

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de salud

Departamento de psicología



INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN
MUJERES
ONCOLÓGICAS CON O SIN MASTECTOMÍA

Preparado por:

Aurys Nereyda Leal Carrillo

Jonathan Javier Silva Ditta

PAMPLONA - COLOMBIA

2015

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de salud

Departamento de psicología



INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL NIVEL DE AUTOESTIMA EN
MUJERES
ONCOLÓGICAS CON O SIN MASTECTOMÍA

Preparado por:

Aurys Nereyda Leal Carrillo

Jonathan Javier Silva Ditta

Presentado a:

PhD. Olga Mariela Mogollón Canal

PAMPLONA - COLOMBIA

2015

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
Problema de investigación	9
Formulación del Problema	9
Planteamiento y Descripción del Problema	9
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Justificación	12
Estado Del Arte	14
A nivel local	14
Dificultades que provoca en las relaciones de pareja el cáncer de mama	14
Cáncer de mama y dinámica familiar	15
Estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes del género masculino diagnosticados con cáncer	15
A nivel Nacional	16
Afectación del sistema familiar ante el estresor de la presencia del cáncer en un miembro de la familia, en 3 familias del municipio de granada meta	16
Consecuencias psicosociales en un grupo de pacientes mastectomizadas de la ciudad de Palmira, Colombia	17
Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia	18
A nivel Internacional	19
Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida	19

Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama	20
Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama	21
Marco teórico	23
Capítulo I: Cáncer	23
Definición del cáncer	23
Tipos de cáncer	24
Cáncer de seno	26
Diagnóstico de cáncer de mama	28
Psicooncología	30
Capítulo II: La Familia	33
Conceptualización de Familia	33
Conformación de la familia	34
Constitución de la pareja.	34
Nacimiento de los hijos	34
Influencia de la familia y la familia como red de apoyo	35
Familia y manejo del integrante con cáncer	37
Capítulo III: Autoestima	40
Definición de la autoestima	40
Clasificación de la autoestima	40
Autoestima baja	41
Autoestima Alta	42
Componentes de la autoestima	43
El amor a sí mismo	43
La visión de sí mismo	44

La confianza en sí mismo	45
Teorías y autores de autoestima	46
Autoestima y cáncer	49
Metodología	52
Diseño de Investigación	52
Alcance	52
Población:	53
Muestra	53
Técnicas e instrumentos	54
Protocolo de observación	54
Categorías de la observación	55
Categorías de la entrevista	55
Entrevista Estructurada	56
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE; RosenbergSelf-EsteemScale)	57
Ficha Técnica	57
Presentación De Resultados	60
Resultados de la prueba	60
Matrices	62
Análisis Y Discusion De Resultados	69
Conclusiones	79
Recomendaciones	82
Referencias Bibliográficas	86

LISTA DE TABLAS

Tabla Nro. 1: Categorías de observación	54
Tabla Nro. 2: Categorías de la entrevista	54
Tabla Nro. 3: Formato de entrevista estructurada	56
Tabla Nro. 4: Escala de Autoestima de Rosenberg	58
Tabla Nro. 5: Matriz Observación participante Mo1	62
Tabla Nro. 6: Matriz Categorías entrevista estructurada Mo1	62
Tabla Nro. 7: Matriz Observación participante Mo2	65
Tabla Nro. 8: Matriz categorías entrevista estructurada Mo2	66

INTRODUCCIÓN

La autoestima es un proceso que inicia desde el nacimiento y se desarrolla paulatinamente en el transcurso de la vida. Es la manera usual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo, fundamentada en tres pilares: la confianza, la visión, y el amor a sí mismo, esto según (Christophe, A; Francois, L., 1999), esta se halla afectada en el momento que a un individuo le diagnostiquen cáncer, puesto que esta información genera un impacto en el área emocional, cognitiva, conductual y social de esta manera la persona se encuentra expuesta a una situación estresante por lo cual se hace necesario la ayuda de la familia ya que al ser ellos el grupo de apoyo primario pueden llegar a convertirse en facilitadores o entorpecedores en el tratamiento de las pacientes oncológicas.

Para óptimos resultados en la adherencia al tratamiento se requerirá de la participación y voluntad de las pacientes en el cual la familia puede ser un motivo para que ellas deseen participar en el mismo, de modo que las familias sean facilitadores en este proceso, por ende no solo se debe evocar la importancia de la familia sino promover estrategias de comunicación asertiva, en la población oncológica y sus familiares de manera que el entorno no se vea alterado tras el diagnóstico de la enfermedad crónica.

Teniendo en cuenta la importancia de la familia es esta población y el estremecimiento que genera ser diagnóstico con cáncer la presente investigación se realizó mediante un estudio de caso con una metodología cualitativa, en dos mujeres oncológicas con o sin mastectomía de manera que se pudiera determinar la influencia de los familiares en el autoestima de mujeres con cáncer de mama y así mismo diseñar un manual para el aumento de la autoestima en mujeres oncológicas con o sin mastectomía dirigida a la red de apoyo primario.

Para poder identificar la influencia de la familia en el autoestima de mujeres oncológicas con o sin mastectomía se consultaron algunas teorías que fueran de interés en el tema principal de la investigación, las cuales está conformado por tres capítulos cada uno de ellos con la misma importancia, el primero titulado cáncer; pretende realizar la definición de esta patología al igual que describir cada uno de los tipos que se pueden presentar, luego de dar a conocer cada uno de los tipos de cáncer se inicia a describir el cáncer de mama el cual fue seleccionado por los investigadores para realizar este estudio, al saber que es el cáncer de mama se describe como se llega a diagnosticar esta patología, y para finalizar se hace una breve descripción de la importancia que tiene la psicooncología y cuál es la influencia que tiene en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

El segundo capítulo se ha titulado familia, se incluye en la investigación para poder conocer cómo se encuentra contextualizada la familia y quienes la conforman y de esta forma poder tener mayor información al momento de definir la influencia que tiene la dinámica familiar en el nivel de autoestima de los pacientes oncológicos; también se describe la constitución de la pareja, el nacimiento de los hijos y la influencia que tiene la familia al igual que el apoyo que le brinda al paciente oncológico, finalizando este capítulo se realiza la descripción del manejo que le dan las familias actualmente al paciente con cáncer y poder saber cómo se encuentra identificado un paciente oncológico en la familia.

En el capítulo denominado autoestima se realiza la definición de dicho concepto, al igual que describir como se clasifica desde el área de la psicología con el fin de tener un manejo del tema y obtener mejores resultados durante la investigación, luego de eso se tienen en cuenta los componentes del autoestima, las teorías y autores más relevantes con el fin de tener un concepto amplio del autoestima y al final relacionar el tema con el cáncer para identificar como está influenciando el cáncer en el autoestima de los pacientes oncológicos.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Formulación del Problema

¿Cuál es la influencia de la familia en el nivel autoestima en mujeres oncológicas con o sin mastectomía?

Planteamiento y Descripción del Problema

La autoestima es un proceso que inicia desde el nacimiento y se desarrolla paulatinamente en el transcurso de la vida. Es la manera usual de pensar, amar, sentir y comportarse consigo mismo, fundamentada en tres pilares: la confianza, la visión, y el amor a sí mismo, esto según (Christophe, A; Francois, L., 1999); En donde la buena relación o combinación de estos componentes son indispensables para una autoestima armoniosa, siendo así relevante para una calidad de vida saludable puesto que al encontrarse está en desarmonía sería perjudicial en el funcionamiento del individuo. (Branden, Nathaniel, 1995)

La autoestima se halla afectada en el momento que a un individuo le diagnostiquen una enfermedad crónica como lo es cáncer, puesto que esta información genera un impacto en el área emocional, cognitiva, conductual y social. El cáncer es considerado como una de las patologías de gran impacto que se produce actualmente en la sociedad; “Cáncer es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos (Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU., 2015)

Es en ese momento donde la familia cobra más importancia, pues al ser diagnosticado con cáncer generara un estrés en la persona quien lo padece y se es

necesario la ayuda de la familia ya que pueden llegar a convertirse en facilitadores o entorpecedores en las vidas de estas mujeres, de ser la familia agentes colaboradores, ayudarían en la resiliencia de la persona afectada, generando una mejor calidad de vida y el progreso en la aceptación del diagnóstico de cáncer, además de ser la resiliencia familiar una de las estrategias de afrontamiento de tipo activo.

Teniendo en cuenta la importancia de la familia es esta población y el estremecimiento que genera ser diagnóstico con cáncer la presente investigación se realizó mediante la aplicación de un prueba psicológica de autoestima y una entrevista estructurada con una metodología cualitativa, en dos familias con pacientes oncológicas con mastectomía de manera que se pudiera determinar la influencia de los familiares en el autoestima de mujeres con cáncer de mama y así mismo diseñar un manual para el aumento de la autoestima en mujeres oncológicas con o sin mastectomía dirigida a la red de apoyo primario.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la influencia de la familia en el nivel de autoestima en mujeres oncológicas con o sin mastectomía de Pamplona, mediante un estudio cualitativo con el fin de mejorar la calidad de vida a futuro de las pacientes y sus familias.

Objetivos Específicos

Identificar el nivel de autoestima de las mujeres oncológicas con o sin mastectomía.

Analizar la influencia de la familia en el nivel de autoestima de las mujeres oncológicas con o sin mastectomía.

Diseñar un manual para el aumento de la autoestima en mujeres oncológicas con o sin mastectomía dirigida a la red de apoyo primario

JUSTIFICACIÓN

En el transcurso de la vida se hacen evidentes distintos cambios (físicos, psicológicos y emocionales) los cuales se encuentran arraigados en la edad adulta como lo son la madurez del pensamiento, búsqueda de la estabilidad emocional y/o familiar, además de una personalidad estable y con ello la autoestima. Esta se puede ver alterada en un persona al ser diagnosticada con cáncer ya que supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos debe afrontar la amenaza que puede suponer para la vida, la exposición a cambios importantes y la aceptación emocional de la familia.

De manera que no es solo una situación estresante para la mujer diagnosticada con cáncer sino también lo es para su familia; por lo cual por medio de esta investigación se desea diseñar una cartilla dirigida a las familias con mujeres oncológicas con mastectomía, generando así una mejor calidad de vida a futuro en las familias con integrantes oncológicos.

A la psicología se aportará un conocimiento actualizado de la temática en Norte de Santander – Cúcuta, de esta forma no solo se generara conocimiento sino también se dará a conocer temáticas que podrían ser estudiadas en el departamento, además de brindar estrategias para los psicólogos clínicos y de la salud en programas de promoción a las familias de mujeres con cáncer de mama y un panorama de lo que viven los familiares con pacientes oncológicas, esta panorámica no solo será para los psicólogos en estos enfoques sino también para el psicólogo familiar y los psicólogos en formación ya que se evocara la influencia que tiene la familia en las mujeres oncológicas y la importancia que tiene el núcleo familiar para la obtención de resultados positivos en la intervención con la paciente.

Esta es una problemática que también afecta a la sociedad por lo cual se sugerirán programas de promoción en el que no se estigmatice a la población oncológica, de manera que no los vean como minusválidos sino como personas que todavía pueden aportar a la sociedad positivamente, así no se deteriorará los círculos sociales del cual hace parte la paciente evitando que se genere una desarmonía en los mismos, es decir habrá mejor clima organizacional, familiar y social, y el clima social en el cual se desenvuelvan estas mujeres también se verá beneficiara, puesto que al diseñar una cartilla para el aumento del autoestima en mujeres oncológicas con dirigida a la red de apoyo primario tendrá un efecto positivo puesto que al lograrse el objetivo de la misma, se mejorara la salud mental, el autoestima, las estrategias de afrontamiento y el no deteriore de las habilidades comunicativas, con eso también la salud emocional del individuo, de esta forma se generaría un beneficio de manera integral.

De esta manera se podrá realizar una buena praxis de la psicología, logrando un mejor desarrollo social, emocional y familiar en esta población y de quienes se encuentran en el entorno de las mismas. Por lo tanto se llevara a cabo la aplicación de una prueba psicológica de autoestima y una entrevista estructurada con una metodología cualitativa, para dar ejecución a la presente investigación.

ESTADO DEL ARTE

El presente proyecto basado influencia de la familia en el nivel de autoestima en mujeres oncológicas con mastectomía que tiene como fin determinar la influencia de la familia en el nivel de autoestima en mujeres oncológicas con mastectomía, por lo cual se realizó un estudio acerca de investigaciones similares con el tema de interés, las cuales se dividen en tres apartados.

A nivel local

Dificultades que provoca en las relaciones de pareja el cáncer de mama

La primera investigación a nivel lleva como título: Dificultades que provoca en las relaciones de pareja el cáncer de mama desarrollado por Jenny Yesenia Duran Ortíz y Rosa Imelda Vega del programa de psicología de la Universidad de Pamplona en el año 2007 la cual tuvo como objetivo recopilar información acerca de las dificultades que provoca el cáncer de mama en las relaciones de pareja. La metodología empleada fue la compilación y búsqueda de información de distintas fuentes que dieran cumplimiento al objetivo.

Los resultados obtenidos fueron que lograron recopilar información que demuestra las dificultades psico-sociales que trae consigo el cáncer, pues esta implica adaptarse a los procesos médicos y a los cambios de sus roles provocando un impacto emocional y social inesperado en la paciente y en los suyos, dando pie a dificultades en la pareja y por ende en las relaciones íntimas. Se hizo evidente la necesidad de atender psicológicamente a parejas que presentan dificultades en su relación al tener que afrontar un cáncer de mama, específicamente a la mujer debido al bajo nivel con el que

concibe su apariencia física después de la recuperación. (Duran, Jenny; Vega , Rosa ;, 2007)

Cáncer de mama y dinámica familiar

Las autoras fueron Lady Johana Cruz Sanabria y Claudia Marcela Saleedo de la Universidad de Pamplona en el año 2012, la cual tuvo como objetivo describir la dinámica familiar en casos de cáncer de mama desde un enfoque sistémico que permita el trabajo integro con el núcleo familiar que ve amenazada su homeostasis ante la situación estresante, la muestra fueron dos mujeres mayores de 50 años del barrio los pinos de la ciudad de Cúcuta mediante un estudio mixto, en el que los instrumentos fueron la escala de recursos psicológicos y la escala de percepción del paciente con cáncer de mama sobre el apoyo que le brinda su familia, cuyos resultados muestran que la dinámica familiar no debe verse necesariamente perjudicada por esta condición, además de ser el apoyo familiar necesario para un recuperación optima y un mayor bienestar para el individuo y su sistema. (Cruz, Lady; Saleedo, Claudia;, 2012)

Estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes del género masculino diagnosticados con cáncer

La presente investigación fue desarrollada por Oscar Albeiro Villamizar Peña de la Universidad de Pamplona en el año 2014, la cual tuvo como objetivo describir las estrategias de afrontamiento en los pacientes del género masculino diagnosticados con cáncer bajo los parámetros de una metodología cualitativa de tipo descriptivo donde se aplicaron diferentes instrumentos para la recolección de datos tales como entrevista semi estructurada, escala de afrontamiento de Lazarus y Folkman y grupo focal. La muestra fue seleccionada por conveniencia los cuales fueron tres pacientes de género masculino diagnosticados con cáncer en el cual los criterios de inclusión y exclusión era que debían cumplir entre el rango de edad de 60 – 73 años

Se concluyó que existe una relación significativa de las estrategias de afrontamiento empleadas en los pacientes del género masculino diagnosticados con cáncer, el autocontrol, y la reevaluación positiva, son las que se relacionan de forma notable donde el paciente oncológico tiene ideas, emociones y comportamientos claros para obtener un control de la situación y por ende elaborar planes de acción agradable y positiva para no generar alteraciones significativas en su funcionalidad, también se pudo identificar que características propias de la población como el género, escolaridad y nivel socioeconómico son factores que se pueden asociar con el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes oncológicos. (Villamizar, 2014)

A nivel Nacional

Afectación del sistema familiar ante el estresor de la presencia del cáncer en un miembro de la familia, en 3 familias del municipio de granada meta

Las investigadoras de la presente investigación que se realizó el primero de septiembre del 2012 son Angélica Oriana Casallas Alfaro , Gladys Miryam Cutiva Martínez, Ruth Argenis Cruz Parada, Yuli Marcela Grajales Quintero, Maryi Julieth Conde Jiménez y Nelly Patricia Florez Vélez pertenecientes a la Universidad abierta y a distancia (UNAD) del programa de psicología tiene como objetivo describir de manera sistémica la afectación que genera el estresor de la presencia del cáncer en un miembro de la familia, en 3 familias del municipio de Granada Meta, con el fin de generar futuras propuestas de intervención familiar.

La investigación es de carácter cualitativo no experimental, de tipo descriptivo, las técnicas empleadas fueron la observación, y los instrumentos entrevista semiestructuradas y el genograma, la muestra fueron tres familias del Municipio de Granada Meta, estas familias pertenecientes a los estratos socio económicos dos y tres, de las cuales una es de tipo extensa y las dos restantes son de tipo nuclear. De forma que las conclusiones son La aparición de la enfermedad del cáncer en un miembro de la

familia, no solo afecta a quien la padece, sino también a su sistema familiar, en primer lugar hay que tener en cuenta que el impacto psicológico de la enfermedad sobre los distintos miembros familiares se basó en función del grado de parentesco y del tipo de relación que existe entre dicho individuo y el miembro afectado con este estresor.

En segundo lugar que el impacto de la enfermedad sobre la familia depende del tipo de cáncer que se padece, del tratamiento, la edad y el nivel socioeconómico. Por otro lado también fue posible corroborar que el agente estresor del cáncer produce cambios en la dinámica relacional y funcional de los miembros de estas 3 familias del municipio de Granada – Meta. Ya que impacta emocionalmente, causando reacciones de miedo, ansiedad, depresión e incredulidad.

Consecuencias psicosociales en un grupo de pacientes mastectomizadas de la ciudad de Palmira, Colombia

Los investigadores son Pedro Nel Beitia Cardona, Mercedes Benavides Portilla, Juan Takeji Salazar Aparicio, Andrés Mauricio Tafurt Tabares, de la Universidad Santiago de Cali, Colombia, que dieron ejecución a la misma en el año 2012 la cual tenía como objetivo determinar las principales consecuencias psicosociales de un grupo de mujeres mastectomizadas del Municipio de Palmira. En la cual se empleó un estudio descriptivo de tipo transversal con un enfoque mediante una entrevista semiestructurada y un estudio de caso.

El estudio se realizó con doce mujeres entre 41 y 63 años mastectomizadas; en él que se midieron variables que permitieron determinar las consecuencias psicosociales. Entre los principales resultados se destacan: 50% manifestó sentirse moderadamente afectas tras el procedimiento; 75% no percibió rechazo alguno; 33.3% experimentó cambios reflejados en su vida sexual (75%) y en las demostraciones de afecto en general (25%). En contraste con lo reportado por la literatura, se encontró que un alto porcentaje

(66.7%) siente que es físicamente tan atractiva como antes y 83.3% considera que su vida volverá a ser la de antes. (Casallas, A; Cutiva, G; Cruz, R; Grajale, Y; Conde, M; Florez, N, 2012)

Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia

Carolina Salas Zapata¹ y Hugo Grisales Romero son quienes desarrollaron la investigación que se ejecutó en Antioquia, Colombia en el año 2010 por la revista Panam de Salud Publica que tuvo como objetivo determinar la calidad de vida, y algunos de sus factores asociados, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritas en programas de tratamiento oncológico en una provincia colombiana. Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se analizaron los dominios del WHOQOL BREF relacionados con la calidad de vida de 220 mujeres con cáncer de mama que estaban en tratamiento. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, luego se analizaron los puntajes de calidad de vida de las pacientes, según características demográficas, clínicas y sociales, y por último se identificaron algunas características que explicaban conjuntamente su calidad de vida.

Los resultados que se obtuvieron fue que la calidad de vida fue mejor en las mujeres con mayor nivel de escolaridad, las afiliadas al régimen contributivo en salud, las que recibían apoyo por parte de familiares, las que provenían del nivel socioeconómico alto y las que tenían como soporte para afrontar la enfermedad sus creencias personales (religiosas y espirituales). Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo y ser escéptica constituyeron factores de riesgo para obtener puntajes menores en la calidad de vida. En conclusión la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama fue menor en los dominios físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más humildes. Por ello proponen la intervención

psicosocial, a través de métodos centrados en las pacientes, como estrategia que puede mejorar su calidad de vida, especialmente de aquellas de nivel socioeconómico bajo. Es necesario fortalecer las estrategias de afrontamiento de la enfermedad de las pacientes, teniendo como principal recurso el apoyo moral, social y espiritual de su entorno. (Beitia PN, Benavides M. Salazar JT, Tafurt AM;., 2010)

A nivel Internacional

Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida

Los autores son Roberto Martín-Fernández, Analía Abt-Sacks, Lilibeth Perestelo-Perez y Pedro Serrano-Aguilar la cual se ejecuto entre los años 2009 y 2010 por la revista Esp Salud Publica en el País de España. El objetivo del trabajo es identificar y caracterizar los elementos que influyen en la toma de decisiones terapéuticas de las mujeres diagnosticadas con cáncer. La metodología empleada fue cualitativa de tipo fenomenológico. En la cual se realizó un muestreo teórico intencionado que incluyó a 70 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Se realizaron 45 entrevistas y 3 grupos focales entre octubre de 2009 y julio de 2010 en 15 Comunidades Autónomas españolas, los análisis estuvieron basado en los principios de la grounded theory con el apoyo del programa Atlas.ti v6..

Los resultados que obtuvieron fueron que las pacientes se muestran propensas a tomar un papel activo o pasivo en la toma de decisiones dependiendo de la edad, la información disponible, su autovaloración como agente capaz de decidir y la importancia relativa al aspecto estético. A medida que avanza la enfermedad se puede producir un cambio en la posición de las mujeres, desde una postura inicial pasiva a una posición más activa. La actitud de los profesionales sanitarios frente a la toma de

decisiones compartida y la información que ofrecen influye en la participación de las pacientes mientras que la familia juega un papel fundamental como apoyo o refuerzo en sus decisiones. (Martín-Fernández, Abt-Sacks, Perestelo-Perez, & Serrano-Aguilar, 2013)

Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama

Los encargados de la investigación fueron Aguilar Cordero, Neri Sánchez, Mur Villar y Gómez Valverde, se realizó en España (Universidad de Granada) y México (Universidad Autónoma del Estado de México) del 2013, la cual tuvo como objetivo determinar la influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama, Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los escenarios del estudio estuvieron constituidos por el Centro Oncológico Estatal del ISSEMyM en la ciudad de Toluca (México), y el Hospital Clínico San Cecilio de la ciudad de Granada (España). La totalidad de la muestra estuvo formado por 72 mujeres mastectomizadas. De ellas, 30 correspondieron a México y 42 a España. Se recogieron datos de variables sociodemográficas y las mujeres respondieron a preguntas sobre su historia clínica personal y familiar. Se aplicó la Escala validada BIS (Body Image Scale) de Hopwood.

Los resultados que se obtuvieron son que el 67,7% mujeres mastectomizadas españolas se encuentran activas laboralmente en comparación al 43,3% de las mujeres mexicanas. En la medida en que las mujeres se vinculan al mundo laboral e incrementan su nivel de escolaridad, la aceptación de la imagen corporal muestra mejores resultados. Las mujeres que viven en contextos sociales desarrollados tienen una mejor percepción de su imagen corporal. De manera que el contexto social influye en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. La ocupación laboral y

el grado de escolaridad fueron determinantes de la percepción de la misma. (Aguilar, M; Sánchez, M; Villar, N; Gómez, E;, 2013)

*Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de
cáncer de mama*

Los autores son José Luis Trejo Ochoa, Antonio Maffuz Aziz, Francisco Miguel Said Lemus, Carlos Alberto Domínguez Reyes, Betsabé Hernández, Felipe Villegas-Carlos y Sergio Rodríguez-Cuevas se perteneciente a Ginecología y Obstetricia de México y tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida posterior a la reconstrucción de la mama, el resultado estético percibido por la paciente, su repercusión en la vida sexual, y comparar los resultados con pacientes que no aceptaron la reconstrucción. El método que se empleo fue un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico al que se incluyeron 37 pacientes con cáncer de mama tratadas en FUCAM entre el 15 de abril de 2010 y el 15 abril de 2011. Para medir la calidad de vida se aplicó el cuestionario “The short form Healt Survey Questionnaire 36” (SF-36), con validez para población mexicana. Este cuestionario está conformado por ocho conceptos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Los resultados que se registraron reflejaron una menor afectación en la interacción social y sexual de las pacientes a quienes se hizo reconstrucción de la mama de manera que las pacientes con reconstrucción de la mama tuvieron una repercusión positiva discretamente mayor en la calidad de vida, y en las que no aceptaron el procedimiento se encontraron serias afectaciones en la sexualidad. Es importante informar y ofrecer a las pacientes las opciones de reconstrucción mamaria porque, en ocasiones, no solicitan estos procedimientos por miedo o falta de información (Trejo, J; Maffuz, A; Said, F; Domínguez, C; Hernández, B; Villegas, F; Rodríguez, S;, 2013)

La recopilación de información de las investigaciones que se mencionaron anteriormente realizadas en diferentes contextos soporta las dificultades psico-sociales y familiares que trae consigo el diagnóstico del cáncer, pues esto implica adaptarse a los procesos y tratamientos médicos y a la redefinición de roles en las distintas áreas del enfermo provocando un impacto emocional, social y familiar en el individuo. De manera que en la mujer oncológica se genera estrés dificultando y alterando sus relaciones familiares, por ende no solo afecta a quien lo padece, sino también a su sistema familiar produciendo cambios en la dinámica con los integrantes de la familia. Además de que el nivel de autoestima y las estrategias de afrontamiento que adopte la mujer con cáncer están relacionados con el nivel de escolaridad y socioeconómico al cual hagan parte, siendo el apoyo de la familia uno de las más influyentes ya que intervienen en la adquisición de un afrontamiento activo en el paciente oncológico es decir no se da por vencida ante el diagnóstico del cáncer.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Cáncer

Definición del cáncer

El cáncer es considerado una enfermedad crónica que afecta cualquier parte del cuerpo, tiene su origen cuando las células anormales se empiezan a multiplicar descontroladamente invadiendo otros tejidos del organismo, es esto lo que las hace cancerígenas y así se distinguen de las células normales (estas no invaden tejidos). Casi siempre estas células cancerosas plasman un tumor en el individuo y cuando estas llegan al torrente sanguíneo se pueden desplazar a cualquier parte del cuerpo creando así nuevos tumores en las células normales. (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2014)

Esta enfermedad crónica constituye una de las primeras causas de mortalidad en la población mundial; según las estadísticas reportadas por la Organización mundial de la salud en el año 2012, el cáncer ocasionó 8,2 millones de muertes; entre los tipos de cánceres que causan un mayor número anual de fallecidos se encuentran los de pulmón (1,59 millones de defunciones), hígado (745 000 defunciones), estómago (400 000 defunciones), colon (400 000 defunciones). y mama (521 000 defunciones); y más del 60% de los recientes casos anuales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica, siendo estas regiones quienes representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo (Organización Mundial de la salud, 2015)

El último análisis de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (ENT) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia da cuenta de un aumento del cáncer de mama en el país. Esta enfermedad se perfila como un problema de salud pública debido a que por su causa anualmente fallecen 2.649 mujeres. A propósito de la

celebración del Día Internacional del Cáncer de Mama el próximo 19 de octubre, el subdirector de ENT del Ministerio, Fernando Ramírez Campos, indicó la necesidad de priorizar la implementación de estrategias de detección temprana para su control en la población. “Alrededor de 8.686 casos son detectados al año; la mayor cantidad de estos son registrados en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga, Santa Marta y San Andrés”. (Ministerio de Salud y la Protección Social Colombia, 2014)

Así mismo, la ocurrencia de mayor mortalidad del cáncer de mama ocurre en las grandes ciudades del país, lo que podría ser explicado por la presencia de factores de riesgo comunes en las ciudades, relacionada con la urbanización y el desarrollo. “La edad tardía al primer embarazo, la baja paridad, la no práctica de lactancia materna y el uso de anticonceptivos orales; sumados a otros factores de riesgo como una menor prevalencia de la práctica de actividad física y una mayor prevalencia de la obesidad en el contexto urbano son consecuencias de lo que estamos viendo en el país frente a esta patología

El desarrollo del cáncer es diferente en mujeres y en hombres, la mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el seno se llama cáncer de seno o de mama, siendo esta patología más propensa en hembras que en machos. (Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU., 2015)

Tipos de cáncer

Entre los tipos de cáncer que existen se encuentra:

Carcinoma: este cáncer empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos. Hay varios subtipos de carcinoma (el adenocarcinoma, el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células de transición).

El *Sarcoma:* es un cáncer que empieza en el: hueso, cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido que sirva de sostén.

Leucemia: cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.

Linfoma y mieloma: cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario.

Cánceres del sistema nervioso central: cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal. (Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU., 2015).

Todos los cánceres anteriormente mencionados presentan tumores exceptuando la leucemia. Los tumores son una masa de tejido formada por células que sobran en alguna parte del cuerpo, el fin de una célula es que se produzcan según la necesidad del cuerpo para mantenerlo sano, cuando estas envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Este proceso se puede alterar cuando el ácido desoxirribonucleico (ADN) de una célula produce mutaciones que no permiten el desarrollo normal de la misma, así estas células se forman donde el cuerpo no las necesita dando origen a los tumores (Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU., 2015)

Existen dos tipos de tumores: A. tumores benignos o no cancerosos: se desarrollan mucho y ocasionan presión en los tejidos y órganos sanos. Sin embargo, estos tumores no pueden crecer hacia otros tejidos y rara vez ponen en riesgo la vida del individuo. B. tumores malignos: a diferencia del anterior se extienden y crecen a otros tejidos. En otras palabras estos pueden invadir otros órganos o partes del cuerpo. Instituto nacional de cáncer de EE.UU.,(2015).

Dichos tumores malignos formados por células cancerosas no mueren sino que se reproducen formando así más células cancerosas, las cuales crecen sin control para invadir otros tejidos como se mencionó anteriormente. Este proceso se le conoce como metástasis (células cancerosas que llegan al torrente sanguíneo y tienen como fin propagarse hacia otras partes del cuerpo, en donde pueden continuar creciendo y formar nuevos tumores) (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2014) , Son estas (metástasis) la principal causa de muerte por cáncer sin tener en cuenta el tipo del mismo. (Organización Mundial de la salud, 2015)

Cáncer de seno

Las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno experimentan una serie de cambios que afectan su parte física, psicológica y social. Dentro de los cambios físicos se pueden encontrar: la pérdida de cabello durante las quimioterapias, la pérdida o el aumento de peso y la mastectomía; esta última es un factor ansiogeno ya que supone la cirugía de la mama es decir que la eliminan de su cuerpo, repercutiendo así no solo en la alteración de lo físico sino también en lo psicológico, en este se ubican la pérdida de autoestima, ansiedad, depresión, angustia, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y sentimientos de minusvalía personal, que se presentan en las distintas etapas de la enfermedad. Estas consecuencias negativas psicológicas que tiene el cáncer de mama en la mujer no solo afecta su salud mental sino también la física, ya que al no estar dispuesta o tener barreras mentales ante la adherencia al tratamiento y los conductos

regulares a seguir para minimizar o prorrogar la enfermedad, genera poca resiliencia y es un factor predisponente para que la célula cancerosa avance con mayor rapidez en los tejidos sanos, de esta forma otros órganos se verán también afectados, perturbando así la calidad de vida de la persona.

Estos cambios deben ser tenidos en cuenta por el círculo de apoyo primario de la paciente con cáncer de seno, debido a las consecuencias que se evidencian en la mujer al momento de ser expuesta a quimioterapias o al diagnóstico como tal, en vista que al autoconcepto se reevalúa para generar una nueva percepción de los cambios físicos que se experimentan durante el tratamiento, también se realiza un nuevo reconocimiento de su autoimagen y todos estos procesos psicológicos hacen que sus niveles de autoestima bajen, esto se podría llegar a disminuir por medio del acompañamiento familiar y social que reciba la paciente durante se tratamiento.

El cáncer del seno se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco frecuente, este tipo de cáncer se da cuando las células cancerosas invaden las células buenas del seno o de la mama, es decir se produce una acumulación de células que no son necesarias de manera que se forma un tumor, este tumor como se mencionó antes puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). Dichas células también pueden esparcirse a otros tejidos a través de los vasos sanguíneos o por los vasos linfáticos para llegar a otras partes del cuerpo y así contaminar con células cancerosas a los tejidos sanos de esta manera crecerá y formara nuevos tumores en esos tejidos (metástasis)

Existen dos tipos de cáncer de mama el primero y el más común es el “carcinoma ductal, que empieza en el revestimiento de los conductos galactóforos (tubos delgados que llevan leche desde los lobulillos de la mama hasta el pezón).”. El segundo tipo de cáncer de mama es el carcinoma lobulillar, el cual inicia en los lobulillos (glándulas lácteas). (Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU., 2015)

Hay ciertas características que presenta la persona para identificar la presencia del cáncer de mama, entre las cuales se encuentra: Engrosamiento en la mama o alrededor de la misma (debajo del brazo), alteración en el tamaño o la forma de la mama, arrugas en la piel de la mama, piel con escamas roja o hinchada en la mama, la piel de naranja y líquido que sale del pezón, que no se debe a la leche materna. (Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU., 2015)

Algunos factores relacionados a padecer dicha enfermedad están relacionados al estilo de vida las mujeres que no han tenido hijos o que los tienen después de los 30 años de edad mantienen la prevalencia de padecer cáncer de seno, al igual que aquellas mujeres que usan anticonceptivos orales, también las que usan la terapia hormonal combinada para aliviar los síntomas de la menopausia, si la mujer prolonga la lactancia materna podría disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de seno, dentro de otros factores que aumentan el riesgo de padecer cáncer de seno se encuentran el consumo de bebidas alcoholicas, sobrepeso, baja actividad física. (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2014)

Según estadísticas mencionadas anteriormente, en Colombia el cáncer de mama hace parte de los programas de salud pública debido a los altos porcentajes de mujeres diagnosticadas con esta patología, por lo tanto debe despertar el interés en los investigadores del área de la salud con fines de mejorar el estado de vida de las mujeres colombianas y a nivel mundial, desde el área de la psicología se ha descubierto que después del diagnóstico el bienestar psicológico y mental de la paciente tiene una recaída, es por esto que los vínculos de apoyo primerio deben estar dispuestos a acompañar el proceso, al igual que la mujer debe contar con un equipo interdisciplinar el cual le brinde herramientas para afrontar esta situación que afecta tanto su área familiar, social y personal.

Diagnóstico de cáncer de mama

Una vez la mujer acuda al médico para la consulta de alguna anormalidad de cuerpo, si este observa cambios en la mama (algunos de los que anteriormente se mencionó) se derivará una serie de procedimientos para la confirmación o descarte de la ideología de un posible diagnóstico de la enfermedad crónica, los cuales son según (Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU., 2015)

Examen físico y antecedentes: revisión dirigida al cuerpo para revisar los signos generales de salud, verificando si hay signos de enfermedad o alguna anormalidad en el mismo, además de indagar sobre los antecedentes en los hábitos de salud del paciente y los historiales de las enfermedades propias y familiares.

Examen clínico de la mama (ECM): examen que realiza un médico u otro profesional de la salud, el cual palpará cuidadosamente las mamas y el área debajo de los brazos para detectar masas o cualquier otra cosa que parezca anormal.

Mamograma : Consiste en la realización de una radiografía de la mama.

Ecografía: procedimiento para el que se hacen rebotar ondas de sonido de alta energía (ultrasonido) en los tejidos u órganos internos para producir ecos. Los ecos forman una imagen de los tejidos del cuerpo llamada ecograma. La imagen se puede imprimir para observar después, en caso que necesite recordar el avance o el estado del tumor.

IRM (imágenes por resonancia magnética): “procedimiento para el que se usa un imán, ondas de radio y una computadora para crear imágenes detalladas de áreas

internas del cuerpo. Este procedimiento también se llama imágenes por resonancia magnética nuclear (IRMN (Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU., 2015)

Biopsia: extracción de células o tejidos en las que un patólogo las observa en el microscopio y verifica si hay caracteres de cáncer de ser positivo y encontrar un bulto en la mama, el médico puede necesitar extraer una pequeña cantidad.

Mastectomía: extirpación quirúrgica del seno, y a veces de otros tejidos, de ser así se denominaría Mastectomía segmentaria (también llamada mastectomía parcial) ya que es una cirugía en la que se extrae más tejido del seno en el que se encuentra el tumor.

Si el diagnóstico es positivo debe ser de vital importancia el acompañamiento de un equipo interdisciplinar, el cual pueda psicoeducar a la paciente y familiares ofreciendo herramientas con las que puedan afrontar de forma positiva las secuelas psicológicas que deja en la paciente la patología, buscando siempre mejorar el bienestar psicológico y mantener un óptimo estado de salud mental beneficiando los pensamientos para estructurar en ella conductas de autocuidado y amor propio.

Psicooncología

Dentro de la historia de la psicooncología es importante retomar desde el año de 1800, cuando el diagnóstico de cáncer se asociaba únicamente a la muerte. Como no había ninguna causa conocida o cura para esta enfermedad, en muchas ocasiones se atribuía a posesión demoniaca por lo tanto se consideraba cruel e inhumano revelar el diagnóstico al paciente para que no perdiera las esperanzas de vida, uno de los primeros centros que se fundaron fue el memorial Sloan-Kettering Cáncer Center como primer centro privado oncológico, donde a comienzos de 1900 se realizaban investigaciones, ya en 1937 se creó el Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU, luego de la creación de estos se inician

investigaciones con el fin de resolver la incógnita que se vivía en esa época frente al cáncer donde en 1948 fender empezó a informar los primeros casos de remisiones temporales de leucemia aguda infantil con aminopterina, a partir de esto se inicia a la búsqueda de nuevos fármacos quimioterapéuticos logrando las primeras curas en 1950. (Robert, V. Alvarte, C., & Valdivieso, F., 2013)

Por otra parte y en relación a lo anterior se inicia un despertar en la importancia de hacer conocer al paciente con cáncer de su enfermedad para poder recibir su consentimiento informado para el tratamiento, para esta época aun el único apoyo psicológico formal para el paciente con cáncer era a través de grupos de apoyo con otros pacientes, desde 1950 se iniciaron estudios prospectivos para examinar las respuestas psicológicas de los pacientes hospitalizados por cáncer, una de los mayores aportes se plasman en 1955 por los psiquiatras del hospital general Massachusetts, realizando los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento todos estos aportes van aumentando la importancia que tiene el psicólogo en el acompañamiento clínico para pacientes oncológicos, en 1970 se da inicio a la primera especialidad en psicooncología. (Robert, V. Alvarte, C., & Valdivieso, F., 2013)

Finalmente se definió la psicooncología según Holland, como una subespecialidad de la oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial); y que por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico) La Dra. Holland se considera como la fundadora de la psicooncología. Ya en los años setenta definió los aspectos psicológicos y psiquiátricos, sociales y de comportamiento del cáncer. En 1977 creó la primera unidad de psicooncología del mundo y luego el primer comité de psicooncología como parte de ensayos clínicos subvencionados por el National Cancer Institute de EE.UU. En 1984 fundó la Sociedad Internacional de Psicooncología (IPOS)

con el ánimo de crear una red de conexiones a nivel internacional con los interesados en el tema de la psicooncología. (Robert, V. Alvarte, C., & Valdivieso, F., 2013)

La Psicooncología ha cumplido un papel importante en el bienestar psicológico en pacientes oncológicos brindando herramientas de intervención familiar, social y personal fomentando estilos de vida saludables en cada uno de los pacientes y de esta forma aumenta la calidad de vida en las mujeres con diagnóstico patológico, favoreciendo la estructura familiar brindando esperanza a cada uno de los miembros y de esta forma logrando un mejor afrontamiento.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la psicooncología en la vida de un paciente con cáncer, el psicólogo debe estar enterado de cada uno de los diagnósticos patológicos que existen y así actualizar los métodos de intervención enfocándolos a mejorar la calidad de vida de la mujer, es por esto que desde el diplomado de familia se hace indispensable realizar un estudio de la influencia que tiene la familia en las pacientes con cáncer de mama para lograr fomentar una comunicación familia - paciente por medio de un manual donde se pueda psicoeducar a cada persona que pertenezca al apoyo primario de la mujer ayudando a elevar los niveles de autoestima de la paciente generando así material de beneficio para la psicooncología.

CAPÍTULO II: LA FAMILIA

Conceptualización de Familia

La familia es el primer contacto que un individuo tiene con la realidad, son estos un vínculo primario importante en el desarrollo del recién nacido, puesto que es la familia los que van a generarle una confianza – desconfianza del mundo, seguridad – inseguridad, dependiendo de las pautas crianza que empleen. La familia es el núcleo central en una sociedad que está conformado por un hombre y una mujer en búsqueda de un objetivo en común, los cuales conviven bajo el mismo techo, estableciendo ciertos acuerdos y reglas de manera implícita y explícita, según (Guío,R., 2009)

“En Colombia la familia es reconocida por la Constitución como la institución más importante en el ordenamiento jurídico colombiano, que por el carácter de entidad social cambiante a lo largo del tiempo, y por causa de las circunstancias históricas, políticas, sociales y económicas que la rodean es reconocida como el núcleo de la sociedad.” (2009)

Siendo la familia el núcleo de la sociedad es de real importancia el buen desarrollo de la misma, y el establecimientos de los adecuados vinculo afectivos entre los miembros, según la OMS define a la familia como una unidad biopsicosocial, integrada por un núcleo variable de personas ligadas por vínculos de consanguineidad (parentesco), matrimonio y/o pareja estable, que viven en un mismo hogar con sentimientos afectivos que los unen. Citado por (Cabrera & Ferraz, 2010)

De modo que las personas que son cercanas y con quienes se ha desarrollado un vínculo afectivo fuertes o se han creado unas pautas de interacción, pueden llegar a ser consideradas parte de la familia, quizás no genéticamente pero si emocionalmente,

además de ser la familia un intermediario entre el individuo y la sociedad (individuo – familia – sociedad).

Conformación de la familia

Así como el ser humano pasa por distintas etapas: nace, crece, se reproduce y muere, o nace, es infante, adolescente, adulto joven y adulto mayor, la familia también pasa por distintos ciclos, una de las primeras etapas es el noviazgo en el cual se establece una interacción con la persona que llama la atención y posteriormente se inicia el establecimiento de vínculos afectivos.

Constitución de la pareja.

Es la unión con otra persona que se caracteriza por el establecimiento de un vínculo afectivo, emocional, social y económico, en el que cada uno de los integrantes de la nueva familia traerá consigo creencias, particularidades y expectativas que habrán heredado de sus propias familias de origen, por ende es importante el establecimiento de normas, reglas y acuerdos para mitigar posibles problemáticas por la discrepancia de ideologías sobre la familia. Y de esta forma el holon conyugal no se vea afectado por las diferencias individuales.

Nacimiento de los hijos

El nacimiento de un hijo crea cambios en el holon conyugal ya que es una transición de una estructura diádica a una estructura triádica, lo cual implica redefinir la relación en términos sexuales, sentimentales y de roles, puesto que surgen nuevas responsabilidades, roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc.

La incorporación de un hijo en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas. Es un momento de felicidad que genera estrés y en ocasiones se involucra a la familia extensa para la facilitación de la crianza del nuevo integrante. Familia extensiva es aquella que no solo incluye los padres y los hijos sino también a los abuelos, tíos, primos y otros parientes.

Influencia de la familia y la familia como red de apoyo

Una persona con una autoestima alta percibe todo su ser de un modo positivo, y no está preocupada por acciones o reconocimientos puntuales, para obtener este nivel de desarrollo, se requiere de un clima de aprecio positivo incondicional, es decir, un ambiente en el que las personas se sientan valoradas considerablemente, sin depender del tipo de comportamientos que pueda tener en ciertas ocasiones sean estos aprobados o rechazados. De esta manera se critican o reprueban ciertas conductas y no las personas.

En las familias que se forman y desarrollan con una autoestima sana Rogers y Russell (2002) citado por (Benaim, D, 2005) manifiestan que “el aprecio positivo incondicional implica la aceptación cálida de cada uno de los miembros de la familia”. Es decir que dicha aceptación no está condicionada por la simpatía, la identificación emocional o por las conductas, sino que la aceptación es de la persona en su totalidad como del miembro de la familia con quien se ha desarrollado un vínculo.

De esta forma la familia es de real influencia para un individuo puesto que además de ser estos el grupo de apoyo primario, son estos los que ayudan a la construcción del autoestima como se mencionó anteriormente al ser ellos seres incondicionales generan seguridad si mismo, además de autoconfianza y un autoconcepto positivo, ya que se

refuerza lo positivo se corrige lo negativo o poco provechoso y se da a conocer no solo defectos sino también virtudes del individuo. Por ende la actitud de aprecio y aceptación facilita el que la persona pueda tener un autoconcepto.

Las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno tienen la necesidad de recibir un acompañamiento de calidad para afrontar cada uno de los cambios que va a manejar durante sus procesos de conciencia de la enfermedad y adherencia al tratamiento es por esto que debe contar con una red de apoyo primario donde se involucra los familiares, el cuidador o las personas que pasan mayor tiempo con ella, el equipo interdisciplinar también cumple un papel importante en esta fase puesto que son los que van a suministrar la noticia al paciente, informar de sus evoluciones, educar frente a los procedimientos, acompañar en las crisis de ansiedad, brindar herramientas para el aumento del autoestima.

Desde el momento que se genera el diagnóstico en la paciente la red de apoyo primario debe estar dispuesto a pasar mayor parte de su tiempo acompañando el proceso haciendo consciencia de realizar vínculos emocionales, influenciar positivamente, brindar herramientas al momento de reestructurar el autoconcepto y autoimagen, todo esto con el fin de favorecer el autoestima de la mujer con cáncer de seno teniendo en cuenta que son ellos las personas que tienen mayor empatía y pueden lograr mayores resultados.

La familia debe realizar una reestructuración de sus actividades diarias se debe mejorar el diálogo entre cada uno de los miembros de la familia, conocer la prioridad del momento sin descuidar a los demás integrantes de igual forma se debe acompañar a la mujer con cáncer de seno en el manejo del tiempo libre, si ya la paciente tiene pareja o esposo debe este ser asertivo con cada uno de los comentarios que realice frente al diagnóstico de su pareja, no realizar cambios repentinos en la conducta, mostrar conductas afectivas y seguir buscando espacios para compartir juntos.

Familia y manejo del integrante con cáncer

A lo largo de la vida, las familias atraviesan por cierto tipo de crisis, existen ciertas crisis inesperadas, las cuales son aquellas que aparecen bruscamente, Estos tipos de crisis pueden ser atravesadas por las personas o familias de distintas maneras dependiendo de los recursos psíquicos que posean cada una de estas y las experiencias previas aprendidas, brindando herramientas con las cuales buscarían formas para afrontar esos tipos de circunstancias y adaptación para enfrentar nuevos desafíos como lo es el de la aceptación de un integrante con cáncer en la familia.

El diagnóstico de cáncer, ocasiona un impacto en la familia y la red social del paciente, que implica reacciones que van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico. Estas reacciones son determinantes en la forma de afrontar la familia el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, llevando a un nuevo equilibrio u homeostasis familiar ó a la disolución de la misma. La OMS define a la familia como una unidad biopsicosocial, integrada por un núcleo variable de personas ligadas por vínculos de consanguineidad (parentesco), matrimonio y/o pareja estable, que viven en un mismo hogar. Los médicos de familia concebimos “la Familia” como un sistema abierto en constante interacción con el exterior, “la Sociedad”, en la que está también inserta. El funcionamiento de esta unidad se define por causalidad Circular. (Cabrera & Ferraz, 2010)

La Familia desde su formación pasa por una serie de etapas, que constituyen el Ciclo Vital Familiar, intercaladas por “crisis” como sucede en la adolescencia, ó cuando uno de los miembros de la misma padece una enfermedad. Muchas de las enfermedades crónicas, así como las que tienen riesgo de muerte generan en el seno de la familia un impacto negativo El cáncer impone estrictas e inmediatas demandas a la totalidad del sistema familiar, las que dependerán de la severidad, grado de incapacidad, percepción de la deformación, pronóstico de vida y tipo de tratamiento. (Cabrera & Ferraz, 2010)

Cada integrante de la familia debe estar dispuesto a afrontar cada una de las crisis para poder manejar las situaciones, así como puede lograr un impacto negativo también lo puede hacer de forma positiva brindando un sentido de unión o de vida a la familia para mantener buenas relaciones entre ellos.

Cada integrante se ve afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la vida cotidiana así como en la percepción del sentido de la vida. Durante el proceso de enfermedad las familias viven ciclos repetitivos de enojo, desamparo, frustración, falta de control, de ajuste y readaptación. Se percibe la enfermedad como potencial peligro de desintegración o como una oportunidad para el fortalecimiento, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro. La sobrevida de un enfermo también está determinada por la forma en que su familia enfrente la enfermedad. (Cabrera & Ferraz, 2010). El manejo de estas emociones debe ser en conjunto teniendo en cuenta que este círculo familiar de apoyo va afrontando las mismas dificultades durante el proceso y es por esto que la comunicación debe ser la principal herramienta que utilicen para aumentar el apoyo emocional y así enfocar un mejor manejo con la paciente diagnosticada con cáncer se cenó.

La necesidad de apoyo y relaciones familiares o sociales tiene un valor para el ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. El enfermo requiere comunicarse con otras personas, establecer amistad o relación con ellas, manifestarles y recibir afecto, vivir en familia o en comunidad, pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de éste, lo que hace que el apoyo emocional y social sea clave para el bienestar de los individuos, parejas, grupos, familias, especialmente en los momentos de transición, crisis o acontecimientos vitales estresantes como puede ser un diagnóstico de cáncer. En la medida en que la que el enfermo cuente con apoyo externo, la adaptación será más fácil y con menos implicación emocional.. (Yélamos & Fernández, 2011)

De manera que la familia y la calidad de vida del paciente oncológico están relacionado en gran magnitud , puesto que como se ha mencionado en el presente capitulo a mayor apoyo mayor adherencia al tratamiento, mejores estrategias de afrontamiento y por ende sus áreas emocionales, sociales, familiares, no se deterioraran de manera significativa, puesto que aunque se tenga el apoyo de la familia el diagnóstico de la enfermedad crónica genera cierto estrés acarreando cambios en el estado de ánimo. Pero no llevara aun aislamiento permanente ya que cuenta con el soporte de la familia y tendrá la facilidad de redefinir su proyecto de vida y estilo de vida para poder seguir viviendo, es decir tomara una actitud activa ante la enfermedad.

La familia siempre va ser el primer apoyo para alguno de los miembros de esta, es por eso que desde el área de la psicología se debe enfocar en realizar un entrenamiento a la familia buscando siempre de esta forma mejorar la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama, teniendo en cuenta que al momento de la mujer recibir el diagnostico hasta el momento que se le realice la mastectomía pasa por un duelo que debe ser superado, este duelo puede generar en ella baja autoestima, dificultades en su autoimagen, perdida del autoconcepto, desvaloración de la vida entre otras dificultades psicológicas que genera crisis a nivel personal y familiar necesitando realizar una reestructuración de estas dos áreas para avanzar en el proceso de manera significativa y mejorar la calidad de vida de la paciente.

CAPÍTULO III: AUTOESTIMA

Definición de la autoestima

La autoestima es la autoevaluación que el individuo hace de sí mismo en relación con su imagen corporal, cualidades y defectos personales, considerándolos para realizar un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo. Es una de las temáticas más estudiadas a manera general, por ende distintos autores han hablado sobre la autoestima. Rosemberg (1996) citado por (Benaim, D, 2005) señala que es “una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre si mismo.” Otro autor que también apoya lo antes mencionado es Corkille (2001), indicando que la autoestima constituye lo que cada persona siente por sí mismo, su juicio general y la medida en que le agrada su propia persona, citado por (Benaim, D, 2005)

Es decir que si una persona se siente interesada cuando se mira al espejo tendrá un juicio personal y de auto aceptación bueno en el cual hay una valía personal incondicional, en el que reconoce no solo ser poseedor de defectos o cualidades sino de ambos, en el cual se admite tal como es, esforzándose cada día por mejorar sin dejar a un lado la esencia que lo identifica como ese ser único y diferente. La autoestima también es la conformación de un conjunto de experiencias aprendidas y observadas en el diario vivir, puesto que se desarrolla desde que un individuo nace, y ayuda a la formación del auto concepto, este hace parte de la autoestima y hace referencia en como el individuo se auto percibe y define así mismo.

Clasificación de la autoestima

Como se ha mencionado anteriormente la importancia de la autoestima es relevante, para el autoconcepto que cada ser hace de sí mismo, puesto que a partir de su valía

personal definirá metas, alcances o metas, o por lo contrario no establecerá para sí mismo metas sino que vivirá cada día sin estos. Independientemente cual sea el individuo (si el que establece o no metas) poseerá ciertas características, de esta manera la autoestima puede clasificarse en: baja y alta autoestima en las cuales no solo tendrán las particularidades según en la que el individuo se encuentre sino que direccionara sus conductas, comportamientos en el diario vivir.

Autoestima baja

Hace referencia a las actitudes negativas que la persona tiene de sí misma, en el cual el autoconcepto está distorsionado y la valía personal es mínima es por ello que quien posea esta autoestima se considera menos que los demás, menosprecia sus habilidades naturales, pensando así, que los demás no lo valoran, por ello se le dificultad enfrentar nuevos retos, además de valorar más la opinión que otros puedan hacer de él que la opinión de la persona misma, generando en la persona misma ansiedad y la predisposición a enfermedades mentales, psicológicas y físicas.

Las características de quien posea esta autoestima además de lo mencionado anteriormente es que son personas inseguras, se les dificultad la toma de decisiones, son dependientes, se dejan influenciar de otros con facilidad, proyecta sus debilidades o errores en otros, deteriorando así la comunicación asertiva, es decir carecen de buenas habilidades sociales puesto que son personas agresivas o pasivas en lo relacionado al estilo de comunicación y la personalidad, ya que tendera a tener conductas de sumisión para ser aceptado por otros o de agresión para la protección de su vulnerabilidad, por lo tanto en ocasiones “sus relaciones interpersonales aparecen torpes, inseguras e inestables”. Arroyo, (1999) citado por (Gonzalez,M, 1999), por lo tanto evitan situaciones que le generen ansiedad.

De manera que cuando la autoestima es baja, la resistencia para afrontar las adversidades de la vida disminuye, la persona se demora más en la superación de los acontecimientos negativos, mientras que si tuvieran una mejor definición de sí mismo, superarían esos acontecimientos en un menos tiempo. (Branden, Nathaniel, 1995), además de la resistencia a las adversidades sus estrategias de afrontamientos son mínimas y poseerá poca tolerancia a la frustración ya que no tiene confianza en mismo y su autoconcepto esta distorsionado.

Autoestima Alta

Es la autovaloración que la persona hace de sí misma y se acepta tal cual es, de una forma incondicional, es decir que se ama así misma a pesar de sus errores reconociendo que también son poseedoras de habilidades y destrezas mostrándose segura y satisfecha de sus triunfos apreciándose de manera integral. De esta manera su valía personal no se encuentra deteriorada sino más bien el individuo se considera merecedor de ser feliz, y de las cosas buenas que la vida le pueda presentar, ya que tiene un autopercepción positiva.

Por lo tanto una alta autoestima, no está relacionada solamente con el autoconcepto positivo, sino que además fomentará la capacidad de la persona para el desenvolvimiento de sus propias capacidades, incrementando la autoconfianza y la tolerancia a la frustración, otra de las características es que: son individuos independientes, asumen responsabilidades, son capaces de tomar decisiones, manifiestan sentimientos y emociones, poseen buenas habilidades sociales es decir son asertivos, de manera que tienen criterio para la selección de amistades, además de ser capaces de sobrellevar de mejor manera las adversidades que puedan acontecer, ya que tienen una mejor resiliencia y estrategias de afrontamientos de quienes posean la autoestima baja.

Además de ser percibidos por otros como personas seguras y con autoconfianza, trabajan sobre sus falencias, conductuales y/o emocionales, de esta manera se esfuerzan por ser mejor cada día por lo cual se establecen metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo, teniendo las estrategias necesarias para la resolución de conflictos. (Benaim, D, 2005) manifiesta que “reflejan un autoconcepto positivo sobre su imagen corporal, así como en relación a sus habilidades académicas, familiares y sociales. Ello implica que los individuos con alta autoestima se muestren seguros, acertados, eficientes, capaces, dignos” Es decir son personas que no son conflictivas en relación con su pares, familiares, amigos, compañeros además de aceptarse físicamente y de mantener una buena presentación personal, generando un ambiente armonioso en el entorno que le rodee.

Componentes de la autoestima

Al ser la autoestima la conformación de un conjunto de experiencias aprendidas y observadas en el diario vivir, de la madurez del pensamiento y de ciertos tópicos que se desarrolla en un individuo desde que nace, se considera relevante mencionar los componentes de la autoestima. (Branden, Nathaniel, 1995) Identifica tres pilares para el desarrollo de la autoestima., la confianza, la visión y el amor a sí mismo. La buena dosificación de cada uno de esos tres componentes es indispensable para obtener una autoestima armoniosa. (Christophe, A; Francois, L., 1999), a continuación se dará una explicación de las mismas

El amor a sí mismo

Es el elemento más importante, autoestimarse implica autoevaluarse, en el cual no existen condiciones, la persona se quiere a pesar de sus defectos y sus limitaciones, a pesar de los fracasos y adversidades, sencillamente porque hay una voz interior que dice

que eres digno de amor y respeto. Este amor a uno mismo, es un amor incondicional, no depende de las realizaciones, ni de los logros sino de la persona misma. Por medio de este se puede resistir la adversidad y recuperarse rápidamente tras un fracaso, esto no quiere decir que impida el sufrimiento o la duda pero logra proteger de la desesperación. (Christophe, A; Francois, L., 1999)

Al protegerse de la aflicción quiere decir que tiene elevadas estrategias de afrontamiento en el que el autoestima no se verá afectada por las circunstancias por las que el individuo pueda pasar, sino que se mantendrá firme en sus creencias y capacidades, ya que al amarse así mismo cree en sus propias habilidades, destrezas y capacidades para salir adelante, es decir se esfuerza por salir de la situación que le genera abatimiento, desanimo. Por ende quien se ama a sí mismo tiene predisposición a poseer una alta autoestima.

La visión de sí mismo

Se basa en una mirada dirigida a uno mismo, esa evaluación establecida o no, que se hace de las propias cualidades y defectos, es el segundo pilar de la autoestima. No solo de trata de autoconocimiento; lo importante no es la realidad de las cosas, sino la autosugestión que tiene el individuo de ser poseedor de cualidades o defectos, de potencialidades o limitaciones. En este sentido, es un fenómeno en el que la subjetividad desempeña un rol relevante. En el que una limitada visión de sí mismo estimulará al sujeto a la dependencia de otro, en el que pueden establecer relaciones satisfactorias con los demás, para andar por caminos ya explorados por los demás. (Christophe, A; Francois, L., 1999), generando en el individuo irritabilidad e inconformismo por la vida y hacia el mismo.

De manera que dependiendo de la visión que el sujeto tenga de sí mismo se establecerá metas, objetivos y prioridades que le generen esfuerzo y satisfacción o por lo contrario no se propondrá metas objetivos y de hacerlo lo hará de un manera conformista por la falta de confianza en sí mismo y por la corta visión que tiene de sí mismo, de esta manera se sentirá menos que los demás e incapacitado para ciertas deberes y responsabilidades en el ambiente en el cual se desempeñe desarrollando una baja autoestima.

La confianza en sí mismo

Otro de los componentes de la autoestima es la confianza en sí mismo que se usa sobre las conductas de cada ser, lo cual quiere decir que una persona que tiene autoconfianza es capaz de pensar de modo adecuado en las situaciones importantes y de la vida cotidiana. (Christophe, A; Francois, L., 1999). Es decir confía en sí mismo para la toma de decisiones, selecciona amigos y se comporta de acuerdo a sus ideales y principios sin temor a ser rechazado o reprobado ya que está seguro de quien es, y no se muestra interesado por ser otra persona para formar parte un grupo.

Además defiende sus pensamientos y puntos de vista sobre determinados temas, las personas seguras de sí mismas, no solo viven sin temor de ser rechazados, sino que están seguras de su forma de actuar, de comportarse y de pensar, ya que tienen un autoconocimiento y autoconcepto positivo de sí mismas, siendo estas dos características positivas de la autoestima alta y por ello su valía personal es buena y tienen mejores herramientas para confrontar las situaciones de abatimiento de la vida.

Teorías y autores de autoestima

Durante la construcción del concepto de autoestima se manejan diferentes aspectos que no pueden dejar de ser importantes por lo tanto de debe revisar la historia para conocer el origen y desarrollo de cualquier concepto, sin duda, a su mejor comprensión. En este sentido, hay que decir que desde el primer intento de definición de la autoestima realizado por William James en 1890 en su obra *Principles of Psychology*, en el que describe la autoestima como el resultado de la proporción entre éxito alcanzado y las pretensiones (Autoestima= $\frac{\text{Éxito}}{\text{Pretensiones}}$), hasta el momento actual, se han producido importantes cambios en este concepto. (Tiscar, 2014)

La mayoría de estos cambios se han orientado en el sentido de que las diversas definiciones sobre autoestima han ido incluyendo alguno o algunos de los elementos a los que se hace referencia al definir la autoestima, tales como evaluación de sí mismo, valoración y juicio personal que implica una aprobación o desaprobación, responsabilidad de uno mismo y frente a los demás, sentimiento de la propia valía y sentimientos asociados a esa valoración, etc. (Roosenberg, 1979; Brisset, 1972; Coopersmith, 1981; Bednar, Wells y Peterson, 1989; Burns, 1990; Gorrell, 1990; Branden, 1997; Cross y Madson, 1997; Berk, 1998; Arroyo, 1999; Clark, Clemens y Bean, 2000; Clemens y Bean, 2001). Este concepto durante el trascurso de su evolución se ha definido y utilizado por numerosos psicólogos desde prácticamente todas las corrientes de psicología, por lo tanto cada una de las definiciones se hacen incontables a pesar de ello, son seis los autores que parecen haber influenciado más en el desarrollo de este concepto. (Tiscar, 2014)

En primer lugar, cabe destacar a William James, el cual es creador de este concepto, y cuyo enfoque inicial considera la autoestima como un fenómeno afectivo que se experimenta como una sensación o emoción. Este proceso se ve afectado por el

éxito y el fracaso del individuo y sirve para su mejora. James elaboró el concepto de autoestima basando en la interacción de valor, éxito y competencia. (Tiscar, 2014)

En segundo lugar, cabe destacar las aportaciones de Rober White, 1963, desde un enfoque psicodinámico, el cual ve a la autoestima como un fenómeno que se ve afectado por la experiencia y a su vez efectúa y genera el comportamiento. Consideró que la autoestima tenía dos fuentes: una interna (logros propios) y una externa (las afirmaciones de los demás). El concepto de competencia es fundamental en este enfoque. (Tiscar, 2014)

En tercer lugar, se pueden destacar las aportaciones de Morris Rosenberg, 1965, desde una aproximación sociocultural. Aquí la autoestima es definida como una actitud, tanto positiva como negativa, que la gente tiene sobre sí misma. Se concibe la autoestima como producto de las influencias de la cultura, sociedad, familia y las relaciones interpersonales. Es decir, que la cantidad de autoestima que un individuo tiene es proporcional al grado en que es capaz de medirse de forma positiva respecto a una serie de valores. Ronsenberg relacionó autoestima con ansiedad y depresión. Su teoría se basa en los resultados del análisis de un gran número de sujetos (5000). Los 4 sentimientos y las creencias respecto a al valor propio o dignidad son centrales en este acercamiento. (Tiscar, 2014)

En cuarto lugar, desde la perspectiva conductual, Stanley Coopersmith, 1967, adoptó una comprensión de la autoestima semejante a la de Rosenberg, ya que consideraba la autoestima como una actitud y una expresión de la dignidad. También la relacionó con ansiedad y depresión. Coopermish incluyó el éxito y la autovalía como indicadores de autoestima. Desde este enfoque se concibe la autoestima como un constructor o rasgo adquirido. Un individuo aprende cuan valioso es inicialmente de sus padres. Esto se refuerza por otros. Los niños adquieren y copian el modelo de respeto y autoestima que ven en sus padres. Sus hallazgos provinieron de técnicas observacionales

en situaciones control así como de casos de estudio y entrevistas. El mayor inconveniente de esta teoría fue que sus fuentes de información se basaron solamente en mujeres de mediana clase que estaban en la infancia y la adolescencia. (Tiscar, 2014)

En quinto lugar, la perspectiva humanista de Nathaniel Branden, 1969, también es de gran relevancia para el desarrollo de este concepto. Se define la autoestima como una necesidad humana básica y se hace especial énfasis en los sentimientos de autovalía y competencia. Además, se introduce que la falta de esta tiene graves consecuencias para el desarrollo del individuo, como abuso, suicidio, ansiedad y depresión. Se considera la autoestima como una estructura de naturaleza dinámica estrechamente relacionada con la habilidad de vivir de tal forma que honremos la forma en que nos vemos a nosotros mismos. El sentido de competencia, valor propio, autoconfianza y respeto propio son fundamentales en esta teoría. La gran limitación de esta teoría es que no se basa en hallazgos científicos sino en un pensamiento filosófico. (Tiscar, 2014)

En sexto lugar, desde el enfoque cognitivo-conductual, Seymour Epstein, 1985, considera la autoestima como una necesidad humana basada en la dignidad y que esta constituye una fuente de motivación para el individuo. La autoestima es vista como consecuencia de una comprensión individual del mundo, de los otros y quien somos nosotros en relación a ellos. Se considera que existen distintos niveles de autoestima: autoestima global la cual afecta a todo el individuo en conjunto; intermedia la cual es específica de ciertas áreas, es un ejemplo de competencia, simpatía o poder personal; situacional, la cual es una expresión de la autoestima en el día a día. La autoestima global y la intermedia afectan a la situacional. Los límites de esta teoría es que Epstein se preocupó más del estudio del desarrollo de la personalidad que no de la autoestima. El interés científico por la estimación del yo (identidad, self, autoimagen, etc.) aparece pronto en la investigación del comportamiento (James, 1890/1990). (Tiscar, 2014)

Las revisiones sistemáticas de Wells y Marwell (1976) y de Wylie (1974) señalan un notable crecimiento de investigaciones sobre la autoestima desde los años cincuenta hasta mediados de los setenta. Después de un pequeño descenso en esa época, la producción científica no ha cesado, con más de siete mil artículos y seiscientos libros publicados sobre uno de los aspectos más atractivos y a la vez complicados. De este modo, la autoestima se ha operativizado como una variable mediadora de múltiples situaciones psicológicas, educativas y sociales. También se ha tomado como una variable independiente, en el sentido de que la autoestima influye sobre la conducta orientándola hacia una dirección o, por el contrario, como variable dependiente porque responde a la influencia de factores externos. (Tiscar, 2014)

En la actualidad, el estudio de la autoestima ha alcanzado una importancia social más amplia de la que se ha concedido en el ámbito de la investigación psicológica. Por ello, podemos decir, de acuerdo con las afirmaciones de algunos autores interesados en este tema tales como Burns, (1990); Branden, (1997); Clark, Clemens y Bean, (2000); Clemens y Bean, (2001) que aún en estos momentos, sobre el concepto de autoestima pesan algunas imprecisiones terminológicas y conceptuales que es necesario abordar, imprecisiones que parece que no sólo se manifiestan a este nivel, sino también respecto al papel que la autoestima tiene en la dinámica del comportamiento humano. (Tiscar, 2014)

Autoestima y cáncer

Los individuos con un grado de autoestima baja probablemente pueden derrumbarse por un excesivo número de problemas o por el diagnóstico de cáncer, pero tendrán la capacidad de sobreponerse con mayor rapidez, puesto, que a su vez han desarrollado estrategias de afrontamiento, las cuales son refuerzos cognitivos y/o conductuales que ayudan a la persona adaptarse a un situación estresante. Por tal razón la autoestima positiva provee resistencia, fuerza y la capacidad de adaptabilidad ante dichas situaciones ansiógenas es decir brinda estrategias para la rápida recuperación de ellas.

La psicooncología busca la forma de mejorar la calidad de vida de la paciente por medio de métodos de intervención que puedan mejorar cada una de sus áreas como lo son la social, personal y familiar enfocados en alargar cada uno de los años de vida, en función de brindar herramientas de autocuidado, autoaceptación, autopercepción, unión familiar, restructuración de prioridades generando en ellos nuevas capacidades de adaptación, un entrenamiento interdisciplinar puede aumentar la dignidad de una familia después de un diagnóstico como lo es el cáncer de mama, haciéndole entender a la persona que cada una de las situaciones que está experimentando en la vida pueden dejar un aprendizaje utilizando cada uno de los mecanismos de defensa para generar seguridad en sí misma y no permitir que su autoestima se vea deteriorada.

Cuando esto ocurre y la mujer se identifica con baja autoestima debido a cada dificultad presentada durante y después del diagnóstico se deben buscar las herramientas necesarias para lograr aumentar estos niveles generando en la paciente estrategias de afrontamiento positivas por medio de su vínculo de apoyo primario como es la familia, siendo conscientes que ellos cumplen un papel importante en la pérdida de autoestima posiblemente por aislamiento, rechazo, discriminación, dificultades para apoyar a la paciente, pocas herramientas para su cuidado, frustración, desequilibrio familiar entre otras donde se evidencia la poca capacidad de restructuración en la familia después de acontecimientos negativos, es por esto que el psicólogo debe buscar la forma de realizar un excelente trabajo terapéutico aumentando la participación en el diagnóstico de cada uno de los miembros de la familia y de esta forma trabajar en conjunto para elevar esos niveles de autoestima de la paciente generando mejor calidad de vida y un estado de salud óptimo.

Cuando el ser humano enfrenta situaciones que atentan contra su estado de salud física y deteriora su autoimagen tiene secuelas en el nivel del bienestar psicológico generando en ellos pensamientos inadecuados sobre su vida como ideas de autodaño, desesperanza, ansiedad, depresión, intentos de suicidio, quebrantamiento de sus relaciones sociales, todo esto se altera al momento de no tener un afrontamiento positivo

frente a su diagnóstico y por no contar con apoyo a nivel psicológico y familiar, debido a esta situación e identificando que es la vida de un ser humano la que se pone en peligro al exponer a una mujer a su diagnóstico sin brindarle las herramientas necesarias para afrontar esta situación nace la idea de estudiar como la familia cumple un papel importante en los niveles de autoestima de la paciente oncológica quien hace una percepción inadecuada por la baja experiencia o compañía terapéutica o familiar.

En las mujeres con cáncer de mama la imagen corporal se ve afectada como se ha mencionado anteriormente por la pérdida de cabello, el cambio en el color de la piel y la extirpación de la mama, lo cual las puede llevar a pensar que tienen un cuerpo deformado de manera que se pueden aislar de amigos y familiares por los efectos que puede tener la presencia de la enfermedad de manera que esto repercute en el autoestima, presenciando sentimientos de minusvalía, no aceptación de si misma, irritabilidad hacia si misma y los demás, pérdida del sentido de la vida, de manera que puede estar en un estado de inconformidad obteniendo así un baja autoestima al no poseer estrategias sobre los efectos psicológicos, sociales, emocionales y familiares que tiene el cáncer de mama en ella. Por ende la importancia del autoestima, puesto que si una mujer oncológica tuviera buenas herramientas y aun auto aceptación con mayor rapidez aceptaría los distintos cambios que trae consigo la enfermedad crónica.

También se debe tener en cuenta que a pesar que estos criterios no se cumplan en un paciente oncológico como lo es el de la baja Autoestima, su bienestar psicológico siempre va a tener cambios ya sean positivos o negativos debido a las herramientas de afrontamiento que tenga el paciente pero esto no quiere decir que no requiera de un acompañamiento familiar y terapéutico, de lo contrario en cualquier momento cada una de las secuelas de la enfermedad puede causar algunas dificultades a nivel psicológico y es donde la paciente va a poner en practica cada estrategia puesta en práctica en su entrenamiento o asesoría psicología al igual que la familia va a usar casa una de las herramientas ofrecidas para hacer frente a la situación y reestructuras la dinámica familiar.

METODOLOGÍA

Diseño de Investigación

El diseño de la investigación fue cualitativa no experimental, puesto que después de hacer una revisión detallada se llegó a la conclusión que es la más adecuada para la realización del proyecto, además de que los participantes se encontraran en su ambiente natural, de esta forma se profundizara en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. “la investigación cualitativa se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto (Hernández Sampiri, Fernandez , & Baptista, 2010)de manera que la perspectiva se toma de una forma holística.

Y no experimental ya que los estudios que se realizan con este diseño no hay una manipulación de variables y sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlo, también se empleó un diseño transversal ya que se recopilo datos en un único momento. (Hernández Sampiri, Fernandez , & Baptista, 2010).

Alcance

El alcance que se empleó en el presente proyecto de investigación fue descriptivo – correlacional puesto que el alcance descriptivo realiza una representación del fenómeno a estudiar y sus componentes, miden conceptos y definen variables. “Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.” (Hernández Sampiri, Fernandez , & Baptista, 2010)pag 80, y se considera que debió ser correlacional ya que hay dos

variables a medir las cuales son la influencia de la familia en el autoestima de la mujer oncológica con o sin mastectomía y la autoestima que posee la propia mujer. “El Alcance correlacional busca la explicación entre variables y cuantifica relaciones entre variables y tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández Sampiri, Fernandez , & Baptista, 2010)

Población:

La población en la cual se llevara a cabo la presente investigación son mujeres oncológicas con o sin mastectomía del departamento de Norte de Santander en el cual según (Prieto,O., 2014) cuatro de ocho mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, que en su totalidad son 178 mujeres anules (Instituto Nacional de Cancerologia - ESE Colombia , 2014)

Muestra

La muestra será no probabilística o dirigida ya que la elección de la población depende de las características de la investigación (Hernández Sampiri, Fernandez , & Baptista, 2010) las cuales son que sean mujeres con cáncer de mama con o sin mastectomía. Es decir que la muestra es seleccionada por conveniencia ya que las participantes son personas conocidas de un amigo.

La muestra fueron dos mujeres de la ciudad de Pamplona – Norte de Santander.

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Mujeres con cáncer de seno que desearon participar voluntariamente

Mujeres oncológicas con o sin mastectomías entre los 40 – 50 años de edad

Señoras con cáncer de mama con hijos

Señoras oncológicas con o sin mastectomía que posean un estado civil divorciada o separada

Señoras oncológicas con o sin mastectomías arraigadas en la Ciudad de Pamplona

Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se emplearon en el presente proyecto fueron la observación participante, una entrevista estructurada y una Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE; RosenbergSelf-EsteemScale)

“La observación participante es el proceso que faculta a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades” (Dewalt & Dewalt 2002 Citado por Kawulich, B., 2005)

En la entrevista estructurada todas las preguntas fueron respondidas por la misma serie de preguntas preestablecidas con un límite de categorías por respuestas. Así, en este tipo de entrevista las preguntas se elaboran con anticipación y se plantean a las personas participantes con cierta rigidez o sistematización. (Vargas, 2012)

Protocolo de observación

Se dio inicio a la entrevista estructurada donde cada una de las preguntas tiene la categoría y sub categoría para tener en cuenta al momento de realizar el análisis de resultados, el orden de lectura de cada pregunta es desde la primera hasta la 24 sin saltar

la estructura; durante la entrevista se van a tener en cuenta los siguientes comportamientos de la entrevistada.

Categorías de la observación

Lenguaje: Estilo y modo de hablar y escribir de cada persona en particular	Verbal
	No verbal
	Silencios
Motivación: "Es como un "motor" que explica la "iniciación, orientación, mantenimiento y el abandono de una actividad". (Dasil, J, 2008)	Automotivación
Autoestima: Rosemberg (1996) citado por (Benaim, D, 2005) señala que es "una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre si mismo."	Amor propio
	Aceptación

(Tabla Nro. 1: Categorías de observación)

Categorías de la entrevista

Categorías	Sub categorías
Apoyo: estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien	(A1) Reacción de la familia
	(A2) Acompañamiento
	(A3) Distanciamiento
	(A4) Animo
Autoconcepto: Valoración y definición que el individuo hace de sí misma.	(AU1) Influencia de la familia
	(AU2) Importancia del Autoconcepto que tiene la familia de ella
Comunicación: "ciclo que conecta al emisor con el receptor y opera en ambas direcciones, la comunicación no estaría completa hasta que el emisor original sabe que el receptor entendió el mensaje." (Guzmán, A., 2004)	(C1) Asertividad
	(C2) Habilidades
	(C3) Nivel de comunicación con la familia
	(C4) Resolución de conflictos
Manejo del tiempo libre: tiempo que el individuo dedica a aquellas actividades que no corresponden a su trabajo formal ni a tareas domésticas.	(MTL1) Relación familiar
	(MTL2) Relaciones interpersonales
	(MTL3) Actividad Física
	(MTL4) Rutina o monotonía
	(MTL5) Miedo al cambio

(Tabla Nro. 2: Categorías de la entrevista)

Entrevista Estructurada

Con fines de la investigación en base a la teoría adoptada, se creó una serie de preguntas que se realizaran a las mujeres oncológicas con mastectomía.

	1. ¿Cuál fue la primera reacción de la familia al enterarse de la enfermedad?
	2. ¿Qué actitudes tomo cada miembro de la familia ante la noticia de la enfermedad?
	3. ¿Siente que algún miembro de su familia cambio al enterarse de la enfermedad?
Apoyo:	4. ¿Quiénes del grupo familiar participan de manera más activa en el tratamiento? ¿De qué forma?
estructura que	5. ¿Encuentra Comprensión y apoyo en su familia?
brinda algún tipo	6. ¿Al momento del diagnóstico alguno de sus familiares le brindo apoyo?
de contención a	7. ¿Cuántos de esos familiares hasta el momento le siguen brindando el apoyo?
algo o alguien	8. ¿De qué forma le brinda el apoyo su familiar?
	9. Su familia ha intentado ayudarla en el transcurso de la enfermedad ¿de qué forma?
	10. Logra su familia animarla para seguir adelante ¿Cómo?
	11. ¿La percepción que tiene la familia de su autoconcepto es importante?
Autoconcepto:	12. ¿ellos han influido en su autoconcepto actual?
Valoración y	13. ¿Qué dicen los familiares de su apariencia física?
definición que el	14. ¿Si su familia lo tuviera que describir cómo cree que la describiría?
individuo hace de	15. ¿Cuándo sale de a comprar ropa, tiene en cuenta las sugerencias de la familia?
sí misma.	16. ¿Qué es lo que más te ha molestado de los comentarios sobre su apariencia física hechos por un familiar?

	17. ¿Se ha visto afectada la comunicación en la familia?
<p>Comunicación: “ciclo que conecta al emisor con el receptor y opera en ambas direcciones, la comunicación no estaría completa hasta que el emisor original sabe que el receptor entendió el mensaje.” (Guzmán, A., 2004)</p>	18. ¿Cree usted que la enfermedad ha generado problemáticas familiares o al contrario ha servido para mejorar las relaciones?
	- En caso de problemáticas: mencione que tipo de dificultades se han presentado
	- Si ha mejorado: Diga de qué manera se ha visto mejorada las relaciones
	19. La comunicación que mantiene con su familia como la calificaría
	20. ¿Cómo se puede mejorar la comunicación en la familia?
	21. ¿Cómo se resuelven los inconvenientes que se presentan en la familia?
<p>Manejo del tiempo libre: tiempo que el individuo dedica a aquellas actividades que no corresponden a su trabajo formal ni a tareas domésticas.</p>	22. ¿Qué actividades que antes realizaban juntos no se realizan?
	23. ¿Ellos hacen tareas o actividades que usted antes realizaba? ¿Cómo le hace sentir eso?
	24. ¿Cuál es la actividad que más le gusta hacer cuando tiene tiempo libre?

(Tabla Nro. 3: Formato entrevista estructurada)

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE; RosenbergSelf-EsteemScale)

Ficha Técnica

Nombre: Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE; RosenbergSelf-EsteemScale)

Autor: Rosenberg (1965)

Adaptación: Echeburúa (1995)

Nº de ítems: 10

Tiempo aproximado de aplicación: 7-12 minutos

Población a la que va dirigida: A partir de los 11 años.

Codificación

Autoestima General (ítems 1 + 2 + 4 + 6 + 7) + (25 – (ítems 3 + 5 + 8 + 9 + 10))

Propiedades psicométricas

Fiabilidad: la escala ofrece un adecuado índice de consistencia interna, medida con el alpha de Cronbach, con valores comprendidos entre .74 y .88 (Davies, DiLillo y Martínez, 2004; McCarthy y Hoge, 1982; Shahani, Dipboye y Philips, 1990). La versión española también presenta una elevada consistencia interna (alpha de Cronbach entre .80 y .87) y una fiabilidad test-retest de .72 (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000; Baños y Guillén, 2000; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004). En nuestra última investigación el valor obtenido para el alpha de Cronbach fue .76.

Validez: Presenta correlaciones positivas con otras medidas de autoestima como el HealthSelfImageQuestionnaire (Silber y Tippet, 1965), el Coopersmith'sSelf – EsteemInventory (Coopersmith, 1967), y con la medida de autoestima global del Harter'sSelfPerceptionProfileforAdolescents (Hagborg, 1993).

La Escala de Autoestima de Rosenberg ha sido ampliamente utilizada en España con muestras adolescentes, habiéndose confirmado su validez al encontrarse correlaciones positivas con la percepción de un clima familiar cohesionado y con la satisfacción vital, y negativas con medidas de soledad, victimización y sintomatología depresiva (Cava, 2011; Cava, Buelga, Musitu y Murgui, 2010; Cava, Musitu y Murgui, 2007; Cava, Musitu, Buelga y Murgui, 2010; Estévez, Murgui, Musitu y Moreno, 2008; Vázquez et al., 2004). También se ha aplicado con pacientes clínicos o adultos Vazquez, A. Morejon, R. Bellido, Gloria. España. 2013). (Rojas, C. Zegers, B. Forster, C. Chile. 2009). (Vazquez, A. Jimenez, R. Mojerón, R. España 2004).

Aplicada en Colombia por:

Gomez, E. Cogollo, Z. 2010 en la universidad de Cartagena.

Ceballos, G. Camargo, K. Jimenez I. Requena, K. 2011 En la universidad del magdalena

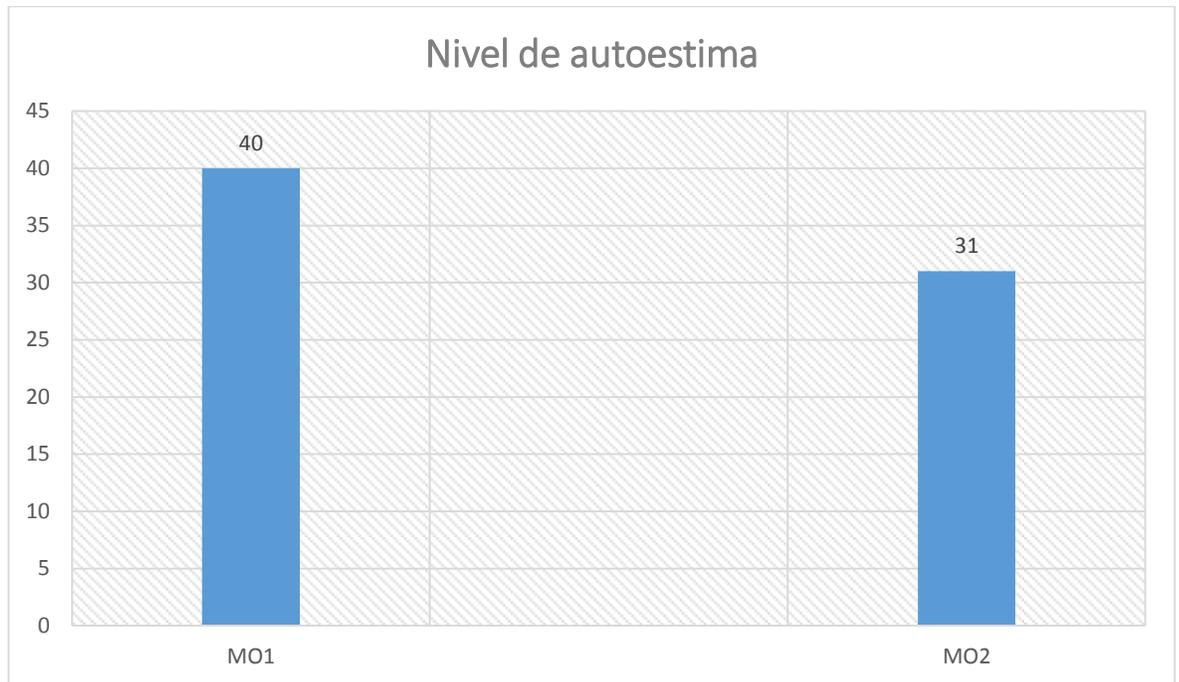
Rueda, G. Camacho, P. Florez, M. Martinez, R. 2012 en la universidad autónoma de Bucaramanga.

	Mu y de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido 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 mi misma				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasada				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi misma				
9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

(Tabla Nro4: Escala de Autoestima de Rosenberg)

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Resultados de la prueba



(Figura 1: Análisis Cuantitativo de la Escala de Autoestima de Rosenberg)

Teniendo en cuenta la Escala de Autoestima de Rosenberg, se tabula la información en el programa de datos de Excel, donde se puede evidenciar el nivel de autoestima de cada una de las mujeres a las que se les aplicó esta escala.

Para calificar se tienen en cuenta el siguiente criterio definido por Rosenberg donde las preguntas de 1 a 5 tienen un valor descendente de (4 a 1) y de la pregunta 6 a 10 un valor ascendente de (1 a 4) para medir el nivel de autoestima en el que se encuentra las pacientes se tiene en cuenta el siguiente criterio; puntajes de 30 a 40, la autoestima se encuentra elevada. De 26 a 29 se encuentra en media menos de 25 se encuentra baja.

Después de revisar cada uno de los criterios al tener en cuenta al momento de tabular la información se evidencia que las dos pacientes tienen un nivel elevado en el autoestima, reconociendo que tienen amor propio, sintiendo que son personas dignas de aprecio, conociendo cada una de las cualidades que tienen, identificando que son capaces al igual que la mayoría de personas, aunque la MO2 tiene un nivel en la puntuación más bajo se puede decir que durante su proceso de recuperación según la información que se pudo indagar en la entrevista tuvo niveles muy bajos de autoestima, y esto fue influenciado por la poca interacción que al iniciar su proceso tuvo con la familia.

Realizando un análisis de lo obtenido durante la aplicación de la prueba y la entrevista se pudo identificar incoherencia en el discurso, donde las pacientes niegan algunas problemáticas que están afectando el aumento del nivel de autoestima por miedo a encontrar nuevas dificultades en su proceso.

Matrices

Matriz de la observación participante Mo1

Lenguaje	Verbal Paciente maneja un discurso adecuado, se evidencia nivel de escolaridad bajo, sin alteraciones patológicas.
	No verbal Se evidencia ansiosa, expresa un lenguaje diferente al verbal en ocasiones, se percibe deterioro en el higiene personal
	Silencios Los usa para no permitir se siga indagando de situaciones que le generen sentimientos de tristeza.
Motivación	Automotivación La paciente tiene la capacidad de generar sentimientos con los cuales pueda formar pensamientos positivos y tener una mejor aceptación de su enfermedad.
Autoestima	Amor propio Durante el proceso ha descubierto la importancia de reconocer y aceptar cada una de las partes de su cuerpo a conocerse a si misma.
	Aceptación No tiene dificultades para acoger cada uno de los cambios que está experimentando su cuerpo y busca siempre la forma de mantener pensamientos positivos.

(Tabla Nro. 5: Matriz de la observación participante Mo1)

Matriz de las categorías, entrevista estructurada Mo1

Apoyo	(A1) Reacción de la familia “Jum, pues dígame para mi hermana fue un golpe duro, porque yo en la casa soy la única que trabajo y al saber mi hermana que por lo menos mi papa también había muerto de cáncer, mi mamá, una tía, osea que ahorita al saber que yo tenía eso pues claro una tristeza y desespero”.
-------	---

(A2) Acompañamiento

“Los que más me han apoyado mi hermana, mi hermano, las chinas”

“yo cuento con un montón de amigas, empezando por Roció, la profesora Zulay”

“Esperanza, duerme conmigo, come conmigo a toda hora conmigo”

(A3) Distanciamiento

“Mi relación con mi hermano es... Pues bien, el viene cada mes, cada dos meses ahí a la casa, cuando viene se le atiende bien y todo

Pues yo con el no he hablado de la enfermedad o se hace el bobo que no sabe o no quiere venir, porque no ha venido. Es que no quiere a la casa. Si él sabe, porque imposible que el hijo no le vaya a decir que la tía tiene tal cosa .O sea de que sabe, lo que pasa es que no quiere venir”

(A4) Animo

“la gente empieza a hablar con uno y empiezan a meterle a uno, como le dijera yo. Esto... de que yo tengo que ser fuerte que no tengo que dejarme desplomar por eso y no ahorita ya no me da duro”

“la chiquitica es muy cariñosa conmigo y ella me dice nonita cuando usted se enferme yo le voy a alcanza chancleta nonita cuando se enferme esto, si pillá está más apegada a mi”

“mi hermana, de mi hermano Luis, de Roció a mí me meten animo que siga adelante que no me deje caer”

“yo soy una mujer echada pa adelante, que soy una verraca, yo ya he tenido dos operaciones y he echado pal ante no me dejado caer en ninguna al ratico que me paro, me paro y salgo”

Autoimagen

(AU1) Influencia de la familia

“A mí la verdad lo único que me interesa es mi hermana”

“Mi hermana Pues se quedó mirándome y me dijo que es que me estaba enflacando día a día enflacando y yo le digo mejor si yo lo que quiero es enflacar y ella me dice que me ve más flaca”

	(AU2) Importancia del autoconcepto que tiene la familia de ella
	<i>“Uno debe ser conforme con lo que le dio mi Dios y yo también estoy bien”</i>
	<i>“Pues dígame hablara maravillas de mi pues por lo menos nosotras las dos somos las que más salíamos pa todos lados, que cariñosas”</i>
Comunicación	(C1) Asertividad
	Es necesario realizar un entrenamiento ya que se evidencia que la hermana no sabe indicarle cuales son los cuidados que debe tener y en ocasiones no usa las palabras adecuadas para hacerle saber las cosas, al igual que la mayoría de los miembros de la familia.
	(C2) Habilidades
	Es necesario realizar un entrenamiento en habilidades comunicativas con el fin de fortalecer el afrontamiento de la paciente, puesto que en la entrevista se evidencia no está presente en la familia.
	(C3) Nivel de comunicación con la familia
	Se evalúa de 1 a 10 según los comentarios de la paciente en esta área.
	4
	(C4) Resolución de conflictos
	Aunque en ocasiones se use el dialogo la familia presenta dificultades para resolver los conflictos prefieren esperar que el tiempo pase y no les dan una pronta solución.
Manejo del tiempo libre	(MTL1) Relación familiar
	Es una familia extensa, buenos vínculos afectivos, sin nivel jerárquico, y falta de organización.
	(MTL2) Relaciones interpersonales
	<i>“Ella no sale de la casa igual que yo, no le gusta salir, ella no sale, después de que murió mi mama nosotras dejamos de salir”</i>

	(MTL3) Actividad Física <i>“Jugar con las chinas y los chinitos, corretearos por ahí, me acuesto y se acuestan al lado mío y se quedan dormidos. No me dejan hacer nada”</i>
	<hr/>
	(MTL4) Rutina o monotonía <i>“Ir a traer leña, Ir a buscar escobas porque nosotros raemos escobas a la panadería Araque y por lo menos el trabajo mío que yo hacía barrer y eso. Salir a la calle o sea las cosas que dejaba de hacer”</i>
	<hr/>
	(MTL5) Miedo al cambio <i>“Si le toco, casi lo que yo hacía le toco hacerlo a ella, pero con ellos porque yo iba y traía las escobas, iba y traía la leña, la entregaba, ahora lo hace ella. Me siento incomoda porque usted está acostumbrado a hacer el oficio y que ya en después no pueda, pero ahí poco a poco me quedo con los chinitos y nos ponemos a jugar y al fin se me olvida”</i>

(Tabla Nro. 6: Matriz de las categorías entrevista estructurada Mo1)

Matriz de la observación participante Mo2

	Verbal Paciente maneja un discurso adecuado, se evidencia nivel de escolaridad bajo y tartamudeo en el transcurso del discurso pero muestra seguridad en el mismo.
	<hr/>
Lenguaje	No verbal Se evidencia ansiosa, pestañea de manera constante, y los movimientos de las manos son constantes.
	<hr/>
	Silencios No permite situaciones de silencios, ya que expone la información en el momento.
	<hr/>
Motivación	Automotivación Manifiesta deseos de seguir adelante y de continuar por la hija de manera que posee la capacidad de auto motivarse ante las dificultades de la vida o ante la enfermedad oncológica.

Autoestima	<p>Amor propio Reconoce la importancia de la apariencia física para el amor a si misma, pero se ama incondicionalmente a pesar de que esta puede cambiar.</p> <hr/> <p>Aceptación Manifiesta un poco de dificultad para aceptar los distintos cambios que está experimentando su cuerpo pero busca estrategias para su afrontamiento, como lo es la reestructuración de pensamiento.</p>
------------	--

(Tabla Nro. 7: Matriz de la observación participante Mo2)

Matriz de las categorías entrevista estructurada Mo2

Categoría	Subcategoría
	(A1) Reacción de la familia
	<i>“pues ellos la reacción lo tomaron, mmm huy no, siempre les cayó como en frio, pero ellos trataron de disimular porque no, rapidito pusieron mano rápido para el tratamiento, para buscar médico, pues gracias a Dios lo del apoyo”</i>
	(A2) Acompañamiento
	<i>“Mis hermanos que son profesores, si, mis hermanos que son profesores que están mejor económicamente”</i>
Apoyo	<i>“son 4 hermanos profesores y están mejor económicamente”</i>
	<i>“Al menos que en el momento que uno lo necesite están ahí, eso sí”</i>
	<i>“Si, todos, todos, los que no pueden económicamente pues están pendiente, están como a la expectativa que como esta uno, que como siguió, que que reacción tenía uno, que como se siente, como se ha sentido o si uno se enferma a que si volvió otra vez pero gracias a Dios que no.”</i>
	(A3) Distanciamiento
	<i>“no, no se presentó ninguna problemática, antes al contrario mejoro la comunicación, claro, porque en eso como le digo, en eso cuando los papás ya empiezan a fallecer la familia se empieza abrir, a desunir uno con el otro el otro, ya pasaban épocas que solo nos encontrábamos en navidad o cuando se moría un familiar, asi era cuando nos veíamos, al contrario esto llevo a que fuéramos mas unidos, mas pendientes de uno”</i>

(A4) Animo

“ellos le dijeran, ella es una mujer echada para delante”

“claro si entonces, me llaman estar pendientes de que que necesita uno, si está alimentándose, lo de la droga o si se enfermó están pendientes de que que tiene uno, mmm y asi”

“yo tenía que salir adelante, porque yo tenía una hija y no podía decaerme, donde yo decaiga eso ayuda a que la enfermedad avance.”

“con el apoyo de ellos, que es lo principal, el acompañamiento hacia uno, porque si uno no tiene a nadie uno dice, uno que ¿bueno para dónde voy? Y no sabe uno para donde va”

Autoimagen

(AU1) Influencia de la familia

“No, yo creo que ellos le dicen, ella es una mujer que ella puede estar y yo sé... cuando mucha gente me dice, huy pero es que a usted la vemos allí, allá, entonces en ese no le preste mucha atención; ellos le dijeran, ella es una mujer echada para delante, que cuando mi Dios me diga aquí fue, aquí fue, y dicen que no me achicopale, que esas son cosas de la vida”

(AU2) Importancia del autoconcepto que tiene la familia de ella

“pues ahí sentí en el apoyo de de mi familia, me apoyaron por el acompañamiento, con la presencia de ellos, no, pues motivándolo a uno entonces, porque cuando uno está bien ellos están ahí.”

Comunicación

(C1) Asertividad

“no, no se presentó ninguna problemática, antes al contrario mejoro la comunicación, claro, porque en eso como le digo, en eso cuando los papás ya empiezan a fallecer la familia se empieza abrir, a desunir uno con el otro el otro, ya pasaban épocas que solo nos encontrábamos en navidad o cuando se moría un familiar, así era cuando nos veíamos, al contrario esto llevo a que fuéramos más unidos, más pendientes de uno”

(C2) Habilidades

“en ese sentido, yo por lo menos, yo lo resuelvo, yo no voy a visitarlos, ni los llamo ni nada, yo

		<p><i>me alejo más bien de eso, si y espero que mi Diosito y así pasa”</i></p> <p>(C3) Nivel de comunicación con la familia Se evalúa de 1 a 10, según los comentarios de la paciente en esta área es de “8”</p>
		<p>(C4) Resolución de conflictos <i>“en ese sentido, yo por lo menos, yo lo resuelvo, yo no voy a visitarlos, ni los llamo ni nada, yo me alejo más bien de eso, si y espero que mi Diosito y así pasa”</i></p>
Manejo del tiempo libre	(MTL1) Relación familiar	Es una familia nuclear, en los cuales hay vínculos afectivos pobres.
	(MTL2) Relaciones interpersonales	<i>“yo no me gusta estarme quieta en nada, así este trasnochada o cansada, yo coso, me gusta estar en la máquina de coser , me las llevo con mis animales, que si me llama para tal cosa, así y me voy yo mantengo ocupada, a veces descanso, duermo y me acuesto a ver televisión y así.”</i>
	(MTL3) Actividad Física	No realiza ninguna actividad física
	(MTL4) Rutina o monotonía	<i>“yo no me gusta estarme quieta en nada, así este trasnochada o cansada, yo coso, me gusta estar en la máquina de coser , me las llevo con mis animales, que si me llama para tal cosa, así y me voy yo mantengo ocupada, a veces descanso, duermo y me acuesto a ver televisión y así.”</i>
	(MTL5) Miedo al cambio	<p><i>“porque si uno no tiene a nadie uno dice, uno que ¿bueno para dónde voy? Y no sabe uno para donde va”</i></p> <p><i>“yo tenía que salir adelante, porque yo tenía una hija y no podía decaerme, donde yo decaiga eso ayuda a que la enfermedad avance.”</i></p>

ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este apartado se tiene en cuenta el cumplimiento de los objetivos planteados al iniciar la investigación mediante la triangulación de los datos obtenidos por la aplicación de las técnicas e instrumentos para la recolección de la información: la observación participante, la entrevista estructurada y la escala de Autoestima de Rosenberg; estas hacen posible determinar la influencia de la familia en el nivel de autoestima en mujeres oncológicas con o sin mastectomía de la ciudad de Pamplona, y de esta forma identificar el nivel actual de autoestima de las mujeres oncológicas entrevistadas. Con el fin de abordar a profundidad cada uno de los factores que son influenciados por la familia en el nivel de autoestima de la mujer con cáncer se definen algunas categorías anticipatorias; las cuales son la observación participante, lenguaje, motivación, autoestima; y en la entrevista estructurada las categorías se clasifican en apoyo, autoconcepto, comunicación y manejo del tiempo libre.

Las categorías mencionadas anteriormente son de gran interés para la siguiente investigación, a continuación se dará inicio al análisis y discusión de resultados de la observación participante donde el lenguaje verbal o no verbal deja evidenciar la coherencia que tiene cada una de las participantes con el discurso dado en las respuestas, “En cuanto a los procesos mentales referidos al concepto de lenguaje, éstos se fundamentan en la capacidad para crear y representar el mundo por medio de formas simbólicas, que permiten reflejar las operaciones de abstracción y reelaboración de objetos, fenómenos y situaciones en su sentido verbal, escrito, simbólico o gestual”. (Pinzón, 2005)

De acuerdo a lo anterior en el lenguaje verbal y no verbal de las mujeres oncológicas entrevistadas se observa un nivel bajo en la escolaridad por el discurso que utilizan durante la entrevista lo cual se corrobora al indagar el nivel de estudio, también se evidencia la incoherencia que tiene el discurso de la representación que hacen del medio en el que se encuentran entre lo que expresa el lenguaje verbal versus el corporal,

debido a que el discurso que utilizan quieren dar a conocer el acompañamiento positivo que realiza cada uno de sus familiares, aunque al observar y analizar cada una de las respuestas no verbales y no verbales se aprecia la contradicción con el discurso, otra de las características que se percibe en las dos participantes es los niveles de ansiedad altos que manejan al momento de indagar sobre la relación que tienen con la familia y los cuidados que tuvieron o mantienen durante la misma, conociendo que una de las participantes a sobrevivido 3 años debido a las quimioterapias por tal razón actualmente no tiene cáncer por la detección a tiempo del mismo; como lo menciona el autor por medio del lenguaje se expresa la interacción y representación que se tiene con el entorno es por esto que se hace de vital importancia observar lo que el lenguaje no verbal quería decir en cada una de las participantes.

Por otra parte la automotivación juega un papel importante en las mujeres oncológicas puesto que logran que ellas le den sentido a la vida y poder llevar de una mejor forma el tratamiento, se podría llegar a entender la motivación como el proceso que explica el inicio, dirección, intensidad y perseverancia de la conducta encaminada hacia el logro de una meta, modulado por las percepciones que los sujetos tienen de sí mismos y por las tareas a las que se tienen que enfrentar. (Naranjo, 2009). Esta motivación puede llegar a ser intrínseca e extrínseca; en las mujeres oncológicas entrevistadas se observa que predomina la motivación extrínseca evidenciando que el motor de vivir como ellas lo refieren son las familias y es lo que las mantiene con fuerza para seguir luchando por mantener un mejor estilo de vida, lo cual deja corroborar la importancia que tiene el acompañamiento familiar para percibir una actitud positiva de ellos mismos y enfrentar de una mejor forma la enfermedad.

En relación a la motivación y la participación que tiene la familia para que la paciente oncológica logre aceptar su condición valorando el cuerpo con la patología alcanzando sentimientos de amor hacia sí mismo, es decir aquel sentimiento en el que te aceptas a pesar de tus errores, inconformidades o apariencia física, de igual manera la red de apoyo primaria da un soporte para la visión propia que tendrá la paciente oncológica, es decir que estas mujeres adquieren una nueva visión de si misma y al ser

este sistema su apoyo la visión que ellas adquieren de si misma es positiva al igual que el sentido de la vida, ya que se esfuerzan por sanarse o ganarle a la enfermedad crónica puesto que esto también constituye a la autoconfianza, es decir confía en si misma y es capaz de tomar sus propias decisiones aunque otros no estén de acuerdo, pues no deja que la enfermedad opaque sus rasgos de personalidad característicos, manteniendo así sus comportamientos, conductas que la caracterizan como individuo. (Branden, Nathaniel, 1995)

De manera que el apoyo de la familia en mujeres oncológicas con o sin mastectomía tiene una relevancia para la superación de la enfermedad y para el autoestima puesto que quienes poseen una autoestima alto tienen mejores estrategias de afrontamiento y por ende la posibilidad de vivir aumenta a diferencia de quienes poseen poco autoestima, de modo que la familia al ser un soporte no solo en lo económico y conductual sino también emocional son facilitadores para el mejoramiento del familiar oncológico (Cruz, Lady; Saleedo, Claudia;, 2012), los amigos también pueden hacer más sencillo el proceso de la enfermedad cuando son estos quienes brindan una ayuda honesta, aunque también hay entorpecedores en el proceso de recuperación y aceptación del malestar crónico, estos son muchas veces los amigos, conocidos o la misma sociedad, es decir que la sociedad estigmatiza a esta sociedad cuando los hace sentir como individuos minusválidos y con pocas posibilidades de vivir, además de juzgarlos con miradas. Acciones y comentarios por el cambio de la apariencia física, siendo esto un motivo para los pacientes oncológicos una causa para aislarse socialmente.

Rogers y Russell (2002) citado por (Benaim, D, 2005) expresan que las familias en las cuales se forman y desarrollan con una autoestima sana existe una aceptación que no está condicionada por la simpatía, la identificación emocional o por las conductas, sino que la aceptación es de la persona en su totalidad como la de un miembro de la familia con quien se ha desarrollado un vínculo. (Benaim, D, 2005) Manifiesta que las personas con autoestima alta “reflejan un autoconcepto positivo sobre su imagen corporal, así como en relación a sus habilidades académicas, familiares y sociales. Ello implica que los individuos con alta autoestima se muestren seguros, acertados, eficientes, capaces,

dignos” Es decir son personas que no son conflictivas en relación con su pares, familiares, amigos, compañeros además de aceptarse físicamente y de mantener una buena presentación personal, generando un ambiente armonioso en el entorno que le rodee.

Es decir que una persona con una autoestima alta no solo tendrá una buena definición de si misma, percepción y auto aceptación sino que también poseerá las habilidades adecuadas para las relaciones intrapersonales en las cuales se mitigan la presentación de situaciones conflictivas, ya que dentro los estilos de comunicación existen tres los cuales son el agresivo, pasivo y el asertivo siendo este último importante en el manejo de las habilidades sociales ya que es la manera adecuada de defender la postura y opinión que se tiene acerca de algo teniendo en cuenta, la escucha activa, el respeto, la comprensión y la opinión del otro. De manera que las familias compuestas con un integrante oncológico deben ser poseedores de una comunicación asertiva ya que al emplear este estilo las relaciones entre los miembros del sistema familiar se verán fortalecidas al pasar del tiempo, ya que las situaciones de estrés y el desarrollo de la enfermedad en ocasiones pueden generar un ambiente hostil en el cual la resolución del conflicto no sea el más adecuado ni para los pacientes oncológicos como para sus familiares.

Ya que desde el diagnóstico de cáncer en la mujer oncológica cada integrante de la familia se muestra afectado emocionalmente, cognitivamente y en la conducta del diario vivir así como en la percepción del sentido de la vida. Durante el proceso de enfermedad las familias viven ciclos repetitivos de enojo, desamparo, frustración, falta de control, de ajuste y readaptación, puesto que la enfermedad es percibida como un potencial de riesgo, de desintegración o como una oportunidad para el fortalecimiento, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro. La sobrevivida de un enfermo también está determinada por la forma en que su familia enfrente la enfermedad. (Cabrera & Ferraz, 2010). El manejo de estas emociones debe ser en conjunto teniendo en cuenta que este círculo familiar de apoyo va afrontando las mismas dificultades durante el proceso y es por esto que la comunicación debe ser la

principal herramienta que utilicen para aumentar el apoyo emocional y así enfocar un mejor manejo con la paciente diagnosticada con cáncer de seno.

Durante el discurso de las pacientes se evidencia que la familia es una de las interacciones que más ayuda a el fortalecimiento del autoestima, es por esto que deben ser las primeras que se psicoeducar y se les brinde herramientas para que puedan llevar esta tarea con excelencia y pueda tener una mejor calidad de vida, desglosando cada una de las sud categorías que se tuvieron en cuenta para esta investigación y que hacen parte de ese apoyo que deben recibir las pacientes oncológicas con o sin mastectomía se encuentra la reacción que tuvo cada uno de sus familiares al conocer el diagnóstico de la familia, teniendo en cuenta que el lenguaje verbal o no verbal que usen ellos en ese momento va a generar en la paciente la primera impresión del apoyo que va recibir por parte de ellos, en el caso de las dos pacientes refieren que sus familiares se les noto un poco tristes y dejaron percibir el dolor que en ellos genera enterarse de la noticia, fue una situación de niveles altos de ansiedad que ninguna de las dos familias supieron manejar dejando un mensaje negativo en cada uno de las pacientes y generando inconscientemente una carga emocional que va generar en la paciente un desequilibrio en su autoestima.

Por otra parte el acompañamiento que se realice en esta fase es de vital importancia para cada una de las pacientes, para así estructurar en pensamientos positivos frente a su enfermedad y mostrar que es un proceso que no va a manejar sola, en esta sud categoría se logra percibir la necesidad que tenía cada una de las pacientes oncológicas de tener a las familiares cerca y sentir que cada uno podía entender la situación por la que se estaba pasando en ese momento, un mecanismo de defensa que se ve reflejado en las dos pacientes es la idea que quiere hacer creer a la persona con la que se entrevista o recolecta información de la enfermedad y es la del excelente y continuo apoyo que reciben por parte de sus familiares, lo cual se ve ambiguo en cada una de las preguntas que se realizan en la entrevista estructurada, mostrando tanto con el lenguaje verbal como con el no verbal incoherencia en su discurso describiendo la forma ideal como desea el acompañamiento de la familia pero no el que está ocurriendo actualmente,

debido a esto el autoestima de aquella paciente empieza a dificultarse y busca reprimir situaciones para no dejar ver de las demás personas la necesidad y la falta que le hace recibir apoyo y comprensión adecuada de sus familiares.

También al momento que el enfermo cuente con apoyo externo, la adaptación será más fácil y con menos implicación emocional. (Yélamos & Fernández, 2011).de manera la calidad de vida mejorara al igual que las distintas áreas (social, emocional, familiar, pareja, laboral), de manera que la calidad de vida de los integrantes de la familia también mejorara y por ellos el ambiente familiar no se cera afectado o se fortalecerá a partir de dificultad vivenciada desde el sistema mismo. Esto quiere decir que el apoyo siempre debe estar presente en cada una de las familias que cuenten con un integrante oncológico y de esta forma reflejar en el sentimientos se seguridad, amor propio, esperanza, entre otros que sean importantes para el crecimiento en cada una de las áreas, respecto a este tema el distanciamiento de alguno de los familiares también juega un papel importante en el paciente oncológico debido a que puede ser que se sienta rechazada y esto genere en ella conductas asociales como es el caso de las dos pacientes oncológicas, donde ellas en el discurso dejan evidenciar que alguno de sus familiares se distancia y a pesar de los pensamientos positivos que cada una de mantiene se evidencia el dolor que se genera.

Cuando se habla de comportamientos asociales en las pacientes oncológicas esto se debe a la inseguridad o rechazo que se siente por los familiares, generando en ellas sentimientos inapropiados para su proceso como la poca aceptación, la falta de confianza en sí misma, desorientación entre otras dejando en el ser humano vacíos importantes en la estructura de su pensamiento lo cual llega a aislar del entorno social a la persona para no experimentar sentimientos negativos en su proceso esto se refiere porque en algún momento del discurso las pacientes mencionaron sus sentimientos y refirieron la dificultad que tenían para salir a realizar las actividades que antes hacían sin ninguna dificultad.

Con el fin de relacionar la categoría de la que hablamos inicialmente como lo es el apoyo con cada una de las subcategorías, se podría finalizar hablando de cada una de esas palabras que los familiares usan con los pacientes y generan pensamientos adecuados en ellos con las cuales puedan afrontar las dificultades que se les pueda presentar en el transcurso de la enfermedad teniendo como base que la familia debe prestar una atención oportuna y de calidad al paciente oncológico, frente a esto en el discurso en ambas pacientes refieren que al iniciar el diagnóstico siempre sintieron la dificultad que tenía su familia para expresar sentimientos que las hicieran cambiar los pensamientos negativos que en ocasiones invadían la mente de cada una de ellas, aunque con el tiempo se les iba facilitando nunca llenó la expectativa de las pacientes o el hecho de escuchar aquellos comentarios que se hacen en los medios de comunicación o comunidad genera desconfianza y poca credibilidad a lo que los familiares quieren aportar, de esta forma se percibe la importancia que tiene el psicólogo en la buena intervención y psicoeducación con familia y paciente para lograr darles las herramientas suficientes para afrontar cada una de las situaciones que aumenten los niveles de ansiedad.

En la investigación influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama desarrollada por Aguilar Cordero, Neri Sánchez, Mur Villar y Gómez Valverde en España (Universidad de Granada) y México (Universidad Autónoma del Estado de México) del año 2013, obtuvo como resultado que el contexto social influye en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. La ocupación laboral y el grado de escolaridad fueron determinantes de la percepción de la misma. (Aguilar, M; Sánchez, M; Villar, N; Gómez, E., 2013). Es decir que la sociedad influye no solo en las reacciones sociales de las mujeres oncológicas sino también es su autoestima y autoconcepto.

En el autoconcepto también influye la familia, siendo estos quienes favorecen o desfavorecen la estructuración y definición del autoconcepto de la mujer con cáncer ya

que al ser ellos, la red de apoyo primario y soporte toman un papel importante en la toma de decisiones y en los pensamientos que tienen acerca de la misma paciente, por ende la paciente crónica al formar su autoconcepto toma en cuenta la opinión de las personas más cercanas y de esta manera redefine su autopercepción y estrategias de afrontamiento en el cual la resiliencia puede que sea negativa o positiva según la definición que tenga de sí misma. Respecto a esto lo que se evidencia en la entrevista semiestructurada y la observación participante que se realiza con las mujeres oncológicas es la importancia que cada una le da a la percepción que tiene su familia y personas cercanas del autoconcepto haciéndolo importante para el que ella misma tiene de sí, como se menciona en la investigación, es por esto que desde el área de la psicología se debe fortalecer esta área para lograr mantener niveles altos en la calidad de vida del paciente.

Otra de las categorías que se identifica de vital importancia en la relación que tiene las pacientes oncológicas con sus familiares es la comunicación donde se van a tener en cuenta distintas subcategorías para darle un abordaje profundo y lograr evidenciar las dificultades que se estén presentando en esta área en las pacientes oncológicas, la primera de ellas es la asertividad con la que se comunican las familias, debido a la sensibilidad, defensiva, apatía, entre otros sentimientos que las mujeres oncológicas manejan después del diagnóstico haciendo que la susceptibilidad aumente es por esto que cada una de las palabras que se vayan a usar en el discurso deben ser adecuadas y coherentes para no herir inconscientemente los sentimientos o pensamientos que se estén viviendo en el momento; en el discurso de las dos pacientes oncológicas se ve reflejada la poca asertividad que tienen los familiares al momento que mantienen conversaciones con ellas, lo cual no permite que se tenga un nivel alto de comunicación que es la segunda categoría.

Las dos pacientes reciben una calificación baja en el nivel de comunicación que mantiene con sus familiares debido a la poca participación que se les da para poder expresar sus emociones, inconformidades, pensamientos, entre otros tipos de

participación donde son excluidas haciendo que sus ideas no tenga la oportunidad de ser escuchadas, esto se ve con mayor frecuencia en las actividades que anteriormente realizaban y por decisión únicamente de alguno de los miembros de la familia dejan de realizar haciendo que pensamientos de inutilidad crezcan en la paciente deteriorando la percepción que tenían de ellas misma y de esta forma disminuyendo el nivel de autoestima.

Como se menciona en el párrafo anterior al igual que el nivel de comunicación y la poca participación que la mujer oncológica tiene con la familia se evidencia la dificultad para resolver conflictos puesto que una de las propiedades de la resolución de conflictos es tener en cuenta a cada una de las partes, y lograr darle atención oportuna al problema que se presente en la familia, las dos mujeres refieren que siempre al presentarse una dificultad dejan que sea el tiempo el que tome la decisión sin importar cuanto tiempo dejen de hablar con alguno de los miembros de la familia, generando esto niveles de ansiedad altos lo cual es perjudicial para la condición en la que se encuentra el paciente oncológico.

Por último y sin menos importancia que las anteriores categorías es el uso del tiempo libre de las pacientes oncológicas donde cada una de las subcategorías que se manejan están relacionadas entre sí, una de ellas en cómo se manejan las relaciones de la paciente con los familiares enfocadas a las actividades diarias que están realizan en la rutina, donde se evidencia que al igual que varias actividades como la comunicación, el apoyo, cambian después de conocer el diagnóstico, en este caso las dos pacientes refieren que debido a los cuidados que las familias adoptan para mantener un mejor estado de salud de la paciente le niegan realizar actividades que antes para ellas generaban satisfacción o realización de sus capacidades, alguna de ellas y que tienen que ver con la interacción familiar son las reuniones familiares, visita a familiares, ayudas en el hogar que se hacía por parte de la paciente entre otras que al dejar de hacer logran que la paciente disminuya el nivel de autoestima.

Unas de las áreas que más se ve afectada son las relaciones interpersonales con los amigos, actividad física, rutinas y miedo al cambio, esto se debe al igual que las demás áreas a la sobreprotección que los cuidadores o familiares ejercen con el fin de mantener un supuesto control en la paciente y disminuir los riesgos, tampoco es responsabilidad de ellos completamente teniendo en cuenta que son personas que reaccionan al instinto de supervivencia sin previa psicoeducación es por esto que nace la necesidad de reconocer cada una de estas dificultades que se presentan en la familia y las cuales influyen de forma significativa en los niveles de autoestima de los pacientes oncológicos.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se pueden dar de la presente investigación fueron que la autoestima de las mujeres oncológicas se percibe como afectada en el instante que reciben el diagnóstico de cáncer en el cual el autoconcepto, la autopercepción también se ve afectada, y es ese momento en el que la familia recobra un valor emocional en las pacientes ya que el apoyo y el acompañamiento de estas en el proceso de la enfermedad favorecen o entorpecen la adherencia y los resultados del tratamiento oncológico.

Es por ello que las mujeres con apoyo de sus familiares mantienen una autoestima alta, ya que saben que las apoyan a pesar de estar enfermas, y por ello la autoestima se mantiene, en el cual la mujer oncológica se acepta y ama así misma tal como ella es, aunque esto implique que a futuro su apariencia física cambie a partir de la enfermedad crónica, por ello la redefinición de la visión propia en esta población ha cambiado pues saben que cuentan con un grupo de personas dispuestas a colaborarles en lo que necesiten, y al sentirse las mujeres oncológicas amadas y aceptadas incondicionalmente, fortalecen su autoestima y su autoaceptación y la resiliencia a la enfermedad es mayor.

Por ello la influencia de la familia en la mujeres oncológicas con o sin mastectomía desarrolla un papel importante en las distintas áreas: emocional, social, cognitiva y psicológica. Puesto que a partir de los comportamientos de estos las pacientes oncológicas adquieren sus estrategias de afrontamiento (activo, pasivo) y el sentido de la vida ya que las dos mujeres expresan que una de los motivos para seguir viviendo son sus familiares. Además de ser ellos influyentes en el nivel de autoestima de las mismas, puesto que a partir del comportamiento de sus familiares, pensamientos, apoyo y acompañamiento, las mujeres oncológicas elaboraban la redefinición de si mismas y por ende su autopercepción para sobrellevar la enfermedad era alta.

Otra conclusión a la que se puede llegar teniendo en cuenta cada uno de los datos recogidos en la investigación es la dificultad que se presenta en las familias con

pacientes oncológicas al momento de tener una conversación ya sea con la mujer oncológica o algún otro familiar, donde se evidencia la dificultad que se tiene para ser asertivos con los comentarios o lenguaje utilizado, deteriorando esto el nivel de comunicación en la familia y dejando dificultades para tener buena resolución de conflicto dejando esto como consecuencia dificultades para expresar a sus familia los sentimientos, sintiendo que no tiene participación y generando en ella desconfianza, inseguridad y desanimo; generando en ella niveles bajos de autoestima debido a la importancia que tiene mantener una comunicación contante con cada uno de los miembros de la familia y poder expresar todos los pensamiento siendo escuchada activamente.

Durante el discurso que las dos mujeres oncológicas tienen durante la entrevista se evidencia la necesidad que muestran cada una de ellas por recibir de parte de su familia palabras que alimenten las ganas de mantenerse en pie durante la lucha, es por esto que como otra conclusión cada una de las expresiones que se usen delante de la mujer oncológica van a favorecer o disminuir los niveles de autoestima debido a la importancia que tiene para ella cada uno de los comentarios que se hacen dentro o fuera de la casa para el crecimiento circunstancial de la experiencia que está viviendo después del diagnóstico, expresando también como influye la parte afectiva que el circulo de apoyo debe tener refiriendo en el discurso que debe ser positivo y contaste

Las habilidades comunicativas que se deben tener en cuenta al momento de mantener contacto con un paciente oncológico son diferentes a las que se usan diariamente esto queda evidenciado en la observación participante y la entrevista estructurada donde las pacientes en ocasiones mencionan que no necesitan el mismo trato, palabras, emociones, sentimientos y expresiones que las demás personas, debido a las mayores necesidades que se presentan después de ser diagnosticadas y la sensibilidad que se genera en los pacientes oncológicos, lo cual se le debe dar un buen oso para lograr aumentar los niveles de ansiedad del paciente oncológico.

También se puede concluir que el distanciamiento de alguno de los familiares cercanos de las pacientes oncológicas puede generar malestar y disminuir los niveles de autoestima de la paciente debido a la importancia que se le da a la aceptación por parte de cada uno de los miembros de la familia y la necesidad de apoyo que se genera después del diagnóstico, haciéndolas más susceptibles y emocionales; es por esto que la familia siempre va a cumplir un papel importante en el acompañamiento que debe recibir y teniendo en cuenta que es el vínculo de apoyo más cercano se debe tener en cuenta cada una de las conductas o expresiones que se realicen después del diagnóstico para no desequilibrar la estructura psicológica del paciente oncológico.

Frente al manejo del tiempo libre son varias conclusiones a las que se pueden llegar entre ellas se encuentra lo significativa que son para los pacientes oncológicos las actividades o reuniones familiares permanentes donde cada uno de los asistentes puedan hacerles conocer las fortalezas que tienen y el apoyo que le pueden brindar, además de ser estos espacios un distractor de las preocupaciones que generan estrés y por ende favorecen el desarrollo de la enfermedad, de manera que al no perder los espacios intrapersonales e interpersonales fortalecen la rehabilitación y la adherencia al tratamiento oncológico.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se darán en la presente investigación se dan a partir de los conocimientos de los investigadores y de lo observado las cuales son

Teniendo en cuenta las observaciones que se realizaron es importante fortalecer los lazos entre los familiares a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica oncológica en el cual los distintos cambios emocionales y físicos no deterioren las relaciones, por ende es necesario educar a las familias que cuenten con este tipo de población en habilidades de comunicación asertiva para que tengan conocimiento al dar respuestas adecuadas ante las distintas situaciones estresantes y conflictivas que se puedan presentar en el hogar. De esta manera la resolución de conflictos se llevara a cabo de la manera apropiada, es decir en el que la respuesta de las familiares mitigara la problemática y grandeza no solo de la enfermedad sino también de su proceso.

También se considera relevante psicoeducar a las familiares sobre el manejo de los pacientes oncológicos, ya que al enterarse que uno de sus integrantes padece cáncer lo considera como un minusválido y por ello las responsabilidades y deberes lo asume otro miembro de la familia, de manera que la autoestima y autoconcepto del paciente oncológico se ve afectado y por ello la calidad de vida, de modo que para que la calidad de vida del paciente continúe en su mejor nivel se debe educar a los miembros sobre las actividades que quien padece la enfermedad puede realizar , es importante que tenga responsabilidades y deberes pero en menor proporción.

Promover la creación de grupos de apoyo (psicológico, emocional y físico) con acompañamiento psicológico y familiar con el fin de que las mujeres puedan expresar de manera adecuada sus sentimientos y compartan experiencias posteriores al tratamiento.

Realizar campañas de estilos de vidas saludables en el cual la población oncológica conozca sobre que hábitos favorecen la adherencia al tratamiento y así su rápida recuperación.

Es importante mencionar el papel fundamental que cumple la familia en este proceso y que habitualmente nadie está preparado para sobrellevar el cáncer y menos que su familiar lo padezca, por tal razón es de vital importancia que las familias de las mujeres que padecen esta enfermedad puedan acercarse a recibir atención tanto psicológica como emocional, teniendo en cuenta que el apoyo de la familia es fundamental para mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer y que sus deseos de vivir aumenten, es por tanto necesario que las familias se sometan a un espacio donde les enseñen a sobrellevar la situación , que les den recomendaciones del trato a estos pacientes para que los limitativos que realicen los familiares en las actividades que realizan a diario no afecten su emocionalidad, pero tampoco que sean descuidadas en la atención que deban recibir ellas y los cuidados necesarios frente a cada etapa de la enfermedad.

Que los familiares sean más comprensivos y se capaciten para entender los diferentes estados de ánimo que sufra el paciente, puesto que en ocasiones la familia no cuenta con la capacidad de llevar de la manera adecuada la situación y las actitudes que tomen las familiares frente a las cambios emocionales de los pacientes, pueden afectar más al llevándolo a una depresión.

Durante al Proceso de investigación se evidencio algunos factores negativos con respecto al manejo del tiempo libre de los pacientes, es decir el mal uso de este, ya que durante estos espacios libres se les permite a los pacientes que interactúen con sus familiares respecto a situaciones diferentes a la enfermedad, generando nuevos temas de conversación y de prioridad para que los pacientes puedan ser estimulados y que en estos momentos de interacción puedan dejar a un lado su diagnóstico y así permitir que

ellos tengan una mejor calidad de vida y se sientan incluidos dentro de la Sociedad y no aislados por su condición.

Por otro lado, se constató que frente al manejo del tiempo libre no realizan ninguna actividad Física, debido a que sus familiares los limitan o los cohíben de estas prácticas por temor a que se lastimen o sean incapaces de realizarlas y como resultado se sientan frustrados al momento de ejercerlas. Como sugerencia para los familiares es que aprendan a identificar cuáles son los tipos de actividades físicas que pueden ser realizados y cuáles no se les permite hacer, pero buscando el método adecuado por medio de la indagación a personas expertas o especialistas en dicho diagnóstico,

Por otro parte cabe resaltar la importancia de escuchar a los pacientes y que ellos mismos puedan evidenciar que actividades les es posible realizar para que al momento en que las ejecuten sean conscientes de que puede causarles más daño, puesto que si son los mismos familiares los que se lo prohíben, se sentirán impotentes e incapaces, generando una reacción negativa cada vez que se realicen actividades como estas

En ocasiones los familiares no cuentan con el lenguaje adecuado para comunicarle al paciente los pensamientos y esto genera ansiedad en el cuidador, por lo cual como se mencionó en una recomendación anterior es importante realizar la psicoeducación con el fin de generar prácticas adecuadas en el manejo de los pacientes oncológicos donde ellos puedan identificar en que momento el autoestima se encuentra en niveles bajos y poderle brindar o buscar atención a tiempo.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la investigación era la creación del manual donde se va a psicoeducar a los familiares y por medio de este brindarles herramientas adecuadas para solucionar los inconvenientes que se presenten con el familiar oncológico y poder realizar un acompañamiento exitoso.

Teniendo en cuenta la recomendación anterior es de vital importancia que los familiares oncológicos cuenten con este manual en cual puede enseñarles a tener mejores recursos para acompañar a su familiar y reforzar los pensamientos logrando en ellos elevar los niveles de autoestima y generando una mejor calidad de vida.

Los estados emocionales de las personas oncológicas muchas veces son el reflejo de la dinámica familiar, es por esto que se recomienda brindar amor y hacerle conocer a cada momento lo importante que es para la familia verbalizando los sentimientos positivos que se tienen hacia el familiar oncológico y de esta forma ayudarlo a tener mejores pensamiento de lo que la familia siente por ellos abonando al aumento de la autoestima.

La seguridad juega un papel importante en un paciente oncológico teniendo en cuenta que es esta la que le ayuda a generar mejores atados emocionales y realizar un aumento de la autoestima, por lo tanto los familiares de un paciente oncológico deben brindarle la confianza suficiente para que ellos puedan expresar las dificultades por las que está pasando y pueda pedir ayudar a sus familiares cuando sienta que su calidad de vida está disminuyendo es por esto que la familia debe ser la primera que le brinde confianza al paciente oncológico.

Durante la vida hay situaciones que hacen decaer el estado de ánimo de los pacientes oncológicos pero si el familiar tiene conocimiento de cómo utilizar la risoterapia dentro de la dinámica familiar pueda ayudar a aumentar los niveles de estado emocional del paciente haciendo de los espacios familiares momentos adecuados para aumentar el nivel de autoestima del paciente oncológico y de esta forma disminuir niveles de ansiedad, hacerle entender lo importante que es para la familia, controlar las emociones, desahogar sentimientos negativos, tener un mejor manejo del tiempo libre e identificar que el circulo de apoyo primario es la familia.

Cuando a alguien se tiene en cuenta durante las actividades realizadas, las conversaciones, toma de decisiones, reuniones entre otras actividades que se llevan a cabo en la dinámica familiar se le está permitiendo sentirse parte de este círculo social e identificar que la opinión de esta persona es tenida en cuenta y se siente útil para seguir manteniendo relaciones interpersonales es por esto que una de las recomendaciones sería hacer participa al familiar oncológico.

Es importante que teniendo en cuenta cada una de las conclusiones a las que se llegaron en esta investigación pueda darse continuidad para darles mejor herramienta a los familiares de pacientes oncológicos, sobre el manejo que se les puede dar para ayudarles a tener una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M; Sánchez, M; Villar, N; Gómez, E;. (2013). *Nutrición Hospitalaria*. Recuperado el 27 de Abril de 2015, de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Farticulo.oa%3Fid%3D309230208012&ei=7ONDVYDkNsTqgwTYxoHACQ&usg=AFQjCNH4evDpJXEj48Z6xuTTvYxaoNkig&bvm=bv.92189499,d.eXY>
- Beitia PN, Benavides M. Salazar JT, Tafurt AM;. (2010). *Revista Panam Salud Publica*. Recuperado el 27 de Abril de 2015, de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.scielosp.org%2Fpdf%2Ffrpsp%2Fv28n1%2Fv28n1a02.pdf&ei=V9xDVd-ROYGNNsGngIgJ&usg=AFQjCNFa6JxSU0nQkVIGxX1zXN5nkVK9GQ&bvm=bv.92189499,d.b2w>
- Benaim, D. (Julio de 2005). TECANA AMERICAN UNIVERSITY. *La Teoría De La Autoestima En El Proceso Terapéutico Para El Desarrollo Del Ser Humano*. Recuperado el 27 de Abril de 2015
- Branden, Nathaniel. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Recuperado el 8 de junio de 2014, de <http://books.google.com.co/books?id=MfhI44CDPMMC&pg=PA16&dq=teorias+sobre+la+autoestima&hl=es-419&sa=X&ei=1wyVU-OvJ-apsQT174DgCg&ved=0CDY6AEwAw#v=onepage&q=teorias%20sobre%20la%20autoestima&f=false>
- Cabrera, A., & Ferraz, R. (2010). *Impacto del cáncer en la dinámica familiar*. Obtenido de http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina_marzo2011/impacto_del_cancer_en_la_dinamica_familiar.pdf

- Casallas, A; Cutiva, G; Cruz, R; Grajale, Y; Conde, M; Florez, N. (Septiembre de 2012). *Universidad Nacional abierta y a distancia*. Recuperado el 27 de Abril de 2015, de https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCkQFjAC&url=http%3A%2F%2Frepository.unad.edu.co%2Fbitstream%2F10596%2F2120%2F1%2FProyecto_GRADO.pdf&ei=tdlDVaP6KMGEsAXum4GwAw&usg=AFQjCNHJfEu_UoFRCa8bIIWvuYsGbP6rtA&bv
- Christophe, A; Francois, L. (1999). *La autoestima, gustarse asi mismo para mejor vivir con los demás*. Recuperado el ocho de junio de 2014, de <http://books.google.com.co/books?id=FQ1Il6AdLMC&pg=PA188&dq=teorias+sobre+la+autoestima&hl=es-419&sa=X&ei=1wyVU-OvJ-apsQT174DgCg&ved=0CCoQ6AEwAQ#v=onepage&q=teorias%20sobre%20la%20autoestima&f=false>
- Cruz, Lady; Saleedo, Claudia;. (2012). *Cancer de mama y dinamica familiar*. Universidad de Pamplona, Pamplona.
- Dewalt & Dewalt 2002 Citado por Kawulich, B. (2005). Obtenido de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/466/999>
- Dosil, J. (2008). Motivación: motor del deporte. En *En Psicología de la actividad física y del deporte* (pág. 127). España: Sociedad Iberoamericana de psicología del deporte.
- Duran, Jenny; Vega , Rosa ;. (2007). *Universidad de Pamplona*. Recuperado el 27 de Abril de 2015, de http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portallIG/home_1/recursos/tesis/contenidos/tesis_septiembre/04092007/dificultades_que_provoca.pdf
- Gonzalez,M. (1999). *Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa(11)*, 217-232.
- Guío,R. (Diciembre de 2009). *El concepto de familia en la legislación y en la jurisprudencia de la Corte*. Recuperado el 27 de Abril de 2015, de

http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/21_3554_studisitas-v4-n3-guio-camargo-.pdf

Guzmán, A. (2004). *Revista Scielo*. Recuperado el 15 de Marzo de 2015, de www.minsa.gob.pe/dgps/promo/descarga/asertividad.ppt

Hernández Sampiri, R., Fernandez, C., & Baptista, p. (2010). *Metología de la investigación* (Quinta ed.). México, México: McGRAW - HILL.

Instituto nacional de cáncer de salud de EE.UU. (2015). *Instituto nacional de cáncer de los institutos nacionales de salud de EE.UU.* Recuperado el 28 de Febrero de 2015, de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

Instituto Nacional de Cancerologia - ESE Colombia. (2014). Recuperado el 27 de Mayo de 2015, de <http://www.cancer.gov.co/content/estadisticas>

Martín-Fernández, R., Abt-Sacks, A., Perestelo-Perez, L., & Serrano-Aguilar, P. (2013). *Revista Esp salud publica*. Obtenido de https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fscielo.isciii.es%2Fscielo.php%3Fpid%3DS1135-57272013000100007%26script%3Dsci_abstract&ei=7MdDVc7_McOegwT3q4HwAg&usg=AFQjCNHD9pkpllv3IKRir2-8hM

Ministerio de Salud y la Protección Social Colombia. (2014). *Ministerio de Salud y la Protección Social Colombia*. Recuperado el 2015 de Abril de 2015, de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>

Naranjo, M. (2009). *Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/440/44012058010.pdf>

Organización Mundial de la salud. (Febrero de 2015). *Organización Mundial de la salud*. Recuperado el 2015 de Febrero de 2015

- Pinzón, S. (2005). *Lenguaje, lengua, habla, idioma y dialecto*. Obtenido de http://avalon.utadeo.edu.co/dependencias/publicaciones/tadeo_71/2.nociones.pdf
- Prieto, O. (2014). *Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander*. Recuperado el 27 de Mayo de 2015, de <https://ids.gov.co/web/index.php/nuevas-noticias/comunicados-de-presa/217-comunicado-076>
- Robert, V. Alvartez, C., & Valdivieso, F. (2013). *Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Recuperado el 29 de Abril de 2015, de http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf
- Silva, J. (26 de febrero de 2015). *Google*. Obtenido de Google: www.google.com.co
- Sociedad Americana Contra el Cáncer. (2014). *Sociedad Americana Contra el Cáncer*. Recuperado el 28 de Febrero de 2015, de <http://www.cancer.org/espanol/index>
- Tiscar, J. (2014). *La autoestima: Relacion con su bienestar y el tratamiento*. Obtenido de <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Autoestima-Relacion-Con-El-Bienestar-Y-Su-Tratamiento.pdf>
- Trejo, J; Maffuz, A; Said, F; Domínguez, C; Hernández, B; Villegas, F; Rodríguez, S;. (2013). *Ginecología y Obstetricia de México*. Recuperado el 27 de Abril de 2015, de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fginobsmex%2Fgom-2013%2Fgom139d.pdf&ei=7uVDVeyhMYmoNrW-gKgO&usg=AFQjCNFibUX8TMiUObkMJMencMmLniLVIw&bvm=bv.92189499>
- Vargas, L. (2012). Recuperado el 31 de Mayo de 2015, de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3945773.pdf

Villamizar, O. (2014). *Estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes del género masculino diagnosticados con cáncer*. Universidad de Pamplona, Pamplona.

Yélamos, C., & Fernández, B. (2011). *Necasidades emocionales en los pacientes con cáncer*. Obtenido de <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/NECESIDADES-EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.pdf>