoestima de Rosemberg.

Certifico que he sido informado(a) por el aplicador con la claridad y veracidad debida respecto a los propósitos, objetivos y métodos del proceso en el cual participaré y aceptó ser grabado(a) por medio audiovisual para la respectiva recolección de la información.

Soy conocedor(a) de la autonomía que poseo para retirarme de la prueba cuando lo considere conveniente y sin necesidad de justificación alguna y no recibiré beneficios económicos y/o personales de ninguna clase.

Confío en que será respetada mi confiabilidad e intimidad de la información que suministre, al igual que mi seguridad física y psicológica.

La información que se recoja será confidencial, del estricto objetivo de la investigación denominada “Mecanismos adaptativos a los retos del cáncer de mama: Historias de vida” la cual es netamente académica.

La aplicación de la prueba está fundamentada bajo lo impuesto en la ley 41 del año 2012, de Autonomía de Paciente; y la ley 1581 de año 2012, de Protección de datos, por lo cual entiendo y acepto los anteriores puntos por lo que firmo el presente consentimiento informado.

Firma:

C.C. _____

Apéndice B: Cronograma de actividades

Tabla 14
Cronograma de actividades

Actividad/Mes	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Propuesta de investigación				
Revisión bibliográfica				
Diseño del estudio				
Entrega de anteproyecto				
Solicitud de permisos en población				



Apéndice C: Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver

Responda a cada uno de los siguientes ítems marcando el número que corresponda, utilizando las opciones de respuesta que se presentan abajo. Por favor, intente responder a cada ítem de forma separada a los demás. Elija sus respuestas cuidadosamente, y responda de la forma más sincera que le sea posible. Por favor responda todos los ítems. No hay respuestas correctas o incorrectas, de modo que elija las respuestas que más se le ajuste a usted, no la que usted piense que la mayoría de la gente diría o haría. Indique lo que USTED habitualmente hizo cuando experimentó la mastectomía:

1= No suelo hacer esto en absoluto

2= Suelo hacer esto un poco

3= Suelo hacer esto moderadamente

4= Suelo hacer esto mucho

Tabla 15

Escala de modos de afrontamiento de Charles S. Carver

	1 No suelo hacer esto en absoluto	2 Suelo hacer esto un poco	3 Suelo hacer esto moderadamente	4 Suelo hacer esto mucho
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia				
2. Me concentro en el trabajo u otras actividades sustitutivas para alejar el tema de mi mente.				
3. Me altero y dejo aflorar mis emociones.				
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.				
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación.				
6. Me digo a mí mismo: "Esto no es real"				
7. Confío en Dios.				
8. Me río acerca de la situación.				

9. Admito que no puedo con ello y dejo de intentarlo.				
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo con demasiada rapidez.				
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.				
12. Consumo alcohol o drogas para sentirme mejor				
13. Me acostumbro a la idea de lo que sucedió.				
14. Hablo con alguien para saber más acerca de la situación.				
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.				
16. Sueño despierto con otras cosas diferentes.				
17. Me altero y soy realmente consciente de la situación.				
18. Pido la ayuda de Dios.				
19. Hago un plan de acción.				
20. Hago bromas sobre la situación.				
21. Acepto que ha sucedido y que no puede cambiarse.				
22. Demoro hacer algo sobre el tema hasta que la situación lo permita.				
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.				
24. Simplemente abandono en el intento de lograr mi objetivo.				
	1 No suelo hacer esto en absoluto	2 Suelo hacer esto un poco	3 Suelo hacer esto moderadamente	4 Suelo hacer esto mucho
25. Tomo medidas adicionales para intentar librarme del problema.				
26. Intento evadirme un rato bebiendo alcohol o tomando drogas.				
27. Me niego a creer que haya sucedido.				
28. Dejo aflorar mis sentimientos.				
29. Intento verlo de una forma diferente, para que parezca más positivo.				
30. Hablo con alguien que pudiera hacer algo concreto acerca del problema.				
31. Duermo más de lo habitual.				
32. Intento encontrar una estrategia acerca de qué hacer.				
33. Me concentro en el manejo del problema y si es necesario aparto otros temas un poco.				
34. Consigo la compasión y comprensión de alguien.				
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en				

ello.				
36. Bromeo sobre ello				
37. Renuncio a intentar lograr lo que quiero.				
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
39. Pienso acerca de cómo podría manejar mejor el problema.				
40. Actúo como si realmente no hubiera sucedido				
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar demasiado pronto.				
42. Intento evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos de manejar la situación.				
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.				
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.				
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.				
46. Siento un gran malestar emocional y me encuentro expresando estos sentimientos un montón.				
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
48 Intento encontrar consuelo en la religión.				
49. Me obligo a mí mismo a esperar el momento oportuno para hacer algo.				
50. Hago bromas de la situación.				
	1 No suelo hacer esto en absoluto	2 Suelo hacer esto un poco	3 Suelo hacer esto moderadamente	4 Suelo hacer esto mucho
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que dedico a resolver el problema.				
52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento				
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				
54. Aprendo A vivir con ello.				
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema				
56. Pienso profundamente acerca de qué pasos tomar.				
57. Actúo como si nunca hubiera ocurrido.				
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.				
59. Aprendo algo de la experiencia.				
60. Rezo más de lo habitual.				

Apéndice D: Inventario de autoestima de Coopersmith (versión adultos)

Tabla 16
Inventario de autoestima de Coopersmith

1. Generalmente los problemas me afectan muy poco	SI	NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público	SI	NO
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	SI	NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente	SI	NO
5. Soy una persona simpática	SI	NO

6. En mi casa me enojo fácilmente	SI	NO
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	SI	NO
8. Soy popular entre las personas de mi edad	SI	NO
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos	SI	NO
10. Me doy por vencida muy fácilmente	SI	NO
11. Mi familia espera demasiado de mí	SI	NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	SI	NO
13. Mi vida es muy complicada	SI	NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	SI	NO
15. Tengo mala opinión de mí misma	SI	NO
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa	SI	NO
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo	SI	NO
18. Soy menos bonita que la mayoría de la gente	SI	NO
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo	SI	NO
20. Mi familia me comprende	SI	NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo	SI	NO
22. Siento que mi familia me presiona	SI	NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	SI	NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona	SI	NO
25. Se puede confiar muy poco en mí	SI	NO

Apéndice E: Escala de autoestima de Rosenberg

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada:

- A.** Muy de acuerdo
- B.** De acuerdo
- C.** En desacuerdo
- D.** Muy en desacuerdo

Tabla 17
Escala de autoestima de Rosenberg

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
5. En general estoy satisfecha de mí misma.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Apéndice F: Entrevista a profundidad

Edad: _____ Ocupación: _____ Estado civil: _____ Lugar de residencia: _____ Nivel socio económico: _____ Nivel educativo: _____

1. ¿Había experimentado de cerca la enfermedad del cáncer?
2. ¿Cómo fue el proceso para saber qué padecía cáncer? (edad, reacción, diagnóstico, pensamientos y sentimientos)
3. ¿En algún momento pensó que moriría?
4. ¿Cambió su vida a raíz de la enfermedad? ¿En qué aspectos?

5. ¿Cambió su percepción sobre sí misma y la vida antes y después de padecer cáncer? ¿Qué piensa ahora?
6. ¿Cómo describe el padecer cáncer mama?
7. ¿Experimentó otros tratamientos antes de la mastectomía? ¿Cuáles, por qué, qué sucedió?
8. ¿Decidió por sí misma practicarse la mastectomía o fue prescripción médica?
9. ¿Se siente segura al hablar de la mastectomía? ¿Qué sentimientos le genera?
10. ¿Recibió o realizó por si misma algún proceso de preparación física y psicológica previa a la cirugía?
11. ¿En algún momento pensó que se vería afectada su imagen o belleza después de la cirugía?
12. ¿Qué pensó de sí misma la primera vez que se observó después de la mastectomía?
13. ¿Qué pensamientos le generaron al verse desnuda?
14. ¿Trató de ocultar la falta de sus senos? ¿Cómo?
15. ¿Evitó usar ciertas prendas? ¿Ahora?
16. ¿Qué pensaba al ver a otras mujeres con sus senos? ¿Actualmente?
17. ¿Qué piensa cuando se ve ahora? ¿Han cambiado los pensamientos al transcurrir el tiempo?
18. ¿Si tuviera la posibilidad de reconstruir sus senos lo haría? ¿Por qué?
19. ¿Recibió apoyo después de la mastectomía? ¿Cuáles?
20. ¿Cree que recibió el apoyo necesario o hizo falta cubrir algún aspecto?

21. ¿Actualmente se siente apoyada? ¿Cómo?
22. ¿Considera que su vida cambió antes y después de la mastectomía (personal, físico, familiar, pareja, social)? ¿Cómo?
23. ¿Le ha sido sencillo mantener una relación sentimental?
24. ¿En algún momento sintió desprecio o aislamiento de alguna persona?
25. ¿Le afectaron ciertos comentarios de las personas tanto por el cáncer como por la mastectomía? ¿Cuáles?
26. ¿Considera que ha sufrido ciertas consecuencias por la mastectomía? ¿Cuáles?
27. ¿Qué actividades dejó de realizar después de sufrir cáncer y de la mastectomía?
28. ¿Considera que superó satisfactoriamente tanto el cáncer como la mastectomía?
29. ¿Qué estrategias realizó para superar esta etapa?
30. ¿Cómo describe la mastectomía?
31. ¿Siente el cáncer de mama o la mastectomía como una amenaza?
32. ¿Cómo se describe (personalidad y físicamente)?
33. ¿Qué cualidades o talentos considera que posee?
34. ¿Qué aspectos considera que la hacen diferente a los demás?
35. ¿Si le preguntara a otra persona sobre usted, que cree que diría?
36. ¿En algún momento se ha sentido con menos capacidad que otras personas?
37. ¿Si pudiera cambiar tres cosas de sí misma (personal, familiar, social, etc.) qué cambiaría? ¿Por qué?

38. ¿En qué momento de su vida ha experimentado el fracaso?
39. ¿Se ha referido a sí misma con palabras de menosprecio?
40. ¿Cuándo se siente decaída por determinada situación que hace para sentirse mejor?
41. ¿Cuál considera que ha sido su mayor logro en la vida?
42. ¿Si en este momento le diagnosticaran cáncer de mama a una persona cercana que consejos le daría de acuerdo a su experiencia?
43. ¿Qué se diría a sí misma en este momento?

Referencias

El universal, Cartagena (2017). Salud, Cáncer de mama prende alarmas en Colombia. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/salud/cancer-de-mama-prende-alarmas-en-colombia-263131>

Pineda, J. (2017). Casos de cáncer de mama y cérvix han aumentado un 96% en Santander. Vanguardia Liberal. Disponible en <http://www.vanguardia.com/area-metropolitana/bucaramanga/412679-casos-de-cancer-de-mama-y-cervix-han-aumentado-un-96-en-santan>

Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. Disponible en:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34445454/08171183.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1523555875&Signature=sNbMOmJZNtTu2brtGFCW117sa8U%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPercepcion_de_la_imagen_corporal.pdf

Oblitas, L. (2008). PSICOLOGÍA DE LA SALUD: Una ciencia del bienestar y la felicidad. Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Psicol., 16 (1), 9-38.
 Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 9 (1), 93-107. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

García, L.; Piqueras, J.; Rivero, R.; Ramos, V.; y Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud. Revista CES Psicología, 1 (1), 70-93.
 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3178678>

Rosario, I. (2009). Imagen corporal y calidad de vida laboral: Reto organizacional. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Recinto de Ponce.

Av. Psicol. 17(1), 89-99. Disponible en:

<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/rosarionieves.pdf>

Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 57-71. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005&lng=pt&tlng=es.

Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-39. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Capuñay, S., Seclén, I., & Montenegro, R. (2015). Experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy. *Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2 (1)*. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/86/84>

Moura, F., Silva, M., Oliveira, S., & Moura, L. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery*, 14(3), 477-484. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300007>

Durand, R.; Guerrero, P.; Voysest, L. (2016). Percepción de las mujeres mastectomizadas en la autoestima, imagen corporal y relación de pareja. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en:
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/778>

Segura, M.; García, R.; y Saúl, L. (2014). Imagen Corporal y Autoestima en Mujeres Mastectomizadas. Fundación Jiménez Díaz, IDC-Salud, Madrid. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Psicooncología. Vol. 11, Núm. 1, 2014, pp. 45-57. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44916/42832>

Mejía, M. (2012). Incertidumbre, calidad de vida e imagen corporal en mujeres sometidas a mastectomía. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en:
<http://bdigital.unal.edu.co/11530/1/mariaelenamejiarojas.2012.pdf>

Hundelhausen, M.; Julio, A.; Meza, E.; Perez, K.; Ripoll, A. (2016). Calidad de vida en mujeres mastectomizadas en dos instituciones de Cartagena en el año 2015. Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería. Disponible en:
<http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/3099/1/Informe-Final-CDV%2029%20de%20marzo%20PDF.pdf>

Puente, J. & Velasco, G. (2017). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?

Sociedad Española de Oncología Médica. Disponible en:

<https://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla?start=2>

Núñez, A. & Tobón, S. (2005). Terapia Cognitivo – Conductual. El modelo

procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la

clínica. ISBN: 958-9314-27-9. Editorial Universidad de Manizales. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/287206980>

Redacción EL TIEMPO. (2017). Detección temprana, vital en la lucha contra el

cáncer. Salud. Disponible en: [http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-del-cancer-](http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-del-cancer-en-colombia-48605)

[en-colombia-48605](http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-del-cancer-en-colombia-48605)

Alvarez, O., Guarnizo, Y. & Parra, K. (2005). Mujeres mastectomizadas:

Afrontamiento y autoestima. Universidad Tecnológica de Bolívar. Disponible en:

<http://biblioteca.unitecnologica.edu.co/notas/tesis/0031696.pdf>

Zayas, A. (2015). Factores psicoemocionales y ajuste psicológico asociados al

cáncer de mama. Universidad de Sevilla. Disponible en:

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/39459/Tesis%20para%20Repositorio%20Abierto.pdf?sequence=4>

Ortega, P., Mínguez, R. & Rodes, M. (2001). Autoestima: Un nuevo concepto y su medida. Universidad de Salamanca. Disponible en:
http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/viewFile/2868/2906

Sparisci, V. (2013). Representación de la autoestima y la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales de automóviles. Universidad abierta Interamericana. Disponible en:
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC113919.pdf>

Tejo, D. (2016). La nueva pirámide de Maslow: el cambio en las necesidades básicas en el siglo XXI. Disponible en:
https://www.google.com.co/search?q=jerarqu%C3%ADa+de+las+necesidades+de+maslow&dcr=0&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiO4O_GrPvWAhUFSSYKHZM9A9wQ_AUICigB&biw=844&bih=713#imgrc=WfIBC1xk7oDrHM

Naranjo Pereira, M L; (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(0) 153-170. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058010>

Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2011). Creencias, prácticas y afrontamiento espiritual / religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia: avances de la disciplina*. Vol. 5. N.º 1.: 25-36. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n1/v5n1a03.pdf>

García, Felipe E, Manquián, Esteban, & Rivas, Gisela. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242016000300010&lng=es&tlng=es.

Lozano, A., Cupil, A., Alvarado, S. & Granados, M. (2011). Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. Vol. 10 Núm. 3. Disponible en www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X166592011124246X_S300_es.pdf

Alvarado, S., Guerra, H., Cupil, A., Calderillo, G. & Oñate, L. (2011). Adaptación psicosocial en pacientes con cáncer colorrectal en quimioterapia o quimiorradioterapia. *Cirugía y Cirujanos*, 79 (5), 439-446. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/662/66221420008.pdf>

Fuentes Noriega, I. (2005). ¿Qué sabe usted acerca de...Quimioterapia? *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 36 (2), 49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57936207>

Verdú J; Algara M; Foro P; Domínguez M. & Blanch A. (2002). Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. *Medifam Vol. 12 – Núm. 7.* (426-435). Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n7/colabora.PDF>

Pineda-Higuita, S., & Andrade-Mosquera, S., & Montoya-Jaramillo, Y. (2017). Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Medellín 2013. Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16 (32), 85-95. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54552517006.pdf>

Sebastián, J., & Manos, D., & Bueno, M., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18 (2), 137-161. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613878002.pdf>

Tinoco García, A. (2012). Cáncer de mama y de ovario: significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes. *Espacios Públicos*, 15 (33), 174-199. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67622579010.pdf>