

**AFRONTAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO DEL
CANCER DE MAMA Y LOS FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CANCEROLOGIA DEL HUILA EN EL AÑO
2006**

**ANA MARIA CELIS VARGAS
DIANA CONSTANZA PERDOMO
ELIANA VARGAS URBANO
MARCY NARDELLY RODRIGUEZ
SHIRLEY XIMENA TOVAR DUARTE**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE SALUD
NEIVA
2007**

**AFRONTAMIENTO DEL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO DEL
CANCER DE MAMA Y LOS FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CANCEROLOGIA DEL HUILA EN EL AÑO
2006**

**ANA MARIA CELIS VARGAS
DIANA CONSTANZA PERDOMO
ELIANA VARGAS URBANO
MARCY NARDELLY RODRIGUEZ
SHIRLEY XIMENA TOVAR DUARTE**

**Trabajo de investigación presentado como requisito para optar el título de
Enfermera**

**Asesora
DOLLY ARIAS TORRES
Enfermera Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PROGRAMA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE SALUD
NEIVA
2007**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

A DIOS por concedernos una vida maravillosa y llena de bendiciones, por nuestras familias y la oportunidad de formarnos como profesionales, por habernos guiado en la realización de este trabajo, la sabiduría y logros alcanzados.

A nuestros padres por su apoyo, paciencia, dedicación y amor brindado durante el proceso de aprendizaje en nuestra vida, por enseñarnos el significado y la importancia de luchar por nuestros objetivos.

A nuestras compañeras de trabajo por el esfuerzo, dedicación responsabilidad, persistencia durante la realización de la investigación y el deseo de ser mejores cada día.

*Ana Maria
Diana Constanza
Eliana
Marcy Nardelly
Shirley Ximena*

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a :

Las mujeres participantes en el estudio, por haber compartido sus experiencias, abrirnos sus corazones y por el tiempo dedicado a la realización de la investigación.

La Unidad de Cancerología del Huila del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y a su personal, por abrirnos las puertas y brindarnos la oportunidad de acceder a la información necesaria para la realización de nuestro estudio.

La asesora por el tiempo, disponibilidad y dedicación en este proceso de aprendizaje y realización de un excelente trabajo.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, tipo estudio de casos con enfoque cuantitativo con el objetivo de describir los tipos de afrontamiento frente al diagnóstico y manejo de cáncer de mama adoptados por las mujeres. Para tal fin, se utilizaron instrumentos como la entrevista semiestructurada para los datos cualitativos y el cuestionario autodilucidado para los datos cuantitativos. La población del estudio la conformaron cinco mujeres residentes en Neiva que expresaron voluntad de participar en el estudio, con diagnóstico de cáncer de mama que iniciaron y terminaron tratamiento en la Unidad Cancerológica del Huila en el 2006.

Los resultados concluyeron que en el diagnóstico de esta enfermedad las mujeres pasaron por tres etapas: una de crisis, otra de reflexión y la última de asimilación predominando así el afrontamiento pasivo. De igual forma en el manejo y tratamiento se identificaron tres fases que son preparación para la acción, toma de decisiones y finalmente reinterpretación de la experiencia, por lo que se deduce que hubo un afrontamiento activo durante esta etapa. No hubo diferencias significativas relacionadas con los factores asociados, a excepción de la edad, convivencia, grupo social y ocupación.

Palabras claves: Afrontamiento, Cáncer de mama, factores asociados.

ABSTRACT

The present study had as a goal to establish the relationship between the type of facing and its associated factors on the diagnosis and management of breast cancer. For such aim it was utilized instruments like the semi-structured interview for the qualitative data and the auto diligent questionnaire for the quantitative data. The population of the study, 5 women diagnosed with breast cancer that had started and finished treatment in the Cancerology Unit of Huila in the year 2006, were selected for example for convenience.

The results concluded that through the diagnosis of this illness women went through three stages: One of crisis, the next one of reflection, and the last one: assimilation, predominating in that way the passive facing. In the same way in the management and treatment three phases were identified that are the preparation for the action, making of decisions and finally reinterpretation of the experience, that deduces that there was active facing during this stage. There were none significant differences related to the associated factors, with the exception of the age, coexistence, social group and occupation.

Key words: Facing, Breast Cancer, associates factors.

CONTENIDO

INTRODUCCION	Pág. 13
1 MARCO TEORICO	19
1.1 CANCER	19
1.1.1 Definición	19
1.1.1.1 Características	19
1.1.2 Morfofisiología	19
1.1.2.1 División celular normal	19
1.1.2.2 Crecimiento tumoral	21
1.1.2.3 Invasión local	21
1.1.2.4 Metástasis	22
1.1.3 Tipos de cáncer	22
1.1.3.1 Carcinoma	22
1.1.3.2 Sarcoma	23
1.1.3.3 Leucemia	23
1.1.3.4 Linfoma	24
1.1.4 Factores de riesgo	24
1.1.5 Tratamiento	24
1.1.5.1 Cirugía	24
1.1.5.2 Quimioterapia	25
1.1.5.3 Radioterapia	25
1.1.5.4 Hormonoterapia	27
1.2. CANCER DE SENO	27
1.2.1 Factores de riesgo	27
1.2.2 Síntomas	27
1.2.3 Etapas del desarrollo del cáncer mamario	27
1.2.3.1 Clasificación	Pág. 28

1.2.4 Diagnóstico del cáncer	30
1.2.5 Tratamiento	30
1.3 AFRONTAMIENTO	32
1.3.1 Definición	32
1.3.2 Funciones	35
1.3.3 Tipos	35
1.3.3.1 Afrontamiento activo o enfocado al problema	35
1.3.3.2 Afrontamiento pasivo o enfocado a la emoción	36
1.3.4. Estrategias de afrontamiento	37
1.3.5 Características personales	39
1.4 OTROS ASPECTOS	40
1.4.1 Personalidad y cáncer	40
1.4.2 Factores culturales	40
1.4.3 Cáncer de mama e imagen corporal	41
1.4.4 Impacto del diagnóstico	42
1.4.5 Reacciones psicológicas	43
1.4.6 Inestabilidad en la vida	43
1.4.7 Factores que ayudan a sobrellevar la enfermedad	44
1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48
1.5.1 Variable cualitativa	48
1.5.2 Variables cuantitativas	50
2 DISEÑO METODOLÓGICO	53
2.1 TIPO DE ESTUDIO	53
2.2 UNIVERSO	53
2.3 POBLACION	53
2.4 METODO, TECNICA E INSTRUMENTO	53
2.5 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	54
2.6 CONSIDERACIONES ETICAS	54
3 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	55
3.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN	55

3.2 DESCRIPCION DE LOS CASOS	55
3.3 CONSTRUCCIÓN DE ARGUMENTOS DESCRIPTIVOS	59
4 ANALISIS INTERPRETATIVO	72
5 CONCLUSIONES	76
6 RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFIA	78

LISTA DE GRAFICAS

	Pàg.
Grafica 1. Afrontamiento del diagnóstico del cáncer de mama.	60
Grafica 2. Afrontamiento de manejo y tratamiento del cáncer de mama.	66

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: GUÍA PARA LA ENTREVISTA

ANEXO B: CUESTIONARIO AUTODILIGENCIADO

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCION

El hombre, es un ser que se desarrolla a través de la influencia de factores genéticos, culturales y ambientales, que le permiten afianzar su personalidad, y por lo tanto, crear un estilo de vida que determina su estado de salud para su correcto funcionamiento. En la actualidad, esto se ve afectado por un sin número de factores de riesgo que llevan al deterioro de su calidad de vida, muchos de los cuales no son generados por el mismo individuo, siendo éstos no modificables.

El Cáncer es un problema de salud que se ha incrementado en la última década de forma significativa afectando a toda la población sin discriminar género raza o condición social. Es un problema mundial, nacional y regional de salud pública. En la medida que los avances en prevención y tratamiento disminuyen las tasas de mortalidad de algunos subtipos de dicha enfermedad, se aumentan los porcentajes de personas “viviendo con cáncer”.¹ Esta enfermedad afecta la calidad de vida del individuo pasando por etapas biológicas, psíquicas y sociales que influyen en la manera de afrontar la enfermedad.

El cáncer se define como un acelerado crecimiento tisular producido por la proliferación de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.²

A nivel mundial según la OMS más del 70% de las muertes por cáncer registradas en 2005 se produjeron en países de bajos y medianos ingresos.³ Esto nos demuestra que el nivel de ingresos de la población puede ser un factor determinante para padecer dicha enfermedad, puesto que los gobiernos de países subdesarrollados o tercermundistas no invierten en programas de promoción de la salud y prevención del cáncer, sumado a la pobreza y la ignorancia de la población frente a los servicios de salud. Los gobiernos se preocupan por situaciones menos importantes como la adquisición de instrumentos de guerra, en lugar de invertir los pocos recursos que se adquieren en fortalecimiento del sistema de salud, y de esta manera, lograr una mejor calidad de vida del individuo y un desarrollo favorable para el país.

¹ PRIMER SIMPOSIO REGIONAL DEL PSICOONCOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA. Fundación Clínica Valle del Lili. Departamento de psiquiatría y psicología., Cali, Colombia. 14 de julio de 2005. Disponible en: [//www.neurolili.org/esp/psi/simposio/index.php](http://www.neurolili.org/esp/psi/simposio/index.php)

²NATIONAL CÁNCER INSTITUTE. El cáncer definición, información general.. 2006. .html Disponible en: [://www.cancer.gov/español/cancer/](http://www.cancer.gov/español/cancer/)

³ AMERICAN Cáncer Society. Datos y estadísticas sobre cáncer en los hispanos y latinos 2006. Año 2007. html. Disponible en: [://www.cancer.org/docroot/ESP/ESP_0.asp](http://www.cancer.org/docroot/ESP/ESP_0.asp).

Se prevé que el número mundial de muertes por cáncer siga aumentando en todo el mundo y alcance los nueve millones en el 2015 y los 11,4 millones en 2030; específicamente el Cáncer de mama cobró 502.000 muertes anuales en el 2005.⁴ Esta cifra significativa determina la importancia del control de dicha enfermedad.

El comportamiento del cáncer de mama a nivel nacional en el 2005 mostró 5526 casos ubicándola como la segunda causa de mortalidad entre las mujeres colombianas al punto que dos de cada 10 mueren por esta razón.⁵

A nivel del Departamento del Huila, el cáncer de mama ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer que afectan a las mujeres, presentándose 125 casos nuevos en el año 2005 con una mortalidad de 22 casos en el mismo año.⁶

En la Unidad de Cancerología del Huila del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva, en los últimos años se observa que ha tenido un comportamiento variable, en el año 2003 se presentaron 123 casos, en el año 2004 ascendió a 150 nuevos casos, en el año 2005 descendió a 125 casos y finalmente para el 2006 se presentaron 143 casos nuevos.

De esta manera, ésta es una de las patologías que afecta y que tiene un gran significado en la vida de la mujer ya que implica aceptar su diagnóstico, posterior manejo y pronóstico, afrontamiento en el que intervienen diversos factores para hacerle frente a dicha situación.

El enfrentarse al cáncer de mama en cualquier periodo de la vida, genera reacciones y sentimientos para lograr una adecuada aceptación y afrontamiento de la patología, debido a que se ven afectadas por los miedos, preocupaciones, recuerdos negativos y pensamientos sobre los interrogantes o dudas de su diagnóstico, manejo y tratamiento, lo que obliga a realizar un esfuerzo encaminado a reducir este impacto negativo.⁷

⁴ PRIMER SIMPOSIO REGIONAL DEL PSICOONCOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA. Fundación Clínica Valle del Lili. Departamento de psiquiatría y psicología., Cali, Colombia. 14 de julio de 2005. Disponible en: [//www.neurolili.org/esp/psi/simposio/index.php](http://www.neurolili.org/esp/psi/simposio/index.php)

⁵DANE, Dirección de censos y demografía. Estadísticas vitales registros del año 2005. Disponible en: www.colopsoms.org/indicadores/2005/2documento%20TECNICO%20DATOS%20COLOMBIA%202005.xLs5

⁶ PALAMARKCHUK Liena, Primer foro departamental de salud, Comfamiliar del Huila. Liga contra el cáncer, unidad de cancerología del Huila del HUHMP de Neiva. Noviembre del 2005

⁷AECC. ¿como hacerle frente al cáncer? Apoyo psicológico. Actualizada 2007 Disponible en: www.muchoxvivir.org/index.jsp?seccion=211

Esta patología sitúa a quien la padece en una crisis vital; del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad va a depender su forma de enfrentarla, sin embargo, cada una de las personas afectadas la afrontan de manera distinta. El afrontamiento negativo conduce a una limitación y empobrecimiento vital que incrementa el sufrimiento personal.⁸ Dentro de esta situación su éxito o fracaso está condicionado por factores psicológicos, económicos, socioculturales, expectativas de vida, nivel educativo, tipo de tratamiento y calidad de la atención en el servicio de salud.

En investigaciones internacionales se encuentran estudios relacionados con las vivencias y experiencias de las pacientes con cáncer que son tomadas desde tres perspectivas diferentes: el paciente, la familia y los profesionales sanitarios. Un estudio enfocado a los aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama y finalmente una investigación acerca del perfil psicológico de las mujeres con cáncer de mama. En la primera, se concluyó que para la mayoría de participantes, el cáncer supuso un proceso de cambio y ruptura en la vida cotidiana. Esto se visualizó por la adopción de un conjunto de actitudes psicológicas que llevaron a conductas de evitación-negación o racionalización del proceso por una parte, y por otra, a trastornos de tipo depresivo y/o ansioso. En cuanto a las vivencias de la familia del paciente, identificaron que ésta suele contemplar la enfermedad y sus consecuencias desde una perspectiva más global y en sentido más longitudinal en relación con el enfermo.⁹

En el segundo estudio, se concluyó que las mujeres están influenciadas por patrones culturales adquiridos durante su vida en el proceso de socialización. Las mujeres de este estudio atribuyeron su cáncer a sentimientos reprimidos, estrés y trauma físico.¹⁰

En el tercer estudio, el objetivo fundamental fue establecer un perfil psicológico de las mujeres con cáncer de mama prestando una atención a la relación entre su estado emocional y diferentes características de personalidad. Se demostró que las variables de personalidad relativamente estables como ser una persona ansiosa ante diferentes situaciones de la vida, tener una tendencia al neuroticismo y a la introversión, inhibir las respuestas emocionales ante los acontecimientos negativos suelen reprimir los sentimientos de tristeza y tienen pocas expectativas sobre el control que puede ejercer sobre su salud, estas mujeres tienden a afrontar la enfermedad con preocupación ansiosa, indefinición, desesperanza y

⁸ PALAMARKCHUK Liena, Primer foro departamental de salud, Comfamiliar del Huila. Liga contra el cáncer, unidad de cancerología del Huila del HUHMP de Neiva. Noviembre del 2005

⁹ ARTELLS Joan Joseph. Necesidad y demanda del paciente oncológico. 2002 Disponible en: www.fundsis.org/docs/necesidad-y-demanda-del-paciente-oncologico-9.pdf

¹⁰ CARVHALO, Ana Fátima F, MESQUITA Elizabeth, Liliana M. de Almeida Araujo, Zuila M. de Figueroa Carvalho. Aspectos culturales en el proceso de cáncer de mama. Brasil, 2004

con escaso espíritu de lucha, repercutiendo todo ello en una reducción considerable en su calidad de vida percibida.¹¹

En investigaciones realizadas en la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana se encontraron tres estudios, el primero relaciona el cáncer con antecedentes psicoafectivos importantes como pérdida del hijo, cónyuge y padres en las mujeres ingresadas con este diagnóstico al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y se demostró que la totalidad de las pacientes indagadas, presentaron anterior a la aparición de cáncer de seno, un trauma psicoafectivo de gran importancia. No se encontró relación en que el trauma psicoafectivo fuera vivido en forma silenciosa y la aparición del cáncer de mama.¹² El segundo estudio encontrado corresponde a las características epidemiológicas de cáncer de mama, diagnosticado histopatológicamente en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y la liga de Lucha Contra el Cáncer entre Enero de 1997 y Diciembre del 2000, se concluyó que las mujeres que presentaron la enfermedad está en un promedio de 54 años y el grupo etéreo que presentó mayor incidencia fue el comprendido entre 51 y 60 años, el 75.5% de los casos son de zona urbana y el 24.5% zona rural, el 19.8% consultan al médico entre uno a tres después de iniciar el cuadro clínico y el 50% lo hace de manera tardía; además se concluyó que en el seno derecho se presenta un 12% mas frecuente el cáncer que en el seno izquierdo¹³.

El tercer estudio “Narrativas de afrontamiento de la enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino que consultan a la liga de la Lucha contra el Cáncer sede Neiva”, encontró que en las pacientes se generó un afrontamiento activo que se expresa en esfuerzos conductuales y cognitivos para manejar sucesos estresantes como la enfermedad, desde la aceptación de la enfermedad, la búsqueda de información y solución de problemas, se concluyó que todos necesitamos de nutrición emocional reconocimiento, comprensión, expresar necesidades y emociones personales y familiares.¹⁴

¹¹ DOMINGUEZ M.A, M. Marcos, R. Meiriño, E. Villafranca. M.T. Dueñas, F. Arias, E. Martínez. Intervención Psicológica en pacientes con cáncer de mama. 2005. Disponible en://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia

¹² SALAMANCA Oscar Mauricio. Ceron Joan Diego, Ladino Walter. Relación del cáncer de seno con antecedentes psicoafectivos importantes como perdida de un hijo, cónyuge y padres en las mujeres ingresadas con este diagnóstico al HUHMP de Neiva, entre 01/11/2003 y 01/11/04. Enfermería. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

¹³ OLAYA Sandra. Rueda gloria. Tejada Jorman, “Características epidemiológicas del cáncer de mama diagnosticado histopatologicamente en el HUHMP de Neiva y liga de lucha contra el cáncer entre enero 1997 a diciembre de 2000”. Ejemplar 2. 2000. Enfermería. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

¹⁴ COLLAZOS Luz Adriana. Narrativas de afrontamiento de la enfermedad de pacientes con Cáncer Cervico-uterino que consultaron a la liga de lucha contra el Cáncer sede Neiva con edades entre 40 y 50 años de edad. 2001. Enfermería. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

Dado que todas las personas reaccionan de manera diferente frente al diagnóstico y manejo de un cáncer, teniendo en cuenta que para el respectivo afrontamiento se necesita la presencia de un equipo de salud en todo el proceso de la enfermedad, especialmente profesional de enfermería quien juega un papel central de acompañamiento, se consideró importante realizar un estudio encaminado a identificar la forma de afrontamiento de las mujeres con cáncer y sus factores asociados, teniendo en cuenta lo anterior, se formuló el siguiente interrogante:

¿De qué manera afrontaron el diagnóstico y manejo de cáncer de mama, y sus factores asociados en las mujeres que iniciaron y culminaron tratamiento durante el año 2006 en la Unidad de Cancerología del Huila del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva?

El objetivo principal para dar respuesta al anterior interrogante fue describir los tipos de afrontamiento frente al diagnóstico y manejo de cáncer de mama adoptados por las mujeres que iniciaron y terminaron tratamiento en la Unidad de Cancerología del Huila del “HUHMP” de Neiva en el 2006 y sus factores asociados.

Durante la investigación se identificaron los tipos de afrontamiento adoptados frente al diagnóstico y manejo de cáncer de mama, y se describieron los factores asociados al tipo de afrontamiento empleado por las mujeres sujetas a estudio.

Es de resaltar, que en la Unidad de Cancerología del Huila, no se han realizado estudios al respecto y la presente investigación puede servir de referente y apoyo al equipo interdisciplinario que interviene en la fase del diagnóstico y manejo del cáncer de mama, con el fin de orientar el proceso de atención teniendo en cuenta la particularidad de cada mujer que hace diferente el afrontamiento y la resolución de la enfermedad, ayudando de igual forma a disminuir temores o ideas erradas frente al pronóstico y tratamiento de la misma.

Este estudio pudo ser realizado en razón a que se contó con tiempo disponible, recursos y motivación de las investigadoras, se tuvo la aprobación de la Unidad de cancerología del Huila del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, entidad que facilitó la ubicación de la población a estudiar, y la asesoría profesional en investigación; además fue requisito de la asignatura de desarrollo de proyectos.

Fue un estudio descriptivo con enfoque cualicuantitativo de tipo retrospectivo transversal, ya que busca obtener información de hechos ya ocurridos, que se midieron en un tiempo determinado.

1. MARCO TEORICO

1.1. CANCER

1.1.1 Definición Es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Es una enfermedad que se caracteriza por una división y crecimiento descontrolado de las células. Dichas células poseen la capacidad de invadir el órgano donde se originaron, de viajar por la sangre y el líquido linfático hasta otros órganos más alejados y crecer en ellos.¹⁵

1.1.1.1 Características Las células tumorales tienen una morfología alterada que depende de la diferenciación y de la anaplasia. La diferenciación celular de un tumor es el grado en el que las células parenquimatosas se asemejan a las células normales de las que proceden, tanto morfológica como funcionalmente. Generalmente los tumores benignos son bien diferenciados y los cánceres varían desde bien diferenciados a indiferenciados. La anaplasia es la ausencia de diferenciación que conlleva a una falta de especialización o de función celular y generalmente cuanto más anaplásico sea un cáncer más alta es su velocidad de crecimiento.¹⁶

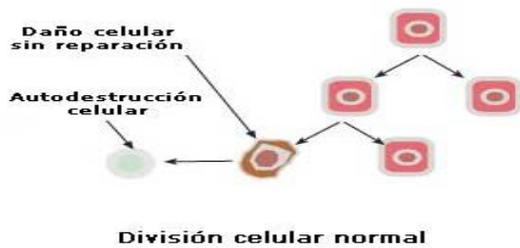
1.1.2 Morfofisiología

1.1.2.1 División celular normal Nuestro organismo está constituido por un conjunto de **células**, sólo visibles a través de un microscopio, que se dividen periódicamente y de forma regular con el fin de reemplazar a las ya envejecidas o muertas, y mantener así la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos.¹⁷

¹⁵ STANLEY I. Robbins, Kumar Vinay, Contran Ramzi. Patología estructural y funcional. Mc Grawhill. 4º ed. Volumen 1. Pág. 568

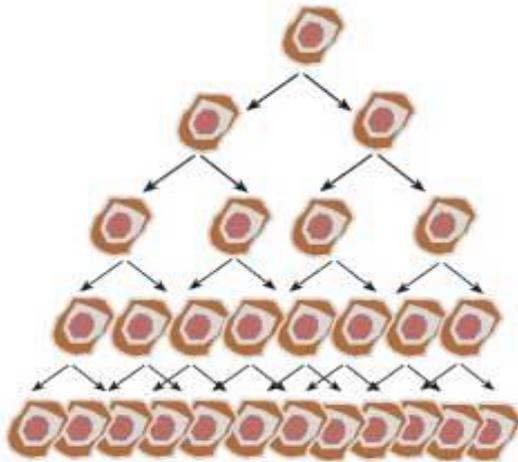
¹⁶ SANOFI Adventis. Todo sobre el cáncer de mama.. Publicado enero 2005. Disponible en: www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama.html.

¹⁷ ASOCIACION Española contra el cáncer, aecc. Cáncer una rebelión celular. Actualización 29/05/07. Disponible en: www.todocancer.com.ESP/informacion+cancer/html



Tomado del la enciclopedia virtual Wikipedia/cáncer

El proceso de división de las células está regulado por una serie de mecanismos de control que indican a la célula cuando comenzar a dividirse y cuando permanecer estática. Cuando estos mecanismos de control se alteran en una célula, ésta y sus descendientes inician una división incontrolada, que con el tiempo dará lugar a un **tumor** o **nódulo**.



División sin control de células cancerosas

Tomado del la enciclopedia virtual Wikipedia/cáncer

Cuando las células que constituyen dicho tumor no poseen la capacidad de invadir y destruir otros órganos, hablamos de **tumores benignos**.

Existen una serie de alteraciones benignas y /o premalignas de las células:

-Hiperplasia: Incremento en el número de células (se dividen más rápido de lo normal) de un tejido en un área específica. El resultado es el agrandamiento del órgano como por ejemplo la hiperplasia benigna de próstata o la aparición de un nódulo benigno.

-Metaplasia: Sustitución de un tipo de célula por otra de otra localización. Con el tiempo puede aparecer una displasia sobre estas células cambiadas de lugar.

-Displasia: Se trata de un desarrollo anormal del tejido, debido a un crecimiento de células alteradas. Si se deja evolucionar sin tratamiento en algunos casos la displasia puede evolucionar a un cáncer, por tanto se trata de una lesión premaligna o precancerosa.

1.1.2.2 Crecimiento tumoral El crecimiento tumoral o la proliferación de células tumorales tienen las siguientes características¹⁸:

- Acelerado por un aumento de la división celular que hace que las células tumorales se encuentran en continuo ciclo celular con un exceso de proliferación celular.
- Descontrolado debido a que no se deja influir por los factores de crecimiento ni otros estímulos externos.
- Autónomo: La división celular es independiente y no está coordinada con el resto de células de su entorno.
- Escapa al sistema inmunitario que reconoce a las células tumorales como propias.
- Inhibición de los procesos de muerte: Las células tumorales nunca entran en apoptosis o muerte celular programada, son eternas o inmortales.

El crecimiento tumoral se puede controlar con factores externos. Según esta nueva teoría explica que la dinámica del crecimiento tumoral no es exponencial como se pensaba hasta ahora, si no lineal. En los primeros comienzos de la división, esta es claramente exponencial, pero una vez constituido el tumor en sí mismo la dinámica cambia y siendo esta lineal. Esto es debido a que las células necesitan espacio para crecer, si el tumor tiene un cierto tamaño las células cancerígenas interiores sufren una cierta presión de las que están encima por lo que estas últimas no dejan crecer a las del interior. Por ello, sólo las células exteriores son las que crecen descontroladamente, manteniéndose una dinámica de crecimiento general lineal. Se ha experimentado in-vitro con tumores, poniéndolos en diversos líquidos (gelatinas, centrifugados, etc.) y se ha comprobado que el tumor en un principio crece exponencialmente, pero luego crece de forma lineal, pero a diferentes velocidades de crecimiento según el medio exterior expuesto al tumor.

1.1.2.3 Invasión local “La invasión es la capacidad que tienen las células tumorales de infiltrar o penetrar en los tejidos normales y en los vasos sanguíneos y de ahí producir metástasis. La invasión no es debida sólo a la presión del crecimiento tumoral, sino a características fenotípicas que adquieren las células cancerosas. Los pilares sobre los que se asienta la invasión son:

¹⁸ STANLEY I. Robbins, Kumar Vinay, Contran Ramzi. Patología estructural y funcional. Mc Grawhill. 4° ed. Volumen 1. p. 569.

- **Angiogénesis o neovascularización:** Es la capacidad de formar nuevos vasos sanguíneos por medio de la secreción de factores de crecimiento como el Factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). Los nuevos vasos son indispensables para la nutrición de las células tumorales y de las metástasis.

- **Adherencia celular:** Es el anclaje de la célula tumoral por medio de la adquisición de receptores específicos a la membrana basal y a la matriz extracelular. Estos receptores son para integrinas, MAC y caderinas.

- **Proteolisis:** Es la destrucción de la membrana basal y de la matriz celular mediante la secreción de enzimas como las colagenasas que destruyen el colágeno y así poder abrirse camino entre estas estructuras.

- **Movilidad:** Es la migración o locomoción de las células malignas a través de la matriz celular para llegar a un vaso sanguíneo o linfático, intravasarse, ser transportado por la corriente sanguínea hasta lechos capilares distantes, extravasarse y migrar una cierta distancia para iniciar la formación de una nueva colonia (metástasis)¹⁹.

1.1.2.4 Metástasis Las metástasis son implantes tumorales malignos con las mismas características morfológicas, pero situadas en una localización distante del tumor primario de donde proceden. Las metástasis son la causa principal de muerte por cáncer. Además, las células cancerosas pueden desprenderse del tumor maligno original y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático y propagarse.

1.1.3. Tipos de cáncer “Algunos de los términos aplicados a los tipos de cáncer más comunes son los siguientes:

1.1.3.1 Carcinoma: Es el tumor maligno que se origina en la capa que recubre (células epiteliales) los órganos. Aproximadamente el 80% de los tumores cancerosos son carcinomas.

Algunas de estas células tienen diferentes características y por tanto su nombre puede ser algo distinto. Vamos a destacar algunas:

- **Adenocarcinoma:** Se denomina adenocarcinoma al cáncer que se origina en el tejido glandular (glándulas), por ejemplo, en los conductos o lobulillos de la mama o en la próstata.

¹⁹ Ibid. p. 570

- **Carcinoma de células escamosas o epidermoide:** Cáncer que se origina en las células no glandulares, por ejemplo esófago, cuello de útero, etc.

- **Carcinoma de células basales:** Es el cáncer de la piel más común. Se origina en la capa más profunda de la epidermis (piel), llamada la capa de células basales. Por lo general se origina en áreas expuestas al sol, especialmente la cabeza y el cuello. El cáncer de células basales crece lentamente y es poco probable que se propague a partes distantes del cuerpo.

- **Melanoma:** Es un tumor maligno que se origina en las células que producen la coloración de la piel (melanocitos). El melanoma es casi siempre curable en sus primeras etapas. Sin embargo, es probable que se propague a otras partes del cuerpo.

1.1.3.2 Sarcoma: Se trata de un tumor maligno que se origina en los tejidos conectivos, tales como los cartílagos, la grasa, los músculos o los huesos. Dependiendo de la célula que lo origina pueden recibir diferentes nombres, siendo los más conocidos:

- **Osteosarcoma:** (Osteo = hueso) Sarcoma que deriva del hueso.

- **Liposarcoma:** (lipo = grasa) Sarcoma que deriva de la grasa.

- **Condrosarcoma:** (condro= cartílago) Sarcoma que deriva del cartílago.

- **Angiosarcoma:** (Angio= Vaso) Sarcoma que deriva de los vasos sanguíneos.

1.1.3.3 Leucemia: Popularmente conocido como cáncer de la sangre. Las personas con leucemia presentan un aumento notable en los niveles de glóbulos blancos o leucocitos (células presentes en la sangre, encargadas de defendernos de las infecciones). En las leucemias no existe tumoración, sino que se afecta la sangre y la médula ósea (zona interna de los huesos, donde se originan las células sanguíneas). Las leucemias se pueden clasificar en función del tipo de célula alterada en:

- **Leucemia mieloide**

- **Leucemia linfoide**

Así mismo, se clasifican según el estado de maduración de las células leucémicas, pudiendo ser:

- **Leucemias agudas:** Formado por células inmaduras, son más frecuentes en niños.

- **Leucemias crónicas:** Las células están en el último paso de la maduración.

1.1.3.4 Linfoma: Se denomina así al cáncer del sistema linfático. El sistema linfático es una red de ganglios y vasos finos que existe en todo el cuerpo, su función es combatir las infecciones. El linfoma afecta a un grupo de glóbulos blancos llamados linfocitos. Los dos tipos principales de linfomas son la enfermedad de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin.”²⁰

1.1.4 Factores de riesgo “Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumenta las probabilidades de que una persona contraiga una enfermedad. Algunos factores de riesgo se pueden cambiar, pero otros no. Los factores de riesgo del cáncer pueden incluir la edad de la persona, sexo y antecedentes familiares. Otros pueden estar asociados con algunos factores en el ambiente que causan cáncer. Además, existen otros que están asociados con el estilo de vida como el uso del tabaco y el alcohol, la alimentación y la exposición al sol.”²¹

1.1.5 Tratamiento El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres pilares básicos: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Existe un cuarto pilar llamado *terapia biológica* que incluiría la hormonoterapia, inmunoterapia, y nuevas dianas terapéuticas no citotóxicas. El tratamiento del cáncer es *multidisciplinar* donde la cooperación entre los distintos profesionales que intervienen (cirujanos, oncólogos médicos y oncólogos radioterapeutas), es de máxima importancia para la planificación del mismo; sin olvidar el consentimiento informado del paciente.²²

1.1.5.1 Cirugía “La principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la escisión de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. En el pasado, esto implicaba la extirpación de todo el tejido afectado y de la mayor cantidad posible de tejido potencialmente afectado, incluidos los tejidos vecinos y los ganglios linfáticos. Para algunos tumores, y en especial el cáncer de mama, no es precisa una cirugía (mastectomía) en la mayor parte de los casos.

Las mejoras en las técnicas quirúrgicas, la posibilidad de realizar una biopsia intraoperatoria, los avances en los conocimientos de fisiopatología, los progresos en las técnicas anestésicas y la disponibilidad de potentes antibióticos y hemoderivados, han permitido realizar cirugías más limitadas, con menos secuelas y más pronta recuperación. Sin embargo, muchos cánceres están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico para que la cirugía curativa sea posible. Si la extensión local del tumor afecta a tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o si existen metástasis a distancia, la cirugía no será un tratamiento curativo. Sin embargo, puede ser beneficiosa para el alivio sintomático

²⁰NATIONAL CÁNCER INSTITUTE. El cáncer definición, información general. 2006 Disponible en: <http://www.cancer.gov/español/cancer/html>.

²¹ Ibid

²² MANTILLA, Alfredo. Historia natural de la enfermedad. Barcelona. Interamericana. 1998. p. 380

de ciertas situaciones como la obstrucción, o puede tener el objetivo de disminuir la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo”.²³

1.1.5.2 Quimioterapia La quimioterapia consiste en el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Existen más de 50 medicamentos diferentes para combatir la enfermedad y prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células malignas. Cuando están sanas, éstas crecen y se dividen de forma controlada; sin embargo, las células cancerosas se caracterizan precisamente por el crecimiento descontrolado. Por ello, estos agentes, que pueden emplearse solos o bien combinados, están dirigidos a bloquear esta multiplicación caótica.²⁴ Los tipos de quimioterapia son:

- **Quimioterapia neoadyuvante o de inducción:** Antes de cualquier tratamiento quirúrgico o de radioterapia que permite evaluar la efectividad *in vivo* del tratamiento. Disminuye el estadio tumoral para obtener mejores resultados de la cirugía y de la radioterapia y en algunas ocasiones la respuesta obtenida al llegar a la cirugía, es factor pronóstico. Cuando se usa la quimioterapia para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía o de la radioterapia, se le llama terapia neoadyuvante.

- **Quimioterapia adyuvante:** Después de un tratamiento como la cirugía, para disminuir diseminación a distancia del Cáncer.

- **Poliquimioterapia:** Es la asociación de varios citotóxicos que actúan con diferentes mecanismos de acción, sinérgicamente, para disminuir la dosis de cada fármaco individual y aumenta la potencia terapéutica de todas las sustancias juntas. Esta asociación esta definida según el tipo de fármacos que forman la asociación, dosis y tiempo en el que se administra, formando un esquema de quimioterapia.

- **Radioquimioterapia concomitante:** (Quimioradioterapia) Para potenciar el efecto local de la radiación y actuar de forma sistémica con la quimioterapia.²⁵

1.1.5.3 Radioterapia “La radioterapia es el empleo de radiaciones ionizantes para el tratamiento, local o loco regional, de determinados tumores. La radiación es un proceso discontinuo formado por energía que lleva asociado una onda

²³ STANLEY I. Robbins, Kumar Vinay, Contran Ramzi. Patología estructural y funcional. Mc Grawhill. 4° ed. Año 1992 Volumen 1. Pág. 670

²⁴ SANOFI Adventis. Todo sobre el cáncer de mama. Publicado enero 2005. Disponible en: www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama.html.

²⁵ NATIONAL CÁNCER INSTITUTE. Tratamiento cáncer del seno:. Última actualización 2007. Disponible en: www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/healthprofessional.html

electromagnética. La radiación incide sobre las células alterando su ADN (material genético), que controla la división celular. Una célula es más o menos radiosensible dependiendo de la duración del ciclo de la división; ya que las radiaciones dañan la célula fundamentalmente cuando está dividiéndose activamente.

La radioterapia se emplea como terapia exclusivamente local o loco-regional (cuando se incluyen los ganglios cercanos al tumor). Es decir, trata el cáncer en su lugar de origen. Su objetivo puede variar en función de cuándo se administra:

- **Radioterapia neoadyuvante:** Se denomina así a la radioterapia que se administra como primer tratamiento. Su finalidad es reducir el tamaño del tumor y facilitar la cirugía posterior.

- **Radioterapia radical:** Es aquella que se administra como único tratamiento, con el fin de curar la enfermedad y/o mantener la función del órgano.

- **Radioterapia adyuvante:** Es la radioterapia que se administra después de la cirugía o de la quimioterapia. Su finalidad es destruir las células malignas para consolidar el tratamiento local.

- **Radioterapia concomitante:** Se administra a la vez que otro tratamiento como por ejemplo, la quimioterapia. Su fin es realizar el tratamiento local y sistémico al mismo tiempo. Se mejoran así los resultados de cada terapia por separado.

- **Radioterapia intraoperatoria:** Es la administración de una dosis única de radioterapia durante la cirugía.

En función de la procedencia de las radiaciones, se pueden diferenciar dos tipos de radioterapia: externa e interna.

- **Radioterapia externa:** Para el tratamiento se emplean distintos aparatos, más o menos complejos, como el acelerador lineal y la bomba de cobalto. La radiación emitida por estas máquinas proviene del exterior del paciente. De ahí que al tratamiento administrado se le denomine radioterapia externa. Habitualmente, para calcular la dosis que va a recibir, tanto el tumor como los tejidos sanos de alrededor del mismo, es necesario realizar una TC o Escáner. Sus imágenes se introducen en el ordenador y, a través de programas informáticos, se reconstruye la anatomía del paciente. Esto permite identificar los órganos sanos y la región de tratamiento (tumor y/o ganglios). También sirve para estimar la distribución de la dosis de radiación en la zona.

- **Radioterapia interna:** Es una técnica de tratamiento que consiste en introducir en el interior del organismo isótopos radiactivos. Este material emite radiación y puede tener formas muy variadas: semillas, agujas, hilos, horquillas, etc. También

se denomina braquiterapia. Se pueden implantar de forma temporal, o bien de forma permanente en la zona a tratar. Con la radioterapia interna se logra administrar altas dosis de radiación a cortas distancias. De esta forma, llega muy poca dosis a los tejidos sanos circundantes al implante”²⁶.

1.1.5.4 Hormonoterapia: Se utiliza para impedir que las células cancerosas obtengan las hormonas que necesitan para crecer. Este tratamiento puede incluir el uso de fármacos que alteran el funcionamiento hormonal o bien la cirugía para extirpar los ovarios, los cuales producen hormonas femeninas. Al igual que la quimioterapia, la hormonoterapia es un tratamiento sistémico; puede afectar las células cancerosas de cualquier parte del cuerpo.

1.2. CANCER DE SENO

1.2.1 Factores de riesgo “Los factores de riesgo del cáncer del seno incluyen varios factores: la edad; antecedentes personales o familiares de cáncer del seno; los cambios en los niveles hormonales durante la vida, como la edad de la primera menstruación, la cantidad de embarazos o hijos después de los 30 años y la edad en el momento de la menopausia; la obesidad; la actividad física y el consumo de alcohol.”²⁷

1.2.2 Síntomas “El cáncer de mama en fase precoz no causa dolor. De hecho, cuando el cáncer de mama empieza a desarrollarse, no da síntoma alguno. Pero como el cáncer crece, puede ocasionar cambios que la mujer debe vigilar

- Un bulto o espesor en la mama o en la zona axilar
- Un cambio en el tamaño o forma de la mama
- Una descarga líquida del pezón
- Un cambio en el color o la sensibilidad de la piel de la mama, areola, o una retracción del pezón.”²⁸

1.2.3 Etapas del desarrollo del cáncer mamario La international Union Against Cáncer, revisa periódicamente la clasificación TNM y la agrupación por estadios

²⁶ASOCIACION Española contra el cáncer, aecc. Cáncer una rebelión celular. Actualización 29/05/07. Disponible en: www.todocancer.com.ESP/informacion+cancer/html

²⁷ ZARATE TINOCO, Erika Geraldine. Cáncer de seno. Publicación 2003, Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/cancer/cancer.html>

²⁸ NATIONAL CÁNCER INSTITUTE. Tratamiento. cáncer del seno: Última actualización 05-21-2007. Disponible en: www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/healthprofessional.html

para el carcinoma mamario. La última revisión corresponde a la quinta edición publicada en 1997 que se resume a continuación.

1.2.3.1 Clasificación TNM

Tx El tumor primario no se puede evaluar

T0 No hay evidencia de tumor primario

Tis Carcinoma in situ

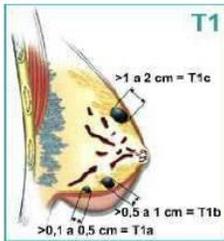
T1 Tumor de diámetro máximo menor o igual a 2 cm

T1mic Microinvasión de 0.1 cm de diámetro máximo

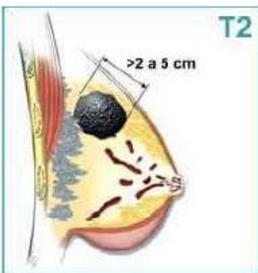
T1a Diámetro máximo mayor a 0.1 cm pero menor o igual a 0.5 cm

T1b Diámetro máximo mayor a 0.5 cm pero menor o igual a 1 cm

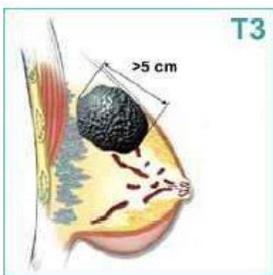
T1c Diámetro máximo mayor a 1 cm pero menor o igual a 2 cm”



T1 Tumor de diámetro máximo menor o igual a 2 cm.



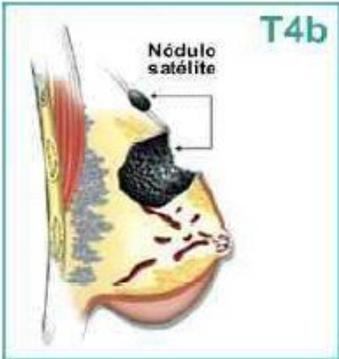
T2 Tumor de diámetro máximo mayor de 2 cm.



T3 Tumor de diámetro máximo mayor de 5 cm.



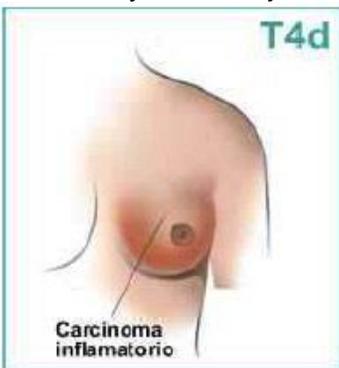
T4 Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a pared torácica o piel
T4a Extensión a pared torácica



T4b Edema o ulceración de la piel de la mama o lesiones satélites en la misma mama



T4c T4a y T4b conjuntamente



T4d Carcinoma inflamatorio

1.2.4 Diagnóstico del cáncer “Entre las medidas principales que existen para detectar un tumor en la mama tenemos las siguientes:

-Autoexploración: Consiste en que la mujer realice una autoexploración, como mínimo una vez al mes. En esta exploración debería tenerse en cuenta lo siguiente: palpación del pecho y de las axilas para buscar posibles bultos en el pecho o en las axilas, tamaño anormal de los pechos, enrojecimiento de la piel del pecho, posibles cambios en los pezones con aparición de secreción, aumento del mismo o hundimiento de los pezones, sangrado del pezón.

-Mamografías y ecografías: Las mamografías permiten una detección precoz del cáncer de mama hasta en un 90 % de los casos. Se recomienda realizar una mamografía anual en personas con factores de riesgo. Esta también debería realizarse anualmente en personas mayores de 50 años. Si no hay factores de riesgo, sería conveniente realizar una cada dos años en mujeres de más de 40 años. Consiste en la realización de tres imágenes con rayos X que ofrecen una visión de la parte frontal de la mama y dos laterales. Si se observa la presencia de un bulto, la ecografía puede descubrir, a través de ultrasonidos, si el agrandamiento observado es sólido o líquido, en este último caso se trata normalmente de un quiste.

-Biopsia: El diagnóstico del cáncer se basa indispensablemente en la toma de biopsia del tumor para un estudio histológico con su grado de diferenciación y de invasión y para un estudio molecular para determinar sus marcadores biológicos y genéticos. Ningún diagnóstico de cáncer es válido si no está basado en el estudio de una biopsia, y por lo tanto el personal médico hará todo los esfuerzos por conseguir una muestra de tejido válida para confirmar el diagnóstico de cáncer ante la persistencia de la sospecha clínica”.²⁹

1.2.5 Tratamiento

-Estadío 0: En su fase temprana el cáncer de seno puede ser una enfermedad local sin diseminación a distancia. El estadio temprano de cáncer de seno usualmente es diagnosticado por mamografía y en un alto porcentaje su tratamiento es local. En el enfoque de tratamiento para el cáncer de seno estadio 0 se tiene en cuenta, en primer lugar, el tipo histológico. Se prefiere el tratamiento quirúrgico conservador (mastectomía parcial), seguido de radioterapia. En caso contrario, la conducta quirúrgica será mastectomía total (mastectomía simple) y se plantea reconstrucción. En el estadio 0 el objetivo del tratamiento es la curación, con una expectativa de supervivencia libre de enfermedad a 5 años del 98%.

²⁹ STANLEY I. Robbins, Kumar Vinay, Contran Ramzi. Patología estructural y funcional. Mc Grawhill. 4° ed. Año 1992. Volumen 1. p. 700

En la enfermedad del pezón localizada, el tratamiento primario también es la cirugía conservadora seguida de radioterapia y el objetivo es la curación con una expectativa de supervivencia libre de enfermedad del 95%.

-Estadíos I y II: El tratamiento inicial generalmente es quirúrgico. El esquema de quimioterapia adyuvante se decide según el número de ganglios axilares comprometidos, el tamaño tumoral (mayor de 1 cm.), factores histológicos como el porcentaje de células en fase S, aneuploidia o infiltración vascular. La presencia de receptores hormonales positivos ayuda a definir el uso de antiestrógenos. La probabilidad de recurrencia es alta para las mujeres con ganglios axilares positivos y se incrementa en proporción al número de ganglios comprometidos.

La disección axilar proporciona información pronóstica, pero tiene un efecto terapéutico mínimo o ninguno en mujeres con examen axilar clínico negativo. Por este motivo se ha incrementado el interés en desarrollar métodos que proporcionen información pronóstica como el estudio de ganglio centinela.

-Estadío III: Su manejo inicial es con terapia sistémica (quimioterapia u hormonoterapia), excepto en casos especiales en los cuales es factible la cirugía como primer abordaje terapéutico (edema mínimo o tumor sangrante).

La cirugía inicialmente está limitada a la biopsia, mediante sus diferentes modalidades, con el propósito de obtener tejido para diagnóstico histológico y estudios especiales. Se sigue con quimioterapia u hormonoterapia o radioterapia, y si la respuesta es favorable se realiza cirugía para remover el tumor residual (mastectomía radical modificada con o sin reconstrucción o cirugía conservadora en casos escogidos). Por cuanto varios reportes indican que cerca del 90% de los tumores operables de entrada disminuyen su tamaño en más del 50% con la quimioterapia, se puede practicar cirugía menos radical en pacientes que de otra forma habrían requerido de mastectomía.

La duración del tratamiento preoperatorio, o neoadyuvante, es de 3 ó 4 ciclos según la respuesta. Las combinaciones de más frecuente uso son: ciclofosfamida, metotrexate y fluorouracilo (CMF); doxorubicina y ciclofosfamida (AC); fluorouracilo, doxorubicina y ciclofosfamida (FAC); fluorouracilo, epirubicina y ciclofosfamida (FEC). Una alternativa en estudio es la combinación de doxorubicina y docetaxel para pacientes con factores de mal pronóstico, como es el caso del carcinoma inflamatorio. Estas combinaciones se administran con intervalos de 3 a 4 semanas. En el postoperatorio se utilizará el mismo esquema cuando se ha demostrado una respuesta superior al 50%; de lo contrario, debe cambiarse el esquema. Estudios recientes han sugerido que la adición de 4 ciclos de taxanos a 4 ciclos de AC mejora tanto la supervivencia como el período libre de enfermedad en aquellas mujeres con compromiso ganglionar masivo (definido como compromiso de más de 4 ganglios axilares). En mujeres premenopáusicas con receptores hormonales positivos, la ablación ovárica más tamoxifeno ha demostrado un beneficio sustancial equivalente a la combinación de quimioterapia

y tamoxifeno, y este beneficio persiste hasta 15 años después del tratamiento. Las mujeres postmenopáusicas con receptores hormonales positivos o desconocidos deben recibir antiestrógenos por 5 años.

La radiación externa deberá seguir a la mastectomía radical o radical modificada, a la quimioterapia de inducción cuando no hay respuesta o esta respuesta es parcial y el tumor no se considera quirúrgico en ese momento.

-Estadio IV: La intención del tratamiento es paliativa y la conducta se define según el estado funcional de la paciente, utilizando todas las terapias disponibles para obtener el máximo control de los síntomas, prevenir complicaciones serias y mejorar la calidad de vida.

En casos de metástasis óseas o cuando las lesiones son consideradas críticas (compromiso espinal alto o síndrome de compresión epidural y lesiones en el sistema nervioso central), el tratamiento inicial es con radioterapia. También puede estar indicada para el control del tumor primario o de metástasis en partes blandas. La hormonoterapia secuencial está indicada en pacientes con receptores hormonales positivos o desconocidos.

En pacientes jóvenes con buen estado funcional o en las que progresan luego de tratamiento con hormonoterapia o cuyo compromiso metastásico es visceral, está indicada la quimioterapia. Los bifosfonatos se pueden agregar a la quimioterapia o a la terapia hormonal con el fin de reducir el dolor y prolongar la supervivencia libre de complicaciones óseas.

La cirugía tiene un papel paliativo, y generalmente se limita a la biopsia del tumor primario o de las metástasis para determinar el diagnóstico, a la ablación ovárica, a la extirpación de metástasis que comprometan la vida y cuya extirpación mejore la calidad de vida o a la obtención de muestras para estudios especiales. El tumor primario puede ser removido en ciertas circunstancias (tumores sangrantes, ulcerados, etc.) o cuando el grupo interdisciplinario así lo considere conveniente.

Quimioprevención: estudios experimentales han demostrado que los estrógenos son promotores de tumores en animales, este proceso puede ser bloqueado y los tumores pueden ser prevenidos mediante intervenciones antiestrogénicas como la ablación ovárica o el uso de antiestrógenos.³⁰

1.3. AFRONTAMIENTO

1.3.1 Definición Los intentos individuales para enfrentar los eventos de la vida, usualmente han sido considerados como una serie compleja de procesos dirigidos hacia la moderación del impacto de estos sobre el funcionamiento físico, social y

³⁰ Ibid Pág. 750

emocional, convirtiéndose en un factor de resistencia: “el afrontamiento”. Este representa una transacción entre el individuo y su ambiente.

De esta manera, el afrontamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles»³¹. Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo»³². “Los puntos fundamentales que configuran esta definición son los siguientes:

-El afrontamiento es un proceso, implica un cambio continuo y es específico para cada situación, de ahí que no deba ser considerado como un rasgo.

-La demanda de esfuerzo lleva a excluir las conductas automáticas o los estilos cognitivos.

-El afrontamiento se define por el esfuerzo realizado, no por los resultados; por tanto, no debe confundirse con el dominio de la situación o con la obtención de logros.

-No se pueden equiparar con éxito adaptativo. No son a priori estrategias buenas o malas, eficaces o ineficaces. Afrontamiento no es dominio del entorno; éste no siempre es dominable, un afrontamiento puede ser eficaz para tolerar, minimizar, aceptar o ignorar determinadas situaciones estresoras y no eficaz para otras situaciones, o para otras personas, o para la misma persona en otro período de tiempo.

-El afrontamiento es un proceso multidimensional, en cuanto que las personas tienden a utilizar una gran variedad de estrategias.”³³

“Este modelo, se centra en la interacción del sujeto con su medio. En cómo éste hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continúa. Esta interacción no es una mera relación física, sino que adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del medio, que básicamente es

³¹ ADUNA Mondragón Alma Patricia, García Salvador Silvia Mercedes. Los recursos humanos. El afrontamiento de los eventos de vida y el estrés. 2004. Disponible en: www.revistasonorensedepsicología.com.html

³² LAZARUS, R. S. y Folkman, S. Estrés y Procesos Cognitivos. (Zaplana, M. Trad.). México: Ediciones Roca Trabajo original publicado en 1984.

³³ RODRÍGUEZ Galán Antonio, Perona Garcelán Salvador. [Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento](#), Servicio Andaluz de Salud. 2002. Disponible en: www.psicothema.com/cancer.asp.html

social, el modo en que se siente comprometido por ella, compromiso que sólo es comprensible desde el significado que posee. Demanda esfuerzo desde su vida, sus relaciones actuales y su posición social, y a la que hará, o no, frente de forma más o menos satisfactoria con la movilización de conductas, que adquieren sentido dentro de una valoración de la situación y de una planificación de las mismas de cara a unos objetivos.

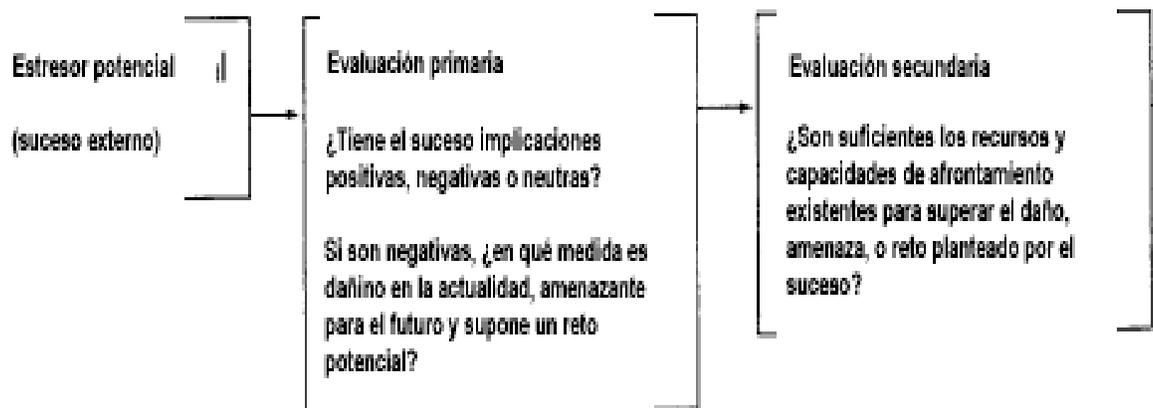
Ello hace que sea un modelo de clara índole cognitiva, en el que es fundamental la función perceptiva de atribución, el valor que otorgan los sujetos, mediante cogniciones evaluativas a los sucesos. De esta manera, el sujeto realiza dos procesos de evaluación ante la situación estresante:

-Evaluación primaria: Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, el riesgo que significa, el compromiso a su bienestar o hasta su supervivencia.

-Evaluación secundaria: Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales, sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como:

Desafío o reto. El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Esta situación moviliza los recursos del mismo y genera sentimientos de eficacia y de logro.

Amenaza. El sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella. Genera claras respuestas ansiosas. Su actividad de afrontamiento se deteriora, se torna poco eficaz, oscilando de un actividad caótica, poco organizada, a la simple inactividad, es significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos, menos elaborados de conducta”³⁴



³⁴ CASADO Cañero, F. Modelo de afrontamiento de Lazarus como marco de comprensión de los trastornos de la ansiedad. html. Publicación 12 de junio de 2004 Disponible en: www.portalsaludmental.com/Article75.html

Debe precisarse que, aunque el afrontamiento tiende a ser examinado en el contexto de amenaza, frustración y de emociones negativas, también son relevantes los contextos más positivos de desafío y de gratificación potencial, incluyendo las emociones positivas relacionadas con éstos.

Es importante reconocer que un episodio de afrontamiento nunca es estático, sino que cambia en calidad e intensidad en función de la información nueva y de los resultados de respuestas previas cuyas implicaciones son evaluadas. Algunas valoraciones son aceptadas y otras rechazadas a partir del flujo de información y de la presencia de disposiciones psicológicas que influyen en las transacciones del individuo con el ambiente. El énfasis debe ser puesto, según el caso, en los rasgos de solución de problemas, o en los rasgos centrados en la emoción.

De igual forma, el que unas personas utilicen un tipo de estrategias de afrontamiento y otras no, no quiere decir que una persona actúe mejor que otra, sólo intentan controlar la situación de manera distinta, probablemente porque sus recursos y habilidades son también diferentes. Con respecto a estos afrontamientos, no todos son eficaces para todos los individuos. En general para Cáncer se ha observado que se logra mejor ajuste emocional con la reestructuración cognitiva, mientras que el peor ajuste se logra con el uso de fantasías, la expresión emocional y la auto culpa.

1.3.2 Funciones La investigación sobre afrontamiento ha señalado que una de las funciones de éste es la regulación de la emoción que provoca un factor estresor³⁵. Por otro lado, se ha enfatizado en que la función del afrontamiento en la solución de problemas es la facilitación de la toma de decisiones y/o la acción directa para remover los estresores³⁶. Por lo tanto, el afrontamiento tiene principalmente las siguientes funciones:

- Regulación de la emoción o estrés
- La solución de problemas.

1.3.3 Tipos

1.3.3.1 Afrontamiento activo o enfocado al problema (conductas aplicadas a la resolución del problema que está causando el estrés) El afrontamiento enfocado al problema se usa para controlar la relación problematizada persona-ambiente a través de resolución de problemas, toma de decisiones y/o acción directa. Son intentos por modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la

³⁵ Ibid

³⁶ ADUNA Mondragón, Alma Patricia y Mercedes Silvia Salvador García (2001) "Los recursos humanos. El afrontamiento de los eventos de vida y el estrés ", en Gestión y estrategia, Núm. 19, enero-junio, págs. 38- 48. <http://www.aeo-uami.org/bivideo/bivideo.htm>

propia conducta³⁷. Teóricamente, la efectividad de los esfuerzos enfocados en el problema depende grandemente del éxito de los esfuerzos enfocados en la emoción. De otro modo, las emociones fuertes interfieren con la actividad cognoscitiva necesaria para el afrontamiento enfocado al problema³⁸.

Aparece frecuentemente cuando la evaluación del mismo ha demostrado al individuo que aquel es susceptible de cambios. Las estrategias pueden estar dirigidas al ambiente como las que se orientan a modificar las presiones ambientales, obstáculos, recursos y procedimientos dirigidos a utilizar cambios motivacionales o cognitivos como la variación del nivel de aspiraciones, búsqueda de distintos canales de gratificación, desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de nuevos recursos y procedimientos. De esta manera, el individuo busca información y se plantea soluciones alternativas teniendo en cuenta costo-beneficio³⁹.

En el caso del cáncer mamario, un estilo de afrontamiento activo centrado en el problema podrá orientar a la paciente a decidirse por alguna de las diversas alternativas reconstructivas disponibles actualmente, con el asesoramiento del cirujano plástico. Pero además, como informan Lazarus y Folkman, el afrontamiento dirigido al problema es algo más que la mera solución del problema, que comprendería estrategias cuyo objetivo es modificar las presiones ambientales, los recursos, los obstáculos, etc.; en él también se incluyen las estrategias que hacen referencia a aspectos emocionales, entre las que Kahn y col citan reevaluaciones cognitivas orientadas al problema que consideran están dirigidas al interior del sujeto. Definitivamente, en un afrontamiento efectivo las estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción actuarán de forma complementaria sin interferir entre sí.⁴⁰

1.3.3.2 Afrontamiento pasivo o enfocado a la emoción (regulación de la emoción o estrés) El afrontamiento enfocado a la emoción puede ser usado, por ejemplo, para alterar el significado de una situación y, por lo tanto, realzar el sentido de control del individuo sobre su estrés. Son respuestas cognoscitivas cuya función principal es analizar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional. Entre estas se encuentran la regulación afectiva y la descarga emocional (expresión verbal y conductual de afecto negativo y esfuerzos indirectos para reducir tensión, por ejemplo, comer y beber más)⁴¹.

³⁷ LAZARUS, R. S. y Folkman, S. Estrés y Procesos Cognitivos. (Zaplana, M. Trad.). México: Ediciones Roca Trabajo original publicado en 1984.

³⁸ CASADO Cañero, F. Modelo de afrontamiento de Lázarus como marco de comprensión de los trastornos de la ansiedad. html. Publicación 12 de junio de 2004 Disponible en: www.portalsaludmental.com/Article75.html

³⁹ DOMÍNGUEZ Idania Oramas y Calderón Martha Teresa. Modos de afrontamiento y demanda de atención 2005. Disponible en: www.ilustrados.com/publicaciones/superior.html

⁴⁰ Ibid

⁴¹ ADUNA MONDRAGÓN Alma Patricia, García Salvador Silvia Mercedes. Los recursos humanos. El afrontamiento de los eventos de vida y el estrés. 2004. Disponible en: www.revistasonorensedepsicologia.com.html

En éste caso el sujeto no modifica la situación, por no ser ello posible en ese momento, o en ningún momento. En este afrontamiento se realiza una reevaluación de la situación, se valora el nivel de amenaza que significa, si realmente afecta a compromisos tan relevantes, hasta qué punto puede soportar la situación, y la valoración de otros compromisos de orden superior a los comprometidos en ese momento. Este afrontamiento parte de la aceptación de la realidad, de la limitación de sus recursos para modificarla, y en la valoración de la virtud como capacidad de tolerar y soportar.

Es susceptible de aparecer cuando la evaluación del problema hecha por el sujeto le ha demostrado, correcta o erróneamente, que no puede hacer nada para modificar esa situación estresante. Parte de estos afrontamientos van orientados a disminuir el grado o intensidad del trastorno emocional provocado por el problema y es función propia de estrategias tales como la evitación, la minimización, el desplazamiento, atención selectiva, distanciamiento, comparaciones positivas, ó extracción de valores positivos de acontecimientos negativos⁴².

Incluyen estrategias como:

- Evitación
- Minimización
- Distanciamiento
- Comparaciones positivas
- Extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos

1.3.4 Estrategias de afrontamiento Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Por ejemplo, las situaciones en las que se puede hacer algo constructivo favorecen estrategias focalizadas en la solución del problema o afrontamiento activo, mientras que las situaciones en las que lo único que cabe es la aceptación favorecen el uso de estrategias focalizadas en las emociones o afrontamiento pasivo.⁴³

Aun asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una

⁴² DOMÍNGUEZ Idania Oramas y Calderón Martha Teresa. Modos de afrontamiento y demanda de atención. 2005. Disponible en: www.ilustrados.com/publicaciones/superior.html

⁴³ ADUNA MONDRAGÓN Alma Patricia, García Salvador Silvia Mercedes. Los recursos humanos. El afrontamiento de los eventos de vida y el estrés. 2004. Disponible en: www.revistasonorensedepsicologia.com.html

situación estresante (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

- Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
- Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
- Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
- Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

Otras estrategias de afrontamiento incluyen:

Afrontamiento activo:

- Planificación/Planeamiento: Intento de organización determinando los pasos de acción suponiendo que las consecuencias de la situación pueden ser previsibles.
- Apoyo emocional: Búsqueda de apoyo afectivo, contención emocional y comprensión de otras personas.
- Apoyo instrumental: Intento de contar con una ayuda tangible, material, guías de actuación y consejos de pares o de profesionales.

Afrontamiento pasivo:

- Reinterpretación positiva: Reevaluación del suceso crítico mediante la reinterpretación positiva o atribución de un nuevo significado a la situación crítica. Supone un aprendizaje a partir de la experiencia a la vez que un crecimiento personal.
- Aceptación: Reconocimiento de la naturaleza crítica de la situación, de la ambivalencia de la vida y de la responsabilidad propia en la situación.
- Humor: Consideración de la situación restándole importancia o aliviando su efecto crítico.
- Religión: Incluye la búsqueda de apoyo espiritual mediante la depositación de la esperanza en creencias religiosas.
- Autodistracción: Forma de descompromiso cognitivo que supone la centración en actividades como modo de pensar menos en el problema y distraer la atención de

la situación crítica, o enfocarse en tareas sustitutivas para tomar distancia del problema.

-Negación: Forma de evitación cognitiva, oponiéndose a creer la realidad de la situación.

-Descarga emocional: Comunicación catártica del estado emocional como forma de eliminación de la tensión emocional suscitada por la situación.⁴⁴

Lazarus y Folkman (1986) sostienen que ninguna estrategia puede calificarse inherentemente como buena o mala, sino que debe tenerse en cuenta el contexto a la hora de evaluarlo. Por su parte, sugieren que no importa tanto el carácter activo o pasivo de una estrategia mientras ésta resulte ser útil y beneficiosa para resolver exitosamente una situación particular.

Algunas investigaciones proveen datos que sustentan la idea de que el uso de estrategias de afrontamiento varía en relación a la posibilidad de control del suceso a afrontar. Si el evento es apreciado como susceptible de control, suscita el empleo de estrategias activas de enfrentamiento del problema, y si es percibido como no controlable, se tiende a usar estrategias rotuladas como pasivas que sin embargo, serían adaptativas. El afrontamiento no debería confundirse con el dominio sobre el entorno. En muchas oportunidades, como en el caso del envejecimiento, las estrategias caracterizadas por la aceptación y la resignación resultan las más adecuadas y exitosas, en el sentido de que permiten una adaptación a la realidad y se orientan al mejoramiento de la calidad de vida del sujeto.

1.3.5. Características personales La autoestima es un recurso nuclear para el afrontamiento. Se considera que su pobre desarrollo determina sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar, y pasividad. Su mayor desarrollo propicia una vida mas activa, sentimientos de control, menos ansiedad, mayor capacidad para tolerar el estrés, independencia y desarrollo de las relaciones sociales. La capacidad de control del medio y la propia fortaleza personal son otros recursos insoslayables para garantizar el bienestar de los sujetos. Les determina seguridad y eficiencia, así como operatividad con el sistema de valores y creencias del sujeto y su cosmovisión para enfrentar las situaciones estresoras con firmeza y optimismo.

Mantener un estilo de vida saludable y evitar los estados de ánimo negativos constituyen otros recursos, mediante el control de la activación fisiológica y la búsqueda de soluciones a los problemas. Con ellos el sujeto puede desarrollar un afrontamiento más relativo de acuerdo con las demandas de ajustes que se requieren.

⁴⁴ Ibid.

1.4 OTROS ASPECTOS

1.4.1 Personalidad y cáncer El posible vínculo entre personalidad y cáncer ha sido abordado de manera sistemática y empírica desde hace unos años. Viendo los estudios en su conjunto emerge una serie de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la "personalidad predispuesta al cáncer". Ha sido etiquetada como personalidad "Tipo C" por diferentes autores. Constituye un patrón de conducta contrapuesto al "Tipo A" (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente al "Tipo B" (tipo saludable). Los elementos que definen más especialmente al "Tipo C" son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira, y la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como, excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida. Esta personalidad es la "típica buena persona" que está deseando siempre complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto.

1.4.2 Factores culturales Se puede definir la cultura como un conjunto de patrones aprendidos de comportamientos, creencias y valores compartidos por un grupo social particular que proporcionan a los individuos una identidad y un marco de referencia para interpretar la experiencia. La cultura define las creencias acerca de la enfermedad y la salud; la experiencia y la respuesta al dolor; la identificación y la selección de cuidados médicos; el valor atribuido a las diferentes partes del cuerpo y a sus alteraciones; las fuentes de apoyo que recibe una persona enferma; el significado que se atribuye a los síntomas físicos; el uso de tratamientos alternativos cuya eficacia no se ha demostrado científicamente; y la actitud que se mantiene ante el deterioro físico progresivo y la muerte, entre otros. Ingresar en un hospital, someterse a un examen médico, sufrir una enfermedad crónica o aceptar una limitación física permanente tendrá por tanto, significados diferentes para distintas personas según el entorno cultural en el que se desenvuelvan.

Incluso el concepto de salud varía entre los diferentes grupos culturales, de modo que lo que se considera "natural" y "humano" puede diferir entre culturas. Sin embargo, el cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas. Aunque su asociación al sufrimiento, al dolor y a la muerte transgrede barreras geográficas y culturales que separan a la humanidad en muchas otras cuestiones, las actitudes y comportamientos que se exhiben ante esta enfermedad varían entre individuos.

Estas actitudes y comportamientos ante el cáncer dependen de factores culturales que, sumados a otras variables (sociales, de personalidad, etc.) explican la interpretación y el sentido que cada uno le asigna a la enfermedad.

Así, la cultura transmitida de una generación a otra, explicará en parte, por qué algunos tibetanos emplean minerales molidos o “pastillas preciosas” para tratar el cáncer mientras que personas de otras culturas intentan ahuyentar a los malos espíritus que invaden el cuerpo del enfermo o acuden a centros oncológicos especializados para controlar su enfermedad. La cultura, unida a estas variables, ayuda a entender el significado atribuido al cáncer. De ahí que algunos individuos encuentren que el sufrimiento que produce un diagnóstico oncológico puede conducirles a algún tipo de salvación –generalmente espiritual. Produciendo un cambio positivo en sus vidas. Estas personas frecuentemente describen cómo el cáncer les ha ayudado a apreciar determinados aspectos de sus vidas que tenían abandonados. Otras sin embargo, viven el cáncer como una experiencia intensamente negativa que no produce más que sufrimiento y amargura, incapacidad y deterioro. Ambas actitudes ante una misma enfermedad producirán respuestas muy diferentes que tendrán implicaciones diversas tanto para el individuo enfermo como para su entorno, y que estarán también influidas por la cultura en la que se desenvuelve.

El concepto de enfermedad por tanto ha de tener en cuenta que una persona no es solamente un organismo biológico sino que engloba el conjunto de sentimientos y actividades simbólicas del pensamiento y del lenguaje. Cómo una persona vive su enfermedad, el significado que le atribuye, y cómo dicho significado influye en su comportamiento e interacción con otros individuos serán componentes integrales de la enfermedad concebida como una respuesta humana integral.⁴⁵

1.4.3 Cáncer de mama e imagen corporal Generalmente, los efectos del cáncer de mama y su tratamiento en la percepción de la imagen corporal y en la sexualidad son poco reconocidos. La visión que tienen las mujeres con cáncer de mama de la sexualidad es tan variada como la de las personas sanas, y es que, se trata de un concepto complejo y subjetivo que varía a lo largo de la vida y puede ser modificado por situaciones ajenas e inesperadas. De la misma manera que la sexualidad, la imagen corporal representa una cualidad personal que influye directamente en las relaciones personales y en la autoestima. Esto es un hecho más preocupante en este tipo de pacientes, y más si tenemos en cuenta que, aunque el tratamiento del cáncer de mama es cada día más conservador, aún existen casos que requieren la realización de una mastectomía o amputación completa de la mama para conseguir la curación.

⁴⁵ Ibid.

Importancia de verse bien: La mama representa una parte fundamental del aspecto físico y por eso, el tratamiento agresivo del cáncer de mama supone una agresión a la imagen corporal difícil de superar por la mayoría de las mujeres. De hecho, numerosos trabajos han demostrado que la cirugía conservadora del cáncer de mama, es decir, la extirpación del tumor conservando la mama, mejora la percepción de la imagen corporal y la autoestima, comparado con las mujeres sometidas a mastectomía. Otro factor que influye negativamente en la percepción que tiene la paciente de su imagen corporal y que la hace verse más afectada, es el tratamiento de quimioterapia o radioterapia. Asimismo, y según los estudios publicados, la cultura es un factor determinante para la adaptación a la nueva situación. Lo demuestra el hecho de que las mujeres africanas y asiáticas tienen mayor autoestima y una percepción de su imagen corporal más positiva que las mujeres hispanas, demostrando que tienen mayor capacidad para aceptar la nueva situación tras el tratamiento oncológico.⁴⁶

Para la mujer, la mastectomía representa una mutilación y tiene unas connotaciones estéticas y psicológicas muy importantes. En la mayoría de los casos, este aspecto del cáncer de mama queda en un segundo plano.

En general, los profesionales de la salud centran su atención en el manejo del cáncer de mama, considerando menos importante los aspectos psicológicos.

Sin embargo, el ajuste a la enfermedad parece depender más de los recursos de la mujer para el afrontamiento, en particular de su sistema de creencias, del apoyo social que perciba la enferma, así como de su imagen corporal íntegra.⁴⁷

1.4.4 Impacto del diagnóstico El momento de mayor estrés, es el impacto inicial, en el periodo transcurrido entre el hallazgo clínico y el diagnóstico, es decir, es importantísimo recalcar el impacto que ocasiona el diagnóstico del cáncer de mama, pero estas reacciones son secundarias (hasta cierto punto), al acontecimiento de padecer una enfermedad catalogada como potencialmente fatal, y a eso le sumamos el temor de los tratamientos conocidamente agresivos y mutilantes.

Así, se deberá valorar la percepción de la persona así como sus reacciones psicológicas, dado que la respuesta de las personas al saber que tienen cáncer, puede determinar parcialmente tanto su tiempo de supervivencia como su calidad; y para respaldar lo anterior, se ha comunicado que la fuerza de la persona para

⁴⁶ EQUIPO PERIODÍSTICO UNIMEDIOS. Las emociones cáncer del de mama. Septiembre 25 de 2005.UNP No. 81. disponible en: [//www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/81/19.htm](http://www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/81/19.htm)

⁴⁷ URQUIDI, L. Indicadores Psicológicos Asociados al Cáncer de Mama. Tesis de maestría, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México. 1996.

afrontar y enfrentar (fuerza del yo) al cáncer, está relacionada positivamente con las respuestas de anticuerpos.

El impacto emocional no sólo depende del pronóstico del médico sino que se basa en las creencias previas que tenga la paciente respecto al cáncer de mama, estas creencias provocan sentimientos de culpabilidad en la mujer.

Para algunas mujeres, el impacto psicológico provocado por el diagnóstico de cáncer de mama, puede ser mayor debido a trastornos psicológicos como el miedo, la depresión, ansiedad y hostilidad.

Así mismo existen variables individuales que influyen en la duración de dicho impacto, tales como: edad, importancia en la apariencia física y las creencias sobre los tratamientos.

1.4.5 Reacciones psicológicas La enfermedad crónica hace impacto en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su autoestima, sus sentimientos y dominio personal. Así pues, padece sentimientos de culpabilidad, en especial si familiares suyos han fallecido a causa del cáncer de mama o por alterar la vida de sus familiares, debido a los cargos económicos que generan, entre otros. También puede llevar un incremento de la ansiedad, desesperación y sometimiento al sufrimiento debido a las creencias amenazantes del cáncer de mama.

Entre las reacciones que se presentan frente al diagnóstico de cáncer de mama son: negación, pérdida, abatimiento y confusión. Cuando las pacientes carecen de información de cáncer de mama y reciben el diagnóstico, presentan momentos de incertidumbre al no saber que pasará en el futuro. Esta reacción va paralela con la pérdida de control debido a la incapacidad para actuar.

1.4.6 Inestabilidad en la vida La enfermedad crónica afecta la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas; en el cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión, tratamiento, provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, que consiste en un cambio drástico de sus vidas, adaptarse a la enfermedad, aprender estilos de afrontamiento, entre otros.

Esta inestabilidad causa dolor, el tener que afrontar de lleno las implicaciones del hecho de que las realidades establecidas de la propia vida diaria se vuelvan repentinamente inestables.

Su vida está en completa desesperación es lo que produce, el cambio en el estatus, en los planes a futuro, las consecuencias sociales, su impacto en el matrimonio, familia e hijos. Sin embargo nada se compara con la percepción que

hacen los demás hacia la paciente, son vistas como incapacitadas, trayendo problemas psicológicos y sociales que repercuten en el bienestar de la paciente.

Otro de los impactos más destacados durante el diagnóstico es el momento de elegir un tratamiento, generando problemas con el esposo, la familia, cambios físicos en la paciente, cargas económicas y dificultades laborales, todos ellos intervienen justo ante la toma de decisión creando un impacto psicológico mayor.

Por otra parte, todas las personas allegadas brindan expectativas acerca de la enfermedad, de las instituciones médicas, de los posibles tratamientos, generando mayor ansiedad en la paciente.

En general, la persona que recibe el diagnóstico de cáncer de mama, tiene que enfrentarse a una nueva vida, adaptarse a la enfermedad tratando de tener una mejor calidad de vida.

Si bien, no es fácil, se puede hacer control del impacto a través de:

- Atacar directamente alguna de las cosas que lo producen: imagen mítica del cáncer, estigmatización producida por la enfermedad, etc.
- Aplicando estrategias psicológicas que ayuden a evitar el dolor, náuseas, etc.
- Proporcionar al paciente el mayor grado de información, responsabilidad, control y autonomía.⁴⁸

1.4.7 Factores que ayudan a sobrellevar la enfermedad La percepción que la mujer tenga del cáncer de mama y, por lo tanto, la respuesta que ella tenga, es determinante pero no fija, y puede ir modificándose la forma en el que se afronte. Existe una serie de factores que ayudan a salir de la enfermedad como lo son:

Factores personales Podemos afirmar que las características individuales desempeñan una función indudable en la determinación tanto de como se percibe la enfermedad así como también de la manera en la que se enfrente a esta situación, ya que, por ejemplo, el simple hecho de lograr que el paciente participe activamente en su proceso de adaptación y que quiera salir adelante, que tenga una actitud pasiva, que sea alegre, que tenga ganas de vivir y de hacer muchas cosas, en fin, de sobrepasar la enfermedad ya sea por su familia o por ella misma. Esta actitud tiende a producir resultados espectaculares en todas sus actividades cotidianas e incluso en la propagación de la supervivencia, según experiencias obtenidas con enfermos del cáncer.

⁴⁸ CASAS Roberto, Cáncer de mama o de seno, Repercusiones psicológicas. Inestabilidad psicológica del paciente. Emociones y sentimientos. Relación psicólogo y paciente. 2001. Disponible en: <http://www.psicom.uson.mx/rsp/13-1-30.pdf>.

Factores familiares Un diagnóstico de cáncer produce un choque emocional para los miembros de la familia. Ellos pueden sentir muchas de las mismas emociones y miedos. Pueden sentirse impotentes y solos. También pueden sentir miedo de cómo van a sobrellevar las nuevas responsabilidades. Algunas familias pueden sentirse un poco molestas por la forma en que el cáncer ha cambiado sus vidas.

Los niños cuya madres o padres tiene cáncer del seno también sufren tensión y pueden tener problemas de conducta si sus temores y reacciones emocionales no se toman en cuenta. Muchas veces no se les habla a los niños sobre la enfermedad de su mamá o papá. A su vez, ellos van expresando a su manera su miedo, inseguridad, rabia, tristeza y soledad. Al afrontar estas reacciones de una manera adecuada para la edad del niño, los adultos pueden ayudarles a entender mejor la enfermedad y a crear maneras saludables de expresar sus emociones al respecto. Es muy importante que la madre o el padre con cáncer reciban apoyo en este sentido, pues esto les ayudará a entender y afrontar los miedos y la angustia que sienten sus hijos.

Los grupos de apoyo pueden ser otra ayuda para muchas mujeres con cáncer del seno y sus familias. Idealmente, estos grupos se dan en un ambiente familiar que permite que todos expresen los sentimientos que muchas veces no se han dicho por el deseo de proteger a las personas importantes en la vida de la persona con cáncer. Los participantes hablan francamente sobre la enfermedad y sus efectos sobre ellos y sus seres queridos.

Gracias a los avances médicos y la detección del cáncer en una etapa más temprana, hoy en día más personas con cáncer sobreviven a la enfermedad. Como resultado, los servicios para mantener una buena calidad de vida, tanto física como emocional, se han convertido en una parte muy importante del cuidado de las personas con cáncer. Muchos estudios científicos han demostrado la importancia del apoyo emocional además de los tratamientos médicos. Uno de estos estudios (Spiegel, 1989, Stanford) comprobó que las mujeres con un cáncer del seno que se había pasado a otra parte del cuerpo y que asistieron a grupos de apoyo, tuvieron menos altibajos emocionales y menos reacciones problemáticas a la enfermedad que aquellas mujeres que sólo recibieron tratamiento médico. Otro estudio más reciente (Goodwin et al., 2001) encontró que las participantes de los grupos de apoyo demostraron menos depresión, tensión, rabia, confusión y dolor que otras mujeres con cáncer que recibieron servicios médicos solamente.

Cada día más mujeres latinas deben hacer frente a las consecuencias físicas y emocionales del cáncer del seno. Sus familias se ven muy afectadas también. Muchas tienen grandes dificultades por la pobreza, las diferencias culturales, su condición migratoria e información incorrecta sobre el cáncer. Estos obstáculos les impiden buscar y recibir a tiempo los servicios de salud que necesitan. El apoyo emocional es una manera muy buena que hoy en día es aceptada por muchos

doctores para ayudar a mujeres latinas con cáncer del seno así como a sus familiares y amigos. La convivencia con otras personas que están viviendo la misma situación puede ayudar muchísimo⁴⁹.

Apoyo social Puesto que una enfermedad no solo perturba el desarrollo de las acciones del sujeto y se deterioran, sino también, las representaciones del cuerpo y de sí mismo; todo enfermo necesita “ser apoyado”, reafirmado y reasegurado, en este caso es evidente que las pacientes con cáncer de mama no son una excepción, ya que desafortunadamente, ellas experimentarán un dolor muy fuerte no sólo durante el tratamiento y post tratamiento, sino también durante el diagnóstico.

Es muy importante que las pacientes que tengan esta enfermedad, estén acompañadas cuando el médico les de la noticia, ya que pondrán al paciente en un estado muy vulnerable y necesitará apoyo. Los estragos que hace la enfermedad en el cuerpo influyen en cómo los demás ejercen su influencia sobre la enferma y sobre todo el cómo la perciben. Así el ámbito social es extremadamente significativo y no sólo la asistencia médica brinda apoyo, el apoyo social, que es ayudar al paciente a seguir adelante no tanto profesionalmente, le permite a la paciente a que se desprenda de su rol de enfermo ante sí mismo y ante los demás. Con esto se certifica que: “a mayor apoyo social, menor probabilidad de desarrollar y agravar la enfermedad”

Cualquier persona que tenga una enfermedad que amenaza su vida tiene más necesidad de otras personas en su vida que les ayuden a enfrentarse a su enfermedad. Estas personas proporcionan lo que se llama “apoyo social”. Los estudios muestran que los pacientes que tienen apoyo social pueden ajustarse mejor a su situación.

El apoyo puede provenir de familiares y amigos, miembros de la iglesia, profesionales médicos, grupos de apoyo o miembros de la comunidad. Pedir apoyo es una manera en que usted puede adquirir control de su situación.

Si no cuenta con el apoyo de amigos y familiares, búsquelo en otra parte. Hay otras personas en su comunidad que necesitan su compañía tanto como usted necesita la de ellos. El apoyo mutuo entre las personas con cáncer también puede ser una fuente de comodidad. Pregunte a su equipo médico o a un miembro del clero cuáles son los recursos en su comunidad.

Un grupo de apoyo puede ser un recurso poderoso tanto para los pacientes como para las familias. Hablar con otros que se encuentran en una situación similar

⁴⁹ *ORTIZ Carmen, PhD*, El impacto emocional de un diagnóstico de cáncer, Saber Es Poder. 2003 Disponible en: www.revista.sonorensedepsicología.com.html

puede ayudar a aliviar la sensación de soledad. Y también puede recibir ideas útiles de otras personas que le pudieran ayudar.

Hay programas de apoyo en una variedad de formatos, e incluyen asesoramiento individual o de grupo y grupos de apoyo. Algunos grupos son formales y se enfocan en el aprendizaje sobre el cáncer o en el enfrentamiento a los sentimientos. Otros son informales y sociales. Algunos grupos están formados sólo por personas con cáncer o sólo por las personas encargadas del cuidado de los pacientes, mientras que otras incluyen cónyuges, miembros de la familia, o amigos. Otros grupos se enfocan en tipos específicos de cáncer o en etapas de la enfermedad. La duración de las reuniones de los grupos puede variar desde cierto número de semanas hasta un programa continuo. Algunos programas tienen una membresía cerrada y otros están abiertos a miembros nuevos, de participación sin requisitos.

Para aquellos que no pueden asistir a las reuniones o citas, algunas organizaciones ofrecen asesoramiento por teléfono. Algunas personas pueden encontrar útiles los grupos de apoyo debido a que prefieren el anonimato. Puede ser reconfortante hablar con otras personas que se encuentran en una situación similar. Sin embargo, las salas de charlas y los tableros de anuncios no son la mejor fuente de información sobre el cáncer, especialmente si no son supervisados por profesionales o expertos capacitados.

Independientemente de la estructura del grupo, los participantes se deben sentir cómodos en el grupo y con el facilitador. Si tiene temores o incertidumbres antes de ingresar a un grupo, siéntase en libertad de hablar sobre ellos con el facilitador del grupo.

El apoyo en cualquier forma le ayuda a hablar sobre sus sentimientos y a desarrollar destrezas para enfrentarse a su situación. Los estudios han determinado que las personas que participan en grupos de apoyo tienen una mejor calidad de vida, inclusive mejor sueño y mejor apetito.

Las personas con cáncer frecuentemente expresan que la falta de comunicación en su familia es un problema. Los cambios en responsabilidades pueden causar resentimiento y ansiedad. A través del asesoramiento, las familias aprenden a enfrentarse a los cambios dentro de la familia y ayudan a los miembros a hablar sobre sus sentimientos más cómodamente. Es posible que algunos miembros de la familia no se sientan cómodos hablando sobre sus sentimientos.

Apoyo religioso o espiritual La religión puede ser una fuente de fuerza. Algunas personas encuentran una nueva fe durante su experiencia con el cáncer. Otros encuentran que su cáncer fortalece su fe existente o que su fe les proporciona nueva fuerza. Aquellos que nunca han tenido creencias religiosas fuertes pueden no sentir una urgencia de acudir a la religión. Un ministro, rabino o dirigente de su

fe, o un asesor pastoral capacitado puede ayudarle a identificar sus necesidades espirituales y a encontrar apoyo espiritual. Algunos miembros del clero están especialmente capacitados para ayudar a atender efectivamente a las personas con cáncer y a sus familias. Algunos hospitales tienen capellanes disponibles en sus instalaciones.

Pregunte a su equipo de atención médica sobre los recursos disponibles en su hospital. También se puede comunicar con la Sociedad Americana del Cáncer para preguntar sobre las fuentes de apoyo que están disponibles en su comunidad.⁵⁰

La religión puede definirse como un conjunto específico de creencias y prácticas generalmente relacionadas con un grupo organizado. La espiritualidad puede definirse como el sentido personal de paz interior, propósito y conexión con los demás, así como las creencias acerca del significado de la vida. La espiritualidad se puede encontrar y expresar por medio de una religión organizada o de otras maneras. Muchos pacientes se consideran tanto espirituales como religiosos. Algunos pacientes pueden considerarse religiosos, pero no espirituales. Otros pacientes pueden ser espirituales, pero no religiosos⁵¹.

El bienestar espiritual y religioso No se sabe con seguridad cómo se relaciona la espiritualidad con la salud. Algunas investigaciones muestran que las creencias y prácticas espirituales o religiosas promueven una actitud mental positiva que podría ayudar a que el paciente se sienta mejor. El bienestar espiritual y religioso podría relacionarse con una mejor calidad de vida de las siguientes formas:

- Menor ansiedad, depresión e incomodidad.
- Menor sentimiento de soledad.
- Mejor adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento.
- Mejor capacidad para seguir disfrutando la vida durante el tratamiento del cáncer.
- Sentido de crecimiento personal como resultado de vivir con cáncer.
- Mejores resultados de salud.⁵²

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.5.1. Variable cualitativa:

Afrontamiento: Transacción entre la persona y su pensamiento. Acciones que capacitan a las personas para manejar eventos difíciles. Procesos cognitivos o

⁵⁰ NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). El apoyo de otras personas, http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/_palliative/5_support.asp, 2003

⁵¹ NATIONAL CÁNCER INSTITUTE, La espiritualidad en el tratamiento del cáncer, 2007. Disponible en: [//www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/patient/allpages/print](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/patient/allpages/print),

⁵² Ibid

conductuales dirigidos hacia la moderación del impacto de un fenómeno o situación relacionada con el funcionamiento físico, social y emocional.

DIMENSIONES:

Afrontamiento pasivo: Enfocado a la emoción. Son formas cognitivas encaminadas a regular la emoción o estrés que ayudan a modificar la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, por no ser susceptible de cambio. Atenúan el estrés porque cambian el significado de la situación.

Afrontamiento activo: Está enfocado al problema. Conductas aplicadas a la resolución del problema que está causando estrés. Son intentos por modificar o eliminar las fuentes de estrés a través de la propia conducta. Aparece cuando la evaluación de la situación ha demostrado a la persona que aquella es susceptible de cambio.

INDICADORES:

Afrontamiento pasivo:

Diagnóstico

- a) Concepto acerca del Cáncer previo al diagnóstico de cáncer de mama.
- b) Forma de asumir el diagnóstico confirmatorio.
- c) Sentimientos frente al diagnóstico cáncer de mama.
- d) Significado personal, a nivel de pareja, familiar, social y laboral del diagnóstico de cáncer de mama.
- e) Implicaciones del diagnóstico.
- f) Manera en la que fue dado el diagnóstico y la forma en que ésta afectó sus emociones.
- g) Enseñanzas o aprendizaje a partir del diagnóstico.

Manejo y tratamiento:

- a) Conocimiento previo relacionado con las conductas terapéuticas para el manejo del Cáncer.
- b) Participación en la toma de decisiones frente a la conducta terapéutica o tratamiento.
- c) Sentimientos frente a la conducta terapéutica.

Afrontamiento activo

Diagnóstico

1. Análisis de condiciones o recursos disponibles para manejar el diagnóstico.
2. Tiempo transcurrido entre el diagnóstico e inicio de conductas terapéuticas.

3. Cambios suscitados a partir del diagnóstico.

Manejo y tratamiento

- a) Acciones desarrolladas durante el manejo y tratamiento de la enfermedad.
- b) Formas en que se asumieron los cambios: físicos, psicológicos, sociales, económicos, laborales, de pareja, y de familia derivados del manejo.
- c) Recursos utilizados para el manejo de los cambios derivados del tratamiento y o manejo.

1.5.2 Variables cuantitativas: En variables cuantitativas se involucraron, con base en el referente teórico, todas aquellas características que pudieron incidir positiva o negativamente en el afrontamiento frente al diagnóstico y manejo del cáncer de mama. En tal sentido, se abordaron características sociodemográficas y relacionados con la personalidad. Su operacionalización se presenta en los siguientes cuadros:

VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
CARACTERISITICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Son aquellos atributos sociales de la población y su desarrollo a través del tiempo, que permiten tener una aproximación detallada a información personal que sirve de insumo para hacer una descripción de los sujetos del estudio, y evaluar de manera objetiva si alguna de ellas puede estar asociada a la forma de afrontamiento.	Edad <20 años 20-29 30-39 40-49 >50	Interval
		Estrato 1 y 2 3y 4 5 y 6	Interval
		Nivel educativo Primaria Secundaria Técnico Universitario Postgraduat 0 Ninguno	Ordinal
		Estado civil Soltera Casada Viuda Separada Divorcio Unión libre	Ordinal
		Convivencia en el momento del diagnóstico Pareja Pareja e hijos Hijos Padres Padres e hijos Otro familiar Solo Amigos	Nominal
VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
CARACTERISITICAS SOCIODEMOGRAFICAS		Pertenencia a grupos sociales Religiosos Artísticos Políticos Gremiales Otro, cual	Nominal

		Ocupación Empleada Desempleada Trabajador independiente Pensionada	Nominal
		Seguridad social Régimen contributivo Régimen subsidiado Vinculado Regímenes especiales Ninguno	Nominal
FACTORES RELACIONADOS CON LA PERSONALIDAD	Pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijos y estables, profundamente enraizados en cada sujeto.	Grado de autoestima Alto Medio Bajo	Ordinal
		Actitud frente a la vida Positiva Negativa Indiferente	Nominal
		Autocontrol Presente Ausente	Nominal
		Proyectos y metas Corto plazo Mediano plazo Largo plazo	Nominal

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó una investigación descriptiva tipo estudio de casos con enfoque cualicuantitativo; retrospectivo y transversal durante el periodo comprendido entre Agosto y Noviembre de 2007.

2.2 UNIVERSO:

El universo lo conformaron 1.030 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, durante el año 2006 en la Unidad de Cancerología del Huila del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

2.3 POBLACION:

La población del estudio estuvo constituida por 134 mujeres, quienes iniciaron y terminaron tratamiento para cáncer de mama en la Unidad de Cancerología del Huila HUHMP de Neiva. De este grupo, se tomaron 12 mujeres residentes en la ciudad de Neiva. No fue posible ubicar a seis de ellas según datos de identificación consignados en la historia clínica. Aunque se logró contactar al resto de la población, una de las mujeres no aceptó participar en el estudio. Finalmente se tomaron cinco mujeres quienes voluntariamente decidieron hacer parte de la investigación.

2.4 METODO, TECNICA E INSTRUMENTO

Para la recolección de datos y el logro de los objetivos de este estudio, se utilizó el método directo o primario de encuesta que requiere de un acercamiento directo entre el investigador e investigado.

La técnica empleada fue la entrevista semiestructurada para la recolección de la información cuantitativa, y la no estructurada para obtener la información de tipo cualitativa.

Los instrumentos fueron una guía de preguntas aplicadas directamente por los investigadores, y un cuestionario autodilucidado. Durante la aplicación de la guía se pidió consentimiento para grabar las entrevistas y complementariamente se tomaron notas sobre aspectos no verbalizados.

2.5 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Una vez diseñados los instrumentos se sometieron a juicio de expertos para que ellos evaluaran si la forma en que fueron formuladas las preguntas permitieran identificar los tipos de afrontamiento y los factores asociados en el manejo de cáncer de mama.

2.6 CONSIDERACIONES ETICAS

Las consideraciones éticas de la investigación, se fundamentaron en la ley 911/94 y la resolución 8430/93. En el primer caso se tuvo en cuenta el artículo 29 que define como principio ético salvaguardar la dignidad, la integralidad y los derechos de los seres humanos que participan en investigaciones. En el segundo caso, se protegió la privacidad de las participantes en el estudio en consideración en el artículo ocho. Según el artículo dos de la resolución en referencia, este estudio fue catalogado como una investigación sin riesgos, pues no fue un proyecto de intervención. El proceso de recolección de los datos no generó riesgos a la integridad física, psicológica o moral de los sujetos de estudio.

Cada participante del estudio firmó el consentimiento informado por escrito, se aseguró la confidencialidad de la información suministrada, y los resultados se utilizaron exclusivamente con fines académicos.

3. TABULACION Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

3.1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Las mujeres del estudio se encontraron en un rango de edad entre 45 a 70 años, pertenecían a un estrato socioeconómico medio, y estaban afiliadas al régimen contributivo. El nivel de formación académica era diferente en todos los casos, comprendido desde estudios de primaria hasta postgrado. En cuanto a su estado civil, dos de ellas eran mujeres solteras, una casada, otra en unión libre y una viuda. Dos de las mujeres convivían sólo con sus hijos, una igual proporción vivía con pareja e hijos, y sólo una de ellas residía con su núcleo familiar primario.

Todas las mujeres contaban con un ingreso económico, debido a que dos de ellas trabajaban de manera dependiente, dos en forma independiente, y la de mayor edad contaba con una pensión por derecho-habiente. Al momento del diagnóstico dos pertenecían a un grupo social de tipo religioso, una era parte de un grupo gremial, y dos de ellas no hacían parte de ningún grupo.

Respecto a los factores relacionados con la personalidad, todas manifestaron tener un buen grado de autocontrol y autoestima. Tres de las mujeres se habían fijado metas a corto plazo, una de ellas a mediano plazo, y solo una tenía metas a largo plazo.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 47 años de edad, soltera, estrato socioeconómico medio, con estudios de postgrado. En el momento del diagnóstico ocupaba un cargo directivo en una institución de educación universitaria. Es cabeza de hogar, por lo cual se considera miembro importante dentro de la misma; y convivía con su único hijo, sus relaciones familiares eran distantes con algunos miembros de la familia a excepción de su madre y hermanos con quien comparte de manera frecuente. Su grupo social lo conforman su familia, compañeras de trabajo, amigos y pertenece a un grupo gremial. Es una persona con proyectos y metas a corto plazo, tiene una actitud hacia la vida positiva, alta autoestima, y era feliz con la vida que hasta el momento había forjado al lado de su hijo. Ella posee un carácter enérgico exigente, estricta en sus asuntos y se considera como una persona acelerada.

Para descubrir su enfermedad necesitó recurrir a diferentes médicos sin conseguir que le pusieran atención, finalmente por recomendación de una medica decide realizarse una mamografía que resulta sugestiva para enfermedad mamaria. Finalmente gracias a un familiar es atendida en la liga contra el cáncer en donde se le diagnóstica el cáncer. Considera que la forma de enterarse no fue la mejor, pues las palabras utilizadas fueron impactantes y generaron mayor afectación. La mujer decidió recurrir a métodos bioenergéticos por sugerencia de una compañera de trabajo, e iniciar reformas en su vida como estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado. Al tratamiento convencional recurrió a los 6 meses después del diagnóstico, más por presión de su familia y amigos que por convicción. Sus relaciones familiares mejoraron y recibió apoyo de sus compañeros de trabajo, por lo cual decidió cambiar el cargo que desempeñaba para disminuir su estrés. Durante este tiempo leyó muchos documentos de terapia alternativa del cáncer, buscó conocer experiencias de otras mujeres que pasaron por la misma situación. Recibió 3 sesiones de quimioterapia, seguido de cirugía, de nuevo quimioterapia, seguido de radioterapia y finalmente una braquiterapia. Tomó los dos tipos de terapia, y actualmente continua en sesiones de terapia neural, acupuntura, etc, terapias que para ella generan mucha tranquilidad. Los efectos ocasionados por el tratamiento tradicional los sobrellevo tomando medidas como el uso de pañoletas para mejorar su imagen, nunca se aisló de los demás o se sintió diferente, retomó actividades que había dejado de lado por sus responsabilidades laborales disminuyendo el estrés y tomando más tiempo para ella como mujer. Viajó a muchos sitios y compartió más con su familia. Comprendió que la muerte es un acontecimiento natural e inherente a todo ser vivo y es importante estar preparada para afrontarlo con tranquilidad en el momento que llegue, cambió su forma de pensar en muchos aspectos, mejoró su vida, está más tranquila, más cerca de su familia y puede decir que está curada.

Caso 2

Usuaria de 68 años, viuda con 2 hijos, estrato socioeconómico medio, formación académica primaria, ocupación ama de casa y pensionada por muerte de su esposo, convivía al momento del diagnóstico con uno de sus hijos. Pertenece a la religión cristiana siendo este su grupo social. Es una persona con buenas expectativas frente a la vida, sintiéndose capaz de afrontar cualquier situación estresante.

La mujer refiere que al comienzo, su enfermedad fue catalogada como benigna recibiendo tratamiento para ello, que después de un tiempo reapareció como tumor maligno. La forma que se le diagnosticó la enfermedad fue la adecuada, pues ella presentía el posible diagnóstico debido a los resultados sugestivos de la biopsia que se había realizado. Refiere que la palabra cáncer para ella era mortal y relacionaba mucho esta enfermedad al dolor que le pudiera causar. El tratamiento consistió en cirugía, seguida por radioterapia, siendo bien recibida por la mujer pues le temía a las reacciones adversas de la quimioterapia. Durante el

tratamiento la mujer padeció de depresiones que la aislaron del ámbito social dejando de asistir a viajes o paseos que antes realizaba y la hacía sentir a gusto. Después de 9 meses de haber terminado el tratamiento decide optar por la medicina alternativa, ayudando a desaparecer sus depresiones y su aislamiento social. Actualmente su familia es su gran apoyo pues se hizo notoria la unión familiar ante esta situación y su creencia religiosa le permite estar tranquila y segura de haber superado esta enfermedad.

Caso 3

Mujer de 53 años, casada con tres hijos, estrato socioeconómico medio, nivel de educación técnica, ocupación al momento del diagnóstico trabajadora independiente. Convivía con su esposo y sus dos hijos menores. La relación con el resto de su familia (madre y hermanas) es distante, no frecuenta reuniones familiares y es muy reservada en cuanto a su hogar, la unión familiar es evidente, se considera el centro de su hogar, y para ella su familia es lo más importante. Refiere no pertenecer ni ha pertenecido a grupos sociales, su círculo de amistades es muy reducido.

Afirma que después de practicarse el autoexamen de seno y de palpase un hundimiento, decide consultar al médico, en donde se confirma la enfermedad a través de los medios de diagnóstico. Inicialmente compartió la noticia del diagnóstico con sus hijos y sólo le informó a su esposo cuando iba a iniciar tratamiento 15 días después. La mujer y su familia a raíz del diagnóstico iniciaron la búsqueda de información. La usuaria pasó por todos los tipos de tratamiento para cáncer, es decir, por mastectomía parcial, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, y terapia hormonal. En el tratamiento su temor a generar compasión, fue muy evidente por lo que optó por usar pañoletas, maquillarse más y mejorar su presentación personal. Durante todo el proceso la mujer estuvo acompañada de su familia, con quienes asistía a cada sesión de tratamiento, y no consideró opciones diferentes al tratamiento convencional para cáncer. Considera que sus hábitos no sufrieron cambios marcados, solo afirma que dejó las prácticas religiosas cuando le fue dado el diagnóstico y asegura no volver a retomarlas porque lo ve como un cambio positivo, además afirma que dejó el orgullo personal y de tomarle importancia a las habladurías. Actualmente se siente muy fuerte por haber sido capaz de pasar y superar esta situación y asegura que aún siente temor por la posibilidad de recurrencia del cáncer, pero por ahora solo espera que todo siga bien porque para su familia es “capítulo cerrado”.

Caso 4

Mujer de 45 años, soltera, estrato socioeconómico medio, nivel de formación alcanzado secundaria, trabajadora independiente. En el momento del diagnóstico convivía con su madre, hermana y un sobrino, pero actualmente sufrió la pérdida de su progenitora. Refiere que es un privilegio tener a su familia porque es un

apoyo fuerte en todos los aspectos de su vida. La mujer indica que sus metas eran el tener estabilidad, que su familia y ella contaran con buena salud aunque no manifiesta planes específicos para su futuro. Expresa, que antes de su diagnóstico se sentía conforme y feliz con su vida.

Manifiesta que desde hace tres años sintió una masita que inicialmente fue considerada negativa para cáncer; pero ella continuó preocupada y acudió a otro médico donde obtiene la misma respuesta. Después de un tiempo sufrió cambios más notorios, por los cuales decide consultar nuevamente, donde se ordenan y realizan pruebas diagnósticas y cuyo resultado fue reclamado por la mujer siendo ésta la forma de conocer su enfermedad. A raíz de su diagnóstico inició una dieta más saludable, toda su familia y amigos se dirigieron hacia ella, la llamaban y visitaban, además realizaba novenas y refiere que se aferró más a Dios y a los santos. Su tratamiento consistió en radioterapia, tres ciclos de quimioterapia y cirugía radical de su seno derecho, debido a ello descuidó su trabajo porque se sentía más fatigada y sin deseo de salir a la calle. Expresa que recibió mucho apoyo por parte de su familia durante esta etapa que le permitió seguir adelante. Comunica que tuvo cambio favorable en su aspecto físico después del tratamiento, ya que aumento de peso y su cabello es mucho más agradable para ella. Manifiesta que después del tratamiento decidió realizarse cirugía reconstructiva con implante de silicona y piensa más adelante seguir con su proceso reconstructivo.

Caso 5

Mujer de 45 años, en unión libre, estrato socioeconómico medio, formación de pregrado, empleada, convive con su esposo y su único hijo. Su familia es muy importante para ella pues lleva una relación más cercana con sus padres. Es una mujer que no pertenece a ningún grupo social tiene metas a mediano plazo tanto a nivel laboral y familiar y estaba conforme con la vida que llevaba y sentía que podía superar cualquier adversidad que se le presentara.

El síntoma que presentó la paciente fue una masa en el seno derecho al realizarse un autoexamen, y desde allí empezó a practicarse de manera particular una serie de exámenes que no mostraban un resultado confiable; esto le produjo una serie de sentimientos como miedo, depresión, tristeza que la llevaron a no comentar dichos cambios a su familia, hasta el estudio histopatológico y la confirmación por parte del médico.

Refiere que no realizó ninguna actividad para enfrentar esta situación y por el contrario se resignaba frente a su diagnóstico. El tratamiento consistió en cirugía, radioterapia, braquiterapia, durante los cuales presentó algunas limitaciones para el desarrollo de actividades tanto laborales como familiares y buscó ayuda para la realización de acciones en el hogar. Disminuyó el consumo de algunos alimentos y aumentó la ingesta de otros para favorecer su estado de salud. Comunica que durante el tratamiento padeció periodos de depresión que no fueron atendidos

oportunamente por el personal de psicología que labora en la unidad de cancerología. La paciente manifiesta que el apoyo familiar y social fue incondicional para poder sobrellevar el proceso de tratamiento de esta enfermedad.

La mujer comenta que su cambio fue a nivel personal pues ella antes era una persona más “temperamental” y ahora es mucho más “tranquila” frente a los eventos que ocurren en la vida diaria. Se puede percibir que las relaciones con su esposo no son las mejores aunque ella manifiesta que dicha relación no se vio afectada ni antes ni después del diagnóstico. A nivel laboral muestra un ligero inconformismo por lo que hace, pues comunica que su salario es mínimo a la formación profesional y a la carga laboral que ejerce. Su estado de ánimo es bueno, se nota la fortaleza, esperanza y las ganas de seguir viviendo, su forma de pensar acerca del cáncer es diferente pues antes pensaba que era una “enfermedad terminal” y ahora su concepto es que se trata de una enfermedad que le puede suceder a cualquier y que si se detecta a tiempo puede ser curable.

3.3. CONSTRUCCIÓN DE ARGUMENTOS DESCRIPTIVOS

Este ejercicio se hizo para las fases de diagnóstico y tratamiento, teniendo en consideración tanto el afrontamiento activo como el pasivo en estos dos momentos. De igual manera, las expresiones manifestadas por las mujeres se consignan para soportar la construcción de categorías.

Afrontamiento del diagnóstico de cáncer de mama Dentro de los hallazgos se identificó que la fase de mayor estrés fue la del diagnóstico; en ésta las mujeres pasaron por tres situaciones bien definidos en los cuales realizaron actividades encaminadas tanto a la regulación emocional como a la solución del problema.

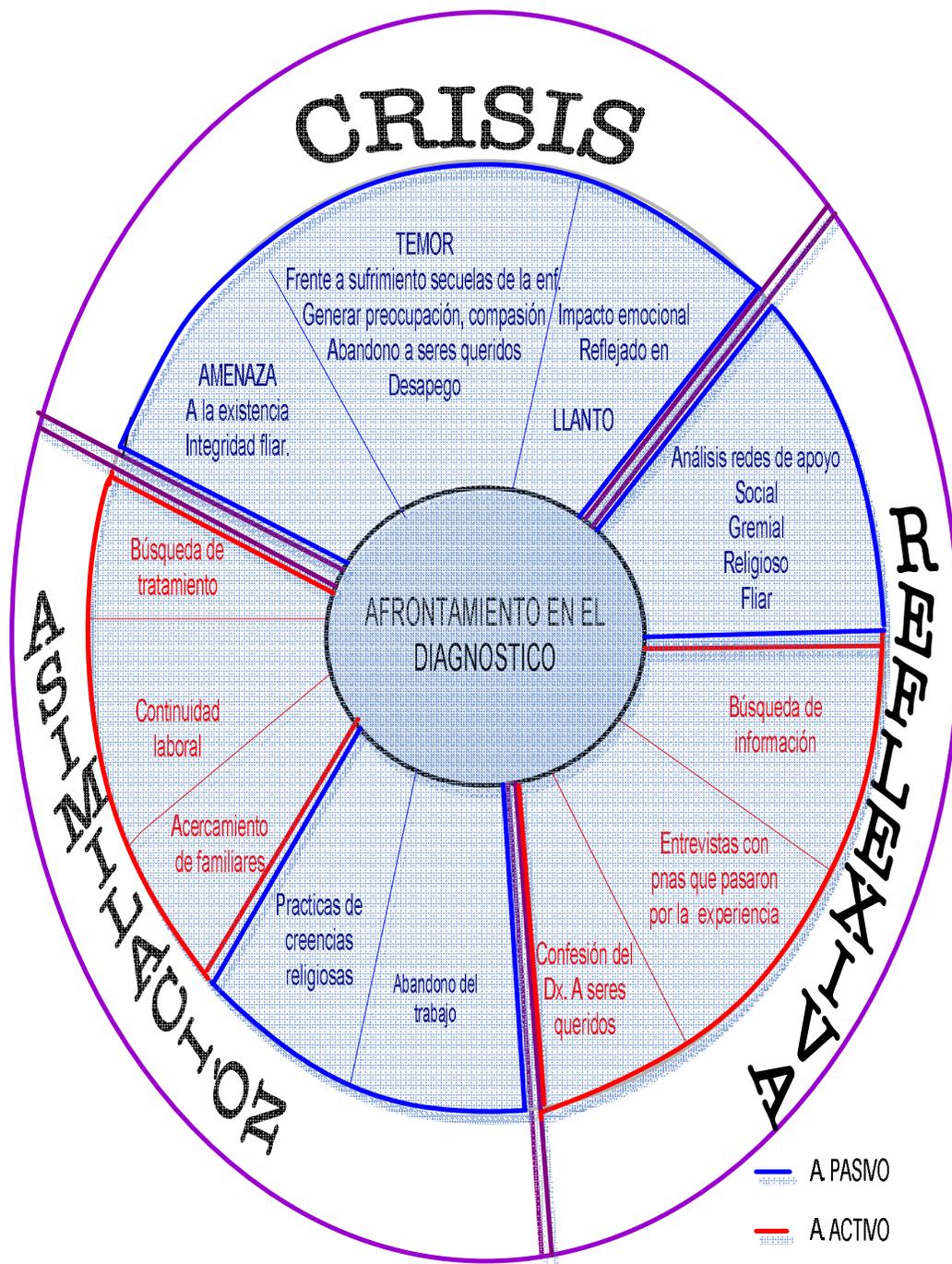


Gráfico 1. Afrontamiento del diagnóstico del cáncer de mama

La primera se denominó fase de **crisis**, porque el impacto del diagnóstico generó unas reacciones fuertes, pues el cáncer en los sujetos del estudio fue considerado como una enfermedad mortal, al parecer, relacionado con la concepción de la enfermedad terminal y agresiva que deteriora la calidad de vida de las personas.

- “Yo siempre pensé que era una enfermedad mortal y que la persona a la que le daba cáncer se moría, uno siempre dice: cáncer, es muerte.”
- “Enfermedad con la que la mayoría de la gente fallece, a raíz de esto consideraba que era una enfermedad terminal”
- “No pues eso era mortal! que es terminal y que uno con cáncer, los dolores y todo lo que uno ve de las personas que ve morir de eso, ni la morfina le hace bien para el dolor”
- “...Yo fui a ver una pariente que le quitaron el seno, le hicieron cirugía, qué no le hicieron, yo fui para una semana santa y estaba bien pero a los pocos días se murió.”
- “Pues yo pensaba que era una enfermedad agresiva, que era una enfermedad que demandaba un tratamiento también muy agresivo y que deterioraba mucho la calidad de vida de las personas”... “he asociado cáncer con muerte”.

Estas expresiones tuvieron una variación en función del nivel educativo, ya que la mujer de mayor formación académica (posgraduada) consideró esta enfermedad como algo que va incapacitando a la persona. El impacto emocional fue fuerte en tres de los casos, ya que la manera en que les fue informada la noticia no se consideró adecuada según el criterio de cada una de ellas, pues para algunas no fueron las palabras, ni los medios apropiados, como enterarse por un papel y no por una persona capacitada en el tema. Por el contrario hubo mayor grado de aceptación en dos de las mujeres, que contaron con una persona cercana y un profesional amable que explicó de manera detallada la situación.

- “La forma en que me lo dijo mi amiga fue la correcta, pues ella es muy allegada a la familia”.
- “...los médicos le van explicando a uno, él me hizo hasta una especie de mapa y ellos casi no hablan de cáncer, hablan de tumor maligno”.
- “Para mí la verdad es que fue traumático la forma en que me lo dijo”... “ya cuando a uno le dicen lo lamento mucho, no quisiera tener que darle esta noticia, es un cáncer muy agresivo, eso para mí fue supremamente duro”...“para mí eso fue supremamente impactante”
- “Yo hubiera querido que me lo hubiera dicho una persona de manera bonita, como para tener una paz, porque a uno le da una cosa muy fea, pero no, a mi me dieron el papel, así por así, y yo le dije ¿Qué pasó?- no nada, lea entonces me dijo, yo no lo leí ahí, yo salí y me fui enseguidita y lo leí a mitad de camino porque yo me fui al centro a pie entonces me di cuenta”.
- “Terrible, porque ya se siente que uno se va a morir, entonces, no vale la pena joderse uno más en la casa, ni nada”.

El conocer de esta manera su situación de salud, produjo una sensación de amenaza a la existencia en tres de las mujeres, y en dos de los casos amenaza a la integridad familiar, debido a que éstas eran el eje principal dentro de su núcleo

familiar tanto emocional como económico, sin que su estado civil como el ser madre soltera o vivir con pareja e hijos influyera en estas dos personas.

- “Para mí era como el temor o amenaza a la existencia, por aquello de que siempre se ha asociado cáncer igual a muerte, es ponerlo a uno en un momento donde la muerte era algo intangible, es enfrentarse de manera muy cercana a la muerte”
- “A mí me dio miedo morirme porque ya había visto como un familiar murió de eso”
- “yo pensé que de pronto me podía morir”...
- “Yo decía: ¡Dios mío! Mis hijos se quedan sin su mamá, que es su adoración, yo decía el papá también, pero para ellos su mamá es lo mejor y yo pensaba me voy a morir y me daba pesar... por eso al comienzo no le dijimos a mi esposo.”
- “Como yo soy el sustento de gran parte de la familia entonces yo sabía que contarles a ellos iba a ser...“yo sabía que para ellos iba a ser muchísimo más duro”.

En dos de las mujeres surgió un temor al sufrimiento físico, secundario al concepto que tenían sobre la enfermedad como una entidad terminal y de larga duración.

- “Pues a mí me daba miedo, no tanto de morirme sino de vivir con tanto dolor”.
- “Yo no quería sentir dolor porque me han dicho que eso es terrible”

Dos de las mujeres tuvieron temor de generar compasión por su situación a nivel social debido a la estigmatización de las personas que sufren este tipo de enfermedad, por lo tanto no lo expresaron a su entorno social. En tres mujeres se presentó temor a generar preocupaciones en la familia por miedo a que les afectara su cotidianidad.

- “Nosotros no queríamos que nadie supiera”
- “No sé cuando supieron o no quise saber, sin embargo sé que los vecinos se enteraron porque yo tengo muchacha de servicio aunque a ella se le dijo que no dijera nada”
- “Yo le dije a mi hijo, pero le pedí que no le dijéramos todavía a la hija porque pobrecita tan lejos...”
- “Lo primero en que pensé fue en mi mamá y en mi hijo porque yo estoy muy pendiente de mis papás y son personas de edad”.
- “Yo creo que les afectó mucho porque se preocuparon más por mí cuando me dieron el diagnóstico”.

Todas las consideraciones anteriores produjeron una descarga emocional consistente en crisis de llanto en todos los casos.

- “...es un sentimiento muy profundo, lloré bastante cuando me salió dudoso el BACAF”
- “Terrible, porque uno cree que se va a morir... yo ya casi lloraba y me salí de ahí como alma que lleva el diablo”
- “No pues yo me puse a llorar, lloraba y lloraba”
- “.....para mí eso fue supremamente duro, yo entré en llanto”.
- “me preocupé mucho y lo único que hice fue llorar”

Cabe destacar, que la respuesta al diagnóstico del cáncer de mama en esta población, como lo fue la crisis de llanto, se presentó de igual manera en todos los casos sin importar el nivel de formación académica, estrato socioeconómico, pertenencia o no a grupos sociales, estado laboral, convivencia, estado civil, nivel de autocontrol y autoestima.

Luego de pasar por esta fase de choque emocional, las mujeres iniciaron una **fase reflexiva** en la cual predominó el afrontamiento activo, caracterizado por actividades como la búsqueda de información de dicha enfermedad.

- “Yo lo que si leí fue muchísimo, y yo sobretodo conseguí mucho material no convencional sobre el cáncer”...
- “En mi casa mis hijos me empezaron a buscar información por internet, con la gente que había sufrido de cáncer, pues bueno así empezamos a averiguar”.

Dos de las mujeres se entrevistaron con personas que habían pasado por la misma situación, buscando en ellas respuesta a sus dudas, y entender mejor su experiencia, disminuyendo su ansiedad.

- “Yo ya había averiguado que habían muchas mujeres que habían pasado por la misma situación, y que ya hacia unos 15, otras 20 años y que ya estaban muy bien entonces que muy seguramente a nosotros también nos iba a ir muy bien”...
- “Hable con la amiga de una vecina y ella me contó lo que le había pasado”

Tres de las mujeres decidieron comunicar el diagnóstico a sus seres queridos, con el propósito de calmar su angustia y recibir apoyo emocional: resaltando que la mujer de mayor edad, sólo realizó esta actividad en la fase reflexiva del diagnóstico.

- “Yo le conté a mi amiga y ella se encargo de contarle a los demás”. Recibiendo de ellos apoyo emocional y comprensión.
- “Yo misma les dije que tenía cáncer en el mismo momento en que me lo dijeron...mis amigas de la iglesia empezaron a llamarme y me pusieron en oración constante y me dieron mucho aliento”.
- “Entiendo que ya mis compañeras algunas sabían y empezaron a manifestarme su solidaridad y desde el primer momento yo no pensé en ocultar el diagnóstico para nada” ”.

En dos de las mujeres, quienes son casadas, el análisis de las redes de apoyo como su pareja, representó un gran soporte emocional, que les permitió tener seguridad y confianza, para hacerle frente a esta situación.

- “Pensé que mi esposo me apoyaría desde el primer momento de la enfermedad...”
- “Yo sabía que para mi esposo iba a ser muy duro cuando me dijeron lo de la enfermedad, pero él me iba a acompañar en este largo camino”.

La participación en grupos religiosos en dos de los casos, influyó de manera positiva ya que esta práctica generó tranquilidad y motivación, para continuar con su proyecto de vida.

- “Yo como ya asistía desde hace poco a la iglesia cristiana igual que mis nietos, yo le pedí mucho a mi Dios y en la iglesia me pusieron en oración constante y ellos me daban mucho aliento, con ese ánimo estaba segura que todo iba a salir bien”
- “Esos son los milagros de él, y estoy pegada a muchos santos, al Señor de los milagros, a la Virgen de Guadalupe, el de la milagrosa, a todos les hago la novena, mantengo el velón prendido todo el día, yo no se, como que me da tranquilidad.”

A nivel laboral, la actitud que presentó una de las mujeres estuvo encaminada a la continuidad de la actividad que desempeñaba, otra mujer decidió cerrar el establecimiento del cual era propietaria para evitar comentarios y cuestionamientos de los clientes acerca de su situación. Así mismo, en dos de los casos, surgió una sensación de amenaza hacia su estabilidad laboral, al evaluar la necesidad de asistir a los servicios de salud. En uno de los casos no se presentó ninguna afectación laboral puesto que disfrutaba de una pensión.

- “No pues yo igual seguí bordando, ahí en mi casa, porque de todas maneras no iba a dejar de trabajar mientras tanto”.
- “Pensé que de pronto me tocaba retirarme del trabajo”
- “Yo pensé que eso podía repercutir en mi trabajo por los permisos para asistir al tratamiento”
- “Cuando me dijeron lo que tenía yo decidí cerrar la miscelánea para estar mas tranquila”

La última fase de afrontamiento en el diagnóstico fue la **asimilación** y se considera por cuatro de las mujeres que uno de los factores que influyó significativamente, fue la disponibilidad de recursos que tenían, unos provenientes de una remuneración económica por empleo, pensión por derecho-habiente y la ayuda económica por parte de sus familiares. Según afirmación por una de las personas otro aspecto que favoreció esta fase, fue el estar afiliada al régimen contributivo que le permitió acceder a los diferentes medios de diagnóstico sin representar costo alguno.

- “Con el trabajo que yo tenía, pues contaba con los recursos económicos para acudir a estas prácticas por ejemplo, son costosas entonces fue una fortuna yo contar con un empleo”
- “Yo tengo una pensión y yo sabía que lo que me faltara mis hijos me lo daban”
- “Mis hermanos me colaboraron económicamente para los diferentes exámenes particulares que me realice”
- “ ..es que mi familia tenía todas las comodidades y me ayudaban económicamente para todo lo necesario en esos momentos.”
- “Afortunadamente todo era subsidiado, y por eso no me preocupé, porque mis muchachos así les toque empeñar, por plata no nos preocupamos”

Otro recurso importante fue la práctica de creencias religiosas, expresado por dos de las mujeres, aumentando su fe y confianza en un ser superior que mejorara su situación.

- “Yo como ya asistía desde hace poco a la iglesia cristiana igual que mis nietos, yo le pedí mucho a mi Dios y en la iglesia me pusieron en oración constante y ellos me daban mucho aliento, con ese ánimo estaba segura que todo iba a salir bien”
- “Esos son los milagros de El, y estoy pegada a santos al señor de los milagros, a la virgen de Guadalupe, el de la milagrosa, a todos les hacia la novena, mantenía el velón prendido todo el día, yo no se, como que me daba más tranquilidad.”

Una de las mujeres, por el contrario, optó por alejarse de sus prácticas religiosas porque consideró que el hecho de padecer cáncer, era independiente del credo y por lo tanto no le proporcionaba ningún beneficio.

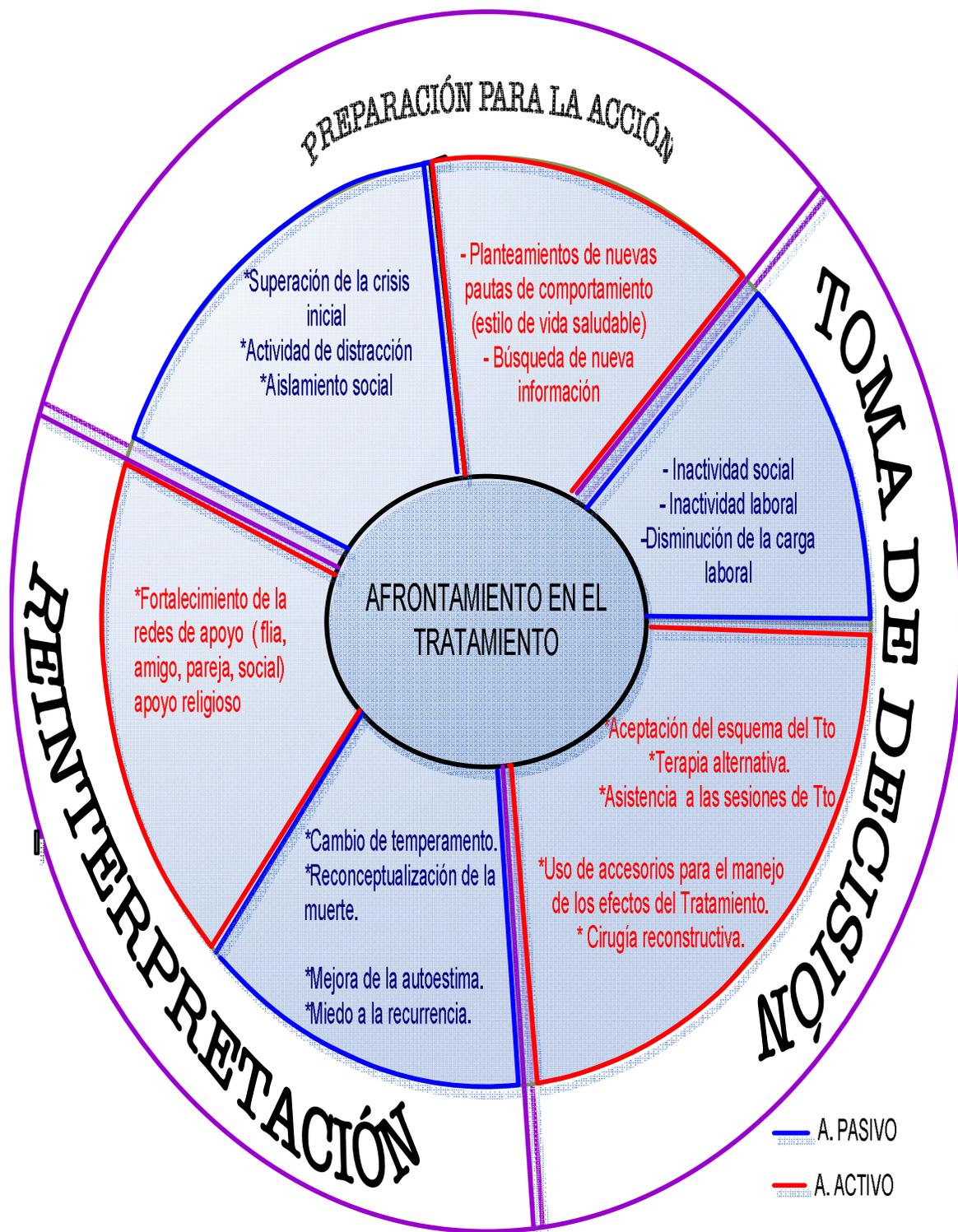
- “A partir del diagnostico, dejé de rezar y no voy a volver a rezar, dejé de encomendarme a la virgen, al no sé que, porque me di cuenta que rece o no le va a dar la enfermedad”

En dos de las mujeres, surgieron algunos cambios en su vida, como el acercamiento a las redes de apoyo, consistente en acompañamiento por parte de los familiares, con los cuales tenían pocas relaciones, reforzándolas dentro del núcleo primario. Una de las mujeres reafirmó sus creencias, al iniciar actividades religiosas que no solía realizar antes de conocer el diagnóstico.

- “Con la familia hemos sido muy independientes, con mi hermana es con la que más hemos tenido comunicación, ella fue quien estuvo pendiente en mis horas tristes; y mi hermana, estuvo más pendiente y me traía frutas, y me aconsejó el doctor que le sacó el quiste”
- “... pues mi mamá a raíz de eso se fue a vivir conmigo”.
- “Empecé a ir más seguido a la casa de mis papás, compartía más con ellos y en mi casa con mi hijo y mi esposo”.
- “...Cuando se enteraron los de Bogotá ellos me llamaban todo el día”. ... “ellos me llamaban todo el día. Que como iba. Que como estaba. Que como había reaccionado. No todo bien”.
- “Le pedía mucho a Dios para que todo saliera bien”.

En cuanto a la participación en la escogencia de la conducta terapéutica convencional, cuatro de las mujeres, no intervinieron ya que este fue impartido por parte del equipo de salud, sin embargo, una de ellas, se mostró conforme con el tratamiento recibido. La otra persona, tuvo cierta participación en lo que se refiere a la cirugía, ya que le fue consultado el tipo de mastectomía que quería que se le realizara, para conservar su imagen corporal.

Afrontamiento del manejo y tratamiento del cáncer de mama



Grafica 2. Afrontamiento del manejo y tratamiento de cáncer de mama

En el afrontamiento del tratamiento, la aceptación del diagnóstico favoreció el inicio de la fase de **preparación para la acción** en la cual realizaron un análisis más reposado de la situación, superando así la crisis inicial. Tres de las mujeres adoptaron nuevos comportamientos saludables tales como cambio de los hábitos alimenticios basados en vegetales, frutas, y en el estilo de vida que les permitió mejorar su estado de salud.

- “Traté de comer todos los días frutas, traté de que me dieran verduras y pues tomarme el noni, claro que me cuidé el brazo que quedó lisiado, entonces, el médico decía que lo cuidara como una tasita de plata”.
- Mis hermanas muy atentas me hacían menjurjes que ellas hacen para echarle a los jugos, yo tomé de eso y el noni”... “de noche cuando vemos TV comemos frutas, frutas y frutas”
- “...a mi me gustaba la rumbita, el traguito, ahora de vez en cuando me tomo unos dos traguitos, dos cervecitas pero antes lo hacía con más frecuencia”.. .“ Uno de los cambios fue el régimen alimenticio, me volví vegetariana un tiempo”.

Una de las mujeres decidió por iniciativa propia, comenzar un tipo de tratamiento diferente al convencional al tener mayor dominio del tema, considerado menos agresivo y toxico, optando por técnicas alternativas realizadas antes del inicio del tratamiento convencional al que asistió por presión de sus familiares, que veían mayores posibilidades de curación en éste.

- “Combiné las dos terapias, incluso todavía estoy acudiendo a terapia alternativa, terapia neural, acupuntura, y voy a sesiones de diferentes prácticas que ayudan muchísimo”

El acercamiento social y familiar en todas las mujeres, fue uno de los cambios que experimentaron a nivel sociofamiliar; se percibió la movilización de familiares y amigos cercanos hacia las mujeres con el objeto de brindar apoyo emocional, que les permitió de cierta forma enfrentar esta fase de la enfermedad de manera activa. También se considera, que el pertenecer a un grupo social, influyó de manera positiva en esta etapa. Hubo mejor respuesta en la regulación emocional en dos de las mujeres que hacían parte grupos religiosos o gremiales.

- “Mis amigos estuvieron muy pendientes, me visitaron y me hicieron una reunión al terminar el tratamiento”
- “De EEUU me llamaban para preguntar cómo había seguido y las amigas de la iglesia me llamaban, me daban aliento, eso es muy bonito, en ninguna otra iglesia van a estar pendientes de uno así como ellos lo hicieron”
- “Indudablemente toda mi familia se volcó hacia mi, mis amigos me rodearon todo el tiempo, mis compañeras estuvieron muy pendientes todo el tiempo”...” recibí mucha solidaridad de muchísima gente, de mis amigos que hace mucho tiempo no me veían, de la familia que estuvieron muy pendientes”... “de pronto mi familia se volvió fue mucho más atenta, estuvieron mucho más pendientes, mi hijo se volvió mucho más afectuoso, a pesar de que él siempre ha sido un muchacho muy especial conmigo”

- “Mis hermanas estaban mas pendientes, me acompañaban a los controles y estaban mas cerca de mi y yo de ellos”.
- “más amigable, porque yo no me trataba con unas personas y como yo me confesé y todo, y como uno tiene que perdonar, ya? ..Y pues bien, yo no me trataba así con una niña de aquí a la vuelta por un problema que hubo para un san pedro, y yo no tenia nada en ese entonces, y ella, cuando estuve en el Hospital me fue a ver y yo le hablé normal o sea volvimos a ser amigas, porque yo no la podía ver, y entonces pues como el cuento, he perdonado a todo el mundo, por eso es que le digo que a todo el mundo saludo”.

Otro recurso importante para una de las mujeres fueron las actividades de distracción para mantener la atención en algo diferente a la situación crítica, y pensar menos en el problema, como volver a frecuentar el cine y salir de viaje.

- “He recuperado una práctica que me ha gustado mucho: ir al cine, y ahora cada vez que tengo la oportunidad voy al cine”... “viajé a muchas partes incluso en el tiempo en el que estuve en quimioterapia, pienso que fue muy positivo”.

La segunda fase identificada fue **la toma de decisiones** frente a las nuevas situaciones generadas en el tratamiento. Dos de las mujeres posiblemente debido al efecto del tratamiento, decidieron dejar de frecuentar sus amistades y de asistir a sitios públicos, una de las mujeres decidió aislarse, una entró en depresión y otra sufrió cambios en el estado de ánimo tendientes a la tristeza, a pesar de los esfuerzos de la familia por fomentar actividades de distracción.

- “No, con mis amigas yo salía mucho a la calle pero realmente ahora salgo poco porque me da pereza”.
- “yo salía mucho, me iba para Bogotá, me quedaba y me gustaba mucho pasear, iba para donde una amiga el tiempo que quisiera. Era feliz viajando. Y ahora solo salgo al médico por necesidad”
- “A mi no me daban ganas de hablar con nadie, yo me encerraba, yo sabía que era efecto de las radioterapias y esperaba que cuando terminara ya se me iba a quitar eso”...”mi hija me decía: mami salga, pero a mi no me daban ganas”.
- “A mí me daban muchas depresiones, no me daban ganas ni de escuchar el sonido de los pájaros, eso era horrible con las radioterapia”.
- “Durante el tratamiento a mi me tocaba estar contenta, me tocaba, digo, porque si mis hijos me veían triste entonces era para ellos mas tristeza”.

Cuatro de las mujeres, tomaron la decisión de iniciar el tratamiento de manera inmediata; una vez realizados los trámites pertinentes exigidos por el sistema de salud. Al momento de conocer el tratamiento que se le realizaría, dos de las mujeres sintieron miedo e inseguridad por el conocimiento de los efectos adversos; dos sintieron confianza en el equipo de salud y una persona se sintió feliz al ser informada que no recibiría quimioterapia.

- “yo pensé que al comienzo necesitaba la quimio, y que con la radio no me curaba y pensé que el médico estaba equivocado”.
- “Yo le pedía a Dios que en ella (cirugía) me entregaba a él, que si era para sufrir que mejor me llevara en la cirugía y ojala Diosito no me deje padecer”.

- “me sentí conforme con el tratamiento que eligió el médico”.
- “yo dije: ellos son los que saben, y ya había tomado la decisión que me iba a acoger a ese tratamiento”.
- “Cuando el médico me dijo que no me iban a hacer quimio; yo me sentí muy feliz, dije: gracias Dios”

Las mujeres experimentaron una serie de cambios físicos derivados del tratamiento, como la caída del cabello, uñas y pérdida parcial o total del seno, que fueron manejados de diferente manera. Tres de las mujeres usaron accesorios como pañoletas y maquillaje, y una optó por la reconstrucción con implante de silicona. Este último fue utilizado en mastectomía total.

- ...“Cuando se me cayó el cabello, yo fui a mi trabajo con mis pañoletas y cuando me empezó a salir el cabello así pura pelusita yo ya me las quité, y a mi eso no me traumatizó para nada” “mantener un poquito de maquillaje para no verme tan pálida y ánimo”
- “me tusaron, entonces, yo trataba de tener la cara maquillada, al menos para que se me vieran ojos, yo trataba de arreglarme mejor”
- “Es que cuando a mi me hicieron la cirugía y me quitaron todo el seno, me pusieron de una vez una prótesis de silicona...mis hermanas me pagaron la silicona”.

Solo una persona consideró que los cambios suscitados a partir del manejo terapéutico, mejoró su apariencia física y elevó su autoestima.

- “Me recuperé mas, me puse mas gordita, me puse bonita, Y me salió el cabello ligero pronto, harto, bonito; el mío me salió liso, normal, con unos onduladitos”

Los efectos adversos también ocasionaron dificultad e incapacidad física que condujo a que dos mujeres se vieran impedidas para continuar normalmente con sus actividades laborales. La persona que en la fase diagnóstica tomó la decisión de abandonar el trabajo, durante el tratamiento, continuó con esta determinación. Una de las mujeres, percibió que el cargo que desempeñaba le generaba mucho estrés, por tanto, decidió cambiar de actividad laboral, lo que le proporcionó mayor tranquilidad. Solo en uno de los casos no hubo implicaciones a nivel laboral, debido a que recibía una pensión.

- “En el momento en que me dieron el diagnóstico, yo tenía un cargo directivo, aunque me gustaba, yo tomé la decisión de dejarlo, era un cargo en el que se manejaba muchísimo estrés, yo dije tengo que estar en un ambiente más calmado”
- “Mi hijo me preguntó: quiere abrir de nuevo la miscelánea?, y yo le dije: no, no porque la gente viene y empieza a preguntarme y yo no quiero que me pregunten nada”.
- “sigo haciendo lo mismo con la misma dificultad, para mi ha cambiado ya que he estado impedida de la mano derecha”
- “pues dejé de bordar ropa porque me sentía cansada y con sueño”

La última fase fue catalogada como **reinterpretación de la experiencia**. El padecer esta enfermedad modificó el estilo de vida de las mujeres, lo que les permitió reinterpretar de manera positiva su situación y verla como una oportunidad de cambio y aprendizaje. Hubo modificaciones en el temperamento en tres de los casos, asociándose a los cambios psicológicos que sufrieron durante el tratamiento. Igualmente la reconceptualización de la muerte, como algo inherente a la vida, la autoimagen positiva como efecto de los cuidados durante el tratamiento y el mayor acercamiento de familiares y reencuentro con amigos.

- “Yo creo que me volví un poco más tranquila, yo había sido una mujer acelerada para todo y me gustaban las cosas ya, como dicen si es ya es ya, y como muy psicorigida en muchas cosas, entonces, a raíz de esto creo que empecé a bajarle un poco, asumir con más tranquilidad la vida”.
- “He tratado de cambiar porque he sido una persona muy temperamental con las demás personas, digo yo, si uno se pone a pelear con los demás, qué necesidad hay de pelear, a raíz de eso tengo que aprovechar la vida y no herir a la gente”.
- “Cambí mi forma de ser tanto con las demás personas como conmigo misma”
- Lo otro que me enseñó esta experiencia es que definitivamente como dice Galeano: la muerte es cierta la hora incierta” la muerte es lo único que nosotros tenemos seguro, nadie puede decir yo me voy a morir primero que usted”.... ” uno también aprende que definitivamente entre menos se apegue a las cosas y a las personas menos hace sufrir a los otros y menos sufre uno.”
- “me recuperé mas, me puse mas gordita, me puse bonita, Y me salió el cabello ligero, pronto, harto, bonito; el mío me salió liso, normal, con unos onduladitos”

El tratamiento trajo consigo algunas implicaciones negativas, derivadas de los efectos secundarios del mismo, hubo deterioro del cuerpo y malestar relacionados con la quimioterapia (caída del cabello, cejas y uñas), dos personas sintieron la muerte inminente debido a la concepción fatalista de la enfermedad, se registró miedo a la recurrencia de la enfermedad en una de las mujeres. Una mujer manifestó no haber tenido implicaciones negativas a raíz de este diagnóstico.

- “Prácticamente fue el malestar generado por el tratamiento que recibí: malestares ocasionados por la quimioterapia, la cirugía no fue traumática pero el postoperatorio tiene sus particularidades y lo otro fue la radioterapia”
- “Uno siente que ya es lo último, que uno se va a morir, que a uno le dan unas depresiones y que uno piensa que ya no más se va a morir”.
- “Enfrentarse de manera muy cercana a la muerte... por el impacto del diagnóstico”.
- “Uno se pone a pensar: otra vez tengo que volver, otra vez acá, pero si tocó, qué vamos a hacer, sin embargo pienso que me va a volver a dar”.

En síntesis podemos decir que hubo variaciones en la forma de afrontar tanto el diagnóstico como el tratamiento de cáncer de mama, concluyendo así que algunas variables no influyeron en el afrontamiento como el estrato socioeconómico, ya que todas pertenecían a un estrato medio. Las metas fijadas previas al diagnóstico tampoco fueron un factor asociado al tipo de afrontamiento utilizado, pero si el hecho de querer superar este impacto y empezar a aceptar su diagnóstico. Aunque todos los casos afirmaron tener un buen autocontrol en el manejo de las

situaciones estresantes, al momento de recibir esta noticia todas reaccionaron con una descarga emocional que evidencia una pérdida del control de esta realidad sin poder asociar este factor personal a la forma de afrontamiento. De igual manera, el grado de autoestima previo a este acontecimiento, está relacionado con la iniciativa de querer superar y enfrentar todo el proceso de la enfermedad.

4. ANALISIS INTERPRETATIVO

La forma de enfrentarse a una situación estresante, y realizar la evaluación de lo que ésta representa para la vida de una persona, depende en gran medida del concepto que se tenga del problema. Las actitudes y comportamientos ante el Cáncer, dependen de factores culturales, que sumados a otras variables como las sociales y de personalidad, explican la interpretación y el sentido que cada uno le asigna a la enfermedad.

En general, la enfermedad tiene impacto negativo fuerte, en gran medida por todo lo culturalmente establecido en cuanto a ella⁵³. La aparición de la fase inicial de crisis, evidenciada por la descarga emocional como fue el llanto, en todas las mujeres de este estudio, al conocer dicho diagnóstico, estuvo muy influenciado por el concepto de cáncer que se asocia a dolor y sufrimiento en nuestra sociedad, además porque persiste el estigma de éste a pesar del aumento en el número de mujeres que han superado esta enfermedad.

Es de resaltar que el descubrimiento de un nódulo mamario representa una amenaza para la mujer, principalmente si se confirma su malignidad. Los sentimientos de temor y amenaza frente al descubrimiento de la enfermedad puede estar asociada a la falta de conocimiento sobre la enfermedad, así como también al miedo a la pérdida de los seres queridos.⁵⁴

En las mujeres de este estudio, el impacto emocional del diagnóstico, no sólo dependió de la afectación individual, sino del temor al desapego de los hijos y/o familiares cercanos, además, temor al desequilibrio familiar, debido a que algunas son el eje principal de la misma. Sumado a lo anterior, consideraban que para sus hijos era necesario su afecto y apoyo, especialmente, aquellas dos mujeres quienes tenían hijos menores de edad y que para su proceso de desarrollo era indispensable su presencia.

La percepción social de la enfermedad, generalmente refleja la asociación del cáncer con la enfermedad fatal, vergonzosa⁵⁵ y comúnmente, las personas son estigmatizadas por la sociedad como personas que requieren atenciones especiales y que generan sentimientos de compasión. Es por esto que algunas de las mujeres experimentaron el temor de ser objeto de consideraciones fingidas por parte de su entorno social.

⁵³ EQUIPO PERIODÍSTICO UNIMEDIOS. Las emociones cáncer de mama. Septiembre 25 de 2005. UNP No. 81. Disponible en [//www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/81/19.html](http://www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/81/19.html)

⁵⁴ MESQUITA Melo, E., Magalhães da Silva, R., De Almeida, A.M., Carvalho., Fernández, A. F. Mota Rego, C. D. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico cáncer de mama., 2005 Disponible en [//www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal).

⁵⁵ PEREZ Cardenas Clara. Evaluación psicológica del paciente con cáncer. Revista cubana de medicina integral. 2005. Disponible en [//www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a13.pdf)

Para superar estas emociones derivadas del impacto del diagnóstico, las mujeres iniciaron el análisis de los diferentes recursos con los cuales podían hacer frente a esta situación. Así, iniciaron la fase de reflexión, que se caracterizó por la necesidad de saber más acerca de su enfermedad, los tratamientos, etc. y poco a poco, a lo largo del proceso de tratamiento y recuperación, la asimilación de lo ocurrido se fue dando por parte de la mujer⁵⁶. Esta fue una de las actividades que realizaron las mujeres de este estudio para disminuir su ansiedad ante el desconocimiento de dicha enfermedad. Fue algo muy beneficioso en esta etapa para las mujeres, despejar dudas que en el momento del diagnóstico no fueron resueltas por la persona que dio esta noticia. Esto sustenta la afirmación por parte de algunas de ellas que consideraron que no fue la forma adecuada de enterarse de su situación de salud, lo que generó la crisis inicial de llanto y la percepción de amenaza.

La entrevista con otras pacientes en condiciones similares o que pasaron por esta situación, se presenta en esta fase como modulador del sentimiento de amenaza a la existencia, al comparar las experiencias de éstas y modificando su concepto de muerte por esta enfermedad, teniendo en cuenta que podían continuar su vida normalmente una vez recibido el tratamiento. Así, sintieron mayor fortaleza para confesar su diagnóstico a sus seres queridos evidenciando seguridad y transmitiéndoles esperanza de superar el actual problema.

La asimilación, comienza a partir del momento en que la mujer introyecta su estado actual, y diversos proyectos existentes, tienden a ser anulados o modificados por la situación⁵⁷. Es así como en nuestro estudio, se confirma que las actividades cotidianas fueron comprometidas iniciándose cambios a nivel familiar, laboral y de creencias religiosas, esto debido a que asumieron la enfermedad como un reto que motivó a enfrentar la situación.

“Durante el tratamiento las mujeres continuaron con la búsqueda de información y adoptaron nuevas pautas de comportamiento, asumiendo nuevos estilos de vida saludables en pro de mejorar su situación de salud pues han superado la crisis inicial, y ejercen acciones para la solución del "problema" por la vía de la medicina alternativa o incorporación a cultos religiosos”⁵⁸. Para la población de este estudio, estos fueron recursos significativos que les permitieron adoptar un estilo de afrontamiento activo. Aunque la adaptación religiosa se ha relacionado con índices inferiores de incomodidad, ansiedad y aislamiento social esto no se evidenció en la mujer que presentó más apego espiritual ya que esta tuvo depresión y tendencia al aislamiento.

⁵⁶ PÉREZ Cárdenas Clara, Master en Psicología Clínica. Evaluación psicológica de mujeres mastectomizadas. 2004. Disponible en [//www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-219-1- html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-219-1- html)

⁵⁷ MACHADO Siquiera Karina, Barbosa Maria Alves, Roseira Boemer Magali. El vivir una situación de cáncer: algunas elucidaciones. 2007 julio-agosto. Disponible en www.eerp.usp.br/rlae. Html.

⁵⁸ IGLESIAS Hermenegildo, Mtra. Antonia, Apolonio Contreras Verónica, Bastida Callejas Esperanza, Gómez Ortega Guadalupe, Gutiérrez Florez Alma Delia. El proceso de duelo en pacientes con cáncer. 2005. Disponible en [//www.uaq.mx/psicologia/lamision/smcancer_3.html](http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/smcancer_3.html)

Las terapias alternativas como la acupuntura y la terapia bioenergética se consideraron como tratamiento inicial. Sin embargo, las actividades de distracción reflejan el afrontamiento pasivo que buscaba el descompromiso cognitivo y pensar menos en el problema.

Iniciado el manejo terapéutico, surgieron nuevos cambios derivados del mismo. Se utilizaron recursos y mecanismos de adaptación, para mejorar la autoimagen que se vio comprometida en diferentes ámbitos independientemente del tipo de tratamiento. La mastectomía parcial, mejora la percepción de la imagen corporal y la autoestima, comparado con las mujeres sometidas a mastectomía total.⁵⁹ En la mujer a quien se le realizó esta última, no se vio a largo plazo afectada, pues tuvo la oportunidad de acudir a la cirugía reconstructiva con implante de silicona gracias al apoyo económico brindado por su familia. Sumado a esto, el uso de accesorios y las terapias alternativas indican un estilo de afrontamiento activo por la mayoría de estas mujeres.

Otros efectos del tratamiento afectaron la esfera psicológica de algunas de las mujeres ya que presentaron ciertas actitudes tendientes a la inactividad social y laboral, generada por la debilidad física y la depresión relacionada con la radioterapia. Esto se puede sustentar teniendo en cuenta estudios existentes acerca de la respuesta a la radioterapia de las pacientes con cáncer de mama, que indican, que el nivel de ansiedad fue más alto que el de los grupos de comparación en la evaluación inicial y no decreció en el tiempo. Los niveles de hostilidad y depresión se incrementaron significativamente durante el tratamiento⁶⁰.

Para superar este proceso de la enfermedad, las mujeres realizaron una reinterpretación de la experiencia, siendo ésta la última fase por la que pasaron durante el manejo terapéutico. Las actividades encaminadas a la regulación de la emoción tales como cambios de temperamento, reconceptualización de la muerte y mejora de la autoimagen son acciones del afrontamiento pasivo, con las cuales las mujeres quieren destacar que algunos cambios producidos por todo el proceso de la enfermedad trajo consigo beneficios en su estilo de vida. Hay que resaltar que a pesar de no contar con antecedentes teóricos, uno de los casos manifestó mejora de la autoestima siendo esto significativo a pesar que la mayoría de las mujeres que pasan por esta experiencia manifiestan que los efectos ocasionados por la quimioterapia son los aspectos estéticos más negativos por los que tuvieron que pasar.

⁵⁹ EQUIPO PERIODÍSTICO UNIMEDIOS. Las emociones cáncer de mama. Septiembre 25 de 2005. UNP No. 81. Disponible en [//www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/81/19.html](http://www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/81/19.html)

⁶⁰ IGLESIAS Hermenegildo, Mtra. Antonia, Apolonio Contreras Verónica, Bastida Callejas Esperanza, Gómez Ortega Guadalupe, Gutiérrez Florez Alma Delia. El proceso de duelo en pacientes con cáncer. 2005. Disponible en: [//www.uaq.mx/psicologia/lamision/smcancer_3.html](http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/smcancer_3.html)

Otra de las mujeres manifestó que una de las implicaciones negativas de esta enfermedad, fue la recurrencia que genera miedo constante, esto es justificado en un estudio con mujeres con cáncer de mama y mastectomizadas, en el que fue constatado que el miedo a la recurrencia de la enfermedad por las mujeres está generalmente presente, haciéndose más fuerte por la inestabilidad durante los exámenes de evaluación y control⁶¹.

“Las mujeres con apoyo social y familiar, al sentirse más amparadas, suelen hacer uso de estrategias de afrontamiento más adecuadas”⁶². Esto es inferible a nuestro estudio, debido a que todas las mujeres contaron con estos recursos, lo que les permitió sentirse con la plena tranquilidad y seguridad durante su afrontamiento inclinándose al estilo activo, a excepción de una mujer quien a pesar de que su familia le brindaba constante acompañamiento, soporte emocional y motivación para continuar con espíritu de lucha, manejó un afrontamiento pasivo posiblemente por ser la mujer de más edad y tener la mayoría de sus metas realizadas, además consideraba que su ciclo de vida estaba totalmente culminado.

⁶¹ ALMEIDA Experiencia de mujeres con cáncer de mama. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; Revista electrónica semestral de Enfermería. No. 101997. Disponible en www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article. Revista electrónica semestral de Enfermería. No. 10

⁶² PÉREZ Cárdenas Clara, Master en Psicología Clínica. Evaluación psicológica de mujeres mastectomizadas, 2004. Disponible en [//www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-219-1-.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-219-1-.html)

5. CONCLUSIONES

- En el afrontamiento del diagnóstico de cáncer de mama las mujeres del estudio, pasaron por tres fases, una de crisis, otra de reflexión y la última de asimilación; la crisis estuvo asociada a la concepción fatalista que tenía cada una de ellas sobre esta enfermedad. En la segunda fase, las mujeres realizaron un análisis acerca de los recursos con los que contaban, haciendo énfasis en la familia, amigos y grupos sociales, también realizaron otras actividades más enfocadas al problema como la búsqueda de información y experiencias vividas por otras mujeres. La última fase, la asimilación, fue caracterizada por la introyección de la enfermedad.
- No hubo diferencias significativas en el afrontamiento del diagnóstico con respecto al nivel de formación, estrato socioeconómico, ni seguridad social. Se encontraron diferencias en aspectos relacionados con la edad, convivencia, grupo social y ocupación.
- En la etapa de manejo y tratamiento de la enfermedad, se identificaron tres fases: preparación para la acción, toma de decisiones, y reinterpretación de la experiencia, presentándose en las dos primeras fases, tendencia al afrontamiento activo realizando actividades en busca de mejorar su situación de salud y minimizar los efectos secundarios derivados del tratamiento recibido.
- Durante el manejo terapéutico se presentaron cambios ocasionados por el tipo de tratamiento. No influyeron factores que en un principio se plantearon en la investigación, pero sí de manera significativa los recursos familiares, sociales, y económicos con los cuales contaban. A pesar de ser estos aspectos comunes en toda la población, la mujer de mayor edad realizó acciones enfocadas a la emoción debido a que hubo predominio de sentimientos como tristeza, depresión y aislamiento.

6. RECOMENDACIONES

- Durante la asistencia prestada en los servicios de salud paciente y familia deben ser tratados como una unidad, proporcionándole un apoyo integral, constante y oportuno desde el momento que es dado el diagnóstico, y así, permitirles expresar sus sentimientos y afrontar de manera efectiva su enfermedad.
- Resultaría interesante realizar un estudio longitudinal, de mayor población, de diversas características, para identificar otros factores que se asocian al afrontamiento desde el momento mismo en que se da el diagnóstico.
- Sería útil que a partir de los hallazgos de esta investigación surjan nuevos interrogantes para ratificar las diferentes fases por las que pasaron las mujeres del estudio, y realizar una intervención eficaz y eficiente con el fin de mejorar la calidad de vida de las usuarias.

BIBLIOGRAFIA

ADUNA MONDRAGÓN Alma Patricia, García Salvador Silvia Mercedes. Los recursos humanos. El afrontamiento de los eventos de vida y el estrés. 2004. Disponible en: www.revistasonorensedepsicología.com.html

ALMEIDA am. Experiencia de mujeres con cáncer de mama. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto/USP; Revista electrónica semestral de Enfermería. No. 101997. Disponible en www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article. Revista electrónica semestral de Enfermería. No. 10

AMERICAN Cancer Society. Datos y estadísticas sobre cáncer en los hispanos y latinos 2006. Año 2007. html. Disponible en: [//www.cancer.org/docroot/ESP/ESP_0.asp](http://www.cancer.org/docroot/ESP/ESP_0.asp).

ARTELLS Joan Joseph. Necesidad y demanda del paciente oncológico. 2002 Disponible en: www.fundsis.org/docs/necesidad-y-demanda-del-paciente-oncologico-9.pdf

ASOCIACION Española contra el cáncer, aecc. Cáncer una rebelión celular. Actualización 29/05/07. Disponible en: www.todocancer.com.ESP/informacion+cancer/html

CARVHALO, Ana Fátima F, MESQUITA Elizabeth, Liliana M. de Almeida Araujo, Zuila M. de Figueroa Carvalho. Aspectos culturales en el proceso de cáncer de mama. Brasil, 2004

CASADO Cañero, F. Modelo de afrontamiento de Lázarus como marco de comprensión de los trastornos de la ansiedad. html. Publicación 12 de junio de 2004 Disponible en: www.portalsaludmental.com/Article75.html

CASAS Roberto, Cáncer de mama o de seno, Repercusiones psicológicas. Inestabilidad psicológica del paciente. Emociones y sentimientos. Relación psicólogo y paciente. 2001. Disponible en: <http://www.psicom.uson.mx/rsp/13-1-30.pdf>.

COLLAZOS Luz Adriana. Narrativas de afrontamiento de la enfermedad de pacientes con Cáncer Cervico-uterino que consultaron a la liga de lucha contra el Cáncer sede Neiva con edades entre 40 y 50 años de edad. 2001. Enfermería. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

DANE, Dirección de censos y demografía. Estadísticas vitales registros del año 2005. Disponible en: www.colopsoms.org/indicadores/2005/2documento%20TECNICO%20DATOS%20COLOMBIA%202005.xls

DOMÍNGUEZ Idania Oramas y Calderón Martha Teresa. Modos de afrontamiento y demanda de atención 2005. Disponible en: www.ilustrados.com/publicaciones/superior.html

DOMINGUEZ M.A, M. Marcos, R. Meiriño, E. Villafranca. M.T. Dueñas, F. Arias, E. Martínez. Intervención Psicológica en pacientes con cáncer de mama. 2005. Disponible en: [//www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia)

EQUIPO PERIODÍSTICO UNIMEDIOS. Las emociones cáncer del de mama. Septiembre 25 de 2005.UNP No. 81. <http://www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/81/19.html>

IGLESIAS Hermenegildo, Mtra. Antonia, Apolonio Contreras Verónica, Bastida Callejas Esperanza, Gómez Ortega Guadalupe, Gutiérrez Florez Alma Delia. El proceso de duelo en pacientes con cáncer. 2005. Disponible en [//www.uaq.mx/psicologia/lamision/smcancer_3.html](http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/smcancer_3.html)

LAZARUS, R. S. y Folkman, S. (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. (Zaplana, M. Trad.). México: Ediciones Roca Trabajo original publicado en 1984.

MACHADO Siquiera Karina, Barbosa Maria Alves, Roseira Boemer Magali. El vivir una situación de cáncer: algunas elucidaciones. 2007 julio-agosto. Disponible en www.eerp.usp.br/rlae. Html.

MANTILLA, Alfredo. Historia natural de la enfermedad. Barcelona. Interamericana. 1998. p. 380

MESQUITA MELO, E., Magalhães da Silva, R., De Almeida, A.M., Carvalho., Fernández, A. F.Mota Rego, C. D. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico cáncer de mama,.2005 Disponible en [//www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal). 2006

NATIONAL CÁNCER INSTITUTE, La espiritualidad en el tratamiento del cáncer, 2006. Disponible en [//www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/patient/allpages/print](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/patient/allpages/print)

NATIONAL CÁNCER INSTITUTE. El cáncer definición, información general. 2006 Disponible en: <http://www.cancer.gov/español/cancer/html>.

NATIONAL CÁNCER INSTITUTE. Tratamiento cáncer del seno:. Última actualización 2007. Disponible en: www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/healthprofessional.html

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS). El apoyo de otras personas, 2003 Disponible en: [://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/_palliative/5_support.asp](http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/_palliative/5_support.asp),

OLAYA Sandra. Rueda gloria. Tejada Jorman, "Características epidemiológicas del cáncer de mama diagnosticado histopatologicamente en el HUHMP de Neiva y liga de lucha contra el cáncer entre enero 1997 a diciembre de 2000". Ejemplar 2. 2000. Enfermería. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

ORTIZ Carmen, PhD, El impacto emocional de un diagnóstico de cáncer, Saber Es Poder. 2003 Disponible en: www.revista.sonorensedepsicología.com.html

PALAMARKCHUK Liena, Primer foro departamental de salud, Comfamiliar del Huila. Liga contra el cáncer, unidad de cancerología del Huila del HUHMP de Neiva. Noviembre del 2005

PÉREZ Cárdenas Clara, Master en Psicología Clínica. Evaluación psicológica de mujeres mastectomizadas. 2004. Disponible en [//www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-219-1.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-219-1.html)

PEREZ Cárdenas Clara. Evaluación psicológica del paciente con cáncer. Revista cubana de medicina integral. 2005. Disponible en [//www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a13.pdf)

PRIMER SIMPOSIO REGIONAL DEL PSICOONCOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA. Fundación Clínica Valle del Lili. Departamento de psiquiatría y psicología. Cali, Colombia. 14 de julio de 2005. Disponible en: [//www.neurolili.org/esp/psi/simposio/index.php](http://www.neurolili.org/esp/psi/simposio/index.php)

RODRÍGUEZ Galán Antonio, Perona Garcelán Salvador. Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento, Servicio Andaluz de Salud. 2002. Disponible en: www.psicothema.com/cancer.asp.html

SALAMANCA Oscar Mauricio. Ceron Joan Diego, Ladino Walter. Relación del cáncer de seno con antecedentes psicoafectivos importantes como perdida de un hijo, cónyuge y padres en las mujeres ingresadas con este diagnóstico al HUHMP de Neiva, entre 01/11/2003 y 01/11/04. Enfermería. Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud.

SANOFI Adventis. Todo sobre el cáncer de mama. Publicado enero 2005. Disponible en: www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama.html.

STANLEY I. Robbins, Kumar Vinay, Contran Ramzi. Patología estructural y funcional. Año 1992. Mc Grawhill. 4º ed. Volumen 1. Pág: 569, 700.

URQUIDI, L. Indicadores Psicológicos Asociados al Cáncer de Mama. Tesis de maestría, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora, México. 1996.

ZARATE TINOCO, Erika Geraldine. Cáncer de seno. Publicación 2003, Disponible en: <http://www.monografias.com/>

ANEXOS

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

ANEXO A

**AFRONTAMIENTO FRENTE AL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL CANCER DE
MAMA
INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION**

GUÍA PARA LA ENTREVISTA

1. AFRONTAMIENTO PASIVO EN EL DIAGNÓSTICO

1. ¿Qué pensaba usted acerca del Cáncer antes de recibir el diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama?
2. ¿Qué sintió (sentimientos) usted en el momento que le diagnosticaron cáncer de mama?
3. ¿Qué significó para usted como persona conocer que padecía cáncer de mama?
4. ¿Qué significó para usted a nivel de pareja conocer que padecía cáncer de mama?
5. ¿Qué significó para usted a nivel familiar conocer que padecía cáncer de mama?
6. ¿Qué significó para usted a nivel social conocer que padecía cáncer de mama?
7. ¿Qué significó para usted a nivel laboral conocer que padecía cáncer de mama?
8. ¿Qué implicaciones negativas tuvo para usted ese nuevo diagnóstico?
9. ¿Qué implicaciones positivas tuvo para usted ese nuevo diagnóstico?

10. ¿Como influyó la forma en la que fue dado el diagnóstico (sentimientos, significados e implicaciones que este tuvo)?

AFRONTAMIENTO EN MANEJO Y TRATAMIENTO:

11. ¿Qué tipo de tratamiento conocía usted para el manejo del Cáncer?
12. ¿Qué participación tuvo usted en la elección de su conducta terapéutica o tratamiento recibido?
13. ¿Qué sentimientos suscitó en usted la conducta terapéutica elegida y/o impartida para su situación de salud en particular?

AFRONTAMIENTO ACTIVO EN DIAGNÓSTICO:

14. ¿Qué condiciones o recursos consideró usted que tenía disponibles para manejar el nuevo diagnóstico?
15. ¿Cuánto tiempo tomó en decidir el inicio del tratamiento luego del diagnóstico?
16. ¿Qué cambios experimentó en su vida a partir del diagnóstico?

AFRONTAMIENTO ACTIVO EN TRATAMIENTO Y MANEJO:

17. ¿Qué nuevas acciones llevó a cabo durante el manejo y tratamiento de su enfermedad?
18. ¿Qué cambios experimentó a nivel psicológico a partir de la conducta terapéutica que recibió?
19. ¿Qué cambios experimentó a nivel social a partir de la conducta terapéutica que recibió?
20. ¿Qué cambios experimentó a nivel económico a partir de la conducta terapéutica que recibió?
21. ¿Qué cambios experimentó a nivel laboral a partir de la conducta terapéutica que recibió?
22. ¿Qué cambios experimentó a nivel de pareja a partir de la conducta terapéutica que recibió?

23. ¿De qué manera asumió estos cambios?

24. ¿Qué recursos utilizó para el manejo de los cambios derivados del tratamiento ó manejo?

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

ANEXO B

**FACTORES ASOCIADOS AL AFRONTAMIENTO FRENTE AL DIAGNÓSTICO Y
MANEJO DE CANCER DE MAMA**

CÓDIGO: _____

FECHA: _____ **EDAD:** _____

OBJETIVO: identificar los factores asociados al afrontamiento frente al diagnóstico y manejo de cáncer de mama de las mujeres que iniciaron y terminaron tratamiento en la unidad de Cancerología en el año 2006.

A continuación encontrará una serie de preguntas cada una con diferentes opciones de respuesta. Debe seleccionar con una **X** la respuesta que usted considere la más acertada.

La información obtenida con este instrumento es de carácter estrictamente confidencial y sólo para fines académicos.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

1. Estrato socioeconómico en el que esta clasificado: _____

2. Nivel de formación alcanzado:

- A. Primaria _____
- B. Secundaria _____
- C. Técnico _____
- D. Universitario _____
- E. Posgraduado _____
- F. Ninguno _____

3. Estado civil al momento del diagnóstico:

Soltera_____ Casada_____ Viuda_____
Separada_____ divorciada_____ Unión libre_____

4. En el momento de diagnóstico usted convivía con:

Pareja_____ Pareja e hijos_____
Hijos_____ Padres_____
Padres e hijos_____ Otro familiar_____
Solo_____

5. Ocupación al momento de recibir el diagnóstico:

Empleada_____ Desempleada_____
Trabajadora Independiente_____
Pensionada_____ Ama de casa_____

6. Régimen de salud al que pertenecía al momento del diagnóstico:

Contributivo_____ Subsidiado_____
Vinculado_____ Régimen especial_____
Ninguno _____

7. Grupos sociales a los que pertenecía en el momento del diagnóstico:

Religiosos_____ Artísticas_____ Políticas_____
Gremiales_____ Otro cual_____

8. Ha sufrido la pérdida de alguno de los siguientes seres queridos 3 años previos al diagnóstico y manejo de la enfermedad:

Padres_____ hijos_____ hermanos_____
Pareja_____ ninguno_____

FACTORES PERSONALES

10. Se había fijado usted proyectos y metas antes del diagnóstico:

Corto plazo Si _____ No_____
Mediano Si _____ No_____
Largo Plazo Si _____ No_____
Sin metas _____

11. ¿Se sentía conforme y feliz con la vida que tenía antes del diagnóstico?

Si _____ No _____

12. ¿Se sentía conforme con su apariencia antes del Diagnóstico?

Si _____ No _____

13. ¿Se sentía una persona útil y necesaria para sus seres queridos?

Si _____ No _____

14. ¿Era una persona que tenía expectativas frente a la vida?

Si _____ No _____

15. Frente a una situación estresante usted:

a. Sentía que era capaz de superarlo y tenía control sobre la misma

b. Sentía que era incapaz de sobrellevarlo y no tenía control.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

ANEXO C

**AFRONTAMIENTO FRENTE AL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO
DEL CANCER DE MAMA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ CC _____ de _____ En pleno uso de mis facultades mentales declaro haber recibido pertinente información y conocer el objetivo, procedimiento a realizarse, molestias, riesgos y beneficios de la investigación “*afrentamiento frente al diagnóstico, manejo y tratamiento del cáncer de mama y sus factores asociados*”. Acepto voluntariamente participar en dicho evento, teniendo en cuenta que tengo derecho a:

- Recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración o cualquier duda relacionada con la investigación.
- Retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en la investigación, sin que ello me cree perjuicios
- No tener que cancelar ningún costo por concepto de pruebas que se me apliquen o algún otro aspecto relacionado con la investigación
- Mantener la confidencialidad de la información obtenida.

En la constancia a los _____ día del mes _____ de 2007

Firma del participante a estudio

Firma de la investigadora

Firma del testigo