

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Obstetricia y Puericultura**



**VALORACIÓN DE LAS RESPUESTAS ADAPTATIVAS PSICOSOCIALES ANTE EL  
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GINECOLÓGICO**

Tesis presentada como parte de los requisitos para  
optar al GRADO DE LICENCIADA EN  
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.

**JENNIFER VIVIANA SALOM DEUMA**

**VALDIVIA – CHILE**  
**2007**

**COMISION CALIFICADORA**

**Profesora patrocinante:** Sra. Juana Romero Z.

---

Nombre

Firma

**Profesora informante:** Sra. María Teresa Cardemil J.

---

Nombre

Firma

**Profesora informante:** Sra. Liliana Martínez G.

---

Nombre

Firma

**FECHA DE APROBACIÓN:** \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres, ya que al llegar a esta etapa de mi vida puedo comprender que gracias a su ejemplar esfuerzo, no hay sacrificio es sea vano y sin lugar a dudas que la perseverancia se hereda y se enseña, cuyo valor sólo se siente cuando ya has logrado algo.*

*A mis hermanas, Cynthia, Romi, Ignacia, mis mejores amigas, y a una personita demasiado especial, Valentina, gracias por su alegría, las quiero demasiado.*

*A mis dos grandes amores; a mi ángel, mi hija, Bárbara, quien ha sido mi fuerza inspiradora y sólo gracias a su maravillosa existencia llena de plenitud mi vida; a ti Carlos, por tu amor, tu compañía, paciencia y comprensión.*

*A mis profesoras, Juanita Romero, Maria Teresa Cardemil y Liliana Martínez, por su gran apoyo académico e invaluable profesionalismo.*

*A todas esas mujeres quienes me prestaron un espacio de su tiempo y de quienes aprendí a valorar lo sencillo y lo cotidiano de la vida.*

*A todos quienes han formado parte de mi vida y me han entregado su compañía y a los que ya partieron (Ricardo, ita) sin embargo se encuentran siempre presentes, muchas gracias.*

## INDICE DE MATERIAS

Capítulo		Página
	RESUMEN SUMARY	
<b>1.0</b>	<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
1.1	Objetivos generales	2
1.2	Objetivos específicos	2
<b>2.0</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
2.1	Aspectos biológicos	3
2.2	Adaptación psicosocial al cáncer	3
2.2.1	Significado personal, social y familiar del cáncer	3
2.2.2	Proceso de adaptación	5
2.2.3	Evolución de la respuesta psicosocial	8
2.3	Estrategias de afrontamiento	9
2.3.1	Tipos de afrontamiento	9
2.3.2	Afrontamiento y evolución de cáncer	11
2.3.3	Regulación emocional en mujeres con cáncer de seno metastásico	11
2.4	Estados psicológicos y cáncer	13
2.4.1	Estados psicológicos que inducen al desarrollo de esta enfermedad	13
2.4.2	Repercusión psicosocial del cáncer	15
2.4.5	Autoestima y autoimagen corporal	16
2.4.6	Repercusión familiar	18
2.4.7	Relación afectiva y sexual	18
2.4.8	Efectos de la quimioterapia y cirugía sobre el estado psicoemocional	21
2.5	El tratamiento psicoterapéutico y psicosocial	21
2.5.1	Objeto del asesoramiento psicosocial	21
2.5.2	Objetivos de la psicoterapia	22
2.5.3	Acciones psicoterapéuticas	22
2.5.4	Efectos de la terapia de apoyo	24

<b>3.0</b>	<b>DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>27</b>
3.1	Tipo de estudio	27
3.2	Recolección de la información	27
3.3	Selección de las participantes	27
3.4	Procedimiento de análisis	28
3.5	Rigor y ética de la investigación	28
<b>4.0</b>	<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>30</b>
4.1	Identificación del grupo informante	30
4.2	Recursos de adaptación	31
4.2.1	Experiencias de vida anterior: eventos estresantes antes del diagnóstico	31
4.2.2	Conocimiento del proceso patológico	32
4.2.2.1	Percepción de las causas determinantes de la enfermedad	32
4.2.2.2	Conocimiento de su enfermedad	34
4.2.3	Percepción de su autoimagen corporal	36
4.2.4	Red de apoyo	38
4.2.4.1	Relación de pareja	38
4.2.4.2	Apoyo familiar y social	40
4.3	Respuestas adaptativas psicosociales	42
4.3.1	Reacciones y /o respuestas emocionales y/o comportamentales	42
4.4	Mecanismos de afrontamiento	45
4.5	Manejo psicosocial del equipo de salud	48
4.5.1	Necesidades sentidas de apoyo psicosocial por parte de las usuarias	48
4.5.2	Forma de valorar el apoyo psicosocial del equipo de salud	49
<b>5.0</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>
<b>6.0</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>54</b>

<b>7.0</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>58</b>
7.1	Anexo 1 : Clasificación de categorías y subcategorías	58
7.2	Anexo 2 : Definición de categorías	59
7.3	Anexo 3 : Antecedentes generales	61
7.4	Anexo 4 : Entrevista semiestructurada	62
7.5	Anexo 5 : Escala de autoestima de Coersmith	63
7.6	Anexo 6 : Escala breve de depresión	64
7.7	Anexo 7 : Acta de consentimiento informado para la investigación clínica	65
7.8	Anexo 8 : Identificación de los informantes	66

## RESUMEN

El cáncer es una enfermedad con un fuerte impacto psicosocial, sigue siendo la morbilidad más temida de la población, por la estigmatización de carácter mortal, los efectos del tratamiento y la repercusión a nivel familiar y social.

El cáncer ginecológico provoca gran impacto en la vida de las mujeres, por la amenaza de perder el rol sexual y reproductivo que le confiere la sociedad, lo cual repercute fuertemente en su autoimagen corporal y autoestima. Por estos motivos se realizó esta investigación de tipo cualitativa para conocer, desde el punto de vista subjetivo, las repercusiones psicoemocionales y sociales de mujeres que sufren esta enfermedad, mediante la valoración de sus recursos adaptativos, sus mecanismos de afrontamiento, respuestas adaptativas y la valoración de las usuarias del manejo psicosocial, por parte del equipo de salud.

Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas a mujeres con cáncer ginecológico, en los servicios de Ginecología y Oncología del Hospital Regional de Valdivia. La técnica a través de la cual se analizaron fué mediante el análisis de contenido.

En relación a los resultados más relevantes cabe destacar que dentro de los recursos adaptativos, el apoyo familiar es fundamental, pues los hijos se transforman en el principal motivo de lucha. La autoimagen corporal y autoestima se ve fuertemente afectada por los efectos del tratamiento y por el tipo de cáncer, el cual repercute en su rol sexual y reproductivo. Las respuestas adaptativas se ven influenciadas por la representación social del cáncer, como sentencia de muerte, porque inclusive las lleva a la ideación suicida, sienten temor de dejar a sus hijos solos y de ver amenazado el cumplimiento de sus sueños. Todo este sentimiento está acompañado de sentimientos como la rabia, la impotencia, la incertidumbre como reacción inicial y que luego se va transformando en mayor vulnerabilidad emocional, representado por lo riesgos de Depresión encontrados. Los mecanismos de afrontamiento que destacan son los de valoración positiva, espíritu de lucha y represión emocional. La percepción del manejo psicosocial del equipo de salud que tienen las usuarias consiste en la entrega de información, el apoyo instrumental en el plano asistencial, espacio para la expresión de sentimientos y amabilidad del personal. Las necesidades sentidas están relacionadas con mejorar la comunicación con el médico tratante y la entrega de información sobre la derivación a un Psicólogo/a. Como proyección de nuestro rol, está la inclusión en el protocolo de valoración y plan de cuidados, instrumentos de evaluación del compromiso psicoemocional, la gestión de proyectos para ampliar la red social y la actualización y sensibilización de los equipos de salud.

Palabras claves: cáncer ginecológico, recursos de adaptación, respuestas adaptativas, mecanismos de afrontamiento, apoyo psicoterapéutico.

## SUMMARY

The cancer is a disease with a strong impact psychosocial, it continues being the disease most been afraid of the population, for the stigmatization of mortal character, the effects of the treatment and the repercussion to family and social level.

The gynaecological cancer provokes great impact in the life of the women, for the threat of losing the role that he is awarded by the society, the sexual and reproductive role, which reverberates strongly in her corporal autoimage and autoestimates. For these motives this qualitative investigation of type was realized to know from the subjective point of view the repercussions psychosocial of women who suffer this disease, by means of the valuation of her adaptative resources, her mechanisms of confrontation, adaptative answers and the perception of the type of managing on the part of the equipment of health.

There were realized ten interviews semi constructed to women with gynaecological cancer, in the services of gynaecology and oncology of Valdivia's Regional Hospital. The skill across which they were analyzed was by means of the analysis of content, accompanied of the observation.

Inside the most relevant results it is necessary to emphasize that inside the adaptative resources, the social support is fundamental, principally the family support, since her children transform in the principal motive of struggle. The corporal autoimage and she autoestimates meets strongly affected by the effects of the treatment and for the type of cancer which reverberates in her, sexual and reproductive role. The emotional reactions and adaptative answers meet influenced by the social stigmatization of the cancer like synonymous of death, due to the dread that they demonstrate, specifically for leaving her, alone children and for seeing threatened the fulfilment of her dreams. All this dread this one involved for feelings as the anger, the impotence, the uncertainty like initial reaction and that then is transforming in major emotional vulnerability, represented for high opposing risks of depression. The mechanisms of confrontation that stand out are those of positive valuation, spirit of struggle and emotional repression. The perception of the managing psychosocial of the equipment of health that the woman have consists of the delivery of information, the instrumental support of the welfare plane, I spread for the expression of feelings and amiability of the personnel. The felt needs are related in spite of improving the communication with the medical dealer and the delivery of information about the derivation to a Psychologist .As projection of our role, is the incorporation in the protocol of valuation and plan of taken care, instruments of evaluation of the commitment psychosocial, the project management to extend the social net and the update and sensitization of the equipments of health.

Key words: gynaecological cancer, resources of adjustment, adaptative answers, mechanisms of confrontation, support psychosocial.



## 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer, se ha convertido en la segunda principal causa de muerte en hombres y mujeres, desde el año 1970 (MINSAL 2004). Separando por sexo, la mortalidad por cáncer en mujeres alcanza una tasa de 119 con un total de defunciones de 9671 (MINSAL 2004), el cáncer ginecológico alcanza una tasa de 29.7 (INE 1998); teniendo el cáncer de mamas una tasa de 13.5 por 100.000 y el cáncer al cuello del útero una tasa de 8.3 por 100.000 (MINSAL 2004). En Chile tres mujeres mueren diariamente por cáncer de mamas y una de cada catorce desarrollará la enfermedad en el transcurso de su vida y el cáncer de útero es la segunda causa de muerte por causas ginecológicas en la mujer. En Valdivia la mortalidad por cáncer al cuello del útero alcanza una tasa de 6.0 por 100.000 y la mortalidad por cáncer de mamas alcanza una tasa de 7.0 por 100.000 (MINSAL 2004).

El cáncer se caracteriza por ser un proceso multifactorial, que incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales. POLO (1990)

RICO, (2000) al analizar la localización, el tipo de cáncer, los tratamientos, el momento en que se valoran sus problemas psicológicos y los criterios utilizados para ello, encontró que un 20-70% de los pacientes oncológicos desarrollan trastornos emocionales, que precisarían de algún tipo de intervención psicológica.

Es indudable, la influencia que ejerce el nivel de adaptación ante un evento estresante y sus consecuencias, tanto a nivel físico y psicológico, entonces cabe señalar que frente al diagnóstico de cáncer, la persona sufre un desajuste en sus expectativas de vida y la realidad, convirtiéndolo en un hecho estresante en su vida, por lo tanto se hace imprescindible el apoyo psicoterapéutico de la usuaria con el fin de enfrentar de una mejor manera posible su realidad y contribuir a mejorar el pronóstico de su enfermedad. BORDÓN (1997)

Los objetivos de la psicoterapia apuntan en varias direcciones pero lo fundamental es que el paciente comprenda la relación de su enfermedad con su vida emotiva e identifique los conflictos subyacentes que lo llevaron a enfermarse y que le impiden su recuperación mejorando su calidad de vida. MIDDLETON (1996)

A partir de lo dicho anteriormente, los antecedentes confirman la inmensa responsabilidad del equipo de salud que está en una interacción constante con estas mujeres, cada uno de los integrantes debe tener conocimiento del impacto emocional de la enfermedad sobre la mujer y la influencia en su comportamiento y su calidad de vida. Dentro de estos profesionales cobra gran importancia la Matrona/Matrón, quienes tienen contacto directo con estas usuarias desde el nivel primario de atención con actividades como la prevención y pesquisa precoz de cáncer cervicouterino y de mamas, así como también, en la asistencia en el campo de la ginecología, en el nivel terciario de atención. La implementación de la red asistencial en función de los

cuidados paliativos y manejo del dolor de los pacientes con cáncer y sus familias, hace que emerja la necesidad de la incorporación de la Matrona/Matrón, como integrante a este equipo.

Frente a éstas evidencias surge la presente investigación que pretende conocer desde las vivencias de las mujeres que experimentan esta enfermedad ¿Cuáles son las respuestas adaptativas en el ámbito psicosocial que presentan las mujeres afectadas por cáncer ginecológico y cómo valoran estas usuarias las acciones psicoterapéuticas desarrolladas por el equipo de salud?

El presente estudio de tipo cualitativo, elaborado con el rigor y los resguardos éticos propios de una investigación, plantea como objetivos:

### **1.1 OBJETIVOS GENERALES**

1.1 Explorar las respuestas adaptativas en el ámbito psicosocial que se expresan en las usuarias con cáncer ginecológico.

1.2 Conocer el valor que las usuarias le dan a las acciones psicoterapéuticas que incorpora el equipo de salud, en el manejo clínico del cáncer ginecológico.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1.2.1 Describir características sociodemográficas de las usuarias, el diagnóstico y etapa de la enfermedad.

1.2.2 Describir recursos de adaptación y las respuestas adaptativas que se manifiestan en el grupo en estudio.

1.2.3 Identificar los mecanismos de afrontamiento utilizados habitualmente por las usuarias.

1.2.4 Identificar las necesidades sentidas de apoyo psicoterapéutico que manifiestan las usuarias.

1.2.5 Identificar el valor que le dan las usuarias a las acciones psicoterapéuticas que incorpora el equipo de salud en la satisfacción de sus necesidades psicosociales.

1.2.6 Analizar la relación entre las acciones psicoterapéuticas, mecanismos de afrontamiento, recursos de adaptación y las respuestas adaptativas psicosociales ante el diagnóstico.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS**

Según POLO (1990), el cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para diseminar, invadiendo los tejidos próximos y dando metástasis.

El por qué y cómo una célula adquiere estas características es una incógnita que empieza a conocerse. Se sabe que los protooncogenes (genes que se encuentran en las células normales y codifican el crecimiento y la diferenciación celular) en algunas personas se transforman en oncogenes y comienzan a actuar de forma anormal o fuera de tiempo. Esta transformación probablemente ocurre tras la exposición a carcinógenos, tales como sustancias físicas, químicas, virus, etc., que inducen mutaciones puntiformes, ampliaciones, traslocaciones, transducciones e inserciones de información en el DNA. El cáncer también puede originarse cuando se alteran los antioncogenes o genes supresores de tumores. A estas dos alteraciones genéticas por herencia (sobre todo los antioncogenes) hay que añadir la susceptibilidad de exposición a una mayor o menor cantidad de carcinógenos. Además, las células tumorales son capaces de superar las defensas inmunológicas del huésped, mediante varios mecanismos: generación de células T supresoras, presentación inadecuada de antígenos, liberación de sustancias inmunosupresoras, entre otros. POLO (1990)

Junto a estos conocimientos básicos y actuales de oncología hay aportes de la inmunología, la endocrinología, la neurología, la psicología y la psiquiatría que nos llevan a entender el cáncer como un proceso multifactorial, entre ellos, los aspectos psicológicos los cuales deben adquirir importancia pues los estudios corroboran que pueden inducir un cáncer, así como también las consecuencias psicológicas de esta enfermedad resultan ser determinantes en su pronóstico.

### **2.2 ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL CÁNCER**

#### **2.2.1 Significado personal, social y familiar del cáncer**

El significado de un diagnóstico de cáncer para un paciente en particular, es completamente personal y surge de numerosas fuentes, como las experiencias pasadas con esta enfermedad, los prejuicios culturales y la información proporcionada por los medios de comunicación. OTTO (1999)

Estas fuentes pueden ser precisas o no, útiles o no y ayudar o no a afrontar a la persona a la situación y adaptarse de manera positiva. Es posible que el paciente y sus allegados hayan tenido experiencias diferentes, que influyen en su interpretación y expectativa. Por consiguiente aunque se observen patrones de respuestas similares, es fundamental recordar

que cada individuo diagnosticado con cáncer atraviesa por una situación única enmascarada por sus experiencias muy personales de vida. OTTO (1999)

Según LAPORTE (2003) el diagnóstico de cáncer supone en la vida de los pacientes afectados y sus familiares una ruptura brusca con la vida cotidiana. Este proceso de ruptura presenta aspectos comunes a todos los pacientes y diferencias en función del tipo de tumor, la edad, la gravedad de la enfermedad y el capital relacional. Como aspectos comunes destacan la despersonalización, la pérdida del equilibrio emocional, el miedo y las tensiones asociadas a los tiempos de espera. El proceso de despersonalización implica la adopción de un yo-enfermo de cáncer que sustituye al yo-persona e invade el conjunto de relaciones que el paciente tiene consigo mismo y con su entorno. Una persona que hasta hace unos días llevaba una vida laboral y familiar aparentemente normal pasa a ser un enfermo, con todo lo que eso puede significar respecto a dependencia, humillación e incertidumbre.

WEISMAN (1986) (original no consultado) citado por el autor OTTO (1999) señala que el cáncer no es solo otra enfermedad crónica, evoca mucho de los temores más profundos de la humanidad, la sola palabra cáncer se asocia con la muerte mucho más próxima que el resto que no la padece y es indudable que luego del diagnóstico se sufra una crisis y las respuestas de adaptación ante esta enfermedad no se igualen a las observadas en cualquier otra, para la mayoría de los afectados es un proceso altamente doloroso, tanto en lo físico como en lo emocional aún con los avances científicos en el ámbito terapéutico.

GOLDEN-KREUTZ (2004), señala que la etapa inicial de la enfermedad provoca, más que cualquier otra, desconcierto familiar y desintegración personal. La amenaza de un enorme costo emocional, económico, familiar y social apenas se vislumbra, pero eso basta para sentir impotencia y desesperación.

Al principio la persona y su familia experimentan el choque de un diagnóstico inesperado o el dolor de confirmar sus peores temores. A partir de ese momento el significado del cáncer para cada persona va evolucionando.

El momento en que se realiza el diagnóstico de cáncer, en términos de nivel de desarrollo del paciente y su familia, puede empeorar o mitigar los sentimientos que éste produce. La edad y la etapa de la vida afecta las percepciones, la comprensión y la aceptación. El diagnóstico de un tumor maligno en un niño o un adulto joven con frecuencia es más devastador que en un anciano quien al parecer, ha alcanzado logros considerables en su vida; los períodos de transición en la vida pueden intensificar las respuestas.

A medida que la usuaria y su familia tratan de adaptarse a una situación abrumadora se observa una amplia gama de respuestas. Es muy importante abstenerse de rotular una reacción particular como anormal o desadaptada, no hay nada normal en que a una persona le diagnostiquen una enfermedad que amenaza su vida, ni tampoco existe una manera correcta de afrontar la amenaza de perder a un ser querido. El equipo de salud debe otorgar apoyo psicosocial libre de prejuicios, pues es uno de los aspectos importantes que influyen en el éxito del afrontamiento.

Según MIDDLETON (1996) el sólo diagnóstico obliga a pensar que no habrá mejoría, así se produce el bloqueo, la negación de la realidad: “No puede ser cierto”, “No a mí”, “Debe haber una equivocación”. La infraestructura psíquica es incapaz de absorber la verdad y entonces comienza otro peregrinaje para pedir nuevas opiniones, tal vez alguien acierte y diga que no es cierto.

El tipo específico de cáncer y el tratamiento necesario suponen desafíos que hay que afrontar y que influyen en las respuestas. Los cambios físicos visibles acentúan el impacto personal y social. El significado y las implicaciones del diagnóstico evolucionan con el tiempo y la experiencia, pero la adaptación y la incertidumbre siguen siendo desafíos recurrentes.

### **2.2.2 Proceso de adaptación**

Según NACIONAL CÁNCER INSTITUTE (2006) la adaptación al cáncer es un proceso continuo en el cual el paciente aprende a enfrentar el sufrimiento emocional, solucionar problemas relacionados con el cáncer y controlar acontecimientos de la vida relacionados con la enfermedad. Los pacientes se enfrentan a muchos retos que se modifican a medida que cambia la enfermedad y el tratamiento.

POLO (1990) señala que justo después de la revelación del diagnóstico de cáncer, cada persona define un camino único que se caracteriza por las respuestas físicas y psicosociales individuales a una situación de incertidumbre. La preocupación inicial es la lucha entre la vida y la muerte compartida también por la familia y amigos que experimentan una reacción aguda de duelo que se pueden visualizar desde el marco conceptual de la teoría de afecto. Esta teoría se basa en la premisa de que el nivel de angustia experimentado se relaciona directamente con el significado que tiene para el individuo la función o la parte corporal en peligro, pues al principio lo más difícil de afrontar para la persona que valora la apariencia física puede ser la alopecia, mientras que una persona que da prioridad a su desarrollo profesional puede angustiarse bastante por la fatiga relacionada con la terapia y el posterior deterioro de su cumplimiento; por esto el equipo de salud debe considerar el impacto que puede tener la pérdida posible de la imagen corporal.

Otro de los aspectos importantes dentro del diagnóstico inicial es la forma en como se le informa acerca del diagnóstico y los tratamientos, pues muchos de los pacientes se sienten abrumados y no comprenden lo que se les dice, provocando mayor nivel de angustia; esta situación se acentúa cuando se encuentran solos frente a quien le da la noticia. POLO (1990)

La comunicación del diagnóstico de cáncer es un aspecto muy controvertido. Según el autor CASSEM (1994) (original no consultado) citado por el autor POLO (1990) señala que los médicos actuales prefieren decirles el diagnóstico a los pacientes, porque consideran que tienen derecho a conocerlo. Esto no excluye la posterior evitación o negación de la verdad, como se ha comprobado que ocurre en alrededor del 20% de los casos. Decir la verdad, adaptada a la fortaleza de cada paciente y manteniendo la esperanza, es una base firme para una relación de confianza y facilitará la resolución de los problemas que surgen en la trayectoria de la persona enferma de cáncer.

Según la bibliografía se cree necesario e importante la comunicación del diagnóstico al paciente, ya que señalan que en su mayoría, imaginan o saben algo de su enfermedad y un mal enfoque de la información crea mayor ansiedad y limita al enfermo para enfrentar su problema, pues se conoce que la ansiedad paraliza el mecanismo de lucha, por lo que la comunicación abierta y la información mantenida, son expresiones de una tendencia actual que evidentemente debe ser seguida, sin dejar de balancear la obligación de ser honestos con un deber igualmente importante de cultivar la esperanza razonable para los pacientes con cáncer, que es considerada un aspecto existencial que amerita respeto y sensibilidad. En todo momento el profesional deberá lograr que el paciente se sienta alentado a tener esperanzas, acompañado y protegido. PIRE (2001)

Los pacientes más activos han manifestado que, aunque existe información sobre la enfermedad y el tratamiento, la comunicación entre médicos y paciente es incompleta. En este sentido, se podría decir que aunque existe información a demanda, se podría estar produciendo un déficit de comunicación. Este podría estar motivado tanto por la ausencia de formación profesional en técnicas de comunicación, como por las dificultades para proporcionar información veraz y completa en situaciones de incertidumbre, sobre el pronóstico de la enfermedad. LAPORTE (2003)

Los profesionales de salud deben informar a las mujeres con cáncer, y a sus familiares, en forma clara y precisa, acerca de las alteraciones que pueden padecer producto de la enfermedad y su tratamiento. Mujeres informadas de manera realista sobre su condición, afrontan de una mejor manera las secuelas o limitaciones de la enfermedad a largo plazo. El entregar información verídica, permitirá crear una relación entre la usuaria y el equipo médico basada en la confianza y en la verdad, aspectos claves para lograr tranquilidad y mejor afrontamiento por parte de las mujeres. MONTES (2006)

La información que un médico debe ofrecer al paciente sobre su enfermedad constituye uno de los aspectos más importantes dentro de las múltiples interacciones que supone la relación médico-paciente y en el caso de enfermedades de curso fatal, esta relación va a estar determinada por lo que el paciente sabe acerca de su enfermedad. PIRE STUART (2001)

De aquí se desprende la importancia de valorar o evaluar cómo se entrega la información y el nivel de comprensión de los usuarios.

Los factores que influyen en la adaptación psicosocial del cáncer, derivan de tres categorías amplias de factores: relacionados con el cáncer, el paciente y la sociedad. Los factores derivados del cáncer influyen, el tipo de cáncer, su estadio y su pronóstico, el tratamiento y la recidiva. Los factores derivados del paciente incluyen 2 tipos de recursos: recursos intrapersonales para la superación y apoyo social interpersonal (apoyo familiar) así como consideración de la etapa de la vida, es decir tareas del desarrollo y los factores derivados de la sociedad, incluyen las opiniones de la sociedad en general sobre el cáncer, como el estigma y convicciones sociales sobre la causa. INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER (2006)

Según PÉREZ (2005) el apoyo social descansa básicamente en la familia, después en las amistades, en tercer lugar entre los vecinos y el equipo de atención secundaria (hospitales), y es en el cuarto lugar donde aparecen los equipos de atención primaria de salud. MONTES (2006) describe como un apoyo social indirecto, percibido por las mujeres con CaCu, el amor por sus hijos y el cuidado continuo de éstos, lo que es considerado la principal motivación para la búsqueda de tratamiento, el apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación.

Las estrategias de adaptación consisten en pensamientos y comportamientos que se utilizan en situaciones inusuales, por ejemplo cuando se debe modificar la rutina cotidiana a los efectos colaterales del tratamiento del cáncer. La adopción de estrategias para la adaptación puede ayudar a un paciente a desarrollar maneras de cambiar situaciones problemáticas, manejar las dificultades emocionales y comprender porqué sucedió el cáncer y el efecto que el cáncer puede tener en la vida del paciente. Los pacientes con buena adaptación están generalmente comprometidos y participan activamente para sobrellevar el cáncer. Aún encuentran significado e importancia en sus vidas. Los pacientes que no se adaptan bien participan menos en la adaptación, se retraen y pierden la esperanza. La alteración ocurre cuando una persona siente que carece de los recursos para dominar o controlar el cáncer. CANO (2005)

Según el NACIONAL CÁNCER INSTITUTE (2006) algunas personas pueden tener más dificultad en ajustarse al diagnóstico de cáncer que otros, y variarán en la forma de responder al diagnóstico. La Depresión mayor no es simplemente tristeza o falta de ánimo, esta afecta aproximadamente a un 25% de los pacientes y tiene síntomas reconocibles que pueden ser diagnosticados y tratados, debido a que éstos impactan la calidad de vida. La Depresión también es un trastorno subdiagnosticado en la población general. Los síntomas evidentes, al momento del diagnóstico de cáncer, podrían representar una condición preexistente y exige evaluación y tratamiento por separado.

La respuesta emocional al diagnóstico de cáncer o a una recaída, podría comenzar con un período disfórico marcado por un aumento en la agitación. Durante este tiempo el individuo experimentará trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro. Sin embargo, al menos la mitad de todas las personas diagnosticadas con cáncer se adaptarán satisfactoriamente. Algunos indicadores de lo que se podría considerar una adaptación exitosa son: mantenerse activo en los quehaceres cotidianos; tratar de reducir al mínimo el impacto que causa la enfermedad en los papeles que a diario se desempeña ,tratar de regular las emociones que son normales durante la enfermedad; y manejar los sentimientos de desesperanza, desvalidez, inutilidad o culpa.

Dentro de los modelos teóricos psicosociales se han descrito áreas de inquietud predominante relacionadas con el impacto psicosocial. Según el autor WEISMAN Y WORDEN (original no consultado) citado por el autor OTTO (1999) han agrupado e identificado los aspectos más preocupantes para los pacientes y las familias:

- Preocupaciones sobre la salud: el nivel de preocupación se relaciona con la interpretación individual del avance de la enfermedad y el significado de los síntomas asociados con la terapia.
- “Concepto de sí mismo”: los cambios en la apariencia física o en el trabajo influyen en la autoestima y la imagen corporal.
- Trabajo y finanzas: la discapacidad física, los cambios laborales temporales o permanentes, las dudas sobre la cobertura del seguro médico o cualquier alteración en el estado económico pueden generar un gran sufrimiento emocional.
- Familiares y allegados: los cambios en el estado de ánimo o las inquietudes sexuales específicas provocan tensión en las relaciones.
- Religión: la regularidad con la que alguien asiste a la iglesia no siempre indica la profundidad de un sistema de creencias. Algunas personas encuentran consuelo en una creencia religiosa, mientras que otras se sienten abandonadas.
- Inquietudes existenciales: cualquiera que sea el pronóstico, el individuo lucha con una existencia limitada y la posibilidad de muerte precoz.

### **2.2.3 Evolución de la respuesta psicosocial**

A medida que los objetivos de la terapia se ajustan a los estadios de la enfermedad, el cuidado y apoyo también se adapta a los tipos de respuesta psicosocial frente a la evolución de la enfermedad.

WEISMAN Y WORDEN (1986) citado por el autor OTTO (1999) describieron cuatro etapas psicosociales que pueden considerarse en conjunto con el estadio físico de la enfermedad.

- Etapa I. Crisis existencial: los primeros cien días después del diagnóstico se han descrito como el período de crisis existencial. Al comienzo, cuando se confirma el diagnóstico se produce un impacto que genera angustia. Con el tiempo, el foco de atención pasa del shock inicial al afrontamiento del plan de tratamiento y los efectos secundarios de la terapia. Cualquiera que sea el pronóstico, el temor a la muerte durante este intervalo es recurrente. En general, la angustia emocional es proporcional al grado de cambio físico.
- Etapa II. Calma y adaptación: comprende los aspectos que se afrontan durante la remisión o el tiempo posterior a la curación. La adaptación se relaciona con los efectos secundarios a largo plazo y el temor a la recurrencia. La adaptación exitosa consiste en vivir sin prestar demasiada atención a los cambios relacionados con la enfermedad y lograr el nivel de cumplimiento y autonomía previo a la enfermedad. Un nuevo interés en la vida surge a medida que se desarrollan planes para el futuro.
- Etapa III. Deterioro: la recurrencia señala un pronóstico limitado en el tiempo. Percatarse de que el cáncer ha reaparecido puede relacionarse con el grado de síntomas que el



- paciente experimenta. La expectativa de vida puede seguir siendo una incógnita. Este período puede ser prolongado o evolucionar con rapidez a la fase terminal de la enfermedad.
- Etapa IV. Enfermedad terminal: comprende el proceso de muerte. El control de los síntomas y las elecciones personales deben guiar la atención. Desde que comienza la fase terminal hasta la muerte, los cuidadores pueden preveer un camino seguro para el moribundo.

## **2.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

### **2.3.1 Tipos de afrontamiento**

El diagnóstico y posterior tratamiento de las enfermedades oncológicas provoca un fuerte impacto emocional que motiva la necesidad de investigar la reacción psicológica del paciente, los problemas psicológicos que aparecen, cómo el paciente se define a sí mismo y su entorno desde este nuevo rol y las estrategias de afrontamiento que utiliza para enfrentarse a la enfermedad y que van a determinar su proceso adaptativo. (MORO 2002)

Afrontamiento ha sido definido por LAZARUS Y LAUNIER (1978), citado por DÍAZ (1997) como "los esfuerzos intrapsíquicos y orientados a la acción (cognitivos y afectivos), en aras de manejar demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales, al ser valorados como excesivos por el individuo en relación con los recursos de que dispone o cree disponer".

El objetivo del afrontamiento es resolver los problemas. Desde el punto de vista simplista es todo lo que la persona hace para sentirse mejor cuando tiene un problema; esto incluye reconocer que existe, tomar algunas medidas al respecto y evaluar si éstas dieron resultado o no. El enfermo de cáncer, tras conocer el diagnóstico, pone en marcha una estrategia previa de afrontamiento de los problemas. OTTO (1999)

Las estrategias positivas de afrontamiento se caracterizan por conductas de diferentes tipos. La lista a continuación presenta ejemplos de algunas estrategias, que se identifican por comportamientos específicos.

- Disminuir los comportamientos de evasión. Es posible reducir la negación del problema mediante información apropiada, incluidas las derivaciones a los profesionales de salud respectivos.
- Confrontar la realidad. Consiste en reconocer y tratar de manera realista los resultados posibles de las terapias para el cáncer.
- Redefinir los problemas para que tengan solución: por ejemplo, programar la terapia para alterar lo menos posible las actividades en el trabajo y la familia.

- Mantener una comunicación abierta con los seres queridos. En este caso, el paciente y sus allegados asumen con honestidad sus sentimientos, preocupaciones y ansiedades.
- Buscar ayuda constructiva, incluida la atención médica adecuada. El individuo busca una segunda opinión o se acerca a los proveedores de servicios de salud con quienes se siente cómodo.
- Aceptar el apoyo que se le ofrece y utilizar los comportamientos afirmativos cuando sea necesario. El individuo acepta el apoyo que es útil y reconoce los comportamientos que no los son.
- Promover la moral mediante la autoconfianza o el uso de los recursos disponibles. La persona busca actividades que tengan significado personal y reconoce que pueden presentarse limitaciones, por ejemplo, trabajar medio tiempo o reducir el tiempo invertido en actividades voluntarias.
- El autoconcepto es tan importante como el alivio de los síntomas y la persona que a pesar de las limitaciones mantiene un sentido de control y no se comporta como si estuviese impotente continúa valorándose como un ser funcional.
- La esperanza consiste en enorgullecerse de sí mismo y no entregarse a ilusiones. La capacidad de tener esperanza de una curación, una expectativa de vida más prolongada o una muerte pacífica no indica una falta de conocimiento o comprensión de la situación. La esperanza puede incluir actividades específicas en el tiempo, como el deseo de ver el nacimiento de un primer nieto.

WEISMAN (1986) (original no consultado) citado por OTTO (1999) también informa que algunos comportamientos descritos por los pacientes son inútiles cuando se usan de manera constante. Las estrategias de afrontamiento ineficaz incluyen el aislamiento, la supresión, el uso excesivo de alcohol y otras sustancias, la aceptación pasiva, la imprudencia y la impulsividad. Es importante observar que el paciente y su familia pueden utilizar un método ineficaz en una situación aislada, por lo general en respuesta a un estrés extremo. Algunos de estos comportamientos son comprensibles en el contexto de un antecedente individual.

Formular preguntas o explicaciones a los familiares en un entorno reservado, puede ser muy eficaz cuando el paciente por lo general es tranquilo y confía en sí mismo. La aceptación pasiva puede relacionarse con la cultura o con el temor de que lo juzguen como un “mal” paciente o una familia “difícil”.

La labor del equipo médico en la promoción del afrontamiento comienza con la valoración de los factores estresantes y las respuestas de manejo situacional previos. Muchas personas afirman que no importa qué tan exitosos fueron en otras experiencias en el pasado, ahora se sienten abrumados por el diagnóstico de cáncer.

Las necesidades del paciente, su familia y sus amigos cambian con el tiempo y no todas las estrategias de afrontamiento se requieren de forma simultánea. Un estilo flexible y recursivo puede surgir en respuesta al cambio. MIDDLETON (1996)

### **2.3.2 Afrontamiento y evolución del cáncer**

Según CASTIBLANCO (2001) existe la idea popular pero controversial que tener una determinada actitud frente al cáncer marca una diferencia en su evolución. Muchos oncólogos y cirujanos creen que el tipo de tumor y su estadio, la salud en general, y el tratamiento médico, son los únicos responsables de la variación en los resultados. Mientras que muchos pacientes y familiares creen que tener una actitud positiva genera una diferencia en cómo evoluciona la enfermedad. Esto lleva a dos preguntas empíricas: ¿Cuándo se toma en cuenta el pronóstico médico, el afrontamiento afecta la evolución de la enfermedad?, y ¿Qué constituye una “actitud positiva”?

TSCHUSCHKE Y COLS., (original no consultado) citado por el autor CASTIBLANCO (2001) reportan que existen tipos de afrontamiento como la evitación y el “espíritu de lucha”, que predicen una mayor supervivencia en adultos con leucemia. El estudio fue realizado con 52 pacientes con un período de seguimiento de cinco años. Se encontró que la actitud fue un predictor del resultado, independientemente del estadio de la enfermedad. Este estudio es consistente con otros al mostrar que las actitudes logran una diferencia, confirmando que un “espíritu de lucha” favorece el pronóstico en pacientes con cáncer de seno metastático. La desesperanza y la depresión fueron predictores de mortalidad, además de favorecer la incidencia del cáncer de seno. Entonces, parece que la mente juega un papel importante en la evolución del cáncer.

La evitación de la enfermedad aísla a los pacientes de sus allegados y hace más difícil manejar las inevitables emociones de dolor que acompañan una enfermedad seria y un tratamiento arduo, además, dificulta planear medios adicionales de afrontamiento.

La participación en la terapia de grupo para pacientes con cáncer, provee una confrontación con aspectos difíciles de la enfermedad incluyendo su progresión y la muerte; manejando bien tal confrontación puede llevar al crecimiento personal, a la estimulación de habilidades del paciente para afrontar el miedo a morir, mejorar sus síntomas y reorganizar las prioridades en la vida.

Ciertamente los pacientes confrontados con la vivencia de otros que se encuentran “en el mismo barco” generan sentimientos de ser afortunados como sobrevivientes, aprenden a afrontar la enfermedad y pueden ayudar a que otros lo hagan.

### **2.3.3 Regulación emocional en mujeres con cáncer de seno metastático**

PORTILLO (2002) evaluó cuatro factores de la inhibición de emociones (supresión de emociones negativas, contención de la ira, represión y autoeficacia emocional) después de que mujeres con cáncer de seno metastático participaran en un grupo de soporte de expresión de emociones. Los resultados indican que la supresión de emociones negativas y la contención de la ira fueron afectadas disminuyendo las conductas de agresividad e impulsividad, y

aumentando las de asertividad y autocontrol. No se encontraron diferencias significativas en represión o autoeficacia emocional Este estudio provee evidencia de que las terapias centradas en la emoción ayudan a las mujeres con cáncer de seno avanzado a ser más expresivas sin ser hostiles, y a regular su salud física y mental.

Los trastornos emocionales son problemas de alta incidencia cuando hay una rápida progresión del cáncer. Uno de los más peligrosos es el de la inhibición emocional pues genera graves problemas físicos y emocionales que agravan la salud del paciente, interfieren con sus relaciones interpersonales y disminuyen el tiempo de vida.

Supresión es definida como un mecanismo de defensa en la cual la persona evita intencionalmente pensamientos acerca de problemas perturbadores, deseos, sentimientos o experiencias. Se debe aclarar que como mecanismo de defensa tiene un valor adaptativo después de eventos traumáticos, pero que si se mantiene por mucho tiempo genera ira, tristeza, miedo, ansiedad puesto que implica suprimir respuestas con sustrato biológico.

La contención de la ira se refiere a la habilidad de inhibir inmediatamente impulsos agresivos hacia otros. Esta respuesta está muy relacionada con buenos niveles de socialización pero en ocasiones también con altos niveles de hostilidad que pueden estallar en cualquier momento.

La represión es otro mecanismo de defensa que hace que la persona sea incapaz de recordar o ser consciente de situaciones angustiantes, sentimientos, pensamientos o experiencias. La persona reporta bajos niveles de angustia pero su sistema nervioso simpático está muy activado indicando que si está angustiado. Se ha considerado que la represión es un predictor de la incidencia del cáncer y de su rápida propagación.

La autoeficacia emocional hace referencia a la habilidad para regular las emociones que afectan la calidad de vida. La persona hace explícita la sensación de control que tiene sobre sus emociones y qué tan eficaz es para integrar nuevos acontecimientos, buenos y malos, en su vida diaria.

Cada uno de estos factores pueden ser presentados por los pacientes que son diagnosticados con cáncer y que si bien tienen una función adaptativa en un comienzo, se vuelven muy peligrosos si no son manejados adecuadamente. Es necesario trabajar temas como la construcción de soporte social, expresión de sentimientos, afrontamiento de temores, reorganización de prioridades, comunicación, aceptación de los cambios en la autoimagen y manejo de la ansiedad y el dolor.

La principal conclusión de la investigación está en que las pacientes pueden tomar conciencia de sus actos y sentimientos, y que una vez lo logren están en toda la capacidad para lograr ellas mismas una adaptación eficaz al diagnóstico del cáncer. El papel de las personas que la tratan y que la rodean está en facilitar la expresión de sentimientos, emociones e ideas que surgen a raíz del cáncer y de orientar a la paciente en su adecuado manejo y regulación.  
PORTILLO (2002)

## 2.4 ESTADOS PSICOLÓGICOS Y CÁNCER

### 2.4.3 Estados psicológicos que inducen el desarrollo de esta enfermedad

En los últimos años se ha planteado la polémica de si existe o no relación entre los estados psicológicos y presentación y curso de la enfermedad.

Una nascente subespecialidad denominada Psicooncología, intenta poner al servicio de la prevención, explicación y tratamiento del cáncer, todos los conocimientos obtenidos por el estudio de la influencia de los factores psicológicos en la aparición del cáncer (Psicoinducción) y de las reacciones psicológicas del paciente, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad (Psicoconsecuencias)

Investigaciones retrospectivas y prospectivas analizan variables como personalidad previa, depresión, neuroticismo, psicoticismo, acontecimientos vitales estresantes, entre otras. La idea de una personalidad previa en el canceroso ha sido estudiada con los métodos más diversos y en localizaciones de cáncer diferentes, llegando a resultados no siempre concordantes. Según el autor BACON Y COLS. (1952), citado por el POLO (1990), el estudio de las historias psicoanalíticas de mujeres con cáncer de mama, proporcionaron seis características de conducta en estas mujeres: estructura de carácter masoquista, sexualidad inhibida, maternidad inhibida, incapacidad de descargar apropiadamente la cólera, conflicto hostil con la madre, manejado con sacrificio, retraso en conseguir el tratamiento.

En series más recientes se ha encontrado que las mujeres con cáncer de mama tienen más represión emocional, más conductas de descarga anormal de las emociones con menor agresividad manifiesta, más rasgos depresivos, relatan pérdidas afectivas en los 3 años anteriores al comienzo del carcinoma mamario, y están elevadas las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria y paranoia, y disminuida la hostilidad. Predominan los mecanismos de defensa de negación y traslación, al igual que en el cáncer de cuello de útero. POLO (1990)

Hay hallazgos de más depresión y de menos depresión entre las personas que posteriormente desarrollaron cáncer, aunque utilizando diferentes escalas para medirla. En estudios posteriores se ha comprobado que había unas pautas específicas que discriminan a los sujetos que luego contrajeron cáncer: signos vegetativos o de conducta de depresión, como postración, menor tiempo de sueño, sentirse frecuentemente nervioso o molesto, pérdida del apetito, entre otros.

Por tanto, no hay evidencia clara de que la depresión clínica (en sentido psiquiátrico) sea un factor de riesgo para el cáncer, aunque sí parece existir un "estado de aflicción leve crónica", similar a ella. Tal vez las reacciones depresivas o "estados de aflicción" (en sentido de desánimo, desesperanza y desvalidamiento) sean la manifestación de un estilo de afrontamiento insuficiente para salir adelante ante los eventos estresantes vitales. POLO (1990)

Los acontecimientos de la vida como la muerte o separación de seres queridos, la pérdida del trabajo o jubilación, el envejecimiento, etc. se han relacionado con mayor riesgo de cáncer en personas con estilos insuficientes para entenderse con ellos.

Según el autor COX (1986), citado por POLO (1995) señala dos modos de relacionar estrés y cáncer: el estrés puede iniciar el cáncer (papel etiológico) induciendo cambios celulares y hormonales favorecedores de la transformación maligna. Este mecanismo se ha llamado "Carcinogénesis Psicobiológica".

En la actualidad, todo parece indicar que el factor principal que afecta al crecimiento del cáncer no es la presencia del estresor en sí, sino la capacidad individual de afrontarlo, es decir, la habilidad para manejar el estrés modula la fuerza de su efecto.

En definitiva, para explicar las relaciones entre la exposición al estrés y las alteraciones inmunes se han propuesto mecanismos neuroendocrinos y conductuales. Actualmente se sabe que el estrés activa varios sistemas neuroendocrinos, incluido el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el sistema nervioso simpático, con el aumento consiguiente de cortisol y de catecolaminas, hormonas para las que las células inmunes poseen receptores. Los acontecimientos estresantes interpersonales tienen más probabilidades de producir respuestas afectivas, y estas pueden desencadenar alteraciones inmunológicas. El estrés también asocia conductas específicas que pueden influir en la respuesta inmune, como la disminución del ejercicio y del sueño, el aumento del consumo de tabaco y alcohol, las variaciones en la dieta, entre otros.

Según MIDDLETON (2006) existen evidencias científicas de la relación entre stress y cáncer, entre depresión y cáncer, entre pérdida de un hijo o de una pareja y la presentación o reactivación de un tumor, por lo que el abordar este tema desde un punto de vista sólo físico, a estas alturas parece, por decir lo menos, irresponsable.

Según esta autora la experiencia de haber trabajado 25 años con pacientes oncológicos, le ha permitido conocer que la participación activa de la persona es fundamental en la presentación y curso de la enfermedad. Esto lleva de lleno a la posibilidad de que el cáncer es posible prevenirlo, no sólo con la detección precoz a través de pruebas médicas (Papanicolau, examen de mamas, etc.), sino que a través de la revisión y cambio de los estilos de vida.

Mediante la observación detallada de más de 1000 casos, se ha concluido que existen ciertos denominadores comunes en las personas que "hacen" un cáncer, los que están presentes parcialmente o en su totalidad en cada uno de ellos, los cuales son : sensación de sentirse frustrado frente a los propios logros (pareja, trabajo, etc.) o negación de conflictos profundos vividos en el inconsciente como "sin solución", autoimagen desvalorizada que conduce a hacer méritos permanentemente, bloqueo en la expresión emotiva, aversión a la situación vital; la persona se frena, se retira y posterga sus necesidades más profundas, sobrecarga de culpas, duelo no elaborado.

También se ha observado que en las personas con cáncer prevalece la tensión por sobre el entusiasmo vital. En la vida de estas personas todo se hace por obligación y por deber, casi nada por entusiasmo y por ganas.

En la práctica clínica es frecuente observar cómo personas con pronósticos muy negativos, que hacen transformaciones profundas en su estilo de vida, logran sanarse de la enfermedad. Por otro lado, personas con buenos pronósticos, que sólo reciben el tratamiento médico y que siguen destruyéndose con sus estilos de vida, hacen una recurrencia tras otra y terminan por morirse.

#### **2.4.4 Repercusión psicosocial del cáncer**

POLO (1990) de la revisión de varios autores establece una lista de amenazas: a la vida, a la integridad corporal, a la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a modificar los roles socio-profesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a comprender la terminología médica, a tomar decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a perder la intimidad física y psicológica, entre otros. En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas, de adaptarse bruscamente a una nueva realidad. Además, es una realidad que se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte.

Según ALMAZA y HOLLAND (2000) aproximadamente el 50% de las personas con cáncer presentan una reacción “normal” y adaptación. Pacientes hospitalizados presentan trastornos de adaptación (32%), trastornos depresivos (6%), trastornos mentales orgánicos (4%), trastornos de la personalidad (3%) y trastornos de ansiedad (2%).

Pacientes ambulatorios presentan principalmente trastorno depresivo mayor (22%), con trastorno de adaptación mixto con ansiedad y depresión (17%), trastorno de adaptación con depresión (14%), trastorno afectivo secundario a cáncer (12%), y distimia (8%). ALMAZA (1999).

La depresión es difícil de diagnosticar en oncología debido a la alta probabilidad de encubrir síntomas como fatiga, debilidad, pérdida de la libido, pérdida de interés o concentración y de motivación. Los cuales son interpretados como efectos secundarios al plan terapéutico. La mayoría de los casos corresponden a depresión reactiva (25% en pacientes oncológicos).

Entre los predictores de depresión se encuentran los siguientes: historia de depresión e intentos suicidas, abuso de sustancias, pobre apoyo social, duelo reciente, fatiga extrema, enfermedad avanzada, comorbilidad, uso de esteroides y quimioterapia, así como falla metabólica o nutricional.

Los factores que indican la posibilidad de que los pacientes oncológicos desarrollen depresión son: antecedentes de trastorno depresivo o de consumo de tóxicos (alcohol), cáncer avanzado (sobre todo el pancreático), dolor mal controlado, tratamientos con algunos fármacos

concretos (vincristina, vimblastina, procarbacin, interferón, etc.) y enfermedades intercurrentes. ALMAZA (2000)

Según el INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, INC (1998), pocos pacientes cancerosos cometen suicidio, aunque pertenezcan a un grupo de alto riesgo, especialmente si hay factores Como: sicopatología previa, antecedentes de depresión y alcoholismo, cáncer cérvico-facial y de la esfera sexual (mama, genitales y urológicos), fase avanzada con diseminación, mayor edad del paciente, sexo masculino, los 12 primeros meses posteriores al diagnóstico, ciclos de quimioterapia o ausencia de tratamiento (con cirugía o radioterapia el riesgo es menor).

Algunos estudios indican que la incidencia de suicidio en los pacientes con cáncer puede ser similar a la de la población en general o hasta 2 a 10 veces más frecuente.

Los pacientes con tendencias suicidas requieren de una evaluación cuidadosa para determinar si la causa subyacente es una enfermedad depresiva o una expresión del deseo de tener el control último sobre síntomas intolerables. La pronta identificación y tratamiento de una depresión grave son esenciales para reducir el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer.

Los factores de riesgo, especialmente la desesperación (la cual es un factor de predicción todavía más fuerte que la depresión), deberán ser evaluados cuidadosamente. La determinación de desesperanza no es tan clara en el paciente con enfermedad avanzada sin esperanza de curación. Es importante evaluar las razones subyacentes de la desesperación que pueden estar relacionadas con el temor de una muerte dolorosa, con un control deficiente de los síntomas o con sentimientos de desamparo. INC (1998)

Según POLO (1990), la repercusión psicológica del tratamiento quirúrgico es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional. Por ejemplo, la mastectomía inicialmente tranquiliza a la mujer por la idea generalizada de que todo tejido maligno debe ser extirpado, pero luego implica reacciones de depresión y ansiedad, preocupación por la imagen corporal, disminución de la capacidad atencional, aumento de la introversión, mama fantasma, etc. con modificación de las relaciones familiares, sexuales, sociales y profesionales, especialmente en menores de 45-50 años. Las mamas, enraizadas en la propia feminidad, maternidad y sexualidad, participan en el esquema corporal y son órganos psico y hormonodependientes. Por ello, su deformidad o ausencia ("situación de Amazona") conlleva esas reacciones.

#### **2.4.5 Autoimagen corporal y autoestima**

Según PEARSON *et al.*, (1993), autoconcepto es la suma total de las valoraciones y evaluaciones del yo, que representan la propia individualidad y se suele dividir en dos: autoimagen y autoestima.

El autoconcepto se relaciona estrechamente con los aspectos biológicos que determinan el hecho de ser hombre o mujer, y las determinaciones socioculturales que esto implica para cada individuo según la sociedad en la cual se desenvuelva. Existen mandatos y roles específicos



para hombres y mujeres, en cada sociedad o cultura que indican la normalidad de los individuos y que determinan la masculinidad y la feminidad (MASTERS et al., 1995b).

La autoimagen consiste en todos aquellos aspectos físicamente autodescritos, o bien que pertenecen a los roles que se desempeñan a lo largo de la vida, como, el ser hombre o mujer. Se construye a partir de dos fuentes, una basada en el aspecto biológico y la otra en la forma mediante la cual cada persona se socializa en una cultura que prescribe definiciones normativas de masculinidad y de feminidad (PEARSON et al., 1993).

Según PEARSON et al., (1993), autoestima se refiere al valor que se otorga a las imágenes que la persona posee de sí mismo. Si a la propia auto descripción se añade un sentimiento de satisfacción o de decepción, entonces se está hablando de autoestima. Se desarrolla a través de las propias experiencias, interacciones con los demás y mensajes culturales.

Una elevada autoestima, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potencia la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumenta el nivel de seguridad personal, mientras que un bajo nivel de autoestima enfoca a la persona hacia la derrota y el fracaso.

La mujer asume como metas significativas para ella, el matrimonio, la maternidad, el cuidado de la familia, ya que estas actividades constituyen el primordial foco de las expectativas de nuestra sociedad para el desempeño del rol tradicional de la mujer (MASTERS et al., 1995b; VICTORIA Y MAESTRE, 2003).

PEREZ y SERRA (1997) señalan que socialmente, el rol femenino ha estado constreñido a la esfera privada, concretamente a la procreación, al cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas. Por lo tanto, a diferencia de los hombres cuya fuente de gratificación proviene del ámbito público, de su trabajo, en la mujer su fuente de gratificación queda reducida únicamente a la familia.

SEIFERT (2006) señala que la aparición de un tumor maligno en los órganos sexuales femenino, constituye un impacto psíquico capaz de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo.

La imagen corporal se ve afectada y también sus relaciones con el entorno debido a que estos órganos tienen la función de la reproducción sexual y afectan a la integridad corporal, ya que constituyen el símbolo de la feminidad, por eso cualquier destrucción es un atentado contra la estructuración psíquica del sujeto; siendo el resultado más frecuente la ansiedad, depresión y la desesperanza de la paciente. Por eso es importante acompañar a la paciente para afrontar su depresión ya que esta repercute en su integridad física en su resistencia inmunológica y en su capacidad de supervivencia.

Los órganos femeninos son imprescindibles en la auto imagen de la mujer, siendo fundamental en su vida social, de relación y de pareja, debido a esto es normal que cambien en su comportamiento, presenten problemas en su vida afectiva y familiar e incluso modifiquen sus hábitos en el vestir y en la interacción social.

Según MONTES (2006), uno de los temas que preocupa a las mujeres es la infertilidad, dado el gran impacto en la feminidad y en el rol reproductivo. Las mujeres experimentan sentimientos de pérdida, los que influyen negativamente en su relación de pareja y dificultan la posibilidad de poder formar, de manera satisfactoria, una posterior relación. El autor hace referencia a WENZEL (original no consultado) quien señala mayores preocupaciones reproductivas en las usuarias con CaCu (cáncer cervicouterino) que en las mujeres con ausencia de enfermedad: tristeza de no poder tener hijos (31%), incapacidad de hablar abiertamente sobre fertilidad (30%), frustración relacionada a infertilidad (25%) y luto por la pérdida de la capacidad reproductiva (25%), son las preocupaciones señaladas por estas mujeres.

La mujer puede interpretar la intervención como una castración de su sexualidad, una ruptura de su papel femenino y de su esperanza de maternidad.

En general, la agresión física que implican los tratamientos a su feminidad originan un cierto miedo a sí misma, un componente de extrañeza y vergüenza, que la lleva a evitar todo contacto sexual.

Es aquí donde se ve la dificultad de aceptación del nuevo esquema corporal, que se correlaciona con una elevada ansiedad y va a impedir cualquier forma de sexualidad.

#### **2.4.6 Repercusión familiar**

En cuanto al entorno familiar del paciente el impacto del diagnóstico origina reacciones de temor, negación, confusión, ira, culpabilidad y actitudes de reparación con sobreprotección, entre otras. Si se trata de una familia que comparte información y emociones, habrá una mejor adaptación y afrontamiento. Pero si es una familia con problemas, estos aumentan.

A lo largo de todo el tratamiento, en los miembros de la familia es fácil que se presente: fatiga física, tristeza, desesperanza, impotencia, hostilidad, culpa, agobio por la dependencia que el paciente ha desarrollado hacia ellos, ansiedad por el mantenimiento en secreto del cáncer, etc. es decir, están desbordados por sus propios sentimientos, a veces contradictorios. No hay que olvidar la situación de duelo anticipado.

Según POLO (1990) la situación estresante que vive el paciente con cáncer hace que las relaciones con sus hijos sean menos controladas y más impulsivas, pudiendo favorecer problemas infantiles como hiperactividad, retraso escolar, depresión, etc.

#### **2.4.7 Relación afectiva y sexual**

Dentro de la pareja se puede producir una alteración de la comunicación, de la afectividad y de la sexualidad. El deseo de intimidad y de ser un buen amante, son necesidades universales, muy comprometidas cuando hay una incapacidad física. Por eso, la mutilación corporal, crean dificultades en la expresión corporal de los afectos y la sexualidad, obligando a buscar alternativas. La información adecuada de la pareja es imprescindible para una buena comunicación y favorece un mejor afrontamiento de los problemas psicoemocionales y

psicosociales que ocasiona el cáncer. Dependiendo de la vida de pareja, de la retroalimentación postoperatoria, que ejerza el compañero, por ejemplo la pérdida del útero o de la mama producirá más o menos alteraciones en la regulación narcisista de la autovaloración y autoestima, como señala POETTGEN (1993) (original no consultado) citado por POLO (1990).

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Síntomas y consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la anorexia, pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual. Otras veces los tratamientos utilizados (drogas, radioterapia, intervenciones quirúrgicas) pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales. Sin duda, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual.

La aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre. Ciertas secuelas quirúrgicas pueden producir trastornos de la imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia la pareja. Pero la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona enferma, aún en estadios terminales y aunque disminuya el interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico, que puede adoptar diversas modalidades de presentación. POLO (1990)

Según VIDAL y BENITO (s.f.) cuando las parejas están sólidamente relacionadas, el diagnóstico de Cáncer no las afecta ni las erosiona de la misma forma, como en aquellos casos, en los cuales la existencia de conflictos previos, aumenta la vulnerabilidad y favorece el *Distress* Matrimonial.

La enfermedad se convierte en el centro de atención, alrededor del cual giran el paciente, la familia e incluso el equipo médico, poniendo en evidencia un progresivo desinterés hacia otros aspectos de la cotidianidad, que alguna vez fueron placenteros, entre ellos el Deseo y el Goce Sexual. La capacidad de seducción del paciente con Cáncer se ve seriamente disminuida por todos aquellos cambios que produce la enfermedad en alguna de sus etapas, o por las diversas terapéuticas que son utilizadas. Las lesiones de piel, la alopecia, las mutilaciones, las variaciones en el peso, no sólo afectan la imagen corporal, sino que además fomentan la inseguridad y deterioran la autoestima, generando importantes inhibiciones en la conducta sexual del enfermo.

Es muy probable que el cáncer en órganos asociados a la función sexual tendrá una carga psicológica negativa, mucho más fuerte que cuando aparece en otros órganos. La reafirmación de ello está dada en el hecho de que el área comportamental más afectada en las pacientes con cáncer ginecológico es la sexual.

GRAU (1998), señala que para enfocar los problemas sexuales en pacientes con cáncer se recurre comúnmente al ciclo de la respuesta sexual humana, que consta de 4 fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Cada una de estas fases está caracterizada por la experiencia subjetiva, eventos objetivos que pueden ser medidos y por sistemas fisiológicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran. Los tratamientos oncológicos pueden dañar una o más de las fases de la respuesta sexual al afectar emociones, componentes centrales o periféricos del sistema nervioso, el sistema vascular pélvico y el eje hipotálamo-pituitario-gonadal.

La aversión al sexo se produce en el paciente o su pareja si el diagnóstico del cáncer reactiva un trauma sexual pasado, tal como violación, estupro o incesto. El cáncer puede ser experimentado como una nueva violación de la integridad corporal. Se ha visto aversión también en pacientes o su pareja que consideran que el cáncer es contagioso a través del contacto sexual.

La falta de excitación sexual subjetiva y de placer está a veces ligada a problemas físicos tales como menor expansión vaginal y capacidad reducida de lubricación de la vagina. Las dos mayores causas fisiológicas de problemas de excitación en las mujeres con cáncer son: menopausia prematura e irradiación pélvica. Algunos tratamientos llevan a la menopausia prematura, entre ellos la radioterapia y la quimioterapia. Constituye un factor pronóstico importante la edad de la mujer; las más jóvenes generalmente resisten dosis más altas de radioterapia o de citostáticos sin que se afecte la función ovárica. El grado de daño ovárico depende, además, de las drogas específicas usadas, así como de la dosis.

Entre el 33 y el 46 % de las mujeres tienen dificultad en lograr excitación y orgasmo, luego de una histerectomía sola o con ooforectomía.

La cirugía de genitales provoca la pérdida de toda posibilidad de maternidad, el renacer de fantasías infantiles en relación al complejo de castración y trastornos en las relaciones sexuales. Puede dar lugar a cuadros ansio-depresivos y manifestaciones psicóticas con más frecuencia que la cirugía realizada en cualquier otra parte del cuerpo femenino.

SEIFERT (2006) señala que todo tipo de intervención o tratamiento sobre los órganos sexuales femeninos, es vivido como un ataque a la base de la feminidad, repercutiendo en la sexualidad integral de la mujer.

Estas intervenciones implican una sensación de deformidad lo que repercute negativamente en el auto concepto y autoestima de la mujer.

Esta es una experiencia traumática que conduce a un profundo proceso de represión psicológica, de inhibición y especialmente de represión sexual.

Al mismo tiempo aparecen penosos sentimientos de culpa asociados al valor simbólico de la función perdida, del cuerpo, de la pareja y del ser madre. La frustración es total, hiere lo más

profundo de la sexualidad femenina. Otra de las manifestaciones está dada a través de los celos en la relación de pareja, debido a la inseguridad que produce la pérdida de la función sexual, significada como feminidad.

La gratificación amorosa se ve afectada porque la mujer experimenta este trauma como castración. La represión sexual consecuente produce culpa, depresión, así como sentimiento de impotencia e inseguridad.

El modo de conducirse, el lenguaje, los gestos, la conducta en general cambia, apareciendo conductas disfuncionales como frigidez, dispareunia e insatisfacción sexual. Por esto se puede decir que la pérdida de la función sexual supone un traumatismo psíquico elevado que repercute en la vida integral de la mujer.

#### **2.4.8 Efectos de la quimioterapia y cirugía sobre el estado psicoemocional**

Los ciclos de Quimioterapia, en sus diversas formas de utilización, provocan ansiedad, fobias, depresión, euforia, disminución de la capacidad intelectual, trastornos de conducta, cuadros psicóticos orgánicos (sobre todo paranoides con alucinaciones visuales), alteraciones sexuales, etc., con más frecuencia en menores de 50 años. De modo similar a lo que ocurre con la radioterapia, la prevalencia de trastornos psiquiátricos (síndromes ansioso-depresivos los más frecuentes) antes (72%) y después (75%) del tratamiento con citostáticos es superior a la prevalencia durante el mismo (33%). POLO (1990)

El tratamiento quirúrgico básicamente condiciona dos aspectos distintos: el significado de extirpación del proceso maligno, que para los pacientes es asimilable al de curación, y la mutilación física, con sus cambios en el esquema corporal.

## **2.5 EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO Y PSICOSOCIAL**

### **2.5.1 Objeto del asesoramiento psicosocial**

En nuestra sociedad no existe una infraestructura, un programa, una guía o algo similar que sea un apoyo, para estas personas y en la mayoría de los casos éste es el comienzo de tratamientos difíciles, sobre - especializaciones médicas poco coordinadas entre sí; en suma, un recorrido incierto, con muchas cosas simples que deberían decirse y no se dicen porque hay muchos pacientes y poco tiempo para dedicarle a cada uno. MIDDLETON (1996)

El asesoramiento psicosocial debería ofrecerse regularmente y estar al alcance de todo enfermo. El asesoramiento ambulatorio de los enfermos de cáncer cumple tres funciones: la información, el asesoramiento psicosocial y la determinación de la necesidad de una psicoterapia. Para cumplir estos requisitos, se requiere una formación y experiencia especiales.

El concepto de la asistencia psicosocial se compone de la información sobre la enfermedad, el asesoramiento dietético, ejercicios psicoterapéuticos y apoyo emotivo. Este espectro es importante tanto para los afectados como para sus parientes, y a menudo se ofrece en el marco de conversaciones en grupos.

Es indispensable conseguir información acerca de los grupos de autoayuda y de la oferta local de cursos, como de relajamiento físico, deporte o dietética. Aparte de informar a la paciente en materia de derecho social, hay que resolver a menudo asuntos de derecho laboral, como por ejemplo los derechos de las personas con discapacidad, cuestiones del despido laboral o el derecho a un tratamiento postoperatorio o una estancia en un balneario o sanatorio. Las pacientes no sólo necesitan informaciones técnicas sobre estas cuestiones, sino un diálogo comprensivo y una orientación en el proceso de decisión. OTTO (1999)

### **2.5.2 Objetivos de la psicoterapia**

Los objetivos de la psicoterapia son, entre otros, el afianzamiento de la autoestima, ayuda para la reorientación de la vida, el fortalecimiento de la competencia social y de la conducta asertiva. No se trata tanto de cambiar síntomas o conductas, sino de amortiguar los efectos de la enfermedad: se trata de descubrir el sentido subjetivo de la enfermedad. Descubrir el sentido de algo genera una identidad.

Realizar un cambio supone a menudo aceptar lo existente y no tanto ampliar viejas fronteras. Esto es especialmente cierto cuando tratamos a pacientes agonizantes. Los enfermos de cáncer necesitan un fuerte respaldo en la crisis. Sólo después de la fase aguda es posible analizar lo ocurrido. El peligro de recaída hace que sea necesario un alto grado de fiabilidad, seguridad y amparo. Se tiene que crear un clima propicio para el encuentro.

Las medidas psicoterapéuticas pueden tener el carácter de una intervención de crisis, es decir un asesoramiento para superar la situación de emergencia aguda creada por la enfermedad. Además, se puede contemplar una terapia de apoyo, es decir un acompañamiento regular a lo largo de un período prolongado o una psicoterapia orientada hacia la interpretación, la comprensión y el desarrollo de la personalidad. OTTO (1999)

### **2.5.3 Acciones psicoterapéuticas**

Según ALMAZA y HOLLAND (2000), la comunicación de malas noticias (CMN) puede definirse como: toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento de eventos negativos de reciente suceso. En dicho contexto, la teoría de enfrentamiento hace referencia al desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas, requerida frente a una dificultad inusual y ofrece una matriz teórico conceptual que ayuda a explicar la complejidad de este fenómeno y es un punto de partida para diseñar y explorar el impacto de los distintos modelos de intervención. En el cuadro I enumera los aspectos primordiales a considerar cuando deben comunicarse malas noticias, aunque es preciso subrayar que corresponde al clínico el implementar una estrategia personalizada en función de las características particulares de su paciente en turno.

Cuadro I. Principios generales para comunicar malas noticias en pacientes con cáncer.

CONSIDERACIONES	ACCIONES
I. Preparación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la historia médica y el plan de manejo</li> <li>- Conocer las expectativas del paciente</li> <li>- Saber de antemano si el paciente desea algún amigo o familia presente</li> </ul>
II. Lugar y tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elegir un cuarto privado, donde todos puedan sentarse</li> <li>- Evitar interrupciones (teléfono, bipers, etcétera)</li> <li>- Incluir tiempo para dar la información,</li> <li>-observar la respuesta emocional y responder a preguntas</li> </ul>
III. Comunicación de las malas noticias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar que sabe o sospecha el paciente acerca de su enfermedad</li> <li>- Dar la información en términos claros y simples</li> <li>- Prepararse para cualquier tipo de respuesta emocional (enojo, ansiedad, negación)</li> <li>- Determinar si el paciente ha comprendido la información proporcionada</li> </ul>
IV. Emociones del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y permitir la expresión de emociones</li> <li>- Ofrecer una respuesta empática y sensitiva</li> <li>- Señalar el plan de tratamiento en forma paralela a las malas noticias</li> </ul>
V. Aspectos familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estar consciente del grupo familiar</li> <li>- Determinar si existen otras crisis en la familia</li> <li>- Confirmar si el paciente está recibiendo apoyo emocional de la familia</li> <li>- Discutir con la familia las malas noticias y el plan de tratamiento</li> </ul>
VI. Factores transculturales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el origen cultural del paciente (¿Cómo es considerada su enfermedad en su cultura de origen?)</li> <li>- ¿Está el paciente en una cultura distinta a la de su origen? ¿Se encuentra asimilado?</li> <li>- Afrontar apropiadamente la barrera del lenguaje (solicitar un traductor si es preciso)</li> </ul>
VII. Espiritualidad y religión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser consciente del apoyo que las creencias religiosas o espirituales presentan para el paciente</li> <li>- ¿Depende el paciente de dichas creencias para afrontar la enfermedad?</li> <li>- Recomendar consejo espiritual o religioso si es apropiado</li> </ul>

En relación a la esfera sexual, GRAU (1998) refiere que en todos los casos de interferencia de la función sexual, los problemas orgánicos están indisolublemente ligados a problemas psicológicos. Una cuidadosa evaluación y la consideración de la reducción del dolor, la ansiedad y el discomfort, para hacer decrecer esta interferencia, son premisas básicas del manejo de este problema. Cuando el tratamiento del cáncer cause con probabilidad problemas sexuales, las opciones de rehabilitación deben ser mencionadas al menos brevemente al momento de disponer y valorar el tratamiento.

El tratamiento de los problemas sexuales en los pacientes con cáncer depende de los factores causales interactuantes, e incluye procedimientos como el consejo sexual breve, educación sexual, métodos para cambio de actitudes, consejos para recuperar el funcionamiento sexual con la pareja asociados a ejercicios, técnicas de minimización de las limitaciones físicas y de resolución de conflictos maritales, terapia sexual intensiva bajo entrenamiento, etcétera.

#### **2.5.4 Efectos de la terapia de apoyo**

Según CASTILBLANCO (2001), existe evidencia en tres de seis ensayos aleatorizados que el apoyo psicosocial está asociado con una mayor supervivencia en pacientes con cáncer de seno, melanoma maligno y linfoma. Aquellos pacientes asignados aleatoriamente a un programa intensivo educativo de visita domiciliaria, ayudó no sólo a una mejor adherencia al tratamiento médico, sino incluso significativamente vivieron más tiempo. Un componente de las intervenciones efectivas, es tratar directamente con la angustia emocional asociada con el miedo a la progresión de la enfermedad.

Mientras no es aún claro como la actitud, el soporte social y la intervención psicoterapéutica pueden influir en la tasa de evolución del cáncer, el hecho es que actualmente hay una relación más clara entre estos factores y la evolución del cáncer. Así mismo, la búsqueda de mecanismos de afrontamiento también esta creciendo. El tipo de actitud que parece ayudar no es un optimismo ciego sino más bien un optimismo realista –enfrentando lo peor pero esperando lo mejor. Los pacientes con cáncer preguntan bromeando “¿Estoy vivo todavía?”, sí, viven mejor, si lo están.

Frente a las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer en relación al equipo médico, MILLER (2003) realizó uno estudio en el servicio de Oncología del departamento de Obstetricia y Ginecología de la universidad de Tennessee en Memphis a pacientes con cáncer ginecológico, en el cual se identificó las necesidades psicosociales después del tratamiento y su opinión acerca del rol del médico en la satisfacción de estas necesidades.

Se encuestaron a 95 pacientes 6 meses después de la realización de la terapia. Las áreas del tema incluyeron necesidades emocionales, preocupaciones espirituales, la comunicación paciente familia, la participación del paciente en la toma de decisiones.

Los resultados fueron que un 57% de los pacientes declararon que ellos habían necesitado ayuda en relación a los problemas emocionales y un 73% quería que el médico les preguntara sobre éstas necesidades. Las preocupaciones más comunes fueron la sensación de nerviosismo (40%), angustia (34%), miedo (25%), necesidad de hablar con alguien (24%), tristeza (21%),



pérdida de control (17%). Un 59% declaró que necesitaban que el médico les pregunte sus necesidades espirituales, 61% sobre la posibilidad de fallecer junto a sus familias.

La mayoría de los pacientes sintieron la necesidad de un papel más activo del médico con respecto al abordaje de sus necesidades psicosociales.

Fritjof Capra, citado por MIDDLETON (1996), sostiene que existe una crisis a la que se enfrenta el equipo de salud, la llama "crisis de percepción", que se caracteriza por una visión de mundo obsoleta, en la que se aplica un modelo cartesiano, newtoniano a una realidad que ya no puede ser entendida en estos términos.

Al visualizar al ser humano como una integración preciosa de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales es el primer paso para una medicina preventiva efectiva y a la vez para asegurar una mejor calidad de vida. Sin embargo aun existe una falta de conocimientos de los profesionales de la salud respecto al campo de disciplinas complementarias y que decir de lo que el público en general sabe sobre el papel del psicólogo, psiquiatra, neurólogo y lo que se puede esperar de cada uno, la consecuencia funesta de esto es que no se sabe que pueden aportar los otros profesionales y tampoco compartir sus conocimientos en beneficio de los enfermos. Así descrito este panorama resulta a veces desolador, pues los pacientes en muchas ocasiones se sienten solos, no saben a quién ni cómo preguntar, perciben descoordinación y falta de preocupación en el equipo médico; no se le da información sobre dudas obvias como régimen que deberán seguir, ejercicio, vida sexual, actividad o trabajo, respuestas y efectos secundarios de los tratamientos, pronósticos, etc. y se van encontrando con una profunda angustia que en nada contribuye a un estado de ánimo positivo para enfrentar la enfermedad y que dificulta enormemente la relación equipo – paciente. MIDDLETON (1996)

Un equipo interdisciplinario de atención de la salud es el standard de calidad en la prestación de los cuidados. Algunos aspectos de la atención psicosocial corresponden más al psicólogo, al psiquiatra, al sacerdote, al trabajador social o el consejero. Cada una de estas personas pueden contribuir a alterar las percepciones de la situación, mejorar las habilidades de afrontamiento y modificar la respuesta global. OTTO (1999)

Los profesionales de la salud se benefician de una valoración o base de datos estructurados con los que puedan determinar la capacidad del paciente y su familia para afrontar su situación. Los inventarios de síntomas y el bienestar sirven para medir la ansiedad, la depresión, la hostilidad, la somatización y el malestar o bienestar general. Este tipo de valoración requiere de tiempo y se logra mejor después de establecer una relación de confianza.

La información puede recogerse con el tiempo y debe registrarse de manera sistemática; existen guías publicadas sobre cómo conducir una valoración psicosocial. El sistema adoptado debe funcionar dentro de las restricciones del entorno y ser lo suficientemente completo a la vez para formar una base objetiva que sirva para establecer prioridades y objetivos razonables de la atención.

Esta base de datos debe ponerse a disposición de todos los proveedores dentro del plan de cuidados en los diversos entornos del espectro de la atención.

Como resultado de estas valoraciones, pueden identificarse numerosos diagnósticos o problemas relacionados con el cuidado psicosocial. Cada diagnóstico debe estar justificado por una base de datos y preceder a un plan de cuidados, que debe reflejar los objetivos mutuos del paciente y el equipo interdisciplinario. OTTO (1999)

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

La metodología seleccionada para realizar esta investigación es de tipo cualitativa, dado que a través de ella se busca comprender la complejidad de los fenómenos sociales a partir de los significados que las personas les conceden. Constituye una investigación con un diseño exploratorio, transversal y descriptivo y pretende conocer del contenido narrativo de las entrevistadas, temas o patrones en torno a las respuestas adaptativas psicosociales de las mujeres con diagnóstico de cáncer ginecológico, como también el valor que le dan las usuarias al apoyo psicoterapéutico por parte del equipo de salud. PINEDA (1994)

#### **3.2 RECOLECCION DE INFORMACION**

La técnica de recolección de información que se utilizó fue la entrevista semiestructurada en la cual se abordaron tres categorías de análisis: recursos de adaptación, respuestas adaptativas y mecanismos de afrontamiento, dimensionados en tres distintos niveles, personal, interpersonal y social.

Los instrumentos de recolección de información utilizados fueron: un cuestionario de información general (anexo 3), test de autoestima de Coersmith (anexo 4), una escala breve de depresión (anexo 5) y una entrevista semiestructurada, para la cual se elaboró una guía temática elaborada por la investigadora, basada en la literatura y experiencia ya existente acerca del tema (anexo 6).

La recolección de información fue realizada por la investigadora personalmente, durante año 2005, para esto se acudió a los servicios de Ginecología y Oncología del Hospital Regional de Valdivia.

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 90 minutos. En el desarrollo de esta entrevista, la investigadora profundizó algunos aspectos del área temática que lo requirieran de acuerdo a la guía preestablecida.

Las entrevistas fueron realizadas en un lugar privado, confortable, elegido en común acuerdo, permitiendo la expresión de las mujeres entrevistadas.

#### **3.3 SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES**

La selección de las participantes se realizó mediante el tipo de muestreo no probabilístico estratificado intencionado, pues aquí se seleccionaron casos agrupados según una característica y de casos críticos, los cuales tienen un impacto discernible e importante en los

resultados de algo; se refiere a hechos que ocurren de manera muchas veces imprevista, que alteran la rutina usual del trabajo o de la vida. PINEDA (1994)

La muestra se obtuvo de la población que ingresa a la unidad de ginecología y oncología del Hospital Regional Base de Valdivia. Para seleccionar a las mujeres que constituyeron las unidades de análisis, se utilizaron como criterios de inclusión: mujeres con cáncer ginecológico y que hayan comenzado el tratamiento curativo, de cualquier edad y residencia. Como criterio de exclusión se consideraron: mujeres sometidas a cuidados paliativos.

Fueron entrevistadas y seleccionadas diez mujeres que reunían los criterios antes mencionados.

### **3.4 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS**

La síntesis y análisis de los datos obtenidos a través del cuestionario de información general se cuantificó a través del método de los palotes, ya que es un pequeño número de personas y sólo se realizó un análisis de frecuencias a fin de establecer un perfil sociodemográfico de la unidad de análisis.

En el análisis de la información se utilizó la técnica de análisis de contenido, que según VASQUEZ *et al.*, (2005), es de tipo semántico y de nivel manifiesto, es decir, consiste en analizar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado. Pues en lo expresado por las mujeres entrevistadas, se buscó el sentido de sus palabras y se obtuvieron categorías y subcategorías, para la clasificación, resumen y análisis.

Para el análisis de los datos se llevó a cabo el siguiente plan de trabajo: en primer lugar se realizó la transcripción, lectura y revisión de las entrevistas, junto con la organización de los datos recolectados, lo que permitió la codificación de los datos en categorías. Según AUSTIN (s.f.) los datos recogidos necesitan ser traducidos en categorías, con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se pueda organizar conceptualmente los datos y presentar la información siguiendo algún tipo de patrón y luego cada categoría se dividió en subcategorías (anexo 1). A partir de lo anterior se procedió a la segmentación de los datos, utilizando códigos que más se ajustaban al contenido y que permitieran profundizar en el área temática, patrones de comportamiento y acciones pertinentes con las categorías seleccionadas. COFFEY (2003).

Las definiciones de las categorías utilizadas se describen en el anexo 2.

### **3.5 RIGOR Y ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Antes de comenzar la entrevista, se le solicitó a cada una de las mujeres firmar un consentimiento informado (anexo 7) el cual hace referencia a los siguientes aspectos: objetivo del estudio, metodología del estudio, libertad para incorporarse y abandonar el relato en el momento que desee, asegurar la confidencialidad de la información, asegurar su anonimato, solicitar su autorización para grabar la entrevista.

Además se les aplicó el cuestionario de información general, el diagnóstico abreviado de depresión en la mujer y el test de autoestima. Antes de comenzar esta investigación, la propuesta debió ser analizada y aprobada previamente por un comité de ética.

Como respaldo se utilizó una grabadora de audio, previo el consentimiento verbal de cada una de las informantes, en conjunto con la grabación de sus respuestas, se observó a cada una de las entrevistadas en relación a sus reacciones emocionales, gestos y actitudes durante todo el transcurso de la entrevista. Luego de cada entrevista se realizó la transcripción textual de la grabación, con el fin de no perder información que pudiera ser relevante para la investigación.

Es importante destacar que fueron utilizadas las iniciales de las entrevistadas para resguardar sus verdaderas identidades.

Los procedimientos usados con el fin de aumentar la calidad y la objetividad de la información, como en toda investigación cualitativa, fueron la credibilidad, a través de observación persistente y focalizada, la transferibilidad pues es posible hacer inferencias lógicas sobre poblaciones o situaciones que sean muy similares a la estudiada. LINCOLN y CUBA (1985) (original no consultado) citado por RODRÍGUEZ (1999).

La fiabilidad interna referida al grado en que un segundo investigador llegaría a los mismos resultados partiendo de idénticos conceptos o constructos, para ello se necesita la utilización de un procedimiento automático para el registro y conservación de los datos, en este caso, las grabaciones de audio. LE COMPTE y GOETZ (1982) (original no consultado) citado por RODRÍGUEZ (1999).

La validación de esta investigación también está dada por el contraste de opiniones, recogida y retroalimentación de la información entregada por las usuarias, junto con la comparación con los resultados del test de autoestima de Coersmith, el diagnóstico abreviado de depresión en la mujer, las notas de campo, y la literatura existente acerca del tema, lo que constituirá la triangulación de datos bajo la modalidad de análisis agregado (ARIAS, 2000).

La triangulación consiste en contrastar y verificar los resultados a partir de diferentes fuentes y perspectivas. Este mecanismo se basa en la comparación de múltiples puntos de vista, informantes, fuentes de información, métodos, técnicas, perspectivas teóricas, y que constituyen diferentes tipos de triangulación. Siendo en este caso una triangulación de fuentes de información e informantes (VASQUEZ *et al.*, 2005).

## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO INFORMANTE

1.	C.Q.M: 75 años, quinto de humanidades, viuda (4 años), católica, FONASA B, dueña de casa, cáncer ovario etapa III diagnosticado hace 2 meses, Tratamiento de Quimioterapia. Familia: extendida. Autoestima alta. Sin riesgo de depresión.
2.	A.A.H: 74 años, 2° básico, separada hace 20 años, católica, dueña de casa, FONASA A cáncer de mamas (mastectomizada mama izquierda), etapa IV, quimioterapia realizada, diagnosticado hace 5 meses. Familia extendida (tres generaciones) .Autoestima baja, con riesgo de depresión.
3.	M.S.G: 43 años, 6° básico, casada, mormona, dueña de casa, FONASA B, cáncer endometrio etapa III B, diagnosticado hace 5 meses. Tratamiento Quimioterapia. Familia: nuclear. Autoestima baja. Con riesgo de depresión
4.	E.H: 35 años, 4° medio, separada 14 años, católica, vendedora, indigente, cáncer de endometrio y ovario etapa I, Tratamiento Quimioterapia. Diagnosticado hace 5 meses. Familia extendida. Riesgo de depresión y autoestima baja.
5.	J.M.H: 33años, analfabeta, conviviente, evangélica, dueña de casa, sin previsión (subsidio familiar), cáncer vaginal, etapa III, Tratamiento de Cirugía, diagnosticado hace 3 meses. Familia: nuclear. Riesgo de depresión y autoestima baja.
6.	R.F.S:32 años, 5° básico, casada, católica, FONASA A, dueña de casa, Cáncer Cervicouterino, etapa III B, Tratamiento de Braquiterapia y quimioterapia, diagnosticado hace 3 meses. Familia: nuclear. Riesgo de depresión y autoestima baja.
7.	L.S:20 años, 2° medio, soltera, dueña de casa, tarjeta PRAIS, cáncer ovario derecho (oforectomía derecha), etapa IC, Tratamiento de Quimioterapia, diagnosticado hace 3 meses Familia: nuclear. Sin riesgo de depresión y autoestima promedio.
8.	Y.P.S: 20 años, 4° medio, soltera, católica, dueña de casa, indigente, cáncer de ovario izquierdo, etapa IC, Tratamiento de Quimioterapia, (laparoscopia, anexectomía izquierda y linfadenectomía), diagnosticado hace 5 meses. Familia: extendida (padres separados) Riesgo de depresión y autoestima baja...
9.	J.R.S: 30 años, 4° medio, casada, católica, funcionaria de carabineros, FONASA A, cáncer cervicouterino con metástasis pulmonar, etapa II B, Tratamiento de Quimioterapia, diagnosticado hace 1 año. Familia: nuclear. Autoestima alta. Sin riesgo de depresión.
10.	J.V.V: 27 años, 4° medio, soltera, católica, funcionaria de carabinero, FONASA A, cáncer de endometrio etapa II – III B, con metástasis vaginal, Tratamiento de Quimioterapia, diagnosticado hace 4 meses. Familia: nuclear. Riesgo de depresión y autoestima baja

De acuerdo a la descripción anterior, las informantes se caracterizan por: pertenecer a la edad adulto joven, tener escolaridad promedio de enseñanza media completa, la mayoría posee estado civil de soltera sin hijos y casada con hijos, pertenecen al tipo de familia nuclear, profesan la religión católica, son dueñas de casa y tienen previsión fonasa A.

En cuanto a los resultados de la escala breve de depresión y al test de autoestima de Coersmith, se pudo concluir que siete de las entrevistadas presentaron riesgo de depresión y

autoestima baja, dos de ellas presentaron autoestima alta sin riesgo de depresión y una presentó autoestima promedio sin riesgo de depresión.

## 4.2. RECURSOS DE ADAPTACIÓN

Resulta imprescindible conocer los recursos con que cuenta una persona con cáncer para valorar el nivel de adaptación y afrontamiento de su enfermedad y así crear estrategias que pudieran permitir al equipo de salud una atención más integral.

Dentro de los recursos adaptativos que emergieron de las entrevistas están las experiencias de vida anteriores, conocimiento de su enfermedad, autoimagen corporal y autoestima personal y red de apoyo vincular, familiar, social y espiritual.

### 4.2.1 Experiencias de vida anteriores: eventos estresantes antes del diagnóstico.

En relación a las experiencias de vida anteriores, los resultados arrojaron que la temática que domina la vida de la mayoría de estas usuarias son pérdidas, separaciones afectivas y enfermedades, a excepción de una de las usuarias, es decir, nueve de las usuarias presentaron en sus vidas conflictos de distinta orden que les ocasionó tristeza y aflicción poco tiempo antes de ser diagnosticada de cáncer.

Cinco de las diez entrevistadas presentan como experiencia de vida anterior la muerte de personas cuyos lazos afectivos eran muy fuertes y a no más de 4 años anteriores al diagnóstico de cáncer. Dentro de estas muertes están las de esposo hace 4 años, una hija hace 2 años, hermano hace 1 año, 2 abortos hace 1 y 2 años y padre hace 1 año.

Frente a la pregunta ¿Cómo fue su vida durante el año anterior al diagnóstico? Algunas la describieron como:

*“feliz porque yo a pesar de haber perdido a mi marido, los hijos y los nietos, han compensado entonces hay felicidad. (Llora) (1)*

*“Me sentía medio mal físicamente, lo pasaba tirada en la cama, no tenía ganas de hacer trabajo, un desaliento..... mi hija murió hace 2 años de cáncer y mi hijo igual tiene cáncer hace 2 años y a mi me dio la depresión después que murió mi hija” (2)*

*“El 2004 fue bueno para mí, pero falleció mi hermano, en abril, eso me deprimió harto” (3)*

*“No fue un año fácil, empecé teniendo bastantes conflictos., me sentía muy impotente porque mi marido no trabajaba y el año terminó de sopetón conmigo” (9)*

La última informante no relata en su respuesta los conflictos por los que pasó, sin embargo durante la entrevista señaló que había tenido dos pérdidas (abortos), uno el 2003 y el otro el 2004, los cuales le afectaron en gran medida.

La enfermedad de un hijo supone una crisis no normativa, lo cual genera un estrés prolongado sobretodo cuando esta enfermedad viene desde el nacimiento:

*“Feliz, me proyectaba a futuro, ahora no, hacía lo que quería .Pero desde que mi hija nació, mi vida cambió, todo giraba en torno a ella, es el centro de atención. Cuando era chiquitita me preocupaba su enfermedad pero no tanto porque ya le habían sacado todo lo malo y ahora que es grande y tiene que usar pañales, me echa la culpa a mi y me siento mal”*(6)

A pesar de manifestar que era feliz antes del diagnóstico de cáncer, la enfermedad de su hija la mantiene en una tensión constante, ha tenido ese peso durante nueve años de su vida, además de el peso de la culpa. Según MIDDLETON (2006) dos de los denominadores comunes en personalidades que hacen un cáncer son la aversión y postergación de sus necesidades más profundas y la sobrecarga de culpas.

Tres de las usuarias manifiestan haber presentado separaciones afectivas, una presenta la separación de sus padres desde los 4 años de edad y dos de ellas también refieren estar viviendo un conflicto relacional afectivo con la madre e hijos respectivamente.

Según el autor BACON y cols. (1952), citado por el POLO (1990), el estudio de las historias psicoanalíticas de mujeres con cáncer de mama, proporcionaron seis características de conducta en estas mujeres, entre ellas la de conflicto hostil con la madre, manejado con sacrificio, lo que en el caso de este estudio puede apreciarse en el siguiente testimonio:

*“... si mi mamá me hubiese dado amor desde un principio... si ella venía no era por verme sino por pasear. Yo le pasaba la plata para que viniera, pero nunca pescó a un médico para preguntarle por mí.”*(4)

El autor MATIAS POLO (1990) cita a LE SHAN (1959) el cual observó hace muchos años que los cancerosos sufren pérdidas de seres queridos con anterioridad al diagnóstico de cáncer, y que esto era importante en personas propensas a sentimientos de desesperanza, baja autoestima e introspección, lo que coincide con la mayoría de las usuarias por presentar autoestima baja. RISQUEZ (1978) citado por M. POLO (1990), sostiene que toda persona enferma de cáncer tiene en su biografía la pérdida brusca de un ser querido. Estas pérdidas se entienden en el sentido de privación de objeto y no tienen que ser siempre reales, pueden ser fantaseadas, temidas, esperadas o simbólicas, esto se podría relacionar con el estrés producido por estas pérdidas, el cual según el autor COX, citado por POLO (1990), tiene un papel etiológico en el cáncer, sin embargo el factor principal que afecta al crecimiento del cáncer no es el estresor en sí, sino la capacidad individual para afrontarlo.

La mayoría de las usuarias vio afectada su vida antes del diagnóstico, debido a la pérdida, separación, y enfermedad de seres queridos, con esto se afirma la teoría citada por MATIAS POLO.

#### **4.2.2 Conocimiento del proceso patológico**

**4.2.2.1 Percepción de las causas determinantes de la enfermedad:** dentro de las temáticas señaladas por las usuarias en cuanto a la percepción de los factores causales de la enfermedad



están: la *responsabilidad del equipo de salud* debido a la falta de búsqueda de medios diagnósticos más acuciosos para descartar y detectar un posible cáncer (Entre ellos, la ecografía, la cual según sus discursos esta sobrevalorada por parte de las usuarias) .Esto se refleja en los siguientes testimonios:

*“no sé si estaré mal en decir esto, pero creo que es la falta de información de los médicos, porque yo aunque siempre me hice el PAP, deberían haber mandado a hacerme una ecografía., o sea hay que pensar porque sucede esto y siempre pensar lo peor , no irse a lo mas fácil y listo”.*(1)

*“Me vio una matrona y me mandó al hospital, me dijeron que no tenía nada, volví a ir al poli y yo sabía que algo tenía y yo le dije al doctor que me hiciera el PAP , y una ecografía, pero la eco nunca me la hicieron”*(6)

*“El año pasado me hice el PAP y me salió bueno, lo único que hacían en el consultorio eran darme pastillas, pastillas y nunca me dijeron nada”* (10)

La otra atribución al cáncer que manifiestan las usuarias es *su propia responsabilidad* en ello, debido a la falta de autocuidado y de un control a tiempo, a causa de desinformación de los síntomas de un cáncer y por miedo a la cirugía, pues en una de las usuarias el conocimiento erróneo de su hijo acerca del tratamiento del cáncer perjudicó en forma directa a su madre ya que dejó pasar el tiempo por temor a lo que podría sucederle si se operaba. Estas dos causas se expresan en las siguientes frases:

*“A no haberme cuidado, al no haberme controlado a tiempo, me detectaron la enfermedad a principios de enero, por una hemorragia, estaba enferma (con menstruación), como siempre me duraba hartos días, no me preocupé, me dije debe ser lo que queda acumulado...”* (6)

*“Me dejé crecer el tumor porque yo tenía miedo de ir al médico pa que me operen, mi hijo me decía “mami no se vaya a operar porque le va a pasar lo mismo que me pasó a mi”, bueno yo con eso quedé”* (2).

Aquí se puede extraer el poder de la influencia del conocimiento cultural en la toma de decisiones de las personas, estos dos pensamientos fueron sin lugar a dudas catastróficos para cada una de las usuarias.

También le atribuyeron el carácter hereditario al desarrollo de esta enfermedad.

*“Parece que es hereditario, de familia, mis papás igual tuvieron cáncer”.* (2)

*“Nos, por la parte genética, hereditaria, porque por la parte de mi papá la mayoría son cancerígenos, mis primos, mis tías”.* (10)

Otras atribuciones que fueron en su minoría, responden a creencias inherentes a su persona e historia de vida, entre ellas está un golpe fuerte que pudo haber desencadenado el dolor del cáncer, el frío y acumulación de sangre en la menstruación, las penas grandes en la vida. Esto está representado en los siguientes testimonios:

*“Con el golpe comenzó todo el malestar, ahí se destapó la olla”* (3)

*“Nosé puede ser de frío o cuando me llegaba la regla no sacaba toda la sangre.”(7)  
 “Pudo haber sido todas estas penas grandes que uno pasa, todas estas pérdidas, tuve dos pérdidas el 2003 y 2004” (9)*

Una enfermedad grave como el cáncer, podría desafiar las creencias y los valores religiosos del paciente, produciendo un alto grado de aflicción espiritual. Algunos pacientes pueden sentir que el cáncer es un castigo de Dios o pueden sufrir la pérdida de su fe después de recibir el diagnóstico. NCI (2006). Esto se demuestra en el siguiente testimonio:

*“Yo digo que fue un castigo de Dios, porque fui al baile, era algo malo porque le estaba sirviendo a él y le di la vuelta” (5)*

Las usuarias manifestaron diferentes causas, como la responsabilidad del equipo médico, responsabilidad a sí misma con cierto grado de culpabilidad, el carácter hereditario, golpes, frío, acumulación de sangre en la menstruación, penas grandes en la vida y como castigo de Dios. Mediante estas respuestas se puede extraer que cada una de las usuarias respondió de acuerdo a sus propios conocimientos pues no se ven influenciados por una información entregada por el equipo de salud, es una percepción pura de las usuarias.

Los relatos concuerdan con las categorías descritas por el NCI (2006), ya que muestran que en el grupo se reconocen los factores derivados de la sociedad que influyen en el proceso de adaptación en el cual cobra importancia el pensamiento social a cerca del cáncer y las convicciones sociales sobre la causa.

Según el estudio realizado por WENZEL Y COLS, mujeres informadas de manera realista sobre su condición, afrontan de una mejor manera las secuelas o limitaciones de la enfermedad a largo plazo. PIRE STUART (2001)

**4.2.2.2 Conocimiento de su enfermedad:** también se les realizó la pregunta ¿Qué conoce a cerca de su enfermedad?, para saber que información tiene de la enfermedad en sí, y mediante estas respuestas saber de qué forma reciben la información entregada por el quipo de salud. Según la bibliografía, un mal enfoque de la información entregada a las personas con cáncer crea mayor ansiedad y limita al enfermo para enfrentar su problema, pues se conoce que la ansiedad paraliza el mecanismo de lucha, por lo que la comunicación abierta y la información mantenida son expresiones de una tendencia actual que evidentemente debe ser seguida. PIRE STUART (2001)

Esta pregunta fue respondida en forma genérica, sin indagar en detalles y de acuerdo a lo que están viviendo, lo que han vivido, temores y características personales.

La mayoría de las usuarias refiere conocer lo que les sucede, a excepción de una de ellas que no manifiesta tener una visión real de lo que le acontece, lo cual se podría explicar por ser analfabeta. Todas refieren saber que es una enfermedad que puede causar la muerte y que tiene tratamiento, siete de las usuarias saben cual es el tipo de cáncer o localización del tumor, plan terapéutico y estadio que tienen.

El conocimiento que dieron a conocer las usuarias de su enfermedad es distinto entre sí, pues unas refieren conocer todo a cerca de su enfermedad por inquietud propia, otras dan a conocer una información basada en sus preocupaciones personales como la posibilidad de una recurrencia, las expectativas de vida y la importancia de la actitud positiva frente al cáncer. Esto se refleja en el siguiente testimonio:

*“Sé que puedo tener otro cáncer , que es tan relativo, puedo vivir poco, como puedo vivir mucho tiempo, tiene que ver mucho el organismo, las ganas de vivir , porque ser optimista ayuda a montones, porque cuando yo estaba tan pesimista, andaba bajoneada, me llegaron los dolores, me faltaba el oxígeno”(4)*

El riesgo de infertilidad también fue señalado por una de las usuarias:

*“Que es cáncer a un ovario y me sacaron el quiste y me tendrían que haber sacado una trompa , el útero , un ovario, pero no lo hicieron por mi edad y me dijeron que si quería tener hijos que los tenga luego y si no puedo , no puedo no más, para que me saquen luego el útero”(8).*

La posibilidad de mejoría también fue planteada en sus respuestas:

*“Sé que pronto me voy a sanar estoy contenta porque ya mañana paso a pabellón, ya pronto me van a sacar lo malo” (5)*

*“Que en el cáncer tiene cuatro etapas y que yo estoy en la etapa I y que sí me voy a mejorar, eso es lo único que sé” (7)*

El conocimiento general que poseen de su enfermedad varía dependiendo de las características de cada usuaria, de la información entregada por los profesionales y de sus inquietudes personales, ya que al preguntarles que conoce sobre su enfermedad la mayoría respondió conforme a sus mayores preocupaciones en ese momento.

Al realizar un análisis con las características sociodemográficas se pudo concluir que las informantes que conocen más de su enfermedad tienen las características de edad adulto joven, mayor tiempo con la enfermedad, buena relación medico- usuaria, mayor escolaridad.

La información de los profesionales es determinante en el proceso de adaptación al cáncer pues por ejemplo el sentimiento de esperanza por algunas usuarias lo obtuvieron gracias a la información recibida por el médico, en cambio otras manifiestan que les afecta la escasa comunicación con el médico tratante en relación a su pronóstico y les genera mayor preocupación e incertidumbre lo que se desencadena en una intranquilidad constante. La importancia de la información entregada, por el equipo de salud para un mejor afrontamiento y tranquilidad de las/los usuarias/os fue señalada por MONTES (2006), lo que respalda lo dicho por estas usuarias. LAPORTE (2003) intenta dar una explicación a este hecho, agregando la falta de conocimiento en técnicas de comunicación de los médicos.

Tres de las usuarias no conocen el diagnóstico en su totalidad (saben que tiene cáncer, pero su localización la desconocen) y esto se asocia a la edad adulta mayor independiente de la escolaridad de dos de las usuarias y el analfabetismo de una de ellas. El hecho de desconocer el diagnóstico de la enfermedad, entorpece la relación terapéutica que debe establecerse entre el médico y el paciente, además de ser irrespetuoso ignorar el derecho que tiene cada persona a tomar sus propias decisiones en la vida y se debe proporcionar a cada paciente, la información que solicite, que es indicativo de lo que va necesitando y queriendo saber, para permitirle así ser más responsable y activo de su propio proceso de salud. PÉREZ (2005)

Las usuarias que más conocían acerca de su enfermedad tenían buena relación con su médico tratante y calificaban su atención de una forma muy positiva. En sentido general se señala que una buena relación médico-paciente basada en la confianza, ayuda a que el paciente acepte la información sobre su enfermedad y los tratamientos a los que será sometido.

#### **4.2.3 Percepción de su imagen corporal y autoestima**

Para conocer este tema se les realizó la pregunta ¿Cómo cree usted que ha influido su enfermedad en su imagen corporal? y la percepción que tienen las usuarias de su cuerpo o de sí mismas la manifiestan afectada, por diferentes razones, relacionadas con:

*Los efectos de la quimioterapia, que produce delgadez lo cual lo relacionan con envejecimiento, fealdad, y no sentirse la persona de antes, y cobran demasiada importancia a como se vean frente a las personas que más quieren, por ejemplo sus hijos y esposos:*

*“Me he enflaquecido, me veo los brazos y me veo mas vieja” (1)...*

*“Mal po, era terrible porque me iba a lavar al baño y se me caía el pelo y me daba ataque de nervios. ,ahora que me falta una mama... peor..., pero cuando el médico me dijo que me iba a sacar 1 mama, yo le dije que quedando bien ,no importa”(2)*

*“Con tristeza, pero frente a mis hijos tengo que poner otra cara, no quiero echarles a perder la vida” (3)*

*“... Ha influido bastante porque ya mi autoestima ya no está tan alta está baja, por mi misma enfermedad, siempre lo ando trayendo a influido en que he bajado mucho de peso y ahora ya no me encuentro la persona que era antes ya me da lo mismo levantarme en la mañana, arreglarme, antes no, antes era mi presencia personal importante” (6)*

Según Vidal y Benito (s.f.) la capacidad de seducción del paciente con cáncer se ve seriamente disminuida por todos aquellos cambios que produce la enfermedad en alguna de sus etapas, o por las diversas terapéuticas que son utilizadas. Las lesiones de piel, la alopecia, las mutilaciones, las variaciones en el peso, etc. no sólo afectan la imagen corporal, sino que además fomentan la inseguridad y deterioran la autoestima: *“Flaca, estoy súper flaca, la ropa que me pongo se me ve fea” (7)*

La alopecia y debilidad lo cual ocasiona sentir lo que menos se quiere: la lástima de la gente. *“a veces en mi autoestima me afecta la lástima de la gente cuando dice ¡OH! pobrecita y yo trato de no llorar” (4)*

El deterioro general lo que les provoca sentimientos de inutilidad frente al quehacer diario, “Ya no me miro de cuerpo entero, me siento mal como mujer porque cuando era una mujer sana , hacía mis cosas, ordenaba mi casa , tenía el almuerzo listo cuando llegaba él, ahora no podía hacer nada, tenía que estar sentada”(5)

Esto se ve fuertemente marcado en las usuarias y está relacionado con las consecuencias del tratamiento, es decir, la quimioterapia y braquiterapia, pues produjeron también gran impacto en su autoimagen corporal, debido a la debilidad, la delgadez, alopecia, deterioro general y todo esto vinculado a sentimientos de fealdad e inutilidad, frente al quehacer diario como la crianza de los hijos, las labores domésticas y de trabajo que tenían.

Estos relatos están respaldados por PEREZ y SERRA (1997) quienes señalan que socialmente, el rol femenino ha estado constreñido a la esfera privada, concretamente a la procreación, al cuidado de los miembros de la familia y a la atención de las tareas domésticas por lo tanto su fuente de gratificación queda reducida únicamente a la familia.

Otra de las razones por las cuales se ve afectada la imagen corporal es la *mastectomía*, sin embargo esta afección se denota enmascarada por la usuaria ya que a ella lo que más le preocupa es la crianza de sus nietos.

La *metástasis uterina* con riesgo de histerectomía radical lo que imposibilita el sueño de ser madre de dos de las usuarias: “*El deseo más grande que tengo es tener un hijo y que te saquen el útero...mas o menos no más.*”(8)

La preocupación por la infertilidad, debido al impacto en la feminidad y el rol reproductivo en mujeres con cáncer también lo describe MONTES (2006) en el marco teórico.

Todas las usuarias manifestaron afección por la alteración en su imagen corporal, lo que se extrapola sin duda a un deterioro en su autoestima personal, manifestado por los bajos puntajes de los test de autoestima aplicada a cada una de las entrevistadas.

Todas las usuarias refirieron afectación por su imagen corporal actual, en cuanto a la esfera física tener un tumor les produjo a algunas sentimientos de desagrado hacia su cuerpo pues perdieron la integridad biológica de éste, físicamente no se encuentran atractivas hacia ellas mismas ni hacia los demás, incluyendo sus parejas y afectando en gran medida en la relación sexual por vergüenza, pudor y miedo a que contagien de una infección. Según PEREZ y SERRA (1997), la imagen que la persona hace de su cuerpo es construida y reconstruida a lo largo de la vida, a partir de las experiencias con el mundo exterior. Llegar a amar o aceptar el cuerpo como parte de la sexualidad es algo fundamental. Una cosa es la imagen pública y otra es la realidad del cuerpo desnudo. Su aceptación o rechazo influye de manera decisiva en las relaciones sexuales.

La extracción del tumor trajo como consecuencia un sentimiento de mutilación física y psicológica pues el hecho de no tener una mama y no tener el aparato reproductor e inclusive la amenaza de perder esta zona corporal produce alteración de la percepción de su identidad

de género y en el rol reproductivo y sexual. De acuerdo a los discursos obtenidos por las usuarias , en dos de ellas se ve imposibilitado en gran medida el ” sueño de ser madres”, por la localización del tumor en su cuerpo y esto influye trascendentalmente en sus vidas afectando su autoimagen corporal y autoestima.

Esto se extrapola sin lugar dudas a la relación de pareja que tienen alguna de ellas, pues manifiestan estar inseguras en ese ámbito por esta causa y no sólo en ellas dos, sino en la mayoría pues sólo el hecho de tener un cáncer que afecte al aparato reproductor influye decisivamente en el hecho de restringirse a tener relaciones sexuales por las causas anteriormente señaladas, esto ocasiona a su vez temor a una ruptura amorosa por no satisfacer sexualmente a su pareja, afectando en gran medida en las edades adulto jóvenes y adulto medias.

Todo lo señalado por las usuarias afectó su autoimagen corporal y en la mayoría en su autoestima. Siete de las usuarias presentaron autoestima baja y dos de ellas autoestima alta, al analizar sus relatos y sus características sociodemográficas, se puede extraer que talvez la edad de adultez mayor con buen apoyo psicosocial, el hecho de haber estado siempre vinculada a situaciones de enfermedad en su vida y una buena relación médico – usuario, lograron desarrollar en ella mejor capacidad de adaptación y por ende su autoestima no se alteró con esta enfermedad.

La otra usuaria que tiene autoestima alta es adulta joven, sin embargo coinciden en el buen apoyo psicosocial, en la buena relación médico –usuario, y el tiempo desde el diagnóstico a diferencia del resto es de un año, por lo tanto ha tenido más tiempo para adaptarse. En conclusión los ejes en común son la calidad del apoyo que perciban originado en sus familias, en el equipo de salud y la capacidad de adaptación que hayan desarrollado.

#### **4.2.4 Red de apoyo**

**4.2.4.1 Relación de pareja:** todas las usuarias han percibido apoyo durante el transcurso de la enfermedad, sin embargo no de la misma fuente. Sólo tres de ellas no tiene apoyo de pareja, una por viudez y dos por separación, una de ellas lamenta la separación pues ocurrió durante la enfermedad y manifiesta necesidad de afecto en ese sentido, las siete restantes dicen percibir el apoyo de parte de sus parejas , de manera fuerte , con confianza , preocupación, afecto, e incluso ha cambiado su relación para mejor pues manifiestan que sienten que las quieren más porque ellas se dan mas a querer, sin embargo todas , menos una, refieren estar afectadas en la esfera sexual , por motivos como , el dolor, metástasis vaginal, por temor de contagio alguna infección a su pareja , por pudor , vergüenza ,preocupación e incertidumbre , pues algunas no saben si tener relaciones sexuales les afecte más su estado de salud y tienen vergüenza de preguntar al equipo de salud. Aparte de ello, lo que les afecta es la inestabilidad en su relación que se pueda provocar más adelante a causa de no poder satisfacer sexualmente a su pareja y en alguno de los casos no tener la posibilidad de ser madre y poder darle hijos a él, pero lo que las alivia es el hecho de que sus parejas manifiestan respetarlas en este sentido y que la esperaran el tiempo que sea necesario.

Al realizarles la pregunta ¿Cómo describiría su relación de pareja? Y ¿Cómo se siente con respecto a las relaciones sexuales?

*“Siento que ahora me quiere más, o sea, siempre me ha querido, pero como que ahora me doy más a querer” (3)*

*“sí me afecta mucho eso, no me siento mujer 100%, ahora ya siento dolor en mi cuerpo” (3)*

*“Bien, pero no puedo tener relaciones sexuales y él es muy respetuoso. No sé si pueda tener relaciones sexuales, me gustaría que me digan si puedo o no puedo” (5)*

*“Tengo miedo, como que me da miedo porque le puedo dar alguna infección. Yo no quiero tener relaciones sexuales, hasta cuando me sienta mejor él lo entiende sí” (7)*

*“Me afecta mucho porque no las puedo tener con mi marido, hace 2 meses que no puedo tener relaciones sexuales, porque tengo metástasis vaginal” (9)*

*“No, o sea igual con un poco de pudor, vergüenza, pero igual él nunca me ha demostrado que por estar enferma no podemos tener relaciones sexuales...a futuro me preocupa porque si me hacen la cirugía me hablan de cerrar parte de la vagina” (10)*

Seis mantienen una relación de pareja, la cual la consideran estable y con apoyo constante, en el sentido afectivo manifiestan sentirse satisfechas, refieren que la relación con sus parejas antes y después del diagnóstico ha cambiado en el sentido que se sienten más queridas, por el hecho de que se dan más a querer, refieren que en cierto modo esta enfermedad les ha servido para darse cuenta de la profundidad del sentimiento de amor que tienen recíprocamente. Según VIDAL y BENITO (s.f.) cuando las parejas están sólidamente relacionadas, el diagnóstico de Cáncer no las afecta ni las erosiona de la misma forma, como en aquellos casos, en los cuales la existencia de conflictos previos. Esta buena relación ha servido de base también para mitigar la enorme preocupación que manifiestan por no poder satisfacer sexualmente a sus parejas, a pesar de que ellos no hayan expresado nunca este tipo de insatisfacción, dándole prioridad al tratamiento y recuperación de ellas, según VIDAL Y BENITO(s.f.) la enfermedad se convierte en el centro de atención, alrededor del cual giran el paciente, la familia e incluso el equipo médico, poniendo en evidencia un progresivo desinterés hacia otros aspectos de la cotidianidad, que alguna vez fueron placenteros, entre ellos el Deseo y el Goce Sexual.

Sin embargo este temor e inseguridad persiste, y por consecuencia sienten que ellos buscarán satisfacción sexual en otro lado; refieren que el indicador de satisfacción sexual en los hombres es tener coito, y en ellas se ve que la sexualidad se relaciona mucho con la esfera genital, por lo tanto muchas de ellas desafían sus dificultades físicas para satisfacer a sus parejas y otras simplemente no tiene relaciones sexuales, refieren estar asustadas de reiniciar la actividad sexual por miedo al dolor que pudiera ocasionar el acto sexual en sí, y provocar mayor deterioro en su salud, el pudor por no sentirse 100% mujeres, debido a los cambios corporales producidos por la enfermedad y tratamiento, la autoimagen corporal afectada influye decisivamente en este sentido, sienten el rechazo hacia ellas aunque sus parejas no lo expresen y el temor a contagio de infecciones. VIDAL Y BENITO(s.f.) corrobora los relatos de las usuarias pues señala que la capacidad de seducción del paciente con Cáncer se ve

seriamente disminuida por todos aquellos cambios que produce la enfermedad , fomentando al inseguridad , deteriorando la autoestima e inhibiendo la conducta sexual del enfermo/a.

Ninguna de ellas se siente segura de tener la información adecuada por parte del equipo médico, refieren que este tipo de información no existe en forma expedita sólo a demanda de la usuaria, sin embargo este tema les provoca vergüenza para preguntar ,hay que tener en cuenta, que los pacientes no relatan con facilidad, las dificultades que pueden llegar a presentárseles en esta área, y que también muchas veces, los médicos rehuyen este tema.

Aparentemente la vida sexual se ve fuertemente afectada en estas mujeres, por presentar cáncer ginecológico, según la VIDAL Y BENITO (s.f.) es muy probable que el cáncer en órganos asociados a la función sexual tendrá una carga psicológica negativa, mucho más fuerte que cuando aparece en otros órganos. La reafirmación de ello está dada en el hecho de que el área comportamental más afectada en las pacientes con Cáncer ginecológico es la sexual.

**4.2.4.2 Apoyo familiar y social:** según LAPORTE (2003) la enfermedad no sólo afecta al paciente sino también a la familia. De esta forma, en los entornos familiar, social y laboral se producen diversos cambios que afectan al rol del paciente y que forman parte del proceso de despersonalización. En este sentido, la familia adquiere un papel protector sobre el paciente.

Según PÉREZ CÁRDENAS (2005) el apoyo social descansa básicamente en la familia, después en las amistades, en tercer lugar entre los vecinos y el equipo de atención secundaria (hospitales), y es en el cuarto lugar donde aparecen los equipos de atención primaria de salud.

El apoyo familiar en estas mujeres es fundamental para enfrentar la enfermedad de una mejor manera, es decir, con un rol activo hacia la búsqueda de su recuperación, debido a que se convierte en estos casos de crisis en la fuerza que guía su actuar hacia una pronta mejoría, junto con esto, en adquirir cada día mayor fuerza de voluntad para luchar por sí mismas.

Todas refieren tener el apoyo de su familia y se sienten conformes con este, a pesar de estar lejos de ella, a excepción de dos entrevistadas, en las cuales sus hijos no la acompañan y en el otro caso su familia (madre y hermanos) no la apoya. En las usuarias que tienen hijos e hijas, señalan que por ellos/ellas están luchando e inclusive una de ellas manifiesta que sin la presencia de sus hijas ya no estaría aquí. Esto se refleja en los siguientes testimonios:

*“Y si yo tengo ganas de vivir lo hago solamente por mis hijas, por mí no, para nada, por mi yo no estaría acá” (4)*

*“ yo no puedo decir que me voy a ir no más , si tengo que vivir 5 años más, 5 años más para mí es harto, mi hija tiene 5 años y tendría 10 años” (3)*

Estos relatos concuerdan con el planteamiento de MONTES (2006), en cuanto a que los hijos se transforman en la principal motivación para enfrentar la enfermedad.



Nueve de las usuarias manifestaron tener apoyo familiar, a excepción de una de las usuarias. Según las entrevistadas este apoyo se manifestaba en la preocupación, las llamadas constantes, por subirles el ánimo y no dejarlas ni un minuto sola. Cabe destacar que el apoyo familiar en estas entrevistadas es sumamente importante porque todas a excepción de una, son de ciudades lejanas, y su familia no posee los recursos económicos suficientes para poder visitarlas siempre, por lo tanto se sienten un poco solas enfrentando esta enfermedad.

*“mis hijos y mi familia me apoyan, percibo el apoyo con el cariño, porque mi hijo me llama todos los días” (1)..*

*“Se han preocupado por mi, ya que no puedo caminar, porque me dio esa trombosis en la pierna y me llevan a los controles, primero le toca a una, después a otra” (2)*

Según Montes (2006) el apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas.

Tres de las usuarias obtienen el apoyo social actualmente, a través de la participación en la iglesia y refieren que les hace bien, porque les hace ignorar por un momento sus preocupaciones por la enfermedad; sin embargo el resto de las entrevistadas ya no participan en ninguna organización social producto de su enfermedad, sienten que ya no pueden hacer las cosas que hacían antes. Esto produce aflicción en algunas de las usuarias pues la actividad diaria que tenían antes de la enfermedad las ayudaba a sentirse realizadas como persona, en cambio ahora sólo están sometidas a la hospitalización y tratamiento de su enfermedad lo que las margina de un entorno social que podría ayudarlas en el afrontamiento de su enfermedad, esto les produce un cambio en el sentido y expectativa de vida.

*“me proyectaba a futuro, ahora no, hacía lo que quería, pintaba (pintura en género), tenía alumnos, estudiaba nocturna, hacía las cosas que yo quería y me proyectaba más adelante, ahora no, ahora vivo el día” (6)*

Cabe destacar que el apoyo espiritual aquí es sumamente importante para afrontar de una forma más esperanzadora y pasiva su enfermedad, este apoyo se ve mucho más marcado en las mujeres adultas medias y adulto mayores y en las que poseen etapas más avanzadas de la enfermedad, transformándose en el recurso que tiene siempre a su disposición y les puede salvar la vida.

*“estoy tranquila no más, pensando que mi Dios me salve y me dé un año más de vida, por mi familia” (2)*

Según KRZEMIEN (2005) en el caso de las mujeres en edad adulto mayor se cuenta con estudios centrados en los efectos positivos del apoyo social sobre el afrontamiento, las personas de edad con más recursos sociales tienden a usar las estrategias de afrontamiento activo. El aprendizaje social, como actividades de auto distracción, tiene una influencia positiva en el afrontamiento del envejecimiento femenino, produciendo un aumento en la

frecuencia de uso de estrategias activas y adaptativas, principalmente de tipo conductual y cognitivo.

*“me van a visitar a mi casa las de la iglesia católica también, me van a hacer oraciones y cantar y todo eso me ha servido harto y mi familia igual, así que uno se olvida de la enfermedad” (2)*

### **4.3 RESPUESTAS ADAPTATIVAS PSICOSOCIALES**

#### **4.3.1 Reacciones y /o respuestas emocionales y/o comportamentales personales ante el diagnóstico de cáncer.**

Las emociones son reacciones normales de los individuos ante situaciones que ponen en peligro su integridad, situaciones de amenaza por la posibilidad de obtener un resultado negativo o en las que hay en juego una pérdida importante o un logro. Estas reacciones se experimentan como una conmoción del estado de ánimo de experiencia muy agradable (emociones positivas) o muy desagradable (emociones negativas). CANO (2005).

Al realizar la pregunta ¿Cual fue su reacción, sensación o emoción cuando supo el diagnóstico?, los sentimientos que surgieron fueron: rabia, impotencia, sensación de muerte inmediata, pensamientos de suicidio e incertidumbre.

*“Llorar y llorar, parecía que me iba a morir al tiro, cuando me llevaron a Purranque, el médico me dijo al tiro y creía que me iba a morir al tiro”. (2)*

*“...yo me vi en una urna, dentro de un ataúd, nosé, si yo me encontraba un revólver, me disparaba al tiro, me duele dejar a mis hijos, me duele dejar mi guagua sola.”(3)*

*“Mucha rabia, mucha impotencia, lloré, como que de primera no lo creía, pensaba que era un mal sueño y después me resigné, ya estaba y había que luchar nomás”. (9)*

*“Morirme, en ese momento si yo hubiese tenido una pala, yo misma me hago el hoyo, nunca pensé pasar por esto y yo todos los días pensaba ¿“cuanto me queda”, “cuanto duraré”, “iré a sufrir?” (10)*

*“...tengo miedo a no estar, no quiero ilusionarme, me gustaría dejar a mis hijas y que se puedan valer por sí mismas.”(4)*

Otras de las reacciones emocionales que experimentaron las entrevistadas, ante el diagnóstico de cáncer son la rabia, la impotencia, la desesperación, y el miedo o temor, principalmente a la muerte, lo que acarrea mucho dolor sobretodo por ver el futuro de su familia, principalmente de sus hijos, incierto ante la ausencia de ellas. Al señalarles el diagnóstico lo primero que se les vino a la mente fue la ideación de muerte inmediata, e incluso sus pensamientos fueron dirigidos a su propia muerte en ese momento, una especie de pensamiento suicida.

Existe una ambivalencia en sus pensamientos, es un tanto confusa la respuesta pues por una parte lloran porque no se quieren morir, sin embargo al mismo tiempo algunas desean hacerlo, con esto se podría deducir que el temor está mas que nada basado en el sufrimiento de

enfrentar una enfermedad como esta, la cual trae consigo el peso de la representación social del cáncer, que influye de sobremanera en estas usuarias.

La enfermedad se vive como una amenaza y con ello aparece la especulación constante con la idea de la muerte. Ello implica que “decir cáncer sea sinónimo de sentencia de muerte” y, por lo tanto, la palabra cáncer se convierte en tabú. Según el Instituto Nacional del Cáncer (2006) existen factores que influyen en la adaptación al cáncer, dentro de los cuales están los derivados de la sociedad, y el que mayor peso tiene es el del estigma social de la palabra cáncer asociada a muerte a pesar de los avances tecnológicos. Esto determina sin lugar a dudas la forma de pensar de cada usuaria ante el diagnóstico. Esta enfermedad tiene un impacto negativo muy fuerte por todo lo culturalmente establecido en cuanto a ella. Pérez Cárdenas (2005).

Según LAPORTE (2003) el proceso de despersonalización implica la adopción de un yo-enfermo de cáncer que sustituye al yo-persona e invade el conjunto de relaciones que el paciente tiene consigo mismo y con su entorno. Esto se ve reflejado en la siguiente frase: “... ¡Cuál es el temor que tengo!, a ser otra persona cuando llegue allá cuando a como era en mi casa...” (6)

Aquí se presenta el temor al cambio en el rol y la autopercepción, a ser otra persona cuando llegue a su casa, a no ser la mamá, la esposa y dueña de casa de antes. Según PEREZ (2005) el temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal, autoestima, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales son asuntos importantes en la vida de cualquier persona con cáncer.

Otro de los temores que presentan las usuarias está basado en el tratamiento, principalmente en torno a sus efectos, a la tolerancia de estos en su vida cotidiana y a no tener resultados positivos: “*Pensaba que no me la iba a poder, que quizá las quimioterapia no iban a hacer efecto, de primera pensé que me iba a morir*”. (8)

El temor a la recidiva también se manifiesta: “*Pero siempre está el miedo a saber que cuando vuelve a control esto vuelva a crecer*” (6).

También surgieron preguntas como ¿porqué a mí?, ¿qué he hecho? como si el cáncer fuese un castigo. El sentimiento de culpabilidad se presentó, al pensar que esta enfermedad es un castigo de Dios por haber cometido errores en el pasado, esto sucede con las personas que poseen una fuerte creencia religiosa. Dentro de este contexto se presentó también una explicación al cáncer, pero en contraste a la anterior una de las usuarias señaló que esa enfermedad se presentó en su vida como una prueba más de Dios.

Algunas también refieren haber sentido la noticia como un mal sueño, tendiendo a la incredulidad, subordinando el conocimiento del personal de salud y negar la veracidad del diagnóstico “*No me asusté, me fui al baño y no sentí que mi corazón me palpitara fuerte, yo dije, estos no saben que cosa tengo*.”(3) .Según HOLLAND (2000) esta reacción es normal,

acompañado de un sentimiento de anestesia emocional. Al igual que el NACIONAL CANCER INSTITUTE (2002) estas sensaciones corresponden a la fase I, la respuesta inicial, que comprende la incredulidad, el rechazo y el shock que la noticia es verdad. Algunos pacientes procurarán probar que el diagnóstico no es verdad. La mayoría de los pacientes presentarán un período de incredulidad acompañado por la incapacidad para procesar claramente la información. Tal vez se sientan aturridos o en estado de shock.

Dentro de las reacciones tardías ante el diagnóstico de cáncer son la conformidad y resignación, algunas con espíritu de lucha en cambio otras aceptando la voluntad de Dios.

A medida que pasa el tiempo la respuesta emocional de las usuarias se va transformando en un ánimo más depresivo, manifiestan mayor sensibilidad, tristeza y vulnerabilidad emocional:

*“...Cada vez más abajo, más depresiva y mucho más sensible.” (4)*

*“He estado más decaída y me da menos hambre, más sueño también, y más sensible, ahora estoy más sensible, me da pena que no me llamen, me alegra cuando me llaman”. (7)*

Esta respuesta es normal y parte de un espectro de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación de humor deprimido, hasta una depresión grave. NCI (2006)

La tristeza – depresión y la ira son reacciones emocionales básicas que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y alta activación fisiológica. Son las tres emociones más estudiadas hoy en día y se les conoce como emociones negativas. Estas emociones preparan al individuo para dar una respuesta adecuada a las demandas de la situación, por ello se consideran adaptativas para el individuo, sin embargo debido a un desajuste en su frecuencia y duración puede originar un trastorno de la salud tanto mental y física. CANO VINDEL (2005).

De acuerdo al test de diagnóstico abreviado de depresión aplicada a las usuarias, el 70% de ellas presenta riesgo de desarrollar ese tipo de alteración. Según la bibliografía esta afecta aproximadamente a un 25% de los pacientes y tiene síntomas reconocibles que pueden ser diagnosticados y tratados, esto debe hacerse, debido a que estos impactan la calidad de vida. La depresión también es un trastorno subdiagnosticado en la población general. Los síntomas evidentes al momento del diagnóstico de cáncer podrían representar una condición preexistente y exige evaluación y tratamiento por separado. NCI (2006).

Cada una de las entrevistadas tenía su familia lejos del lugar de tratamiento, por lo tanto tuvieron que suspender todo para trasladarse, por lo tanto, el apoyo era más que nada sólo telefónicamente y la rutina que llevaban en su hogar ya no la tenían, esta enfermedad entorpeció su vida cotidiana, no les permitió seguir con una vida normal, y según la bibliografía los pacientes están en mejores condiciones de adaptarse a un diagnóstico de cáncer si pueden continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad emocional y seguir participando decididamente en actividades que son significativas e

importantes para ellas, por lo tanto en este sentido , la adaptación de estas usuarias se vería un tanto afectada por esta situación, para ello deben desarrollar estrategias de adaptación ,y así ayudarlas a desarrollar maneras de cambiar situaciones problemáticas, manejar las dificultades emocionales y comprender porqué sucedió el cáncer y el efecto que el cáncer puede tener en la vida del paciente. CANO VINDEL (2005)

#### 4.4 MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

Los mecanismos de afrontamiento que emergieron de las entrevistadas se basaron en la pregunta ¿qué es lo que hace usted para solucionar sus problemas en situaciones de crisis? ¿Cómo ha reaccionado emocionalmente desde que le diagnosticaron la enfermedad? ¿Cómo ve su futuro?

Cabe destacar que las respuestas a esta enfermedad fueron distintas entre sí, y resulta curioso conocer las formas de enfrentarla, pues cabría suponer que todas las usuarias se enfrentarían a este suceso de la peor manera, teniendo en cuenta que es una enfermedad que amenaza su vida, sin embargo no fue así, pues según SALAS (2000) cada sujeto responde a las situaciones que se le presentan no desde un vacío sino desde una historia, que da significado al evento para el o ella. Cada usuaria posee una historia distinta y de acuerdo a ello responde ante situaciones como esta. No hay una manera única de afrontar el cáncer tampoco un orden en la aparición de las reacciones adaptativas de algunos pacientes dan la batalla, mientras que otros son más reservados, respetar esta forma individual de afrontamiento es críticamente importante. HOLLAND (2000).

Estos mecanismos de afrontamiento detectados en las entrevistadas se dividieron en eficaces e ineficaces. Dentro de los mecanismos de afrontamiento eficaces utilizados por cinco de las entrevistadas se encuentra el *espíritu de lucha* , TSCHUSCHKE Y COLS., citado por el autor CASTILBLANCO (2001) señalan que este tipo de afrontamiento predice mayor supervivencia en pacientes con cáncer, este estudio es consistente con otros al mostrar que las actitudes logran una diferencia, este tipo de afrontamiento utilizado por las usuarias está asociado principalmente a la motivación de seguir adelante por sus hijos, por verlos crecer y criarlos el tiempo que sea necesario , pues algunas dicen vivir un limitado número de años sólo para dejarlos criados y estar seguras de que ya se puedan valer por sí mismos, la existencia de los hijos según MONTES (2006) constituye su apoyo social indirecto y para estas mujeres la razón de sobrevivir, como se puede deducir en sus discursos:

*“....y el doctor me miraba y me decía como está viva, pero yo creo que fue ese afán de vivir, de la juventud, por mis hijos” (1)*

*“...yo no puedo decir que me voy a ir no más, si tengo que vivir 5 años más, 5 años más para mí es harto, mi hija tiene 5 años y tendría 10 años” (3)*

*“En este caso estoy luchando, no echarme a morir” (7)*

*“Tengo mucha fe, tengo la esperanza de que todo va a salir bien, yo no me voy a echar a morir , al principio fue así pero ya pasó esa etapa, ya no voy para atrás, quiero salir adelante”(9)*

Los mecanismos de afrontamiento, utilizados por las usuarias evolucionan con el tiempo, pues existe una diferencia entre el afrontamiento inicial (después del diagnóstico) y el actual, revelando que poseen una actitud más positiva.

Esto denota el pensamiento suicida o autodestructivo de la usuaria, generalmente todas las usuarias que tiene hijos manifiestan esta sensación: primero sus hijos y después ellas, lo que podría estar relacionado con su autovaloración, reflejado en el resultado de los test de autoestima.

Otro mecanismo eficaz de afrontamiento es la *valoración positiva* entendida como esfuerzos por buscar lo positivo a la situación centrándose en el crecimiento personal basándose en su dimensión religiosa. PORTILLO (2002). Siete de las usuarias manifiestan buscar el apoyo espiritual como alivio a su dolor, aceptando la voluntad de Dios, en algunos casos como entrega absoluta sin una participación activa en su recuperación, y otras manifestaban que la fé en él las va a sanar pues es lo único que está a su alcance y que esta enfermedad es una prueba más que Dios les otorgó.

*“Bueno estoy tranquila no mas, pensando que mi Dios me salve y me dé un año más de vida”*  
(2)

*“De primera me preguntaba, porqué a mí, que he hecho, pero ya no pienso así, que si me tocó a mi, por algo fue. Diosito sabe. Que si digo porqué a mi le estoy deseando mal a otro. Le pido a Dios para sanarme y le doy gracias porque me ha dado ánimo”* (7).

Esto orienta a tener más en cuenta la dimensión religiosa o espiritual en el abordaje de los pacientes, desestimarla y a veces menospreciarla, aleja al equipo de salud y al paciente de una interacción terapéutica beneficiosa. SALAS (2000).

Algunas investigaciones muestran que las creencias espirituales o religiosas y sus prácticas promueven una actitud mental positiva la cual podría ayudar a que el paciente se sienta mejor. El bienestar espiritual y religioso puede estar relacionado con una mejoría en la calidad de vida disminuyendo la ansiedad, depresión e incomodidad, el sentimiento de soledad, mejorando la adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento, aumentando la capacidad de seguir disfrutando la vida durante el tratamiento del cáncer, darle sentido de crecimiento personal como resultado del vivir con cáncer y mejoría en los resultados de la salud. NCI (2006).

La *esperanza* es otro mecanismo de afrontamiento eficaz que utilizaron cuatro de las entrevistadas basada principalmente en la posibilidad de mejoría, ya sea por alivio de síntomas, lo otro esta relacionado con el estadio inicial del cáncer, y el hecho de querer ver el futuro con su familia.

*“Después que llegué a mi casa lo pensé, y me acordé que el médico me dijo que era reciente, que tenía remedio porque estaba en la etapa I, me dio esperanzas”.* (7)

El conocimiento de la enfermedad de las usuarias y la entrega de información del equipo de salud, resulta determinante en la manera de afrontar esta enfermedad.

Según WEISMAN (original no consultado) citado por OTTO (1999) la esperanza consiste en enorgullecerse de sí mismo y no entregarse a ilusiones. La capacidad de tener esperanza de una curación, esperanza puede incluir actividades específicas en el tiempo, esto se ve reflejado en la siguiente frase al responder como ve el futuro *“Quiero verlo con salud, con mis hijos, verlos crecer”* (9).

*La búsqueda de apoyo social afectivo y la expresión de emociones*, son también mecanismos de afrontamiento eficaces utilizados por las usuarias en su minoría:

*“yo lloré harto de primera, pero después como que yo me olvidé, porque mi familia me apoyó harto”* (2). El apoyo familiar resulta determinante en el afrontamiento de la enfermedad.

*“antes me costaba mucho llorar, aunque tuviera problemas no lloraba y ahora aunque haya un montón de gente, lloro igual y creo que es por el hecho de estar enferma, como que ya no me da vergüenza. Veo la vida diferente”* (9).

Basado en los estudios de PORTILLO (2002) los mecanismos de afrontamiento ineficaces utilizados por las usuarias en su mayoría corresponden a *la inhibición emocional*, como se describe en sus relatos:

*“...frente a mis hijos tengo que poner otra cara, no quiero echarles a perder la vida”* (3).

*“No pienso en el futuro , pienso en el ahora , no hago planes para mañana, ni para pasado, no pienso en el futuro , si a mi lo único que me gustaría es vivir 5 años más nada más, tengo miedo a no estar, no quiero ilusionarme, me gustaría dejar a mis hijas y que se puedan valer por sí mismas”*(4).

*“no quiero que me vean deprimida porque en todo mi proceso yo no lloré y cuando supieron yo no lloré, o por ejemplo cuando yo estaba con la quimioterapia y me estaba muriendo yo le decía yo estoy bien súper bien, pero por dentro me hacía mal, no me desahogaba igual de decirles que los necesito y me dí cuenta que me hacía mal porque me deprimía”* (6)

La supresión emocional está relacionada con el temor a ilusionarse con un futuro mejor y el temor al sufrimiento de la familia.

El otro mecanismo de afrontamiento que se dió en su mayoría también fue la *aceptación pasiva*. WEISMAN (1986) citado por el autor OTTO (1999) señala que la aceptación pasiva puede relacionarse con la cultura o con el temor de que lo juzguen como un “mal” paciente o una familia “difícil”. La aceptación pasiva se manifiesta en las usuarias relacionada con una actitud inactiva frente a su recuperación dejando todo en manos del equipo médico y a la voluntad de Dios.

*“Pregunto poco porque pienso que lo que me están haciendo está bien”* (7)

*“Estoy tranquila porque tiene que aceptar uno la enfermedad”, estar tranquila ya dejar pasar las cosas y así” (2)*

La *desesperanza* relacionada con la impotencia de no poder estar con su familia a causa de la hospitalización y tratamiento y también por no percibir su futuro con optimismo y por último la *preocupación ansiosa* a causa de la incertidumbre en cuanto a su mejoría: *“me achaco y pienso que ¿cuándo me voy a sanar? y no hallo la hora de que pasen los días” (7)*

## **4.5 MANEJO PSICOSOCIAL DEL EQUIPO DE SALUD**

### **4.5.1 Necesidades sentidas de apoyo psicosocial de las usuarias por parte del equipo de salud**

Al realizar la pregunta ¿Ha sentido la necesidad de que alguien del equipo de salud le pregunte o le hable de sus necesidades psicológicas o estado de ánimo? .Cuatro de ellas contestaron afirmativamente, aunque reconocen que el equipo lo hace, en sus relatos señalan que siempre están sintiendo la necesidad de que le pregunten como están anímicamente y en cada frase se puede ver que existe cierta carencia de apoyo, una suerte de inconformismo con la atención del equipo de salud en este sentido.

*“ Si, uno siempre tiene cosas que conversar” (3)*

*“ yo creo que sí, me encantaría que me hagan una interconsulta a un psicólogo” (8)*

*“Sí, me gusta que me pregunten como estoy, porque a veces no me atrevo a decir que me duele esto y me duele esto otro” (7)*

Seis de ellas manifiestan que no sienten esa necesidad, cinco de ellas señalan su conformidad con el equipo de salud, en este sentido, ya que sienten esa preocupación en forma constante, destacan en forma positiva las actitudes de todo el personal.

*“No, pero son muy buenas aquí las enfermeras, hasta los chicos que barren son bien buenos, atienden bien a los enfermos, buenos, buenos” (2).*

*“No porque siempre me lo preguntan, el servicio de oncología de acá es un 7, bien bueno el servicio” (10)*

*“yo he encontrado cariño acá de todos, me siento querida, con decirle que uno de los internos decía “¿se va?... pucha la vamos a echar de menos porque usted es la regalona” (1)*

Una las usuarias manifestó gran inconformidad con el médico tratante, debido a la escasa comunicación existente: *“No, porque ellos no lo hacen, son muy duros, pero los paramédicos son un amor, pero los doctores.....entraste , estuviste con ellos 2 segundos y saliste , no tuviste oportunidad de preguntarle nada” (6).*

SANZ y MODOLLEL (2004) señalan que el problema está en que el personal sanitario se ocupa de las dolencias físicas pero suele descuidar las reacciones emocionales de sus pacientes. No es infrecuente que los profesionales clínicos tengan demasiada prisa o se



muestran indiferentes ante la angustia de sus pacientes. Los miembros del equipo tienen que ser diestros observadores, buenos escuchas y eficaces comunicadores.

La mayoría de las usuarias catalogan muy bien a las enfermeras, auxiliares y paramédicos/as pues dicen que son ellos/as los que le suben el ánimo. La opinión que tienen de los médicos también es buena, a excepción de una usuaria.

#### **4.5.2 Forma de valorar el apoyo psicosocial del equipo de salud por parte de las usuarias con cáncer ginecológico**

La mayoría manifiesta que se sienten conformes con la información entregada por el equipo de salud, sin embargo dos de ellas piensan lo contrario, una manifiesta que el equipo médico no le da la información que necesita, por el poco tiempo que le dedican y esto le afecta en el sentido de que va perdiendo la confianza y credibilidad en éste y la otra señala en forma explícita la falta de apoyo psicológico y la escasa información entregada para conseguirlo.

*“No, no saco nada con preguntar, porque sé que no me lo van a dar, aunque sé que la enfermera me lo va a decir cuando me dé el alta. La duda me afecta porque es muy diferente a que me digan todo, sin mentirme o estar con la duda ¿será verdad? ¿Cuánto tiempo voy a vivir?”(5).*

*“Cuando me ven triste me preguntan ¿pucha que te pasa Jessica?, pero hace falta más apoyo, pero no sé que hacer para eso” (8).*

CRUZADO citado por ALBARRACÍN y BERCILLAS (2006) señala que las personas se diferencian en sus necesidades y en la capacidad de adaptación a la enfermedad; algunos pacientes y sus familias lo afrontan de forma óptima, mientras que otros lo hacen muy negativamente. Por ello, se debe llevar a cabo una evaluación psicológica precisa en cada caso.

Entre las necesidades psicológicas de un paciente con cáncer está la información del diagnóstico, pronóstico, tratamientos y efectos colaterales, para que puedan afrontar positivamente el proceso y reduzcan la incertidumbre, el miedo y la indefensión ante el cáncer. Ello requiere una comunicación médico-paciente idónea, lo que en este caso no se presenta.

La mayoría de las usuarias destacan la labor del equipo de salud, sin embargo tienen visiones muy diferentes en cuanto a la forma de percibir el apoyo, pues sus relatos se refieren al apoyo instrumental en el plano asistencial y satisfacción de necesidades básicas, reflejado en estos testimonios:

*“Me ayudan a colocarme la chata, y a levantarme cuando estoy con suero” (2).*

*“Me ayudan a levantarme cuando estoy un poco mareada, me preguntan como estoy y eso...” (3).*

*“Se preocupan, me vienen a ver a cada rato, me preguntan como estoy y si estoy con dolor, buscan remedios por ejemplo ayer tenía náuseas y me aliviaron las náuseas” (7).*

Otras usuarias dejan manifiesto el agradecimiento al equipo tratante por satisfacer demandas cognitivas y afectivas, como conseguir medicamentos en forma gratuita, por su

profesionalismo y la relación de confianza que le otorgan, en este caso la relación médico-usuaria es buena.

*“...Sí , porque si yo necesito algo me brindan su apoyo, si yo necesito un psiquiatra me preguntan, siempre buscan algo más allá para descartar , me hacen exámenes hasta que ya quedan conformes con el diagnóstico , ahí paran y el personal es excelente”(4).*

*“Siempre me han dado la información que necesito y también siento que más que un trato de médico a paciente ha sido un trato de amigo a paciente, no ha sido así como cortante” (9).*

*“Yo he encontrado acá el cariño de todos, me siento querida...” (1).*

La mayoría refiere que la forma de percibir el apoyo psicoterapéutico es a través de el espacio que le otorgan para la expresión de sentimientos, lo que repercute en la sensación de sentirse queridas, también cabe destacar que valoran la amabilidad , la simpatía y el buen trato del equipo de salud, pues lo catalogan como apoyo, y finalmente sienten que le dan la información que necesitan, sin embargo sólo una de las usuarias manifiesta que le dieron la posibilidad de referencia a especialista, y a una también le ofrecieron tranquilizantes cuando recibió la noticia.

En cuanto al contacto con sus familiares, todas refieren que no tienen problemas en cuanto a las visitas, pues no la restringen si vienen fuera de horario y teniendo en cuenta que la familia se ha convertido en el principal apoyo durante su estadia en el hospital, el equipo de salud colabora de manera sustancial en este sentido.

## 5. CONCLUSIONES

El diagnóstico del cáncer produjo gran impacto en la vida de estas usuarias, cada una lo vivió conforme a sus propias características y las afectó íntegramente, tanto en la esfera física, psicoemocional y social. Este acontecimiento biográfico en sus vidas dejó ver que el proceso de “despersonalización” y “desintegración” está fuertemente marcado en las usuarias, pues el hecho de sustituir el “yo persona” al “yo enferma”, provocaron un quiebre psicoemocional y social inmenso que afectó en todos los ámbitos de sus vidas, la amenaza de no poder cumplir el papel de mujer, madre y esposa es lo que gatilla su mayor sufrimiento.

Respecto a las características sociodemográficas de las usuarias las edades fluctúan entre los 20 y los 75 años de edad y las etapas de la enfermedad se encuentran desde la etapa I a la IV. El diagnóstico presenta mayor impacto en las edades adulto joven y adulto medias, relacionado principalmente con la etapificación del cáncer, a mayor gravedad, el deterioro psicoemocional es más fuerte. El impacto se agudiza en las mujeres casadas con hijos y que se encuentran en la etapa inicial de la enfermedad.

De la percepción que tienen las usuarias de la causa del cáncer, se desprendieron varios puntos:

- La demanda de las usuarias en el sentido de que exista mayor acuciosidad diagnóstica para una detección precoz del cáncer, pone en juicio la competencia del quipo de salud en la fase de diagnóstico.
- El manejo insuficiente de la prevención en el nivel primario de atención pues existe escasa entrega de información por parte del equipo de salud sobre la sintomatología de la enfermedad reflejado en el discurso de las usuarias. Esto contribuyó a tomar decisiones erradas y a su vez la detección tardía de la enfermedad.

En relación al conocimiento de la enfermedad, descartando la causa, la mayoría de las usuarias conoce aspectos de la enfermedad que representan sus mayores inquietudes, entre ellos: temor a la recidiva y a la infertilidad. La minoría tiene un conocimiento más detallado, es decir, las que conocen el diagnóstico en su totalidad (tipo de cáncer, localización y estadio), el tratamiento y pronóstico y en ellas predomina, la buena relación médico-usuaria, mayor tiempo con la enfermedad, alta escolaridad, edad adulto joven.

La percepción de la imagen corporal de todas las usuarias se ve afectada en gran medida sobretudo por los efectos del tratamiento y el tipo de cáncer que tienen, el cual afecta principalmente a la esfera sexual y reproductiva. La esfera sexual se ve afectada, principalmente por el temor a agudizar el dolor que sienten, por temor al contagio de alguna infección y por pudor, es decir, tienen vergüenza de su imagen actual a causa de los estragos

de la enfermedad y del tratamiento. Esto representa la escasa información que tiene a cerca del tema.

Esta afección esta fuertemente ligada a la relación de pareja pues manifiestan el temor a la infidelidad por parte de sus parejas, a pesar de que en ellos existe comprensión y apoyo.

La alteración percibida de su imagen corporal se ve reflejada en las bajas puntuaciones de los test de autoestimas aplicados, la mayoría tiene autoestima baja. Las usuarias que presentan autoestima alta, poseen las siguientes características en común: buena percepción del apoyo social, familiar y del equipo de salud (sobretudo con el médico) y una capacidad de adaptación ante eventos estresantes más desarrollada.

El apoyo familiar se convierte en el pilar fundamental para todas las usuarias, resulta ser el principal recurso adaptativo para ellas, su lucha va dirigida a su recuperación total, sin embargo algunas sólo quieren vivir el tiempo que sea suficiente para ver crecer a sus hijos/as hasta que se puedan valer por ellos mismos, ellos/as se transforman en la fuerza que guía su actuar.

Las respuestas adaptativas están estrechamente ligadas a la etapa del ciclo vital en que se encuentran estas mujeres, el rol desempeñado y las expectativas del proyecto de vida, el temor a la muerte, incluso, ideas autodestructivas inmediatas (idea suicida) prevalecen al inicio del proceso.

En cada una de las entrevistadas se ve reflejado el enorme peso de la representación social de esta enfermedad, se ven “sentenciadas a muerte”, sobretudo en el momento del diagnóstico y en la etapa inicial de la enfermedad.

Con respecto a la atención brindada, las pacientes en general, la agradecen. Las necesidades psicoemocionales están en general satisfechas, embargo las percepciones de cada usuaria en cuanto al apoyo psicoemocional recibido, dista mucho de ser algo formalmente psicoterapéutico, pues este apoyo recibido por el equipo de salud, resulta ser más instrumental, satisfaciendo sólo las necesidades básicas. De acuerdo a los discursos obtenidos no existe una pauta semiológica de valoración de las necesidades psicosociales y tampoco la derivación de estas usuarias a un profesional especializado en el ámbito de la psicología.

La capacidad de adaptación de las mujeres a todo este proceso depende en gran medida de las características de su historia de vida, del contexto social y familiar en el cual se desenvuelva. Para afrontar de una mejor manera esta enfermedad el apoyo familiar, social y espiritual resultan fundamentales, así como el tipo de conocimiento que tengan de la enfermedad y por ende la buena relación que debe existir con el equipo de salud, quién es el que debe trabajar más no sólo la entrega de información sino en la educación de las/os usuarias/os y en una escucha activa de ellos/as.

Dentro de los mecanismos de defensa más utilizados, están la valoración positiva, el espíritu de lucha asociado a su principal recurso adaptativo y la supresión emocional. La mayoría de

las usuarias utiliza mecanismos de afrontamiento eficaces. Evaluar la forma de afrontar la enfermedad es importante pues resulta imposible eliminar los eventos estresantes en la vida de una persona, pero para intentar disminuir sus efectos es posible efectuar intervenciones psicoterapéuticas.

Mediante esta investigación la autora percibió la necesidad que tiene las usuarias de ser escuchadas. Se reafirmó una vez más que ante el impacto del diagnóstico y los efectos psicosociales de la enfermedad, la importancia de una escucha activa, un palabra de apoyo, un rostro sonriente y un equipo comprometido con el bienestar psicosocial de estas usuarias es fundamental para lograr mejorar el nivel de adaptación ante esta enfermedad, partiendo de la valoración individual de sus necesidades sentidas, de sus mecanismos de afrontamiento y los recursos con que cuentan.

Dado lo anterior, la labor del equipo de salud , desde su formación universitaria primero está en comprender la importancia de el aspecto biopsicosocial de cada usuario/a, saber utilizar sus conocimientos para lograr mayor acuciosidad diagnóstica , otorgar las herramientas necesarias para un mayor autocuidado, a través de la educación, las personas bien informadas toman decisiones conscientes, mediante la valoración las necesidades psicosociales y conocimientos que poseen, ya sea aplicando un instrumento específico o mediante una escucha activa y hacer factible la derivación oportuna ante cualquier alteración, mediante un equipo multidisciplinario.

El rol profesional como Matrona/Matrón, se proyecta en esta área realizando las siguientes acciones:

- Incluir en el protocolo de valoración y plan de cuidados, instrumentos de evaluación del compromiso psicoemocional.
- Gestión de proyectos que tiendan a ampliar la red social , en particular , el apoyo psicoterapéutico especializado ( psicólogo-psiquiatra) y grupos de autoayuda de mujeres con adaptación efectiva al proceso de enfermedad
- Actualización y sensibilización a los equipos de salud.

En consecuencia el equipo de salud puede empezar a trabajar en el tratamiento global del/la usuario/a, al tiempo en que se aplica el de la enfermedad concreta que sufre. El abordar la enfermedad sólo desde el punto de vista físico, presenta graves daños para el/la usuario/a. En primer lugar, se deja fuera del área de estudio y tratamiento los factores psicológicos que pueden haber participado en la presentación de la enfermedad y se deja a la persona inhabilitada para participar en forma activa y responsable en su recuperación.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALBARRACÍN y BERCILLAS (2006). España. La necesidad de la intervención psicológica en la enfermedad oncológica. (Disponible en <http://www.carm.es/ctra/cendoc/bdatos/revistas/sumario.asp?IDsumario=3821&idrevista=304>. Consultado el 03 de marzo del 2007)
- 2.- ALMAZA, JOSÉ; HOLLAND, J. 2000. Psico-Oncología: estado actual y perspectivas futuras, Revista del Instituto Nacional de Cancerología, Vol. 46 No 3 Pp. 196-206
- 3.-ARIAS, V. 2000. La triangulación metodológica; sus principios, alcances y limitaciones. Rev. Investigación y Educación en Enfermería (Antioquia) 18(1). (Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/html/articulos/Vol%20XVIII%20No.%201%20de%20Marzo%20de%202000/La%20triangulación%20metodológica.%20sus%20principios,%20alcances%20y%20limitaciones.pdf>. Consultado el: 2 de marzo de 2007).
- 4.-AUSTIN, M (s.f.). “La investigación cualitativa”. (Disponible en <http://www.lapaginadelprofe.cl/guiatesis/31cualitativa.htm>. Consultado el 3 de marzo de 2007)
- 5.- CASTIBLANCO, A; DELGADO, C. 2001. La mente importa: Afrontamiento y evolución del cáncer, Boletín de Psicología, Revista de investigación psicosomática, Septiembre Vol. 4 No.1 (<http://www.humanas.unal.edu.co/po/santafe/publicaciones.html>)
- 6.-CANO, V. (2005) Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer <http://209.85.165.104/search?q=cache:rMv21Mfb7JsJ:www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0505120071A.PDF+regulacion+emocional+enpacientes+con+cancer&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=cl>. Consultado el 8 de febrero del 2007)
- 7.-COFFEY, A; ATKINSON, P.2003.Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Primera edición .Editorial Universidad de Alicante.Cap 2.Pp.53-69
- 8.- DÍAZ, BEATRIZ.1997. Afrontamiento y calidad de vida percibida vivenciada. (Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos16/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>. Consultado el 13 de enero 2007)

9.- GRAU, J, LLANTÁ, M; ROGER, M; FLEITES, G. (1998). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento ([www.bvs.sdl.cu/revistas/onc/vol\\_15\\_1\\_99/onc09199.html](http://www.bvs.sdl.cu/revistas/onc/vol_15_1_99/onc09199.html) –68k)

Esta bibliografía fue buscada el 8 /5/2004 a las 16:22:42.

10.-\_GOLDEN – KREUTZ D, ANDERSEN ,B. 2004.Relationships with global, cancer-related, and life event stress, Psicho-Oncology, vol 13 capítulo 3; pag 211 (Disponible en <http://search.epnet.com/direct.asp>. Consultado el 8 /5/04)

11.-INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER .1998.Chile. Cáncer y Suicidio (Disponible en <http://imsdd.med.uni-bonn.de/concernet/Spanish/305546.html>)

12.-KRZEMIEN, D; MONCHIETTI, A; URQUIJO, S.2005.Buenos aires. Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de auto distracción. Interdisciplinaria, vol. 2, n 2. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-82032005000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-82032005000200004&lng=es&nrm=iso). Consultado el 13 de enero del 2007)

13.-LAPORTE, J. 2003. Necesidad y demanda del paciente oncológico. (Disponible en [http://www.acceso.com/display\\_release.html?id=14329](http://www.acceso.com/display_release.html?id=14329)). Consultado el 8 de febrero del 2007).

14.-LECOMPTE y GOETZ. (1982).Original no consultado. Citado por Rodríguez (1999).Metodología de la investigación cualitativa. Segunda edición. Editorial Aljibe.Málaga. Cap.15. Pp.284-286.

15.-LINCOLN y C. (1985).Original no consultado. Citado por Rodríguez (1999).Metodología de la investigación cualitativa. Segunda edición. Editorial Aljibe. Málaga. Cap. 15. Pp.284-286.

16.-MASTERS, W; V, JHONSON; R, KOLODNY. 1995a. La sexualidad humana. 13 ED. Barcelona, Grijalva. Vol. 1, Pp. 1-200.

17.-MASTERS, W; JHONSON,V;KOLODNY,R. 1995b. La sexualidad humana. 13 ED. Barcelona, Gradable. Vol. 2, Pp. 201-536.

18.-MIDDLETON, J.1996, Yo No Quiero Tener Cáncer, Ed.Grijalbo, México.

19.-MIDDLETON, J. 2006 Cáncer: Prevención y Tratamiento Disponible en <http://www.persona.cl/cajm.html>.Consultado el 13 de enero 2007)

20.-MILLER, B.E, PITTMAN .B, STRONG.C.2003. Gynecologic cancer patients' psychosocial needs and their views on the physician's role in meeting those needs.International Journal of Gynecological Cáncer, Vol 13 Cap.2 pp 111,9p

(<http://weblinks2.epnet.com/DeliveryPrintSave.asp>)

21.-MINISTERIO DE SALUD .Chile. 2004. (MINSAL) (Disponible en <http://www.deis.minsal.cl/index.asp>. Consultado el 8 de enero 2007)

22.- MONTES, L. M, MULLINS M, URRUTIA, M S.2006.Santiago. Calidad de vida en mujeres con cáncer Cerviño uterino. Revista chilena de obstetricia y ginecología. v.71, n.2. Pp. 129-134.  
(Disponible en [www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art10.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art10.pdf) -. Consultado el 13 de enero del 2007)

23.- MORO, L.2002.VARIABLES que influyen en la respuesta psicológica al diagnóstico de cáncer. (Disponible en <http://www.psicooncologia.cl/articulo5.htm>. Consultado el 12 de enero del 2007)

24.-NATIONAL CANCER INSTITUTE. 2006a. Aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Estados Unidos. (Disponible en: <http://cancernet.nci.nih.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/sexualidad/healthprofessional/allpages>. Consultado el: 24 de marzo de 2006).

25.-NATIONAL CANCER INSTITUTE. 2006b. Adaptación normal. Estados Unidos. (Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/healthprofessional/allpages>. Consultado el 2 de enero de 2007).

26.-NATIONAL CANCER INSTITUTE. 2002. Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación (Disponible en <https://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/311333.html>. Consultado el 13 de enero 2007)

27.- NATIONAL CANCER INSTITUTE. 2006. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer. (Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/patient/allpages>. Consultado el 02 enero 2007)

28.-OTTO, S. 1999. Enfermería Oncológica, Aspectos Psicosociales relacionados con la calidad de vida, Cap. 31 pp. 799 a 803, tercera edición traducida por Roberto Paramo Gomez Madrid, España.

29.-PEARSON, J; TURNER, L; TODD-MANCILLA, W. 1993. Comunicación y Género; el auto percepciones de hombres y mujeres. España, Piados. 440 p.

30.- PEREZ, J; E, SERRA. 1997. Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. Anales de psicología (España) 13(2): 155-161.

31.- PEREZ, C. 2005. Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. Rev. Cubana Med Gen Integr. Cap.21Pp 1,2.



(Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_1-2\\_05/mgi111-205t.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi111-205t.htm). Consultado el 13 de enero 2007)

32.-PINEDA, E; ALVARADO, C.1994."Metodología de la investigación", manual para el desarrollo de personal de salud, Organización Panamericana de Salud. Pp. 225

33.-PIRE, T.2001.La información médica al paciente oncológico.Rev.Cubana Onc.(Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17\\_2\\_01/onc07201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_2_01/onc07201.htm). Consultado el 13 febrero 2007)

34.-POLO, M.1990. Psicooncología. (Disponible en [www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion\\_sociedad/manual/a7n6.htm](http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a7n6.htm) - 72k. consultado el 8 /5/2004 )

35.-PORTILLO, C. 2002. Regulación Emocional en Mujeres con Cáncer Metastásico, Boletín de Psicología, Revista de Psicología clínica Octubre, Vol. 6 No. 3.  
( Disponible en <http://www.humanas.unal.edu.co/po/santafe/publicaciones.html>)

36.-RICO, J.2000 .Psiconeuroinmunología y cáncer, Boletín de psicología, Vol. 2, No.1 (Disponible en <http://www.humanas.unal.edu.co/po/>)

37.-RODRIGUEZ, G;GIL,J;GARCÍA,E;1999.Metodología de la investigación cualitativa. Segunda edición. Editorial Aljibe.Málaga. Cap.15. Pp.284-286.

38.- SALAS, V .2000. Estilos de afrontamiento, planificación terapéutica. Abordaje precoz del paciente Oncológico. (Disponible en [http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos\\_detalle.cfm?estado=ver&id=65&x=107&y=13](http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?estado=ver&id=65&x=107&y=13). Consultado el 13 de marzo del 2006)

39.- SANZ, J, MODOLELL, E.2004. Oncología y psicología: un modelo de interacción (Disponible en <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0404110003A.PDF>. Consultado el 13 de febrero del 2007)

40.-SEIFERT, C, RIAL B.2006 .Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico. (Disponible en <http://www.psicooncologia.org/articulos/30cagineco.doc> Consultado el 13 de enero del 2007)

41.-VASQUEZ, M; FERREIRA, M; MOGOLLON, M; FERNANDEZ, M; DELGADO, M; VARGAS, I. 2005. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona, i.e. 120 p.

42.- VIDAL, M. (s.f.). La conducta sexual del paciente oncológico ¿Un tema inadecuado? (Disponible en <http://www.sexovida.com/colegas/oncologico.htm>. Consultado el 13 de enero 2007)

## 7. ANEXOS

### 7.1 ANEXO 1

Clasificación de categorías y subcategorías.

<b>Categorías de análisis</b>	<b>Subcategorías de análisis</b>
I. RECURSOS DE ADAPTACIÓN	1. Experiencias de vida anteriores
	2. Conocimiento del proceso patológico
	3. Imagen corporal
	4. Red de apoyo
II. RESPUESTAS ADAPTATIVAS PSICOSOCIALES	1. Reacciones emocionales ante el diagnóstico de cáncer
	2. Percepción de las reacciones emocionales familiares
III. MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO	1. Eficaz
	2. Ineficaz
IV. ACCIONES PSICOTERAPÉUTICAS	1. Necesidades sentidas de apoyo psicosocial del equipo de salud por parte de las usuarias con cáncer ginecológico
	2. Forma de valorar el apoyo psicosocial del equipo de salud por parte de las usuarias con cáncer ginecológico

## 7.2 ANEXO 2

### Definición de las categorías

- **Recursos Adaptativos:**

Elementos o medios, ya sean internos (de la persona) o externos (del entorno), disponibles para un individuo, que le permiten resolver una necesidad y acomodarse a las circunstancias y condiciones de su entorno. Recursos de adaptación:

Dentro de estos están:

- Tipo de familia: nuclear, extendida, monoparental, unipersonal.
- Apoyo familiar: emocional y financiero
- Red vincular: se entiende por el entorno social próximo compuesto por las personas más significativas.
- Red Social: sistema de instituciones y grupos formales e informales que brinden apoyo emocional, económico y que le den a la mujer un sentido de pertenencia.
- Eventos de vida estresante : Situaciones, sucesos que acontecen y que producen cambios súbitos en el sistema de vida y en la esfera psico-emocional de la persona y su entorno
- Nivel de autoestima: se refiere al valor que se otorga a las imágenes que la persona posee de si mismo. Si a la propia auto descripción se añade un sentimiento de satisfacción o de decepción, entonces se está hablando de autoestima. Se desarrolla a través de las propias experiencias, interacciones con los demás y mensajes culturales.
- Valoración de la imagen corporal: consiste en todos aquellos aspectos físicamente auto descritos, o bien que pertenecen a los roles que se desempeñan a lo largo de la vida, como, el ser hombre o mujer. Se construye a partir de dos fuentes, una basada en el aspecto biológico y la otra en la forma mediante la cual cada persona se socializa en una cultura que prescribe definiciones normativas de masculinidad y de feminidad
- Relación de pareja.: presencia o ausencia de pareja, tipo de compromiso establecido.

- **Respuestas adaptativas psicosociales:**

Se definen como las manifestaciones adoptadas en primera instancia en el ámbito social y psicológico ante un evento de vida .Aquí se intentarán detectar la depresión.

- **Mecanismos de afrontamiento:**

Desde el punto de vista simplista es todo lo que la persona hace para sentirse mejor cuando tiene un problema.

Dentro de estos mecanismos están, los eficaces e ineficaces, dentro de los primeros están el *espíritu de lucha* , *la esperanza*, *valoración positiva* entendida como esfuerzos por buscar lo

positivo a la situación centrándose en el crecimiento personal basándose en su dimensión religiosa, la *búsqueda de apoyo social afectivo* y la *expresión de emociones*.

En relación a los mecanismos de afrontamiento ineficaces están la *inhibición emocional* y la *supresión emocional* entendida como un mecanismo de defensa en la cual la persona evita intencionalmente pensamientos acerca de problemas perturbadores, deseos, sentimientos o experiencias, la *aceptación pasiva* y la *desesperanza*.

### **Acciones psicoterapéuticas**

Se definen como las medidas que se llevan a cabo por un equipo de salud en pro de la satisfacción de las necesidades psicosociales tales como farmacoterapia (por protocolo e indicaciones), referencia a especialistas, acciones específicas las cuales son la información, acogida, dar lugar a expresión de necesidades.



## 7.4 ANEXO 4: Entrevista semiestructurada

Categoría de análisis	I.-Personal	II.-Red vincular	III.-Red social
<p>A.-Recursos de adaptación</p> <p>Tipo de familia Red vincular y social Apoyo familiar Eventos de vida estresante Autoestima Imagen corporal</p>	<p>1.- Nivel de autoestima (Ver anexo 4)</p> <p>2.- ¿Cómo describiría su vida durante el año anterior al diagnóstico?</p> <p>3.- ¿A qué atribuye el hecho que haya desarrollado cáncer?</p> <p>4.- ¿Qué conoce a cerca de su enfermedad?</p> <p>5.- ¿Cómo cree usted que ha influido su enfermedad en su imagen corporal?</p>	<p>1.- ¿Cómo describiría usted su relación de pareja?</p> <p>2.- ¿Cómo se siente con respecto a las relaciones sexuales?</p> <p>3.- ¿Cómo describiría las manifestaciones de afecto de su pareja?</p> <p>4.- ¿Cómo considera usted que es la relación con sus hijos?</p> <p>5.- ¿Con quien vive en su casa?</p> <p>6.- ¿Siente usted que su familia la apoya?</p> <p>7.- ¿Como percibe el apoyo de su familia?</p>	<p>1.- ¿Participa en alguna organización social?</p>
<p>B.-Respuestas adaptativas psicosociales</p> <p>Depresión Angustia Ansiedad</p>	<p>1.- ¿Cual fue su primera reacción, sensación o emoción cuando supo de su enfermedad?</p> <p>2.- Nivel de autoestima (Ver anexo 5)</p> <p>3.- ¿Qué cambios en su estado de ánimo ha presentado durante su hospitalización y/o durante su enfermedad?</p> <p>4.- ¿Ha notado cambios en su carácter?</p>	<p>1.- ¿Cómo siente usted que ha sido su relación de pareja y con sus hijos antes del diagnóstico y actualmente?</p> <p>2.- ¿Cómo siente usted que reaccionó su familia cuando se enteraron del diagnóstico?</p>	<p>1.- ¿Ha sentido la necesidad de que alguien del equipo de salud le pregunte o le hable de sus necesidades psicológicas o estado de ánimo?</p>
<p>C.-Mecanismos de afrontamiento.</p> <p>Espíritu de lucha vs. evitación o negación</p> <p>Expresión vs. inhibición de emociones</p> <p>Desconocimiento vs. conocimiento</p>	<p>1.- ¿Cuales son las formas de solución que ha buscado cuando ha tenido problemas o situaciones de crisis?</p> <p>2.- ¿Cómo ha reaccionado emocionalmente desde que le diagnosticaron la enfermedad?</p> <p>3.- ¿Cómo ve su futuro?</p>	<p>1.- ¿Cuáles han sido los sentimientos y comportamientos que ha tenido su pareja y sus hijos frente a su enfermedad?</p> <p>2.- ¿Qué es lo que ha hecho su familia para enfrentar su enfermedad? (para el cumplimiento e indicaciones del tratamiento)</p>	<p>1.- ¿Siente que el equipo de salud le ha dado la información que usted necesita?</p>

## D.- Acciones psicoterapéuticas

- 1.- ¿Siente usted el apoyo psicosocial del equipo de salud?
- 2.- ¿Cuáles son las formas en las que el equipo de salud la ha ayudado en la satisfacción de sus necesidades?
- 3.- ¿Alguna vez le han ofrecido algún fármaco para mejorar su estado de ánimo?
- 4.- ¿De qué forma ha contribuido el equipo de salud para mantener el contacto con su familia?

## 7.5 ANEXO 5

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE COERSMITH

Test de autoestima		Me describe	Nada tiene que ver conmigo o muy poco
1	Más de alguna vez he deseado ser otra persona		
2	Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3	Hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera		
4	Tomar decisiones no es algo que me cueste		
5	Conmigo se divierten mucho		
6	En casa me enfado a menudo		
7	Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo		
8	Soy una persona popular entre la gente de mi edad		
9	Mi familia espera demasiado de mí		
10	En casa se respetan bastante mis sentimientos		
11	Suelo ceder con bastante facilidad		
12	No es nada fácil ser yo		
13	En mi vida está todo muy enredado		
14	La gente suele secundar mis ideas		
15	No tengo muy buena opinión de mí mismo		
16	Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa		
17	A menudo me siento harto del trabajo que realizo		
18	Soy más feo que el común de los mortales		
19	Si tengo algo que decir normalmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás		
22	Me siento presionado por mi familia		
23	Cuando hago algo ,frecuentemente me desanimo		
24	Las cosas no suelen preocuparme mucho		
25	No soy una persona de fiar		

Puntuación máxima de 25 y mínima de 0

Puntuación\_\_\_\_\_

## 7.6 ANEXO 6

## ESCALA BREVE DE DEPRESIÓN

2.- En las últimas semanas

2.1 Se ha sentido triste o deprimida casi todos los días

SI       NO

2.2 Tiene la impresión que ya no disfruta de las cosas que antes le gustaban

SI       NO

2.3 Siente que su vida no tiene sentido y no vale la pena vivirla

SI       NO



## 7.7 ANEXO 7

## ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Investigadora responsable: Jennifer Viviana Salom Deuma.

Título del proyecto: Valoración de las respuestas adaptativas frente al diagnóstico de Cáncer ginecológico y la percepción del apoyo psicoterapéutico, en mujeres que inicien un plan terapéutico.

Se me ha solicitado participar en una investigación que está estudiando las respuestas psicológicas y emocionales de mujeres con cáncer ginecológico.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en que se me solicite contestar una entrevista relativa a los cambios sociales y psicológicos que estoy presentando con mi enfermedad.

Si no deseo participar, esta decisión no influirá en mi tratamiento ni en la calidad de atención que se me otorgue durante mi hospitalización. .

Yo entiendo que:

- 1) No se me aplicará ningún procedimiento que ocasione riesgo para la salud.
- 2) Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por la investigadora
- 3) Yo podré retractarme de éste estudio en cualquier momento sin dar razones.
- 4) Los resultados de éste estudio pueden ser aplicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial.
- 5) Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada/o u obligada/o.

---

Investigador responsable

---

Paciente responsable.

## 7.8 ANEXO 8: IDENTIFICACION DE LAS INFORMANTES

Informante	Edad	Escolaridad	Civil	Religión	Actividad	Tipo cáncer	Etapa	Tratamiento	Tiempo desde Diagnóstico.	Familia	Riesgo depresión	Autoestima
1	75	Quinto humanidades	Viuda	Católica	D de casa	Ovario	III	Quimioterapia	Hace 2 meses	Extendida	Sin riesgo	Alta
2	74	Segundo básico	Separada	Católica	D de casa	Mamas	IV	Quimioterapia realizada	Hace 5 meses	Extendida	Con riesgo	Baja
3	43	Sexto básico	Casada	Mormona	D de casa	Endometrio	III B	Quimioterapia	Hace 5 meses	Nuclear	Con riesgo	Baja
4	35	Quinto básico	Separada	Católica	D de casa	Endometrio Ovario	I	Quimioterapia	Hace 5 meses	Monoparental	Con riesgo	Baja
5	33	Analfabeta	Conviviente	Evangélica	D de casa	Vaginal	III	Cirugía	Hace 3 meses	Nuclear	Con riesgo	Baja
6	32	Segundo medio	Casada	Católica	D de casa	CaCu	III B	Quimioterapia	Hace 3 meses	Nuclear	Con riesgo	Baja
7	20	Cuarto medio	Soltera	Evangélica	D de casa	Ovario	I	Quimioterapia	Hace 3 meses	Nuclear	Sin riesgo	Promedio
8	20	Cuarto medio	Soltera	Católica	D de casa	Ovario	I C	Quimioterapia	Hace 3 meses	Extendida	Con riesgo	Baja
9	30	Cuarto medio	Casada	Católica	Funcionaria de carabineros	CaCu	II B	Quimioterapia	Hace 1 ano	Nuclear	Sin riesgo	Alta
10	27	Cuarto medio	Soltera	Católica	Funcionaria de carabineros	Endometrio	II – III B	Quimioterapia	Hace 4 meses	Nuclear	Con riesgo	Baja