

Actitud de Temor que Presentan las Pacientes Diagnosticadas con Cáncer de Mama del I.C.N

**ACTITUD DE TEMOR QUE PRESENTAN LAS PACIENTES  
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO  
CANCEROLÓGICO DE NARIÑO**

**DIEGO ANDRES LLAMOSA GUERRERO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SAN JUAN DE PASTO**

**2009**

Actitud de Temor que Presentan las Pacientes Diagnosticadas con Cáncer de Mama del I.C.N

**ACTITUD DE TEMOR QUE PRESENTAN LAS PACIENTES  
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO  
CANCEROLÓGICO DE NARIÑO**

**DIEGO ANDRES LLAMOSA GUERRERO**

**ASESOR**

**Ps.Esp. MAURICIO HERRERA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SAN JUAN DE PASTO**

**2009**

## **NOTA DE RESPONSABILIDAD**

“Las ideas y conclusiones aportadas en el trabajo de grado, son responsabilidad del autor”

Artículo 1 del acuerdo N° 324 de octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Presidente de tesis**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**San Juan de Pasto, Octubre de 2009**

**TABLA DE CONTENIDO**

TABLA DE CONTENIDO .....	3
INDICE DE FIGURAS .....	7
INDICE DE DIAGRAMAS .....	7
RESUMEN .....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
Descripción del problema .....	10
Justificación .....	10
Objetivos .....	12
Objetivo General .....	12
Objetivos específicos .....	12
MARCO DE REFERENCIA .....	15
Contextualización .....	15
Marco de Antecedentes .....	16
Marco Teórico .....	23
Características de las células de tumores malignos .....	23
Fases de la Enfermedad .....	24
Fase de inducción .....	24
Fase “in situ” .....	24
Fase invasión local .....	24
Fase de invasión a distancia .....	25
Cáncer de Seno .....	25
Características fisiológicas .....	25
Tipos de cáncer de mama .....	26
El carcinoma ductal “in situ” .....	27

Carcinoma ductal infiltrante .....	27
Carcinoma lobular “in situ” .....	27
Carcinoma lobular infiltrante .....	27
Carcinoma inflamatorio del seno .....	28
Factores de Riesgo .....	28
Psicología de la Salud .....	30
Paciente Crónico .....	32
Psico-Ontología .....	33
La Calidad de Vida .....	38
La Enfermedad Crónica .....	40
Calidad de Vida en Enfermos Crónicos .....	40
Cáncer y Sociedad .....	42
La Actitud y sus Componentes .....	45
Patrón de conducta .....	46
Creencia .....	47
Creencia central .....	47
Creencias intermedias .....	48
Emoción .....	48
Miedos y Cáncer .....	49
Formas y Grados de Manifestación del Miedo .....	55
El miedo instintivo orgánico .....	55
El miedo racional sensato .....	56
El miedo imaginativo insensato .....	57
METODOLOGIA .....	59
Técnicas e Instrumentos de Investigación .....	60

Entrevista semi-estructurada .....	60
Observación participante .....	61
Cuestionario prueba especifica .....	61
Validez .....	63
Confiabilidad .....	63
Propiedad y Aceptabilidad .....	64
CONSIDERACIONES ETICAS, DEONTOLOGICAS Y BIOETICAS DE LA INVESTIGACION.....	65
RESULTADOS .....	69
Aplicación del Cuestionario QLQ C-30 y BR23 .....	69
Función física .....	70
Función de roles .....	71
Función emocional .....	71
Función cognitiva .....	71
Función social .....	71
Sintomatología Cuestionario QLQ C-30 .....	72
Fatiga .....	73
Dolor .....	73
Insomnio .....	73
Apetito .....	73
Estreñimiento .....	73
Diarrea .....	74
Vomito .....	74
Dificultades económicas .....	74
Funcionalidad BR23 .....	74

Imagen del cuerpo .....	75
Función sexual .....	75
Perspectiva futura .....	75
Sintomatología Cuestionario BR23 .....	76
Efectos secundarios .....	77
Síntomas de pecho .....	77
Síntomas de brazo .....	77
Trastorno por perdida de cabello .....	77
Resultados Matriz de Información Entrevista semi-estructurada .....	78
Categoría cognitiva .....	78
Categoría comportamental .....	82
Categoría emocional .....	86
Resultados Matriz de Información Observación Participante .....	91
Resultados Matriz de Triangulación .....	99
Categoría cognitiva .....	99
Categoría comportamental .....	100
Categoría emocional .....	102
ANALISIS DE RESULTADOS .....	104
Triangulación .....	104
Categoría Cognitiva .....	106
Temor al futuro y a la muerte .....	108
La negación de la enfermedad y el rechazo de la pareja .....	110
Categoría Comportamental .....	113
Temor al dolor físico .....	114
Temores a nivel de pareja, familiar y laboral .....	114



Categoría Emocional .....	115
Etapa 1. La negación o impacto inicial .....	116
Etapa 2. Defensa .....	117
Etapa 3. Aceptación .....	118
Etapa 4. Adaptación o asimilación .....	119
DISCUSIÓN .....	119
CONCLUSIONES .....	124
RECOMENDACIONES .....	129
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	131
ANEXOS .....	135

#### **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Resultado de aplicación cuestionario QLQ C-30 .....	69
Figura 2. Escala global de funciones cuestionario QLQ C-30 .....	70
Figura 3. Escala global cuestionario QLQ C-30 Sintomatología .....	72
Figura 4. Modulo de complemento BR23 de Funcionalidad .....	74
Figura 5. Escala global de sintomatología cuestionario de complemento BR23 .....	76

#### **INDICE DE DIAGRAMAS**

Diagrama 1. Cognitivo de la situación; asistir a tratamiento .....	111
Diagrama 2. Cognitivo de la situación; hablar con sus seres queridos.....	112
Diagrama 3. Cognitivo de la situación; tener relaciones sexuales.....	112

**ACTITUD DE TEMOR QUE PRESENTAN LAS PACIENTES  
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA DEL INSTITUTO  
CANCEROLÓGICO DE NARIÑO**

**RESUMEN**

Desde el enfoque cognitivo comportamental, se desarrolló el presente proyecto, que pretendió estudiar en una población de diez (10) pacientes mujeres del Instituto Cancerológico de Nariño, la actitud de temor, que surge posterior al diagnóstico de cáncer de mama, a través de un análisis cognitivo conductual, contraponiendo los hallazgos con la teoría de los temores y miedos de Mira y López (1984); se presenta cómo esta nueva condición afecta a la persona en tres niveles: cognitivo, emocional y comportamental, así como su calidad de vida y su procesos de intervención psico-oncológicos.

La investigación se planteó desde un paradigma cualitativo, con enfoque histórico-hermenéutico, asumiendo como tipo de investigación un estudio etnográfico. Para este estudio y dada la intención de reconocer la actitud de temor, se utilizó el cuestionario para la calidad de vida Eortec QLQ C-30 (1996) desarrollado por la O.E.S. organización europea para la salud y utilizado en Colombia para el estudio de comportamientos y pensamientos en pacientes diagnosticadas con cáncer; el test ofrece valiosa información en diferentes áreas de desarrollo y desempeño como: la pareja, lo personal, lo familiar, lo social, lo económico, y laboral; también se utilizó la entrevista semi-estructurada y la observación participante, con lo cual se logró importantes resultados que serán, de seguro, un aporte significativo en la consolidación de programas psico-oncológicos que benefician el manejo

integral y mejora de la calidad de vida de las pacientes y por ende de su familia. Se logra “validar” o re-significar a partir del estudio cualitativo la noción de actitud de temor, como nueva categoría relevante en el diagnóstico de cáncer de seno, que en mayor o menor grado afectan las diferentes dimensiones de desarrollo y desempeño; de esta manera se pretende posibilitar mejores abordajes terapéuticos integrales y multidisciplinarios en beneficio de las pacientes con esta patología en el contexto nariñense.

La investigación arrojó resultados relevantes los cuales se presentan en tres categorías o dimensiones de análisis: dimensión cognitiva, comportamental y emocional; las cuales fueron sistematizadas y analizadas a partir de matrices estructuradas de categorización inductiva y de triangulación que ayudaron a entender mejor el tema a investigar; los resultados obtenidos por medio del método de triangulación, muestra que la pacientes manifiestan entre otros aspectos, marcados temores o miedos a partir de su diagnóstico en sus diferentes áreas de desempeño, deteriorando su esquema cognitivo, comportamental y emocional y por ende su calidad de vida, este hecho permite afirmar que se configura a partir de la teoría de base una “actitud de temor” que hace que se manifiesten desajustes significativos en los procesos tanto personales como de intervención y tratamiento, que conllevan a insuficientes estrategias de afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer de mama.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **Descripción del problema**

El ser humano se ve enfrentado continuamente a diferentes problemas de salud, como consecuencia a factores biológicos, ambientales, y psicosociales que influyen en la cognición, comportamiento y funciones de vida; uno de estos problemas de orden psico-orgánico es el cáncer, el cual consiste en la transformación de células benignas en células malignas que son ocasionadas por la alteración de un gen(BRCA1y2). Las personas con diagnostico de cáncer pueden sentirse menoscabas en su estado individual, esto quiere decir que les resta parte de la estimación o “lucimiento” que tenía antes del diagnostico de cáncer, provocando alteraciones en su comportamiento y por ende de sus relaciones interpersonales.

Es por esto que desde el enfoque cognitivo comportamental de la psicología se desarrollo el presente proyecto, que pretende estudiar en la población escogida la actitud de temor que surge posteriormente al diagnostico de la enfermedad, tomando como eje central la categoría cognitiva, asumiendo que esta nueva condición afecta a la persona en sus otros dos niveles tanto emocional y comportamental.

El presente estudio retoma y se ampara en conceptos básicos de la psicología de la salud, la psico-oncología y la psicología social la cual permite encaminar esfuerzos hacia la comprensión del pensamiento, los sentimientos (emoción) y la conducta de estas personas, estos pueden estar influidos por la presencia real, imaginaria e implícita de temores generados en su entorno ante este padecimiento; por lo cual esta enfermedad puede

contribuir a un incremento en la sensación de invalidez e interferir en su adaptación interpersonal afectando posiblemente su calidad de vida.

La investigación se plantea desde un paradigma cualitativo, orientada desde el enfoque histórico-hermenéutico, asumiendo como tipo de investigación un estudio etnográfico. Ante un enfoque y estudio de este tipo es posible tomar una población representativa de diez (10) pacientes diagnosticados con cáncer de seno del Instituto Cancerológico de Nariño, con el objetivo de reconocer las estructuras actitudinales y las cogniciones referidas al temor que se genera a partir de su condición.

En este estudio y dada la intención de reconocer las actitudes de temor, se utilizará el cuestionario para la calidad de vida (1996) eortc QIQ – C30 desarrollado por la organización europea y utilizado en la ciudad de Medellín por la Dra. Krikorian Alicia, en el estudio de comportamientos y pensamientos en pacientes diagnosticados con cáncer, aplicados a sus diferentes áreas de desarrollo y desempeño como: (a) de pareja, (b) personal, (c) familiar, (d) social, (e) económico, y (f) laboral.

Se espera que con los resultados del presente estudio se pueda aportar significativamente en la consolidación de programas psico-oncológicos que beneficien el manejo integral de los pacientes del Instituto Cancerológico de Nariño, ya que si se explora desde la investigación, sus cogniciones, emociones y comportamientos desde el marco de la teoría de la actitud, puede lograrse un mejor proceso de afrontamiento y aceptación de la enfermedad redundando en una mejora de la calidad de vida del sujeto y por ende de su familia.

## **JUSTIFICACION**

La intención fundamental es hacer una identificación y descripción de las actitudes de temor, que presentan las pacientes diagnosticadas con cáncer de seno, que en mayor o menor grado afectan las diferentes dimensiones de desarrollo y desempeño, como lo cognitivo, comportamental y emocional. El espacio para desarrollar la investigación es el Instituto Cancerológico de Nariño ICN, el cual viene asumiendo una gestión importante en el tratamiento y manejo de esta enfermedad. Dicha institución refiere tener una población significativa con este padecimiento, como también reporta tener pocos aportes en investigaciones desde la psico-oncología, frente a las actitudes, comportamientos, significados de vida y cogniciones que adquieren los pacientes después del diagnóstico de cáncer y más específicamente del cáncer de seno. Dado esto se percibe la necesidad de conocer y entender las cogniciones, las emociones y comportamientos de estos pacientes; para procurar el desarrollo de programas acertados y oportunos para un manejo integral de este tipo de enfermedades. La viabilidad de esta investigación y la importancia que representa, esta determinada, en primera instancia por la disponibilidad y colaboración del Instituto Cancerológico de Nariño para acceder a esta población con un alto riesgo psicosocial a causa de esta enfermedad teniendo en cuenta que las pacientes asisten regularmente a control y en segundo lugar porque la investigación es significativa para el enriquecimiento del conocimiento y el entendimiento por parte de los profesionales de la salud, sobre las dinámicas y estructuras actitudinales y psicosociales que genera esta enfermedad después de su diagnóstico, como también para establecer factores de acción

psicoterapéuticas para el afrontamiento de las diferentes situaciones desestabilizadoras de su calidad de vida e interacción personal, familiar y social.

A través de la investigación se intentará también comprender las condiciones bajo las cuales las personas expresan diferentes actitudes y temores vislumbrados en sus comportamientos y cogniciones; por ello se considera que la investigación aportará desde el modelo cognitivo comportamental información concreta, que permitirá la redefinición de dinámicas de encuentro teórico científico entre la medicina, la psicología clínica y la psico-oncología, estableciendo nuevos y posibles mecanismos de intervención en el cáncer desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, mejorando la calidad de vida de las personas con este diagnóstico.

Por último se pretende que a partir de los hallazgos de la investigación en el Instituto Cancerológico de Nariño, puedan implementarse talleres de seguimiento, programas de manejo integral o acompañamiento que validen las apreciaciones, atribuciones cognitivas y afectivas de los sujetos diagnosticados para el beneficio del manejo interdisciplinario del cáncer y brindar mejores posibilidades de calidad de vida para el paciente y su familia.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar la actitud de temor, a partir del análisis cognitivo comportamental, que presentan un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del Instituto Cancerológico de Nariño.

### **Objetivos específicos**

Reconocer las distorsiones cognitivas que se asocian al temor en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del ICN.

Determinar las creencias centrales e intermedias asociadas con los temores en un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del ICN.

Caracterizar los comportamientos salutógenos o patógenos desarrollados por las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en las áreas: laboral, social, familiares y socio-económica asociadas al temor.

Determinar los diferentes estados emocionales que se asocian al temor en un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del Instituto Cancerológico Nariño.

Posibilitar un “scaneo” o estudio cognitivo comportamental que permita validar, conceptualizar y entender la noción de “actitud de temor”.



## **MARCO DE REFERENCIA**

### **Contextualización**

El Instituto Cancerológico de Nariño tiene como misión el liderazgo en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer en el departamento de Nariño, brindando tratamientos integrales e incorporando los últimos avances tecnológicos y científicos en la oncología dentro del mundo de la medicina. Este Instituto trabaja con un enfoque multidisciplinario el cual brinda un mayor profesionalismo con calidad ética y sentido humano para el tratamiento de una enfermedad tan incidente dentro de nuestro medio social.

Entre los objetivos fundamentales que aplica el instituto Cancerológico se pueden resaltar : el tratar y cuidar al paciente con cáncer del sur de Colombia con excelencia de acuerdo a los principios oncológicos los cuales se fundamentan en la calidad de las prestaciones adecuadas y humanas de todos los servicios disponibles para el tratamiento y atención interdisciplinaria para esta enfermedad, cubriendo las necesidades desde el diagnóstico hasta su posible curación, incluyendo la educación y aspectos psicosociales; dentro del instituto cancerológico el sistema de atención se divide así: el gerente, médicos, enfermeras, operadores de sistemas e instrumentos de quimioterapia, secretarias, asistentes de archivo, aseo y seguridad.

La investigación como se resalta anteriormente se realizara en el Instituto Cancerológico de Nariño, el cual esta ubicado en la Carrera 40B – 55, limitando con la Avenida de Los Estudiantes y salida Norte de la Ciudad de San Juan de Pasto.

## MARCO DE ANTECEDENTES

A partir de la revisión de las investigaciones sobre el manejo psico-oncológico del cáncer, se encontró que este tema es de gran interés en el medio científico y académico; la mayoría de los estudios e investigaciones hacen alusión a la enfermedad desde un enfoque psico-biológico y sus repercusiones en la mejora o agravamiento del paciente; a continuación se destaca los trabajos más relevantes.

Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil (publicado en 1989), muestran que una intervención psicológica sencilla, diseñada, en principio, para mejorar la calidad de vida de un grupo de pacientes oncológicos, era capaz de influir de forma significativa en su aumento de vida. Kraemer y Gottheil (1989), Con una población femenina de 86 pacientes con cáncer metastático que recibían cuidados biomédicos convencionales, los investigadores subdividieron al azar dos grupos: tratamiento y control. A las pacientes del primer grupo se les administró, durante un año, una sesión adicional semanal de noventa minutos de duración de psicoterapia de apoyo, con adiestramiento en auto hipnosis con el fin de mejorar su calidad de vida y mitigar el dolor.

Al cabo de diez años, en que sólo permanecían con vida tres de las 86 pacientes iniciales, se llevó a cabo un análisis estadístico de supervivencia, el cual proporcionó resultados sorprendentes: el tiempo medio de supervivencia del grupo sometido a psicoterapia, considerando sólo las ochenta y tres pacientes fallecidas fue de treinta y seis meses, en comparación con los dieciocho meses de supervivencia de las pacientes del grupo de control. Datos interesantes de esta investigación señala que el

grupo de enfermos a las que se facilitó ayuda psicológica complementaria recibieron: (a) información sobre su enfermedad y los problemas derivados, así como sobre los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia; (b) adiestramiento en estrategias de afrontamiento, aunque sin mencionar que dichas estrategias podían tener repercusión en la evolución del cáncer; (c) adiestramiento en técnicas de auto-hipnosis para conseguir un mejor control del dolor; (d) facilitar la expresión de emociones sobre la enfermedad y los efectos que había tenido sobre su vida.

Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey y Morton (1991), Con un grupo de 68 pacientes de buen pronóstico con melanoma recién operados, se les asignó al azar a dos grupos y a uno de ellos se le proporcionó, de forma adicional, una intervención psicológica, en subgrupos de 7 a 10 individuos, de una hora y media semanal durante seis semanas, consistente en: (a) información sobre melanoma y nutrición, (b) adiestramiento en el manejo del estrés y técnicas de relajación; (c) adiestramiento en habilidades de afrontamiento, y (d) soporte emocional. Al cabo de seis años, los resultados muestran que en el grupo sometido a intervención psicológica, de los treinta y cuatro enfermos iniciales, tres habían muerto y a cuatro se les había reproducido el melanoma, mientras que en el grupo control sin tratamiento psicológico, de los treinta y cuatro enfermos iniciales, diez habían muerto y a otros tres se les había reproducido el melanoma.

Hace ya más de cincuenta años, Metalnikov (1957), uno de los pioneros en la investigación psiconeuroinmunológica, tras llevar a cabo trabajos experimentales de condicionamiento del sistema inmunitario en mamíferos inferiores, refiere que la inmunidad presenta un problema no sólo biológico y

físicoquímico sino también psicológico. En general, no se tiene suficientemente en cuenta el papel que juega el sistema nervioso ni tampoco el de la acción psíquica sobre la vida del organismo. Y a pesar de ello, es incontestable que el debilitamiento de las fuerzas psíquicas no sólo es consecuencia, sino también la causa de diversas afecciones. Es lamentable que, en este aspecto, el estudio del organismo se encuentre tan atrasado. El papel de las fuerzas psíquicas y su influencia sobre la vida del cuerpo son muy grandes, incomparablemente más grandes de lo que se piensa. Todos los órganos: el corazón, los pulmones, los intestinos, las glándulas de secreción interna, se encuentran estrechamente unidos al sistema nervioso. Ésta es la razón de que el estado psíquico del paciente, en todas las enfermedades, tiene tanta importancia. Conociendo esto, se debe comprender que en la lucha contra las enfermedades es necesario actuar sobre el psiquismo como en la prescripción de medicaciones.

Entre otras investigaciones se encuentra la realizada en los hospitales universitarios de la ciudad de Bogotá en el que se abordó el cáncer de mama, el objetivo principal fue indagar la relación entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama, a través de un estudio de casos y controles que permitiera comparar la proporción de mujeres con dicho patrón en tres grupos: cáncer de mama, cáncer de cervix y mujeres sanas. En términos de factores de riesgo para el cáncer de mama en el grupo de las participantes de este estudio, se menciona que, sorprendentemente, el número de mujeres diagnosticadas que presenta antecedentes claros de diagnósticos cancerígenos se le atribuyen el factor causal de la enfermedad, por el contrario en la mayoría de pacientes no es posible establecer con

claridad cuáles factores están relacionados con el desarrollado del cáncer. Los resultados soportan dichas afirmaciones, ya que solo entre un 6,3% y 10% de las participantes del grupo de casos presenta antecedentes familiares de la enfermedad, e incluso las participantes de los grupos controles presenta también los mismos antecedentes aunque en menor proporción (2,6% y 2,5%).

El hecho de haber tenido alguna enfermedad benigna en las mamas, es una condición que aparece en los tres grupos y en la misma proporción, y aún más si se compara el grupo de casos con el grupo de mujeres sanas.

El porcentaje de mujeres con antecedentes de cáncer de endometrio u ovario es realmente bajo (5%) en el caso de los controles, y lo mismo ocurre con otras variables como el consumo de alcohol (3,8%), la terapia de reemplazo hormonal en la cual se observa una mayor proporción de respuestas afirmativas en el grupo de mujeres sanas, el hecho de tener hijos y el número de hijos. En el caso de toma de anticonceptivos y tiempo de lactancia no se observan diferencias en cuanto al porcentaje de mujeres que ha usado dicho método de planificación, en cada uno de los grupos; y en cuanto a la edad en que se tuvo al primer hijo, los tres grupos presentan porcentajes bajos para la categoría mayor de 30 años, pero en el grupo de mujeres con cáncer de mama dicho porcentaje es un poco más alto. Estos resultados mantienen vigente la pregunta por otro tipo de factores diferentes de los médicos o biológicos, que estén cumpliendo un papel importante en la vulnerabilidad para desarrollar cáncer de mama.

El patrón de conducta Tipo C se incluyó como una variable de factor de riesgo para cáncer de mama y se evaluó para cada uno de los tres grupos,

mostrando que el porcentaje de mujeres tipo C aunque es más alto en el grupo de los casos (35%), el análisis de diferencia de proporciones arroja un p valor ( $p = 0,068$ ) que no es estadísticamente significativo, lo cual concuerda con los últimos trabajos de López y Cols. (2002), quienes igualmente compararon las escalas del patrón Tipo C en un grupo de pacientes con cáncer, en comparación con un grupo de personas sanas. Así mismo, la media de los puntajes obtenidos en la escala de patrón Tipo C en cada grupo, no difiere de la media observada en la población colombiana según edad y nivel de escolaridad, (mayores de 30 años, bachilleres-technólogos).

La proporción de participantes con patrón de conducta tipo C, haya sido más alto en los dos grupos conformados por mujeres con cáncer, y que la composición del constructo a partir de las cinco escalas propuestas se dé diferencialmente en cada grupo, sugiere que efectivamente, tal y como está planteado el patrón de conducta Tipo C (Temoshok & Dreher, 1993; López & cols., 2002), corresponde más a un estilo de afrontamiento que a un tipo de personalidad relacionada con la predisposición a la enfermedad oncológica. Lo anterior podría explicar además, por qué las intervenciones psicológicas o psicosociales, principalmente realizadas de forma grupal en pacientes diagnosticados con cáncer y la mayoría de ellas con cáncer de mama (Goodwin, 2001; Edelman, Bell & Kidman, 1999; Barbara, 2004), son efectivas en la reducción de sintomatología y morbilidad de trastornos psicológicos asociados al proceso de adaptación o ajuste a la enfermedad, pero no confirman resultados en cuanto al aumento en el tiempo de sobre vida de los pacientes.

En primer lugar, en los tres grupos la presencia de depresión es mínima, pero llama la atención aún más, que sea el grupo de cáncer de mama en donde se presenta la proporción más baja (2,5%), en comparación con cáncer de cérvix (9,1%) y mujeres sanas (3,8%), y en comparación con los reportes de estudios anteriores (Lovejoy & Matteis, 1997), entre 24% y 18% (Bukberg, Penman, & Holland, 1984; Massie & Holland, 1990; Watson et al., 1991; Breitbart et al., 2000; Massie & Popkin, 1998; Chochinov, 2001). Aun así, estos resultados pueden estar relacionados con el hecho de que tanto los problemas de ansiedad como de depresión en pacientes con cáncer, van disminuyendo a medida que pasa el tiempo desde el diagnóstico inicial o también gracias al efecto de algún tratamiento en particular. Al respecto, por ejemplo, se observó que el 11,3% de las pacientes del grupo de casos ha tomado medicamentos antidepresivos.

En conclusión, los niveles de depresión encontrados en el grupo de casos no aparecen relacionados con el patrón Tipo C y sí con variables médicas como el estadio de la enfermedad, por lo cual podría asumirse que en esta ocasión se rechaza la hipótesis de que los pacientes Tipo C sean pacientes depresivos, o que los niveles altos de depresión estén relacionados con la proporción de participantes Tipo C en cada grupo.

Los factores que componen actualmente el patrón de conducta Tipo C, no aparecen como factores de riesgo para cáncer de mama en este estudio, ya que en el análisis de regresión logística las variables que determinan la variable dependiente de tener cáncer de mama son aquellos factores biológicos como la edad y la historia familiar de hermanas con la misma enfermedad los que continúan vigentes en cuanto al aumento del riesgo

relativo a presentar la enfermedad. Haber recibido terapia de reemplazo hormonal y el antecedente de cáncer de endometrio u ovario aparecen como factores protectores, muy probablemente por las bajas frecuencias observadas en estas variables.

A nivel medico, el diagnóstico más frecuente se refiere al carcinoma ductal infiltrante (86,5%) seguido por el carcinoma ductal in situ (9,5%) y el carcinoma lobulillar infiltrante (4,1%). Para el grupo de controles hospitalarios, el diagnóstico más frecuente es el carcinoma escamo-celular de cérvix (77,6%) y posteriormente el carcinoma escamo-celular in situ (22,4%), con estadios IIA (37,5%), IIIB (31,3%), IIIA (14,1%) y IV (10,9%), y IB (40,6%), el IIB (28,1%) y el IIIB (20,3%) respectivamente. En cuanto a los tratamientos, se observa que la combinación de quimioterapia, radioterapia y cirugía (28,9%) es la más frecuente, seguida de quimioterapia y radioterapia (21,1%), quimioterapia y cirugía (14,5%), quimioterapia (11,8%), radioterapia y cirugía (7,9%) y quimioterapia, hormonoterapia y cirugía (6,6%). En cuanto al nivel psico-oncológico el estudio



## **MARCO TEORICO**

En la actualidad el cáncer es una de las enfermedades que ha estado afectando a una gran población mundial, considerándose como la segunda causa de muerte en los países occidentales. (Dane 2003).

Para comprender el desarrollo del cáncer es necesario saber que las células bajo condiciones normales, crecen de manera ordenada, bajo la coordinación de sustancias reguladoras llamadas factores de crecimiento. En algunas oportunidades, las células desobedecen a los factores de crecimiento y su crecimiento desordenado genera la formación de tumores, que pueden ser benignos o malignos, dependiendo de ciertas características, como: el daño que le produzcan a otros tejidos y la capacidad de hacer metástasis, o sea de sembrarse en lugares lejanos al tumor de origen. A los tumores malignos se les llama tumores cancerosos.

### **Características de las células de tumores malignos**

Según (T. R Harrison 1998) son: (a) La displasia, son los mecanismos reguladores que mantienen el equilibrio de las células son incapaces de controlar su división, produciendo un cúmulo de células. Normalmente da lugar a un bulto o tumor. (b) La neoplasia, son las células que presentan variaciones en su forma, tamaño y función. Estas células dejan de actuar como deben y adquieren nuevas propiedades que configuran el carácter maligno. (c) La capacidad de invasión es el cáncer puede extenderse por el organismo, utilizando para ello diferentes vías. Las más comunes son: la prolongación local, las células tumorales invaden los tejidos vecinos infiltrándose en ellos; y la prolongación a distancia ocurre cuando algún grupo de células malignas se desprenden del tumor original donde se generó

para trasladarse a otros lugares del organismo. Fundamentalmente, se propagan por los vasos sanguíneos y linfáticos, para después desarrollar tumores malignos secundarios.

### **Fases de la enfermedad**

El proceso que va desde que se producen las primeras mutaciones de las células hasta que la enfermedad llega a etapas de último historial, estos se dividen en cuatro fases según el Comité de la Junta americana del cáncer (1993).

#### **Fase de inducción**

En esta lo primero que ocurre son los cambios celulares que dotan a la célula de las características de malignidad, es decir, de multiplicación descontrolada y capacidad de invasión. Es la etapa más larga de la enfermedad y en ningún caso es diagnosticable ni produce sintomatología.

#### **Fase “in situ”**

Se caracteriza por la existencia de la lesión cancerosa microscópica localizada en el tejido original donde se ha originado. En ésta tampoco aparecen síntomas o molestias en el paciente. En determinados casos como el cáncer de mama, la enfermedad se puede diagnosticar en esta fase mediante técnicas que permiten su detección precoz.

#### **Fase invasión local**

En esta fase la lesión comienza a extenderse fuera de su localización de origen e invade tejidos u órganos adyacentes. En la edad adulta dura entre uno y cinco años. La aparición de síntomas de la enfermedad depende del tipo de cáncer, de su crecimiento y de su localización.

### **Fase invasión a distancia**

En esta fase la enfermedad se disemina fuera de su lugar de origen, apareciendo lesiones tumorales a distancia denominadas metástasis. La sintomatología que presenta el paciente suele ser compleja dependiendo del tipo de tumor, de la localización y extensión de las metástasis.

Para realizar un diagnóstico de la enfermedad es necesario realizar una biopsia (tomar una muestra histológica del tejido infectado), este estudio permite etiquetar y saber cuál o cuáles son los tejidos y células de las que proviene el tumor y cuáles son las características de las mismas. Estos factores son fundamentales para determinar el tratamiento más adecuado en la serie de alteraciones benignas o pre-malignas de las células.

### **Cáncer de seno**

Según el Manual staging of cáncer (1993).

#### **Características fisiológicas**

El cáncer del seno o de la mama, puede derivarse de los diferentes tejidos o elementos que constituyen la anatomía de la glándula mamaria (mama o seno), cuya función fundamental es la producción de leche en los primeros meses de la crianza del bebé.

Cada seno está conformado por numerosos bulbos que producen leche, conocidos como lóbulos, que están conectados por unos conductos al pezón; el resto de la glándula está conformado en su mayoría por grasa, que es la que determina el tamaño del busto, ya que las estructuras productoras de leche son más o menos las mismas en todas las mujeres. A través de ese tejido graso también transcurren otros conductos: los conductos linfáticos, estos drenan linfa o líquido de los tejidos, el cual es retirado del

seno y va hacia los ganglios linfáticos y de allí a la circulación general. Los conductos linfáticos confluyen en ganglios linfáticos, pequeñas estructuras con forma de fríjol, que se agrupan y se localizan en varias partes del cuerpo, como en axilas, cuello, tórax e ingle, entre otros lugares. Dentro de la mama no hay músculos, están por debajo, separándola de las costillas.

#### Tipos de Tumores Malignos en Cánceres de la Mama

Cuando el médico extrae una porción de la glándula mamaria que considera tumoral, y envía la muestra al patólogo, éste puede reportar uno de varios tumores malignos siendo el más común (70%), dentro de los tipos de cáncer de mama, se encuentra, el carcinoma o cáncer infiltrante o invasivo dúctil (palabra derivada de los conductos), comienza en las células de los conductos lácteos. El cáncer que comienza en los lóbulos se llama carcinoma lobular infiltrante, ocurre en 10% a 15% de los casos y se encuentra con mayor frecuencia localizado en ambos senos, a diferencia de otros tipos de cáncer que se localizan en uno solo de ellos. Existen otros tipos de cáncer de seno menos comunes, como el inflamatorio, en el que el seno se encuentra caliente, inflamado y rojo.

#### **Tipos de cáncer de mama**

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, no cancerosos malignos, y son debidos a formaciones fibroquísticas en ella.

El quiste es como una bolsa llena de líquido y la fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo. La fibrosis no aumenta el riesgo de desarrollar un tumor y no requiere de un tratamiento especial. Los quistes, si son grandes, pueden resultar dolorosos.

Los tumores benignos están relacionados, la gran mayoría, con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero no se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio.

#### Tipos De Clasificación en Cáncer de Mama

##### **El carcinoma ductal in situ**

Se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas. Por este motivo, puede extirparse fácilmente.

##### **El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo)**

Se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

##### **El carcinoma lobular in situ**

Se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un cáncer verdadero, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cáncer en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

##### **El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo).**

Comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y distribuir a otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama

son de este tipo. Este carcinoma es más difícil detectarlo a través de una mamografía.

### **El carcinoma inflamatorio del seno.**

Un cáncer poco común, tan sólo se presenta en un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de crecimiento rápido. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja y pueden aparecer arrugas y protuberancias en ella. Estos síntomas son debidos al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos

### **Factores de riesgo de sufrir cáncer de mama**

Como factores de riesgo en general se conocen aquellas circunstancias que hacen que una persona tenga mayor tendencia o proclividad a sufrir una enfermedad. En el caso del cáncer de la mama hay factores que se consideran como de alto riesgo. A medida que avanza la edad y se llega a la séptima, octava o novena década de la vida, es más frecuente que se presente y así una de cada diez mujeres de ochenta años de edad lo sufren, cuando solamente una de cada dos mil quinientas de 30 años de edad padecen de cáncer. Es decir, la edad avanzada es un factor de riesgo importante.

Una persona que ha sufrido cáncer de mama tiene mayor tendencia a hacer un tumor maligno en el seno opuesto, lo mismo que quien ha tenido historia familiar de cáncer en la mama o de otro tipo de reiterada ocurrencia en la familia lo que se conoce como cáncer familiar.

Según el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), Hay factores de riesgo moderados como la presencia de cáncer en una mujer de la familia

con quien se tiene un primer grado de consanguinidad como la madre, la hermana o una hija y la historia personal de cáncer de ovario o de endometrio (la capa interna del útero). Si hay dos o más familiares con historia de cáncer de seno, el riesgo se incrementa de manera notable.

Según Greer y Moris (1995), también tienen un riesgo moderado de hacer cáncer de mama las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término, es decir, exitoso después de los treinta años de edad o quienes nunca estuvieron embarazadas. La obesidad, el estado menopáusico y pertenecer a una clase socioeconómica alta, son factores importantes de riesgo moderado.

Otras circunstancias o factores de riesgo, son: inicio temprano del ciclo menstrual (antes de los once años), menopausia tardía (después de los cincuenta y cinco años), administración prolongada (cinco años o más) de terapia hormonal de reemplazo con estrógenos; ingestión inmoderada de alcohol que es discutible, raza blanca y radioterapia, en especial la irradiación de tórax que recibieron mujeres menores de treinta años, hace más de diez años.

El cáncer de seno puede ser causado por mutaciones o cambios en algunos genes, a las que la persona está predispuesta de forma hereditaria.

Los genes de una persona, localizados en las células, contienen información recibida o heredada de sus padres; a veces esta información se traduce en enfermedades hereditarias, como en el caso de cáncer de seno hereditario, que se presenta en 5% a 10% de todos los cánceres de este tipo.

La alteración de algunos genes, predispone al desarrollo de cáncer de seno, siendo más frecuentes en ciertos grupos étnicos.

Los genes hereditarios que se han encontrado asociados a cáncer de seno según la Pathologic of familial breast cáncer, son entre otros, BRCA-1, BRCA-2. Las personas portadoras de estos genes tienen entre 50% y 90% de posibilidad de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida, aunque esas cifras han sido re-evaluadas, hace poco, se han desarrollado pruebas para detectar los genes alterados, pero no son usadas de acuerdo a Barnes (1992), para tamizaje de cáncer de seno; es decir para evaluación de riesgo de desarrollar la enfermedad, excepto en grupos de alta probabilidad, como aquellos casos que presentan una historia familiar marcada.

Realmente hay que decir que como sucede con todas las enfermedades cuyo fundamento son mutaciones o alteraciones de los genes, las personas pueden sufrir cáncer de seno sin tener ningún factor de riesgo. En esos casos las mutaciones son espontáneas.

Los anticonceptivos orales producidos antes de 1975 probablemente constituyeron un factor de riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, los anticonceptivos modernos tienen cantidades muy pequeñas de estrógenos y el consenso de opinión en la actualidad es que no hay un riesgo importante de desarrollar cáncer de mama con el uso o empleo de anticonceptivos orales.

### **Psicología de la salud**

Según Froufe (2000), La psicología de la salud se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas, la cual incluye una serie de contribuciones a la



mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, como también la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario, y la influencia de la opinión pública.

Específicamente la psicología de la salud implica la aplicación de principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física como puede ser la disminución de estrés el alivio del dolor, la moderación de comportamientos de riesgo, al tiempo que potencia los chequeos médicos y psicológicos. La psicología de la salud ayuda a identificar una serie de condiciones que afectan la salud, tratando enfermedades crónicas y comportamientos implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica.

Actualmente la psicología de la salud constituye una división firmemente establecida dentro de la Asociación Psicológica Americana.

Los aspectos fundamentales provienen de estudios efectuados por científicos del comportamiento y biomédicos que utilizan diversos métodos como, los estudios de caso, estudios correlacionales y longitudinales entre otros. La elección de los métodos depende de los interrogantes que los científicos intenten responder en cada proceso. Dicho esto, la psicología de la salud ha hecho varias contribuciones en la aplicación de técnicas para la modificación de conductas, desarrollo de instrumentos de medida y la construcción de modelos teóricos útiles para explicar los datos relacionados con salud antes que con la enfermedad diagnosticada. (Brannon 2000).

En la psicología de la salud se destacan investigaciones que apuntan hacia el cáncer el cual resulta preciso recordar que los factores de riesgo no causan necesariamente la enfermedad si no que permiten predecir la probabilidad de que una persona desarrolle esta, la mayor parte de los

factores de riesgo de contraer cáncer dependen de la conducta personal y estilo de vida especialmente a lo que respecta a hábitos alimenticios o de adicción. (Doll y Peto, 1981).

### **Paciente crónico**

El cáncer como enfermedad crónica es una de las principales causas de mortalidad que se tiene en nuestro entorno, perduran y si son mortales, causando la muerte tras un periodo de tiempo prolongado. Durante este periodo, los síntomas no son necesariamente constantes.

Las personas con enfermedades crónicas pueden sentirse relativamente bien en ocasiones, o muy mal en otras, pero nunca están totalmente sanas.

Según Howard Leventhal (1984), las personas tienden a conceptualizar las enfermedades como agudas y no crónicas. Estos investigadores han establecido que las personas con enfermedades crónicas han pensado que el trastorno era agudo, creyendo que no tendrían que someterse a tratamiento toda su vida y que finalmente se curarían. Esta creencia resulta adecuada en una enfermedad aguda de lo contrario resulta una visión distorsionada de las enfermedades crónicas.

Las investigaciones de Leventhal y sus colaboradores sugieren que las personas tienen problemas para comprender la naturaleza de sus enfermedades crónicas y dicha tendencia continua de forma indefinida y suelen aplicar su conocimiento de las enfermedades agudas a cualquier trastorno crónico que desarrolle.

Las enfermedades crónicas graves presentan crisis en la vida de las personas, que suele exceder la adaptación a la enfermedad, Por ejemplo,

dichas enfermedades pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que tienen los pacientes de ellos mismos y afectar la interacción con la familia y sociedad. “las enfermedades crónicas como el cáncer pueden analizarse en términos de la teoría de la crisis (Moos y Schaeferm 1984).

La teoría de la crisis trata acerca del impacto que tiene la interrupción de un patrón establecido del funcionamiento personal y social.

### **Psico-oncología**

En su conocido ensayo de Sontag (1978), “La enfermedad y sus metáforas”, llama la atención, tres aspectos que tocan al tema de la presente investigación en el impacto psicológico del cáncer; para el cuidado actual, el cáncer como hace algunos años lo fuera la tuberculosis y hace siglos la peste, es sinónimo de muerte.

Mientras se trate al cáncer como un predador perverso e invencible y no como una mera enfermedad, la mayoría de las personas sufrirá un tremendo impacto emocional al enterarse de que han contraído un cáncer.

A esta concepción mítica del cáncer colaboran políticos, economistas, abogados, periodistas, escritores e intelectuales de todo tipo, al utilizar en sus escritos, informaciones, entrevistas, discursos y conferencias la metáfora del cáncer cuando quieren aludir a un mal insidioso capaz de destruir inexorablemente a los gobiernos, las instituciones, las tradiciones, la economía, etc. Así, de acuerdo con la ideología, partido, religión o escuela a la que se pertenezca o incluso cuando se actúa como pensador independiente, se suele presentar la metáfora del cáncer para señalar los estragos de las drogas en nuestra juventud, la corrupción de los políticos en general o de los que no pertenecen al mismo partido en particular, la

influencia de las sectas en la destrucción de la familia o las actitudes racistas.

Como señala Holland (conocida investigadora del Memorial Sloan-Kettering Cáncer Centro de Nueva York), en la medida en que exista este pesimismo difícilmente puede no transmitirse al paciente, intensificando, si cabe, su estado de estrés y conduciéndole a una situación altamente peligrosa en la que fácilmente puede aparecer el curioso fenómeno de la “profecía que se auto-realiza, es decir, de la predicción que al ser enunciada conduce con gran probabilidad a su cumplimiento. La experiencia clínica apoya este punto de vista. Así Miller, notable cirujano de Nueva York, señala que los pacientes que se muestran aprehensivos respecto a su enfermedad casi siempre empeoran y mueren con rapidez aún cuando su cáncer se diagnostique precozmente y el tratamiento que reciban sea adecuado, por lo contrario los pacientes que rechazan las implicaciones del cáncer, usualmente mejoran; y Stoll, médico consultor honorario de varios departamentos de oncología de Londres, afirma que aun cuando no existen datos inequívocos de que la esperanza pueda prolongar la vida más allá de su duración esperada, casi podemos afirmar con certeza que la ausencia de esperanza puede acortar la vida, además de viciar su calidad.

Con relación a la investigación sobre la influencia de los factores psicológicos en la enfermedad oncológica. En junio de 1985, la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine*, incluyó entre sus páginas un trabajo de Cassileth sobre enfermos de cáncer, en el que aprovechaba la ocasión para incluir un comentario en el que no sólo se ponían en duda los efectos de los pensamientos positivos en la evolución de las enfermedades,

sino que se llegaba a afirmar que era hora ya de que admitamos que la creencia en la existencia de una relación directa entre enfermedad y estado mental es en gran medida puro folklore.

Sin embargo, a partir de la década de los ochenta, los datos aportados por investigaciones empíricas rigurosas llevadas a cabo tanto en el laboratorio, utilizando como sujetos a mamíferos inferiores, como en la clínica, mediante observaciones sistemáticas llevadas a cabo a nivel humano están empezando a cambiar este punto de vista, seis años más tarde el editorial mencionado, la misma revista *The New England Journal of Medicine*- publicaba, en 1991, un trabajo prospectivo de Cohen, Tyrrell y Smith (1991), que muestra la estrecha relación existente entre los niveles de estrés psicológico y la vulnerabilidad a la infección por virus del resfriado común.

El tipo de análisis utilizado sólo permite establecer que una intervención destinada a reducir la ansiedad, la depresión y el dolor por medios psicológicos puede también afectar, desde un punto de vista biológico, el curso de la enfermedad. Sin embargo, la hipótesis de la acción emocional curadora permanece en pie como, una atractiva posibilidad.

De acuerdo con Cassel (1982), no es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al cuerpo sin por ello infligir daño a la persona. El significado percibido del dolor, por ejemplo, influye, como antes hemos sugerido indirectamente, en la cantidad de medicación que se requerirá para controlarlo.

Por ello, para tratar eficazmente a un enfermo oncológico es preciso un enfoque genuinamente biopsicosocial que abarque todas las dimensiones

del paciente ya que la persona que sufre no es solamente su hígado, su colon, su pulmón, su seno o su próstata. En último término, es también su soledad, su futuro y sus esperanzas, su pareja, su familia, sus amigos y sus hijos.

No se puede olvidar, como se ha puesto en relieve una reciente investigación de Moro, que los cuidadores de referencia de los pacientes oncológicos, por ejemplo, suelen mostrar signos de inestabilidad emocional e irritabilidad y sugieren incluso mayor necesidad de ayuda psicológica que los propios pacientes; de hecho, el 68% de las personas de referencia se sienten deprimidas, en especial las madres y las esposas.

El modelo propuesto por Stjernward (1990), por su parte, ayuda a poner orden los diferentes elementos que se han presentando. En síntesis, nos indica que todas las profesiones sanitarias poseen un doble objetivo al que antes hemos aludido: curar y cuidar. Este doble objetivo se encuentra presente, aun cuando en distinta proporción, en todas las fases del enfermar humano: (a) En la enfermedad aguda, el objetivo sanitario absolutamente prioritario y dominante es curar, restaurar el equilibrio biológico. (b) En la crónica es mixto, por una parte, seguir intentando la curación pero al tiempo que se tratan de paliar los efectos de la enfermedad sobre la vida del enfermo, (c) Finalmente, en la fase terminal, el objetivo no es ya intentar una curación imposible, sino conseguir paliar los síntomas, serenar las emociones, que el paciente muera, sin sufrimiento y con dignidad, con el mayor grado de confort posible. Cuidar equivale a proporcionar bienestar al enfermo, a disminuir su sufrimiento físico y a satisfacer, en lo posible, sus

necesidades emocionales, sociales y espirituales, escuchándolo, acompañándolo y atenuando sus sentimientos de soledad.

A medida que las enfermedades crónicas avanzan y el paciente deja de responder a los tratamientos específicos, cada vez será más necesario aplicar un mayor número y proporción de medidas paliativas; por tanto, los tratamientos curativos y paliativos no deben contemplarse como excluyentes, sino como complementarios, potencialmente con actitud, ambos deberían encontrarse permanentemente presentes en los profesionales de la salud a lo largo de todo el proceso evolutivo de las enfermedades graves, desde la fase aguda a la terminal. Lo único que variará, en función de las circunstancias de cada momento, será la importancia, número, frecuencia y proporción con mayor extensión en otras medidas paliativas con respecto de las curativas.

El modelo de Stjernsward, según Bayes (1995), para que pueda ser llevado a la práctica clínica, supone dos premisas: (a) una concepción integral del hombre, como la señalada también Cassel; y (b) un trabajo en equipo interdisciplinario, ya que no sólo se consideran importantes los aspectos biológicos, sino también los psicosociales. Curar, mejorar y cuidar.

Las estrategias psicológicas que se utilicen como herramienta terapéutica contra el cáncer: (a) Siempre deben usarse de forma complementaria pero nunca sustitutoria de los tratamientos oncológicos convencionales. En ningún caso, el enfermo debe abandonar o descuidar el tratamiento biomédico que está siguiendo. (b) Los enfermos deben ser conscientes de que se trata de terapéuticas experimentales cuyo objetivo primordial es conseguir una mayor calidad de vida y bienestar, pero de las

que todavía se desconocen muchos de los elementos y condiciones, que pueden, hipotéticamente, conferirles algún tipo de eficacia curadora y que como en otras terapéuticas medicamentosas tradicionales pueden ser independientes de la voluntad del enfermo y sus condiciones.

Al mismo tiempo, también debemos señalar que, con las debidas cautelas, si dichas terapéuticas pueden proporcionar, en bastantes casos, resultados que, como mínimo, contribuyen a mejorar el bienestar y calidad de vida del paciente, proscribir las de forma absoluta o negar a priori que, en algunas ocasiones, puedan producir una mejoría biológica en algunos pacientes, constituye, a nuestros ojos y a la luz de los datos proporcionados por la moderna psiconeuroinmunología formas alternativas de tratamiento.

### **La calidad de vida**

Según OMS, como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. La calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona



con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, no obstante se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar las situaciones como positivas o no, es decir, aspectos que influyen la escala de valores y las expectativas de la personas.

Adicionando que ya existe cobertura de ciertas necesidades básicas, la calidad de vida es una categoría multidimensional que presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre, unidimensional que obliga a desplegar creatividad para aprender la diversidad humana. Lo anterior se acopla a la mayoría de las tendencias actuales quienes rechazan el concebir al humano como ser lineal, ello se considera obsoleto, ya que desde su misma corporalidad es indescriptible.

La calidad de vida es la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes, el control de la enfermedad y la calidad de vida, la comprensión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas. La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las

respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida.

### **La enfermedad crónica**

Se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 1979).

### **Calidad de vida en enfermos crónicos**

Kalker y Roser (1987), citados por Rodríguez (1995), definen la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales.

Según esta definición, Haes y Van Knippenberg (1985-1987), citados por Rodríguez (1995), proponen que la calidad de vida dentro de la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social.

El estatus funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas; incluye tres categorías; auto cuidado, movilidad y actividad física. En cuanto a los

síntomas relacionados con la enfermedad, son diversos en función del tipo de enfermedad y tratamiento. En el caso de pacientes con cáncer, los síntomas que se reportan con mayor frecuencia son dolor, fatiga, malestar corporal, estreñimiento, diarrea, náuseas, vómito y trastornos del sueño. El funcionamiento psicológico pone de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes con enfermedades crónicas (World Health Organization, 2003).

Cuando se evalúa este aspecto en enfermedades crónicas, se puede sobreestimar la prevalencia del estrés o de los trastornos debido a la inclusión de ítems que reflejan manifestaciones somáticas de perturbaciones psicológicas, tales como el cansancio físico y la pérdida del impulso sexual o del apetito. Entre los pacientes con cáncer estos síntomas pueden reflejar efectos físicos directos de la enfermedad o de su tratamiento.

Según World Health Organization (2003), El funcionamiento social hace referencia, al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia.

La calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral.

## **Cáncer y sociedad**

El cáncer es una enfermedad social de acuerdo con Brooks A. (1979), tanto por su incidencia (es la segunda causa de muerte en los países industrializados) como por su origen, buena parte del cual radica en la incapacidad social para controlar eficazmente los procesos de producción (carcinógenos químicos), o por su franca penetración en los estereotipos culturales que determinan las actitudes del colectivo.

En los últimos años se han producido avances importantes en el diagnóstico y tratamiento, hasta el punto de ser hoy posible la curación de algunas neoplasias incluso en estadio avanzado y se extiende a la mayoría un aumento contrastable en calidad de vida y supervivencia, Con todo, existen notables diferencias entre la imagen clínica o epidemiológica del cáncer y su interpretación popular, reflejo de unas creencias a menudo arraigadas en el prejuicio o la ignorancia, pero no por ello menos determinantes del comportamiento.

Las actitudes, entendidas de modo genérico como estrategias para transitar por la vida, son de génesis adquirida y precoz, poseen un contenido mixto de conocimientos y emociones y su estructura es relativamente estable. Las actitudes se inscriben en la cultura y predisponen a modos de comportamiento definidos, con respuestas no siempre idóneas desde una perspectiva racional Brook A.(1979).

En el caso del cáncer, es sobradamente conocida la existencia de estereotipos que, en forma de miedos y fantasías ajenas a la razón, se sobreestima determinados hechos desencadenando actitudes que

mediatizan las percepciones sociales, pudiendo comprometer no sólo las acciones informativas sino emocionales.

Individual y socialmente las actitudes informan, el área que nos ocupa, de la conducta frente a la amenaza que representa la enfermedad y de la que el cáncer es un modelo paradigmático.

Como fenómeno macrosocial, la enfermedad constituye un peligro para la supervivencia del grupo, que basa su identidad en la esperanza de conservación colectiva e individual, esta amenaza obliga a un esfuerzo de adaptación cuyo grado y eficacia no está únicamente relacionado con los recursos, si no con la coherencia que éstos tengan con los sentimientos del paciente en su entorno.

En el diagnóstico de cáncer las causas permanecen oscuras, su etiología múltiple lo hace amenazante y se tiene la extendida convicción que individualmente se dispone de pocos recursos;. Moviliza por ello percepciones alejadas muchas veces de la razón, el solo hecho de nombrarlo puede ser para muchos sinónimo de sentencia de muerte, el afrontamiento de la propia finitud provoca niveles altos de ansiedad que son frecuentemente compensados mediante la negación individual y colectiva.

En palabras de Sontag (1981). Cualquier enfermedad importante, de oscuro origen y tratamiento ineficaz, tiende a hundirse en los significados. En un principio se le asignan los horrores más profundos y la misma enfermedad convirtiéndose en metáfora. Se adjetiva y se proyecta la enfermedad en aquello que se piensa del mal y, a la vez, se proyecta la enfermedad en el significado sobre la vida.

Así se explicaría que la colectividad, golpeada por un mal que imagina terriblemente, elabore creencias y pautas defensivas, a veces con intención racionalizadora y en otros casos relegando al campo de la magia una amenaza ante la que se siente indefenso.

La expresión social de estos miedos y peculiares percepciones será vaga o bien más estructurada; en general, suele tratarse de ideas simplistas, reduccionistas y encaminadas a relacionar las causas o la evolución con los acontecimientos cotidianos o con el caso del enfermo conocido; aunque muy a menudo se asiste a una verdadero origen neoclásico en la que las creencias abordan cualquier acontecimiento relacionado con el cáncer, desde su etiología (contagiosa, hereditaria, producida por el estrés), hasta el inquietante aumento de su escepticismo sobre las posibilidades de control en el miedo al dolor, al tratamiento, a sus efectos colaterales o al aislamiento, hace que repercuta en sus conducta y manera de pensar.

El colectivo de enfermos y familiares participa obviamente de la actitud social; contribuye a la formación de estereotipos y es, a su vez, influido por ellos, lo que mediatiza tanto sus comportamientos en relación a los procesos diagnóstico terapéuticos como la interrelación con los emisores de soporte social (familiares, personal sanitario), inspirando así una profunda distorsión de las relaciones familia enfermo que se produce después de la sospecha o certeza diagnóstica: los terrores individuales de unos y otros, muchas veces celosamente guardados, pueden confinar al enfermo a una cárcel de incomunicación.

El entorno familiar, al prescindir de elementos objetivos, entra frecuentemente en una fase de duelo indiscriminado e irracionalmente an-

ticipado, y la preparación para la reacción de pérdida se produce con tal antelación que la insensibilidad, la desesperanza, la pérdida de interacción social o los sentimientos de culpa pueden condicionar el futuro de unos y otros, a veces durante toda la vida.

Las actitudes sociales son mantenidas por el segmento de población enferma y sus familiares y a la vez retroalimentadas a través de ellos, de forma que cualquier acción de pedagogía sanitaria no puede limitarse al colectivo afectado por el cáncer y su entorno próximo, debiendo tomar en consideración el ámbito cultural y patrones normativos que definen los comportamientos y actitudes.

### **La actitud y sus componentes**

Las actitudes suelen considerarse como predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia hacia determinados objetos, personas o grupos, las actitudes son normalmente consideradas como productos de la socialización debido a que la conducta de una persona suele estar asociada hacia los demás por las actitudes que mantiene con ellos.

Como bien se sabe las actitudes siguen a las conductas y viceversa, de que los individuos desean preservar la consistencia lógica en sus puntos de vista sobre ellos mismos y sobre su entorno de ahí la consistencia cognitiva (tendencia de las personas a establecer una consistencia entre sus creencias y sus acciones), ha llegado a ser importante en el pensamiento psicossociológico, al tener relevancia la idea de que los individuos prefieren pensar que sus acciones son coherentes con sus creencias y que si perciben inconsistencia entre ambas se genera una disonancia cognitiva,

tratan de reducirla lógicamente, modificando las creencias antes que las acciones.

### **Patrón de conducta**

Según Ribes (1980), también lo denomina pauta de conducta, es el tipo de conducta que sirve en los modelos de comportamiento que son normas de carácter específico que sirven de guía para orientar la acción ante circunstancias específicas.

La acción de los individuos, las maneras de obrar, pensar y sentir, obedece a unas reglas externas comunes y colectivas, conocidas y aceptadas por la totalidad de la sociedad. La conducta humana es aprendida, es decir, adquirida por transmisión social. Es por ello que el ser humano es producto de los grupos a los que ha pertenecido: país, etnia, clase social, religión, familia y escuela.

Sin embargo, todo patrón o modelo de conducta es relativo, ya que al ser adquirido puede variar entre dos sociedades diferentes o entre generaciones, Algunos patrones de conducta se olvidan, otros se transforman u otros permanecen adoptando un nuevo significado dado lo anterior se tiene en cuenta que la conducta hace parte de los contextos de la actitud o de la psicología social en que vive el individuo. Con ello la actitud es una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas que designa la orientación de las disposiciones más de la persona ante un objeto determinado, existiendo actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas tal como se presenta con el diagnostico de cáncer.



## **Creencia**

Según el diccionario español es la aceptación o sentimiento libre de una idea o hecho.

A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencia formando una red y organización de creencias características, entendiendo por creencia la predisposición a la acción. La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación, en las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación, pensamiento estructurado durante el siglo XVIII por los filósofos Immanuel Kant y David Hume.

Kant, en su obra (Crítica de la razón pura 1781), se refiere a la creencia como impulso subjetivo que ejerce una idea sobre los actos de razón y que mantiene su firmeza. David Hume, contrario a los principios de causalidad, consideraba la creencia como la más enigmática de las operaciones mentales. Más tarde, Friedrich Nietzsche, en La voluntad de poder (1901), afirma que la creencia “es la primera de todas las formas de actividad intelectual y, por tanto, una especie de afirmación”.

## **Creencia central**

Según Beck en su obra teoría cognitiva (2000). Son ideas consideradas por la persona como verdaderas, dejando de lado la información racional, considerando como verdadera su creencia o pensamiento. La creencia central constituye el nivel esencial del pensamiento global la cual es rígida y se generalizan en exceso. Dado esto los pensamientos automáticos que son las palabras e imágenes que pasan por la mente son en cambio

específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel superficial de la cognición.

### **Creencias intermedia**

Según Beck (2000). Las creencias intermedias consisten en actitudes, reglas y presunciones no expresadas las cuales se encuentran entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos desencadenando la emoción.

### **Emoción**

Término empleado frecuentemente como un sinónimo de sentimientos y que se emplea para denominar una reacción que involucra determinados cambios fisiológicos, tales como el incremento de la actividad de ciertas glándulas (sudoración), la aceleración o la disminución del ritmo cardiaco, cambio de la temperatura corporal. Dado esto James Lange (1995), describe que estos sucesos estimulan a la persona o alguna parte de su organismo para aumentar su actividad fisiológica. Las tres reacciones primarias de este tipo son la ira, el amor, y el miedo, que brotan como respuesta inmediata a un estímulo externo, y son el resultado de un proceso subjetivo, como de la memoria, la asociación o la introspección. El psicólogo conductista John Watson puso de manifiesto en una serie de experimentos que los niños pequeños son ya susceptibles de tener estas tres emociones, y que las reacciones emocionales pueden condicionarse. Los estímulos externos disminuyen su importancia como causa directa de la reacción emocional de un individuo según éste madura, y los estímulos que suscitan estas emociones se vuelven más complejos. Así, la misma condición ambiental que inspiraría ira en un niño pequeño puede causar miedo en un adulto. No

obstante, según aumenta el nivel emocional de la reacción, el parecido entre los distintos tipos de reacción aumenta también: la ira extrema, el pánico o el resentimiento tienen más en común que las mismas reacciones en fases menos exageradas.

Todas las reacciones emocionales están acompañadas por alteraciones fisiológicas breves, como en el caso del aumento del ritmo cardíaco durante un acceso de ira. El miedo, puede desencadenar manifestaciones violentas, como el temblor de los miembros o una momentánea pérdida de voz.

### **Actitud de temor**

Según Whittaket (1998), las actitudes son aprendidas, en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer relativamente permanentes y son dirigidas siempre hacia una idea u objeto en particular.

Ante lo expuesto anteriormente se puede decir que el temor esta ligado y contenido en los tres componentes de la actitud reaccionando de una manera positiva o negativa hacia algún evento externo matizado en cargas cognitivas, emocionales y comportamentales.

### **Miedos (temores) y cáncer**

El concepto de miedo es definido de la siguiente forma en el Diccionario de la Real Academia Española: (Del latín metus), Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene a lo que le suceda y que es una cosa contraria a lo que desea. Partiendo de esta definición, de la cual podemos extraer que el miedo

modifica nuestra forma de estar en sobremanera, ya sea por algo interior o exterior, real o ficcional.

Ahora bien acudiendo al Diccionario de Oxford de la mente, El miedo es una emoción que reconocemos a través de una serie de cambios fisiológicos relacionados con el sistema nervioso autónomo y el endocrino, su sentido básico es el de protección ante estímulos peligrosos, pero el ser humano, por su forma de vida, saca de contexto el carácter innato del miedo y lo versiona en estados similares sin esa función protectora.

Según Gray, (1971) dice Consideramos al miedo, como un hipotético estado del cerebro o sistema neuroendocrino, que surge en determinadas condiciones y se manifiesta por ciertas formas de comportamiento.

En el desarrollo de las teorías explicativas del miedo, hay contribuciones de la psicología conductista (Watson, 1924). En esta teoría, se señala que los estímulos atemorizantes innatos, es decir, aquellos que no hemos aprendido, sino que simplemente desarrollan miedo, debido a su potencial carácter peligroso para el individuo, podrían ser: (a) el ruido, (b) la pérdida de soporte inesperada, (c) y el dolor.

Según Gray, (1971), podemos clasificar, entonces, los estímulos causantes del miedo en: intensos, novedosos, característicos de peligros especiales de significado evolutivo y estímulos procedentes de interacciones sociales entre congéneres.

De una forma básica, podemos decir, que los seres humanos sentimos miedo, cada vez que enfrentamos una situación nueva, esto es, relativamente frecuente a lo largo de la vida, luego el miedo no se supera

nunca mientras sigamos viviendo, eso sí, podemos aprender (y de hecho es lo que hacemos) al manejarlo para que no nos paralice o nos invalide.

Desde este punto de vista, habría cuatro componentes básicos de los que consta el miedo: la experiencia subjetiva de temor, los cambios fisiológicos, las expresiones directamente observables de miedo y los intentos de evitar ciertas situaciones o escapar de ellas.

De igual manera, existen tipos de miedos, por ejemplo, el miedo neurótico, los miedos agudos, provocados por estímulos o situaciones tangibles y que se disipan con facilidad cuando se retira o evita el estímulo que los ha suscitado; frente a los miedos crónicos, que son más complejos y pueden estar o no ligados a un origen tangible que los provoque.

Las consecuencias del miedo pueden ser muy diversas, pero una exposición repetida a los estímulos que causan miedo puede provocar cambios duraderos en la conducta, los sentimientos y el funcionamiento psicofisiológico de las personas.

El miedo es un concepto que puede relacionarse con otros términos del mismo campo, sobre todo en lo referente al género que vamos a tratar.

Uno de los más cercanos y a menudo difícil de separar es el de ansiedad. Esta se define por el Diccionario de la Real Academia como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, una angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis y que no permite sosiego de los enfermos.

La principal diferencia entre el miedo y la ansiedad sería que el primero se refiere a sentimientos de temor sobre peligros de carácter tangible, que se vinculan a aspectos específicos del mundo exterior, mientras que la

segunda se relaciona con sentimientos de temor difíciles de vincular a fuentes tangibles de estimulación; sus orígenes son inciertos. La ansiedad se siente siempre y cuando las respuestas producidas ante una señal de peligro sean ineficaces, y se mezcla a menudo con el miedo.

Por otro lado, decimos que el miedo que hace referencia al peligro real de una forma más o menos específica, pero desproporcionada, es una fobia. Las personas fóbicas se dividen en aquellos que responden con un miedo extraordinariamente intenso a una situación específica y los que manifiestan un miedo extraordinariamente intenso en numerosas situaciones que a menudo son difíciles de especificar.

Cuando una persona está muy asustada de algo que no produce especial miedo a los demás, es porque el objeto o la situación en cuestión ha quedado asociado en su mente con algún temor infantil; también se da el caso de que el objeto o la situación temidos se han convertido en el símbolo de algo temido inconscientemente.

Según Marsellach Umbert, (1998), los miedos innatos se pueden agrupar en cinco categorías generales: (a) Miedo a los estímulos intensos. (b) Miedo a los estímulos desconocidos, como por ejemplo, el temor a los extraños. (c) Miedo a la ausencia de estímulos, como por ejemplo, la oscuridad. (d) Miedo a estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana en el transcurso del tiempo, como la separación, las alturas, las serpientes u otros animales salvajes. (e) Miedo a las interacciones sociales con desconocidos.

El ser humano desde temprana edad tiende a sentir miedo, como una respuesta normal a su etapa de desarrollo, pero también existe el miedo

como consecuencia a situaciones traumáticas como la violencia social, donde el sujeto queda perplejo e incapaz de simbolizar la experiencia vivida.

La vida infantil refiere la Dra. Hinostraza C, (1998), es que el sujeto experimenta miedo como una emoción saludable y necesaria con el fin de conseguir protección frente a los peligros, en situaciones que él comienza a conocer. Esta transmisión de miedo de padres a hijos es importante porque los niños aprenden a reaccionar y a protegerse frente a una situación de peligro. Los miedos de los niños varían de acuerdo a las etapas de desarrollo en que se encuentren, algunos de ellos son: miedo a lo desconocido, a los animales, a la oscuridad, a las tormentas, a los monstruos imaginarios, a acontecimientos misteriosos, a situaciones sociales embarazosas, al fracaso escolar, a la muerte y a la guerra.

Estos miedos tienen un carácter adaptativo, se diferencian de los miedos asociados a situaciones de violencia, donde la consecuencia puede ser la respuesta patológica del sujeto haciendo una neurosis traumática o neurosis de guerra, sí la situación violenta está asociada a ésta.

Rotker, (2000), explica que la sensación del miedo es tan inexpresable como la del dolor para los seres humanos y, sin embargo, hay lugares donde es una experiencia cotidiana; esta investigadora hace un importante análisis y reflexión de la situación que se vive en muchas ciudades latinoamericanas y como es un componente de la vida cotidiana, afirma que los números no hacen más que acumularse y por lo tanto no son sino un mal intento de expresar una realidad, la autora considera que tanto la anécdota personal y sobre todo las crónicas pueden entenderse como primeras formas de elaboración, y que los miedos están reemplazando en los imaginarios

colectivos las insuficiencias del aparato estatal ante la corrupción y la violencia social, actuando de fiscal que emite denuncias de juez que castiga por la denuncia misma; se trata de una guerra no declarada y, sin embargo, la gente sigue viviendo, festejan sus cumpleaños, se trabaja, se tienen hijos y se ama como siempre. Se modifican hábitos y geografía, se pierde la tranquilidad o la fe pero no todas las formas de felicidad.

La persona que no expresa su reacción emocional, que mantiene silencio o no habla de su temor, susto, tristeza y desesperación está en riesgo de desarrollar unas defensas rígidas y crónicas. Dependerá de la edad de la persona, del momento en que ocurrió el trauma, de la valoración de lo hecho para evitarlo, de la identidad del perpetrador y su relación con la víctima entre otras circunstancias.

Las investigaciones de los neurofisiólogos, descubrieron evidencia de la grabación de las imágenes traumáticas y sus emociones en la memoria de largo plazo y establecieron que la mente funciona como una computadora. Es decir, con una ROM o memoria recordada en la cual se fijan las experiencias impresionantes sin ningún cambio con respecto a como sucedieron en el momento original y la RAM o mente consciente que puede reflexionar y revisar a la anterior. Cualquiera experiencia espantosa será grabada en la memoria a largo plazo y se quedará allí con todos los sentimientos y temores originales, hasta que sea traída a la conciencia, para revisarla y modificarla.

Entre algunas de las teorías cognitivo conductuales explican el miedo desde los factores externos identificables que lo producen, a diferencia de la teoría humanista que lo hace desde factores internos del sujeto, ya que se



basa en una concepción de persona integral para estudiar la situación del hombre de nuestro tiempo; para esta teoría ser hombre significa la facultad de ir más allá de los condicionamientos, porque lo más valioso de la existencia humana se encuentra en la autotrascendencia.

### **Formas y grados de manifestación del miedo**

De un modo global Mira y López (1984), afirman que existen tres modos de presentación del miedo: (a) instintivo, (orgánico corporal y ascendente); (b) racional (condicionado, psíquico y descendente); (c) imaginativo (irracional, de presunción mágico-intuitiva).

El primero, el más primitivo, es el que menos tortura al hombre civilizado; el segundo le es habitual, pero soportable; el tercero puede ser el peor y no darle paz ni sosiego.

### **El miedo instintivo orgánico**

Corresponde a la forma primitiva de manifestarse la debilitación del metabolismo, bajo la acción directa e inmediata (sobre las células corporales) de un influjo dañino. Sus manifestaciones son idénticas en todos los seres humanos y se producen con la celeridad máxima y un absoluto automatismo, dando lugar a la cesación o suspensión de las actividades en curso y la adopción de la postura que ofrece la mínima superficie vulnerable posible. Se trata de un miedo "conservador", hasta cierto punto, pues al interrumpir o bloquear la conducción de impulsos localiza y enquistaba el efecto nocivo. Es un miedo tenido antes que sentido y sentido antes que pensado: el sujeto se da cuenta, a posteriori, de que se ha asustado, cuando llega a los centros corticales la onda de estimulación, que ya ha determinado antes diversos reflejos e inhibiciones en los niveles medulares y

subcorticales. Por eso puede denominársele ascendente, pues va de los centros inferiores a los superiores.

Es durante las guerras prolongadas o tras de condiciones vitales que agotan la energía vital de reserva cuando mejor pueden observarse las manifestaciones de este tipo de reacción orgánica de inactivación miedosa, cuyo último grado presupone incluso la ausencia del sentimiento de su presencia, o sea la falta del auto-conocimiento, no sólo del peligro o del daño sino del propio estado.

### **El miedo racional-sensato**

Éste es el miedo que podríamos denominar "profiláctico"; el que generalmente se piensa cuando se habla de él sin calificación específica. Para nosotros se diferencia del anterior en que aquél se siente a posteriori (reacción ante el daño Y éste a priori (reacción ante el peligro, o sea, ante la señal anticipadora del daño). Y así, un miedo condicionado por la experiencia y va del brazo de la razón; por eso también puede designarse como un miedo lógico.

Su característica es la de ser comprensible para quien lo siente directamente, pero es, no obstante, capaz de figurarse que lo sentiría si se hallase en las circunstancias en que se originó. Si por ejemplo, nos preguntan qué sentiríamos ante la presencia de un tigre, si estuviésemos solos e inermes, no hay duda que la respuesta sería unánime, porque el miedo en tal situación resulta racional (lógico, comprensible, sensato), ya que todos hemos sido capaces de condicionar la idea de tigre con la de daño inminente.

Ese miedo previsor se acusa, generalmente, en forma de tendencia a la huida previa. Su fórmula es no te metas; su ropaje eufónico es: la actitud de la prudencia que, constituye la forma más leve o menos intensa del "ciclo de invasión" del miedo. Por el hecho de ser pensado antes que sentido, el miedo racional dispone de tiempo para asegurar la puesta en marcha de los dispositivos funcionales que eviten al sujeto la presentación de la anterior modalidad descrita, o sea, el miedo instintivo orgánico. Surge, pues, primero en él lo que se llama la "intelección miedosa" -en forma de idea del posible daño- y es ella (no la directa percepción del daño) la que, desde las zonas de proyección de la corteza cerebral, difunde e irradia a todo el organismo, en un curso retrogrado y descendente (hacia los niveles mesencefálicos, protuberanciales y medulares), los impulsos creadores del malestar emocional y, a la vez, de las reacciones defensivas previas. Así, el sujeto que ultrapasa los límites de esta forma de presentación del miedo puede no llegar a considerarse víctima sino jactarse, simplemente, de ser precavido; en otras ocasiones, como veremos, merecerá adjetivos menos agradables tales como los de "pesimista", "desconfiado", etc., mas él cuenta para rechazarlos con el criterio popular según el cual sólo es "previsor" quien anticipa los sucesos infaustos y los evita merced a la conocida fórmula de: piensa mal y acertarás.

### **El miedo imaginativo insensato**

Ésta es, sin duda, la variedad más dolorosa, de las formas de actuación del miedo. También se la conoce con los calificativos de miedo absurdo, fobia, de presunción o mágico intuitivo. Su característica esencial es que el objeto que lo condiciona nunca ha sido causa de miedo orgánico en el sujeto

y solamente se encuentra ligado a un verdadero estímulo fóbigeno a través de una cadena de asociaciones, más o menos larga y distorsionada; por ello tal miedo resulta injustificado e incomprensible, no solamente para quienes lo analizan con frialdad lógica, sino hasta para quien sufre íntimamente sus efectos.

Es evidente, sin embargo, que este tipo de miedo se encuentra más próximo al del miedo racional (sentido por el hombre solamente) que al del miedo orgánico (sentido también por los irracionales); por ello a veces resulta difícil señalar la línea de separación entre la forma lógica y la absurda en oposición a la primitiva natural (orgánico instintiva), ya que aquéllas son, ambas, condicionadas y, por tanto, presuponen la sustitución del estímulo absoluto por otro (que se convierte en señal o signo imaginado y representativo de aquél). Expresado en términos más concretos: cuanto menos se desarrollan el pensamiento y la imaginación, más estrictamente se liga el miedo a las causas que de un modo inmediato lo originan y nutren. Cuanto más se expanden el pensamiento y la imaginación, más alas dan al miedo para vivir, de prestado y en ausencia de sus auténticos progenitores.

Una variedad curiosa del miedo imaginativo es el "miedo supersticioso" que no es privativo de mentes incultas, como muchos creen. Otra, es el "miedo simpático", también llamado "contagioso", porque en él la reacción fóbigena se produce por la simple percepción de una conducta miedosa ajena, aun ignorando los motivos que la provocan.

El miedo insensato lleva, en sus formas intensas y perseverantes, al desequilibrio mental (miedo patológico), al suicidio o al crimen, si no es debidamente tratado con los modernos recursos de la psiquiatría.

## METODOLOGIA

La presente investigación está amparada en el paradigma cualitativo cuyo objetivo y finalidad es obtener información, analizarla, elaborarla y describirla con el propósito de ser entendida e interpretada adecuadamente, para ser utilizada según los requerimientos de la investigación y su fin.

Según Taylor y Bogdan (1997). La investigación cualitativa es un diseño flexible e inductivo priorizando la validez.

Las características de la investigación se basan en: a) La fenomenológica y hechos sociales b) Observación control c) Aspectos subjetivos de los fenómenos d) Enfoque en los procesos y e) No generalización.

El enfoque a utilizar es el histórico hermenéutico que valida la historia y lenguaje de uno o un grupo de sujetos inmersos en un fenómeno, en este caso el cáncer de mama. Se utilizo un estudio de tipo etnográfico que permite la posibilidad de vivenciar el fenómeno de estudio y tiene como propósito la descripción de dicha vivencia cotidiana en los grupos humanos en sus diferentes contextos. Dicha metodología pretende esbozar un panorama analítico que represento las vivencias y actitudes que se expresan en el lenguaje cotidiano en referencia a los temores, que causa el asumir gradualmente el diagnostico de cáncer de mama y sus diferentes “impactos” o cambios en las áreas como: la personal, familiar, social, laboral, económica y de pareja. Para el desarrollo de la investigación se tomo una población de 10 pacientes, del Instituto Cancerológico de Nariño, dicha muestra de orden criterial es avalada por el paradigma de referencia, pues por su orden cualitativo permite no como un fin, mas si como una posibilidad

de hacer inferencias de orden general hacia la población, guardando un nivel de representatividad pertinente, dado esto los criterios de selección son: (a) paciente con diagnóstico de cáncer de mama (b) paciente que este asistiendo frecuentemente a control (c) sujetos con diagnóstico en fase in situ, (d) sujetos de género femenino (e) paciente que acepte firmar su consentimiento de aprobación para ser parte de la investigación. (f) pacientes mayores de edad entre 25 y 60 años.

### **Técnicas e instrumentos de investigación**

#### **Entrevista semi - estructurada**

Las formas que puede asumir la entrevista son numerosas, sin embargo cada forma de entrevista puede variar de una posición abierta (no estructurada), a una posición cerrada (estructurada). Una entrevista abierta se interesa por la experiencia de los otros, apunta a investigar el sentido de las cosas de una forma espontánea y abierta, la cual no despliega un patrón de preguntas estandarizadas, al contrario de la entrevista cerrada, en la cual esta preconcebido un formato estandarizado de preguntas que tienen un sentido único, realizada a partir de una idea preconcebida y se utiliza especialmente para verificar que un pensamiento es representativo de un grupo homogéneo. Dado esto para el presente estudio se tomara la entrevista semi-estructurada puesto que a partir de un comportamiento empático y asertivo se logrará obtener información valiosa que permita identificar las actitudes, creencias, prejuicios y ritos además de los temores que desencadena el diagnóstico de cáncer de seno en los pacientes del Instituto Cancerológico de Nariño.

### **Observación participante**

Consiste en la utilización de formatos y cuestionarios que recolectan información relacionada con la cotidianidad del sujeto a estudiar a través de una interacción libre y espontánea con el investigador, guiada por unas categorías que permitan recolectar información de las cogniciones, creencias, temores y miedos, expresiones emocionales y comportamentales que el paciente refiere en la cotidianidad de su entorno.

### **Cuestionario prueba específica**

El cuestionario a aplicar para esta investigación se denomina "eortc qlq-c30" (año 1996), fue desarrollado por la organización europea para la investigación y el tratamiento del cáncer, también titulado como test de calidad de vida, el cual valora áreas relevantes en las cuales el paciente puede sentir afectadas posteriormente al diagnóstico de cáncer. Este cuestionario se utiliza por su fácil aplicación y entendimiento tanto para las pacientes diagnosticadas con cáncer como para los profesionales de la salud por su calidad de descripción en los resultados.

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer, es un organismo internacional sin ánimo de lucro que fue fundado en 1962 por especialistas europeos en cáncer para desarrollar y coordinar la investigación en Europa sobre las áreas clínica y experimental del tratamiento del cáncer y sus problemas relacionados.

El objetivo de la EORTC es brindar información para mejorar los tratamientos de cáncer a través del desarrollo de nuevas evaluaciones de regímenes terapéuticos, que combinen una investigación extensa y que recoja adecuadamente las diferentes áreas de desarrollo del campo de

acción a menudo más allá de las capacidades de los laboratorios y hospitales individuales, pudiendo ser llevada cabo mejor por investigadores y clínicos de diferentes disciplinas.

El cuestionario de Calidad de vida fue creado en 1980 para proponer diseños, implantación y análisis de los datos de calidad de vida en cáncer, contando con un amplio grupo de profesionales, incluyendo oncólogos, radioterapeutas, cirujanos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y metodólogos de la investigación.

En 1986, el Grupo se embarcó en un programa cuyo objetivo era crear estrategias de medición de calidad de vida para pacientes que participaran en ensayos clínicos internacionales. El grupo decidió crear un cuestionario específico para cáncer, que se pudiera emplear en diferentes estudios nacionales e internacionales logrando además complementarse con módulos específicos para cada tratamiento, por lo tanto se desarrollaron dos generaciones de cuestionarios: el QLQ-C36 y el QLQ-C30.

La primera generación del cuestionario, el QLQ-C36, constaba de 36 ítems, que se organizaban en cuatro escalas funcionales, dos escalas de síntomas y una escala global de salud/calidad de Vida. Unos ítems adicionales evaluaban otros síntomas comunes y el impacto financiero.

La segunda generación del cuestionario, el QLQ-C30, tiene la misma estructura básica de la primera versión. Incluye 30 ítems que se reparten en cinco escalas funcionales con una escala global de salud/calidad de vida, y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales he impacto financiero.



En el momento actual, el cuestionario de la EORTC se ha traducido a veinte idiomas y se emplea en más de 200 estudios en todo el mundo. Se considera como uno de los mejores cuestionarios de valoración de calidad de vida en cáncer en los cuales han valorado la fiabilidad y validez del cuestionario de la EORTC, y en algunos casos su funcionamiento frente a otros cuestionarios.

Conforme a la Dra. Krikorian Alicia directora de la comisión de psico oncología y cuidados paliativos de las unidades de soporte oncológico en la ciudad de Medellín, Colombia. Refiere que para aquellos quienes la escala de calidad de vida (CV) QLQ C-30 les resulte poco conocida, basta decir que la misma constituye uno de los cuestionarios de medición relacionada a la salud más ampliamente utilizados en el campo de la oncología, habiendo sido validado en múltiples estudios y usado en innumerables ensayos clínicos en Colombia.

Entre sus atributos generales se encuentran:

### **Validez**

El instrumento mide las áreas del paciente en su ámbito laboral, personal, familiar, pareja, social y económica el cual es fiel al reflejo de la medición del paciente y su calidad de vida.

### **Confiabilidad**

Los resultados de la medición son similares cuando es tomada por diferentes observadores o cuando se repite en el en el tiempo.

Respuesta al cambio (sensibilidad): La herramienta es capaz de detectar cambios clínicamente significativos con el respaldo del cuestionario BR23 de complemento que hace parte del cuestionario QLQC-30.

### **Propiedad y aceptabilidad**

La herramienta es capaz de ser respondida por los pacientes resultándoles entendible y su longitud la hace factible de ser completada.

Los resultados pueden ser interpretados clínicamente y son relevantes.

**CONSIDERACIONES ETICAS,  
DEONTOLOGICAS Y BIOÉTICAS DE LA INVESTIGACION**

(Resolución 8430 de 1993 y Ley 1090 de 2006)

Teniendo en cuenta el tema y el objetivo de la investigación se hace necesario mencionar, que la investigación se desarrolló en coherencia con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud; Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, dando cumplimiento a los Artículo 4º, de disposiciones generales, investigación en seres humanos y aspectos éticos que refiere: a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. c) A la prevención y control de los problemas de salud. d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud. e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. Artículo 5º. la investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, se deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Artículo 6º. La investigación se baso conforme en los siguientes criterios: a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. b) realización solo cuando el conocimiento que se pretendió producir no puede obtenerse por otro medio idóneo. c) prevaleció la seguridad de los beneficiarios. d) Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. e) Se llevo a cabo cuando se obtuvo la autorización del

representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realizó la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto. Artículo 7º. El diseño experimental de la investigación que se realizó se usó métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, tomando medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación. Artículo 8º. En la investigación se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículos 11. Para efectos que ampara la investigación; se clasificó en la siguiente categoría: Investigación sin riesgo: la cual refiere que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. artículo 14º. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Artículo 15º. El Consentimiento Informado se presentó de forma clara y entendible para el participante dando cumplimiento a las condiciones comprendidas en los artículos de la A. a la J. defecto, a su representante

legal, en tal forma que puedan comprenderla. Artículo 16º. El Consentimiento Informado, cumplió con los requisitos estipulados en el artículo, para la realización de la investigación, teniendo en cuenta que es una investigación sin riesgo. Artículo 49º. los nuevos recursos profilácticos, de diagnóstico, se pretendió satisfacer lo contemplado en los artículos mencionados, efectuando y practicando los principios y acciones requeridas para su realización. Dado lo anterior se establece y se cumple con la ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, amparándose en el Código Deontológico, Bioético y otras disposiciones del Congreso de Colombia que en su artículo 1º. Refiere que la profesión de psicología, es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamentada en conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable a favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida. Dado lo anterior la investigación cumple con los principios universales encontrados en disposiciones generales y principios generales del título II en el artículo 2º de

la ley 1090 de 2006. En que se encuentra: 1) responsabilidad 2) competencia 3) estándares morales y legales 4) anuncio publico 5) confidencialidad 6) bienestar del usuario 7) relaciones profesionales 8) evaluación de técnicas e 9) investigación con participantes humanos, dando lo anterior se da cumplimiento con el apartado titulo III, la actividad profesional del psicólogo en ejercicio profesional del psicólogo, artículo 3º a) Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria e interdisciplinaria, destinada al desarrollo de las ciencias naturales y sociales; b) Diseño, ejecución, dirección y control de programas de diagnóstico de evaluación psicológica. c) Evaluación y pronóstico de las disfunciones personales en los diferentes contextos de la vida. Bajo criterios científicos y éticos. f) El desarrollo del ser humano para que sea competente a lo largo del ciclo de vida; g) La fundamentación, diseño y gestión de diferentes formas de rehabilitación de los individuos; h) La fundamentación, diseño y gestión de los diferentes procesos que permitan una mayor eficacia de los grupos y de las organizaciones; l) Diseño, ejecución y dirección de programas de capacitación y educación no formal en las distintas áreas de la Psicología aplicada; m) El dictamen de conceptos, informes y resultados.

## RESULTADOS

### Aplicación de cuestionarios QLQ C-30 y BR23.

Con la aplicación del cuestionario QLQ C-30 y el de Complemento BR23 se logro evaluar las áreas en las que las paciente se sienten intranquilas y afectadas en el nivel psicológico y físico posterior al diagnostico de cáncer de mama. El cuestionario cumplió con las expectativas deseadas en la recolección de información y evaluación para responder a los objetivos de la investigación. Los resultados del Cuestionario QLQ C-30 y el de complemento BR23 recolectados se describen a continuación, posteriores a cada grafica presentada en la evaluación; cada grafica hace alusión a las funciones y sintomatologías presentadas por las 10 pacientes con base en el cuestionario aplicado.

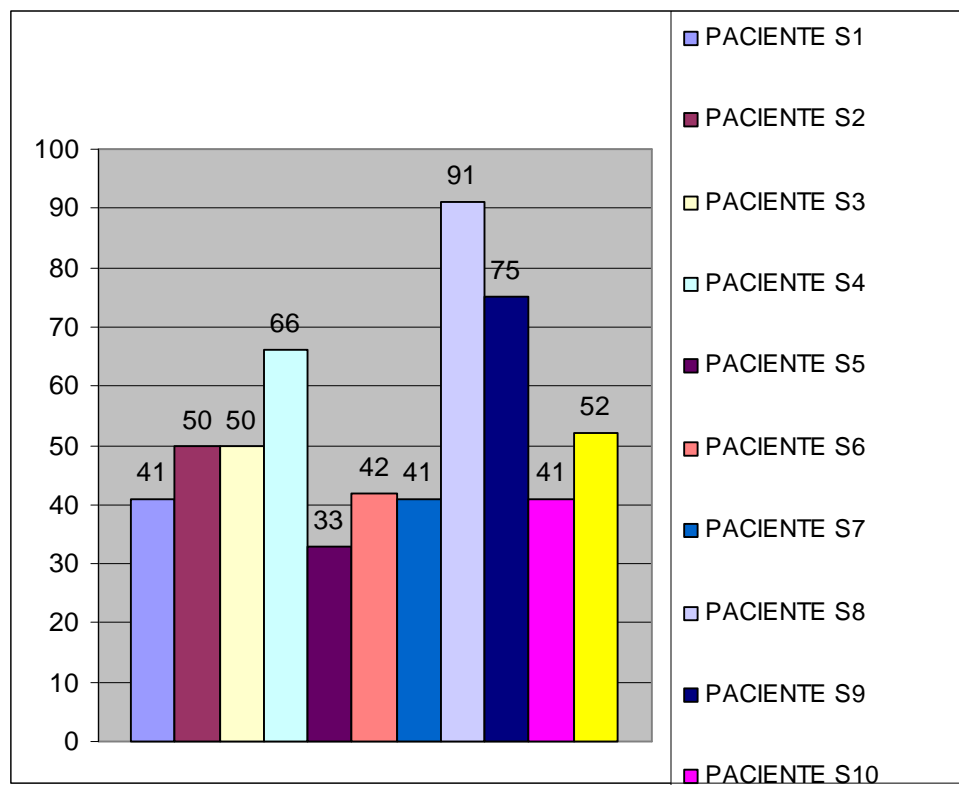


Figura 1. Resultado de aplicación cuestionario QLQ C-30 en 10 pacientes con cáncer de mama.

Teniendo en cuenta el cuestionario QLQ C-30 aplicado a las 10 pacientes con dx de cáncer de mama y un rango superior de el 100% y un rango inferior del 0% de calidad de vida se obtuvo que un promedio de 52% tienen una calidad de vida adecuada a pesar de su dx, contrapuesto con un 48% de deterioro en la calidad de vida lo cual es significativamente relevante en el dx de cáncer de mama.

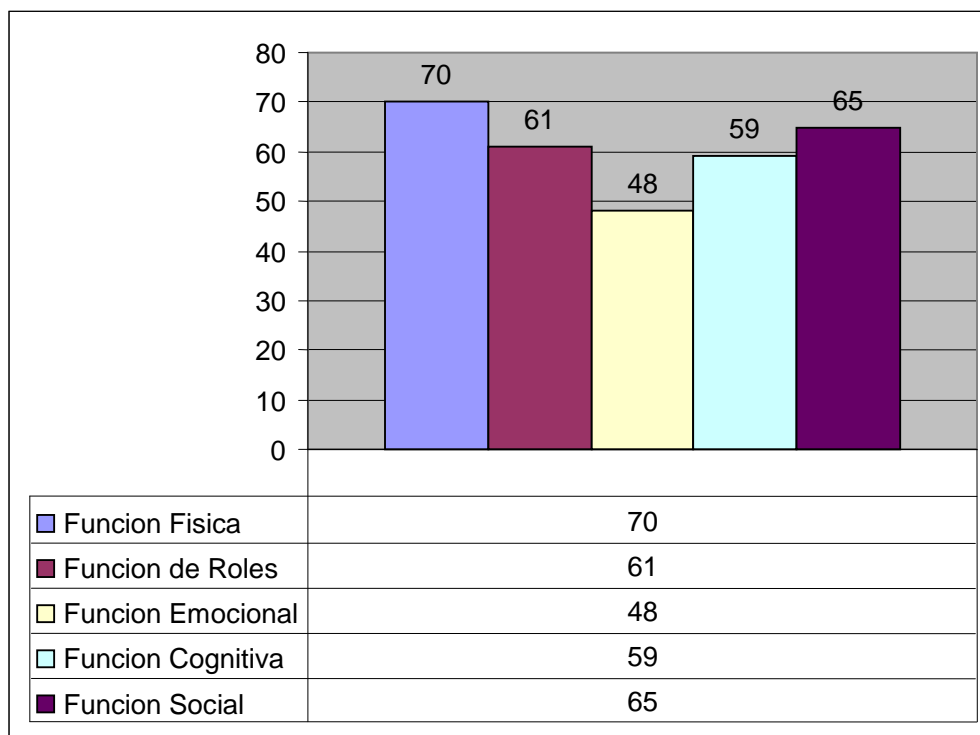


Figura 2. Escala global de funciones cuestionario QLQ C-30

Al aplicar el cuestionario QLQ C30 se obtuvieron 5 escalas de evaluación dentro de las cuales se especifica la función física, función de roles, función emocional, función cognitiva y función social se obtuvieron los siguientes resultados.

#### Función Física

La aplicación del cuestionario QLQ C-30, muestra que existen un 70% de desempeño físico a consecuencia del tratamiento y ocupaciones tanto



laborales como del hogar con un contrapuesto del 30% de función ocupacional de las 10 pacientes entrevistadas.

#### Función de Roles

Se encontró en promedio un 61% de patrones de conductas optimistas ante el dx de cáncer de mama, no obstante se encuentra que hay un 39% de deterioro en las conductas de cuidado personales alterando esta función.

#### Función Emocional

Se halló que la función emocional es la más afectada ante el dx de cáncer de mama con un 52% de deterioro en la vida de las pacientes con un contrapuesto del 48% de función emocional adecuado.

#### Función Cognitiva

La función cognitiva presenta un 59% de promedio general de funcionamiento normal en las pacientes con un contrapuesto de 41% de deterioro a partir del diagnóstico (dx) y su tratamiento en las pacientes.

#### Función Social

Al evaluar la función social se encuentra que un 65% de las pacientes evaluadas se encuentran en una situación apropiada socialmente después de su dx con una contraposición del 35% de deterioro de las funciones sociales.

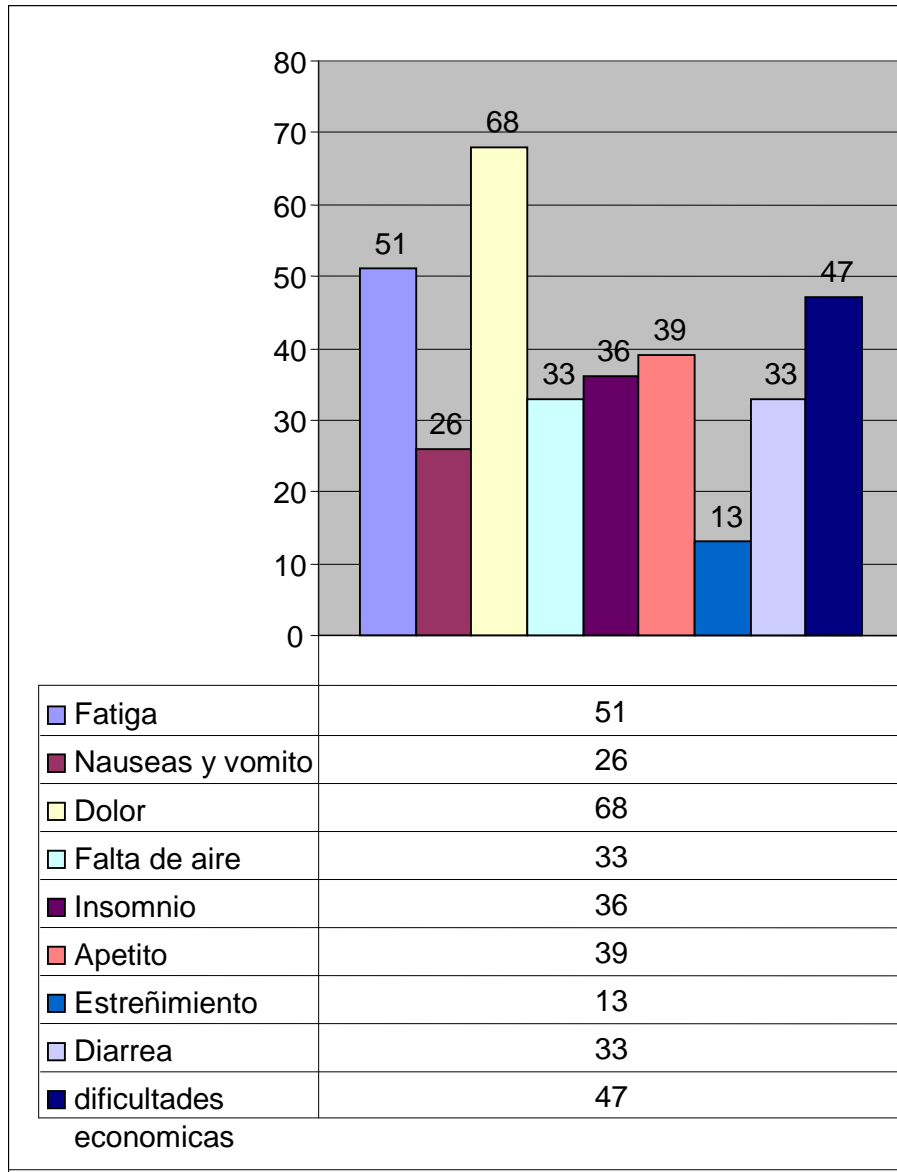


Figura 3. Escala global cuestionario QLQ C-30 sintomatología

Con la aplicación del cuestionario QLQ C30 se obtuvieron 9 síntomas relevantes para la evaluación e investigación propuesta dentro de los cuales se encuentra, fatiga, nauseas y vomito, dolor, falta de aire, insomnio, apetito, estreñimiento, diarrea, dificultades económicas de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

### Fatiga

Se encontró que un 51% de las pacientes sufrían fatiga esto significa que la mitad de las pacientes refirieron padecer de este síntoma.

### Nauseas y vomito

Un 26% de las pacientes refieren padecer nauseas y vomito.

### Dolor

Esta sintomatología es la que mas afecta frecuentemente a las pacientes con dx de cáncer de mama con un porcentaje del 68% de presencia.

### Falta de aire

Las pacientes padecen este síntoma en un 33% posterior al tratamiento.

### Insomnio

Las pacientes padecen en un 36% de insomnio posterior al diagnostico y durante el tratamiento afectando sus áreas de desempeño.

### Apetito

Se halló que el apetito se afecta en un 39% disminuyendo el interés por ingerir alimentación que es considerado un porcentaje alto y un síntoma de atención para la recuperación del paciente.

### Estreñimiento

Se encontró que el estreñimiento se encuentra en un porcentaje bajo dentro de la sintomatología del dx con un 13% de las entrevistadas.

### Diarrea

Se observa que se presenta este síntoma en un 33% esto quiere decir que el síntoma aparece relativamente poco en las pacientes entrevistadas, la

sintomatología de diarrea aparece con mas frecuencia durante el tratamiento.

De acuerdo con lo presentado los síntomas mas frecuentes y marcados en su orden son el dolor y la fatiga y los menos frecuentes son el estreñimiento, nauseas y vomito.

Hay que tener en cuenta que el cuestionario QLQ C-30 evalúa un aspecto económico el cual es tomado como un síntoma de predisposición para el tratamiento adecuado del dx.

**Dificultades económicas**

El cuestionario arrojo resultados significativamente importantes dentro de esta área, dando un porcentaje de 47% de dificultad económicas en las pacientes entrevistadas generando preocupación y malestar en su condición y calidad de vida.

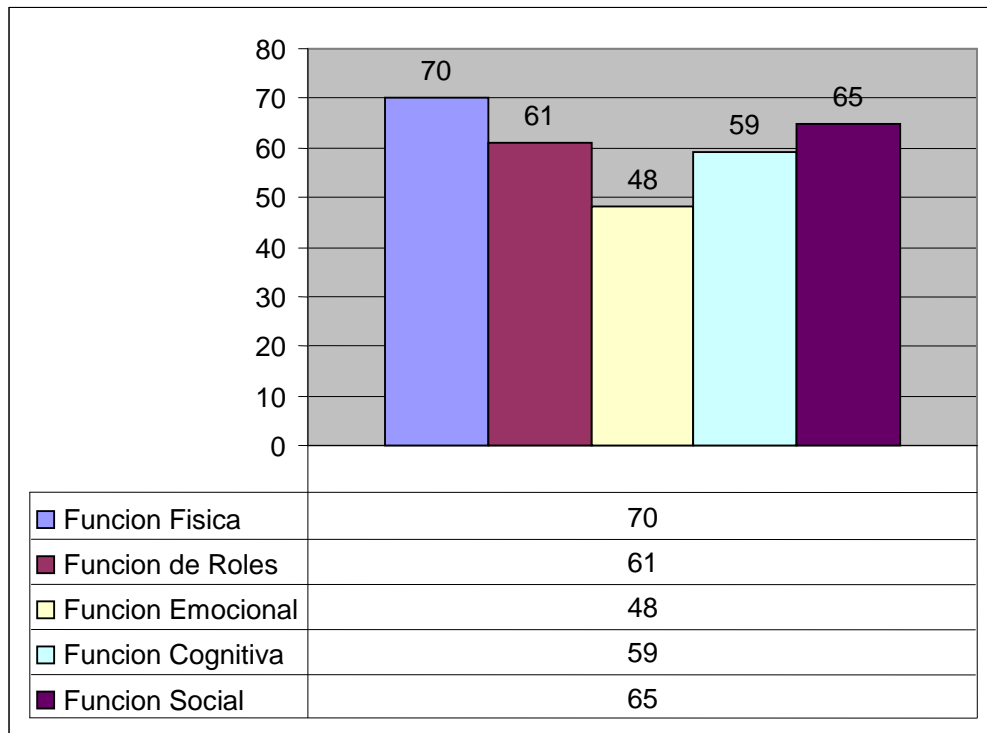


Figura 4. Modulo de complemento BR23 de funcionalidad en 10 pacientes con dx de cáncer de mama.

Con la aplicación del cuestionario BR23 de complemento se obtuvieron 4 escalas más de evaluación para la investigación y se valora, la imagen del cuerpo, deseo sexual, función sexual y perspectiva futura de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

#### Imagen del cuerpo

Se encuentra que la imagen corporal según las respuestas de las entrevistadas es funcional en un 61% lo que significa que su auto imagen tiene un deterioro perceptivo del 39% posterior al dx y tratamiento el cual es significativamente relevante para las pacientes entrevistadas

#### Función sexual

En esta escala se obtuvo una funcionalidad del 49% de funcionalidad sexual en las pacientes con un contrapuesto del 51% de deterioro en su función a partir del dx de cáncer de mama

#### Perspectiva futura

En la escala se encontró que la expectativa futura es funcional en un 20% lo que se refiere en cuanto a esperanza de tratamiento y curación existe un 80% de deterioro en la expectativa de vida a un futuro.

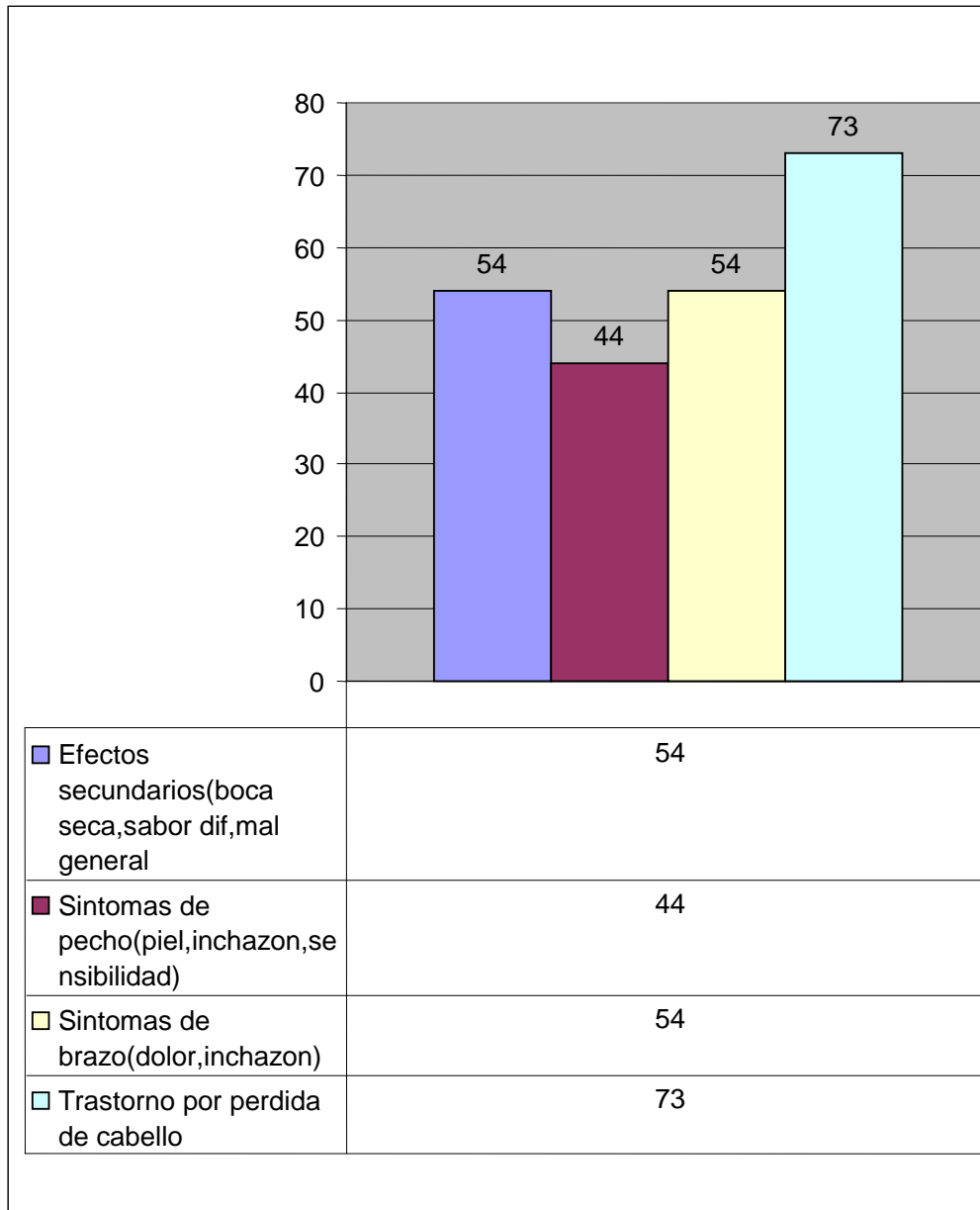


Figura 5. Escala global de sintomatología cuestionario de complemento BR23

A partir de la aplicación del cuestionario BR23 se obtuvieron 4 síntomas relevantes en la recolección de datos en los que se encuentra, efectos secundarios, síntomas de pecho, síntomas de brazo, trastorno por perdida del cabello en los que se obtuvieron los siguientes resultados.

### Efectos secundarios

Se presenta un 54% de efectos secundarios posterior al tratamiento de quimioterapia, radioterapia y farmacología. Estos incluyen, boca seca, sabor diferente en la alimentación, irritación ocular, decaimiento físico.

### Síntomas de pecho

Se encontró que un 44% de las entrevistadas padeció de piel “descarachada”, hinchazón y sensibilidad alta donde se localizo el cáncer, con un contrapuesto del 56% que no refirió una sintomatología importante depuse del tratamiento.

### Síntomas que afectan el brazo (miembro superior adjunto seno afectado)

El 54% de las entrevistadas no tiene problemas sintomatológicos no obstante el 46% refiere tener dolor, hinchazón y dificultad para mover el brazo de donde se localizo el cáncer de mama

### Trastorno por perdida de cabello

Se identifico que el 73% de las entrevistadas sufren un deterioro emocional y perceptivo por la perdida del cabello con un contrapuesto del 27% que procuro no proporcionarle relevancia porque es consecuencia del tratamiento.

**Matriz de información entrevista semi-estructurada****Categoría cognitiva**

RESPUESTAS PACIENTES	PROPOSICION GENERAL	PROPOSICION INDUCTIVA
<p>¿Según su conocimiento como se generó su cáncer?</p> <p>S1 Falta de conocimiento S2 Descuido en exámenes S3 Enfermedad hereditaria S4 Falta de conocimiento S5 Golpe o traumatismo(falta de conocimiento) S6 Deficiencia medica S7 Falta de conocimiento S8 Deficiencia medica S9 Descuido personal S10 Deficiencia medica y descuido personal</p>	<p>Falta de conocimiento Ineptitud medica Descuido personal</p>	<p>No hay un conocimiento claro del por que se desencadena el cáncer de mama pero si una falencia significativa es el inoportuno dx por parte del medico y en segundo lugar el descuido personal.</p>
<p>¿Qué pensamiento surgió entorno a la enfermedad?</p> <p>S1 Temor a la muerte S2 Temor a la muerte S3 No tener cura S4 No hay cura S5 Temor a la muerte S6 Cuanto tengo de vida S7 No hay cura S8 Negación a tener el dx S9 No tiene cura S10 Afrontar el dx</p>	<p>No tiene cura Temor a la muerte Cuanto tengo de vida Negación a tener el dx El dx tiene tratamiento</p>	<p>El dx desencadeno pensamientos que incrementan la concepción de que el dx no tiene cura y por ende la de morir. En otras pacientes desato la negación del dx.</p>
<p>¿Qué pensamientos de temor han surgido a partir del diagnostico de cáncer?</p>	<p>Temor al tratamiento Desamparo de hijos</p>	<p>Los pensamientos de temor que surgieron a partir del dx fueron: no sobrevivir a la enfermedad, desamparar a sus hijos, el rechazo por la pareja,</p>



<p>S1 El miedo a no sobrevivir al dx                  S2 Desamparar a mis hijos                  S3 Desamparar a mis hijos                  S4 Separarme de mi pareja, temor al tratamiento                  S5 Al dolor y no sobrevivir                  S6 Al dolor a la muerte                  S7 Al dolor, hacer metástasis, al futuro                  S8 Desamparar a mis hijos, invadirme                  S9 Al rechazo de mi esposo y flia                  S10 No poder pagar el tratamiento</p>	<p>No sobrevivir al dx                  Rechazo conyugal                  No poder pagar el tratamiento</p>	<p>rechazo al tratamiento, y al no poder pagar este.</p>
<p>¿Cree que su pensamiento sobre la vida ha cambiado?                   S1 La aprovecho mas                  S2 Tengo mas comprensión y análisis sobre la vida                  S3 Pienso que tengo mas amor para dar                  S4 Tengo mas valores ante la vida                  S5 Tengo mas atención por mi misma                  S6 Tengo mas esperanza ante la vida                  S7 Mejoro positivamente                  S8 vivo mejor que antes                  S9 La valoro mas                  S10 La valoro mas</p>	<p>Vivo mejor que antes                  Aprovecho al máx. cada momento                  Valoro mas la vida                  coloco mas atención a mis necesidades                  Tengo mas atención por mi misma</p>	<p>El dx de cáncer genero un aprecio trascendental hacia la vida, desarrollando pensamientos de auto estima y auto valoración por si mismas cada día</p>
<p>¿Cree que su capacidad de análisis y comprensión se ha visto afectado Posteriormente al diagnostico?</p>	<p>Dificultad al recordar nombres, cosas o momentos                  Dificultad en la comprensión</p>	<p>Se encontró que posterior al dx y tratamiento hubo dificultades en recordar nombres, cosas o momentos y un deterioro leve en la comprensión y análisis cotidiano en la resolución de</p>

<p>S1 Dificultad al recordar cosas                  S2 No ninguna                  S3 Dificultad al recordar momentos                  S4 No                  S5 Dificultad en la comprensión al hablar                  S6 Dificultad al recordar nombres                  S7 Dificultad en la comprensión de lectura                  S8 Ninguna                  S9 dificultad en la comprensión escrita                  S10 Dificultad en recordar</p>	<p>hablada y escrita                  Ninguna                  dificultad(3)</p>	<p>problemas.</p>
<p>¿Después del DX se ha levantado sobresaltada en las noches? Que pensaba?</p> <p>S1 Durante el tratamiento, morir                  S2 Durante el tratamiento, morir                  S3 No                  S4 Durante el tratamiento, estoy sanando                  S5 Durante el tratamiento, estoy sanando                  S6 Si pensaba si me voy a curar                  S7 Posterior al dx, morirme                  S8 No                  S9 Después del dx, voy a dejar sola a mi familia                  S10 Después del dx, morirme</p>	<p>Si, Durante el tratamiento del dx                  No sucedió</p>	<p>Se encontró que durante el tratamiento si hay sobresalto en las noches con pensamientos de muerte e incertidumbre hacia el futuro y con esto una posible desprotección hacia la familia.</p>
<p>¿ Que temores han aparecido posteriormente al tratamiento?</p>	<p>Desamparo de hijos                  Miedo a morir o hacer metástasis</p>	<p>Los temores más destacados en su orden son: el desamparo de los hijos, el miedo a morir o hacer metástasis, la</p>

<p>S1 Desamparar a mis hijos                  S2 Miedo a que todo síntoma se para morir                  S3 A separarme de mi esposo                  S4 A sentirme fea y al rechazo                  S5 Al de morir o que me tengan lastima                  S6 Al futuro                  S7 Incertidumbre al futuro                  S8 Desamparar a mi hija                  S9 Ser una carga para mi flia                  S10 A hacer metástasis, a no tener dinero para el tratamiento</p>	<p>Separación                  Miedo al futuro                  No tener dinero para el tratamiento</p>	<p>separación con el cónyuge, miedo al futuro y no poder pagar el tratamiento.</p>
<p>¿Ha tenido pensamientos de muerte?                   S1 Al principio del dx                  S2 Durante el tratamiento                  S3 Durante el tratamiento                  S4 No                  S5 Después del dx con frecuencia                  S6 No                  S7 Durante el tratamiento                  S8 Posterior al tratamiento                  S9 Durante el tratamiento                  S10 Después del dx durante las noches</p>	<p>Durante el tratamiento                  Después del dx                  No(1)</p>	<p>Posteriormente al dx los pensamientos de muerte son muy frecuentes y toman mas fuerza durante el tratamiento</p>

**Categoría comportamental**

RESPUESTAS PACIENTES	PROPOSICION GENERAL	PROPOSICION INDUCTIVA
<p>¿Qué tipo de comportamientos desarrolla para cuidarse en relación a su enfermedad?</p> <p>S1 Evitar lugares contaminados con enfermedades</p> <p>S2 La exposición a polvo</p> <p>S3 La no exposición al frío o calor extremo</p> <p>S4 La no exposición al frío o calor extremo</p> <p>S5 La no exposición al frío o calor extremo</p> <p>S6 La no exposición al frío o calor extremo</p> <p>S7 Asistencia a sitios de relajación</p> <p>S8 Manejo de ropa interior</p> <p>S9 Evitar lugares contaminados</p> <p>S10 La no exposición al frío o calor extremos</p>	<p>La no exposición a sitios contaminados con enfermedades contagiosas</p> <p>No exposición al frío o calor extremo</p> <p>Manejo del aseo personal</p> <p>Asistencia a sitios de relajación</p>	<p>Los comportamientos desarrollados después del dx fueron, la no exposición a sitios contaminados con enfermedades contagiosas la no exposición al frío o calor extremo, el manejo de un buen aseo personal y la asistencia a sitios de relajación</p>
<p>¿A que tipo de comportamientos a recurrido para el manejo de su enfermedad?</p> <p>S1 Controles médicos rutinarios y exámenes</p> <p>S2 Control en la ingesta de la droga</p> <p>S3 Controles médicos y exámenes</p> <p>S4 Controles médicos y exámenes</p>	<p>Controles médicos y exámenes rutinarios</p> <p>Auto exámenes</p> <p>Asistencia a lugares de relajación</p> <p>Asistencia a psicoterapia</p>	<p>Los comportamientos para el manejo de la enfermedad que refirieron las pacientes son, controles médicos y exámenes rutinarios, auto exámenes, asistencia a lugares de relajación y asistencia a psicoterapia.</p>

<p>S5 Resignación y control medico  S6 Auto exámenes y exámenes médicos  S7 Asistencia a lugares de esparcimiento  S8 Control en la ingesta de droga y controles médicos  S9 Asistencia a Psicoterapia  S10 Controles médicos</p>		
<p>¿Cómo han cambiado sus relaciones familiares posteriormente al diagnostico?</p> <p>S1 Mejora en el apoyo y confianza  S2 Mejora en la comprensión  S3 Mejora en la unión  S4 Mejora en la responsabilidad fliar y amor  S5 Mejora en la compresión y respeto  S6 Mejora en la tolerancia fliar y afecto  S7 Mejora en la comprensión  S8 Mejoro la unión fliar  S9 Mejoro el apoyo, el afecto, la tolerancia  S10 Mejoro la unión fliar</p>	<p>Mejora en apoyo, entendimiento, respeto, unión atención, comprensión, tolerancia y afecto</p>	<p>A partir del dx de cáncer de mama las pacientes observaron cambios significativos en los comportamientos familiares como el florecimiento del apoyo familiar, el entendimiento de pareja, la unión, la atención y el afecto.</p>
<p>¿Cómo han cambiado sus costumbres familiares posteriormente a su diagnostico?</p>	<p>No han cambiado(4)  Las actividades ahora exigen menos esfuerzo físico  La colaboración familiar en las</p>	<p>Las costumbres y esfuerzos físicos dentro del núcleo familiar cambiaron posteriormente al dx y tratamiento, las actividades ahora exigen menos esfuerzo</p>

<p>S1 Las actividades exigen menos dinamismo físico en el hogar                  S2 Las actividades exigen menos dinamismo físico en el hogar                  S3 La responsabilidad familiar ha disminuido                  S4 Hay mas colaboración por parte de los integrantes de la familia en los trabajos del hogar                  S5 Las actividades laborales disminuyeron significativamente                  S6 No han cambiado                  S7 No han cambiado                  S8 No han cambiado                  S9 No hago los trabajos que antes hacia en el hogar y trabajo                  S10 Mi relación de pareja cambio por completo(se solucionaron los problemas)</p>	<p>labores del hogar se reparten ya no tengo toda la carga                  Solución de conflictos familiares</p>	<p>físico, la colaboración familiar en las labores del hogar se reparten ya no se deja toda la carga a la paciente y la resolución de conflictos familiares es mas oportuna y asertiva.</p>
<p>¿Cómo han cambiado sus hábitos alimenticios a causa de la enfermedad?                   S1 Con dieta                  S2 Con alimentación balanceada                  S3 Siguió igual                  S4 Con reconstituyentes, refuerzos vitamínicos                  S5 Dieta                  S6 Dieta, frutas                  S7 Dieta</p>	<p>Dieta                  No han cambiado(3)                  Reconstituyentes                  Refuerzos vitamínicos</p>	<p>Los hábitos alimenticios cambiaron y tomaron se hace dietas, se toman reconstituyentes y refuerzos vitamínicos</p>

<p>S8 No ha cambiado S9 Dieta S10 No ha cambiado</p>		
<p>¿Cómo su trabajo se ha visto afectado después del diagnóstico?  S1 Retiro S2 Retiro S3 Retiro S4 Retiro S5 Deterioro en labores del hogar S6 Deterioro en labores del hogar S7 Retiro de estudiar S8 No ha habido efecto S9 Deterioro en labores del hogar S10 Inutilidad para desempeñarme en el hogar o algún trabajo</p>	<p>Retiro del trabajo Deterioro en el desempeño del hogar</p>	<p>Se encontró un deterioro significativo en el área laboral posterior al dx en su gran mayoría, hubo retiro del trabajo. Se presenta deterioro en las actividades laborales y hogar.</p>
<p>¿Cómo se ha visto afectada sus relaciones con amigos, compañeros?  S1 Deteriorada me reservo el dx S2 No se vieron afectadas S3 Aprensión por los conocidos hacia mi S4 No hubo efecto S5 No hubo efecto S6 Alejamiento de los conocidos S7 aislamiento por no dar lastima S8 No hubo efecto S9 Me aleje de amigos y compañeros S10 No hubo efecto</p>	<p>No hubo efecto alguno Aislamiento de los conocidos Aprensión por conocidos Reservación del dx</p>	<p>No hay mayor efecto en sus relaciones sociales no obstante si se observo aislamiento y reserva del dx por parte de la paciente, como consecuencia de la aprensión (escrúpulo, prejuicio, desconfianza al contagio, recelo) por parte de algunos conocidos.</p>
<p>¿Ha cambiado sus hábitos sexuales?</p>	<p>No han cambiado(4) No tiene relaciones sexuales(4 falta de</p>	<p>En relación a la función sexual las pacientes que tiene pareja refieren no haber tenido</p>

<p>S1 No S2 No S3 No S4 No S5 Posterior al tratamiento S6 No tiene relaciones S7 No tiene relaciones S8 No tiene relaciones S9 Duerme aparte desde el dx S10 Siento rechazo, me veo fea.</p>	<p>pareja) Si, duermo aparte desde el dx</p>	<p>cambios.</p>
--	--	-----------------

**Categoría emocional**

RESPUESTAS PACIENTES	PROPOSICION GENERAL	CATEGORIA INDUCTIVA
<p>¿Qué cambios ha tenido en sus relaciones afectuosas con sus seres queridos a partir del diagnostico de cáncer?</p> <p>S1 Mejor comunicación S2 Interés por parte de mi esposo e hijos S3 Interés por mi bienestar S4 Interés por mi bienestar S5 Mejor comunicación y apoyo S6 Mejoro la unión y resolución de problemas S7 Mejoro la tolerancia y el respeto S8 No hubo cambios S9 Mejoro el entendimiento entre la flia. S10 Mejoró la</p>	<p>Mejoro el interés por mi bienestar Mejoro la comunicación y la resolución de problemas Mejoro la tolerancia, el respeto y el entendimiento</p>	<p>Las pacientes sintieron que mejoro el interés, la comunicación, la tolerancia, el entendimiento con ellas como también el respeto y una mejor resolución de conflictos.</p>



<p>resolución de conflictos</p>		
<p>¿Ha tenido cambios en la manifestación de afecto hacia su pareja (si la tiene)?</p> <p>S1 Si, Pienso en el rechazo de mi pareja siento vergüenza  S2 Si, Siento que me puede rechazar, pero tengo afecto de el  S3 Si, Siento apoyo y respaldo  S4 No ha habido cambio  S5 Si, siento mas respaldo, apoyo y afecto  S6 No hay pareja  S7 No hay pareja  S8 No hay pareja  S9 Si, Siento que tengo mas amor y respeto  S10 a veces siento que estoy fea y me puede rechazar</p>	<p>Si, siento apoyo(4)  Siento rechazo(3)  No hay pareja</p>	<p>Dentro de los hallazgos se encontró cambios en la manifestación de afecto, mejoro el apoyo y el respaldo brindado por su pareja. Lo que no sucedió en otros casos que sintieron rechazo y vergüenza por su condición por parte de su pareja.</p>
<p>¿Ha tenido cambios en la manifestación de afecto hacia sus hijos (si los tiene)?</p> <p>S1 Mejoro la expresión de amor y respeto  S2 Mejoro la comprensión de mis hijos recíprocamente  S3 Tengo mas atención y comprensión  S4 Siempre ha sido igual  S5 Siento que los quiero mas  S6 Siento que disfruto más a mis hijos</p>	<p>Mejoro la expresión de amor, entendimiento, comprensión, apoyo, respeto.  Hijo desaparecido(1)</p>	<p>La manifestación de afecto hacia sus hijos es mas acentuada posterior al dx, la expresión de amor, entendimiento, comprensión, apoyo y respeto es más evidente que antes del dx.</p>

<p>S7 mejoro la compresión y el amor                  S8 Siempre ha sido igual                  S9 mejoro en el entendimiento y el afecto con mi hija menor                  S10 Hijo desaparecido secuestro FARC.</p>		
<p>¿Ha perdido el deseo por su sexualidad?</p> <p>S1 Siento que no le atraigo a mi pareja                  S2 Siento que no soy completa                  S3 Siento que no le atraigo a mi pareja                  S4 No tengo relaciones, no me llama la atención                  S5 siento aprensión                  S6 No pareja                  S7 No pareja                  S8 No pareja                  S9 No ha cambiado                  S10 Siento retraimiento</p>	<p>No tienen pareja                  Siento que no le atraigo a mi pareja                  No tengo relaciones                  No soy completa                  Siento aprensión por mi pareja</p>	<p>Se encontró que en su mayoría no tienen relaciones sexuales. Otras pacientes sienten que no son completas físicamente y no son atractivas para sus parejas</p>
<p>¿Se ha visto afectado el deseo por vivir posteriormente al DX?</p> <p>S1 No, siento que debo tener mas fuerza que nunca                  S2 Al principio del dx y tratamiento)me daba por vencida)                  S3 Si, siento que me voy a morir                  S4 No, aprovecho cada día                  S5 No, debo curarme y vivir                  S6 No, tengo mayor fortaleza</p>	<p>No, siento que debo aprovechar, luchar vivir con mas fuerza                  Si, al principio del dx                  Si, siento que me voy a morir                  Si, por comentarios de conocidos</p>	<p>El deseo por vivir no se vio afectado en la mayoría de las pacientes al contrario las pacientes sienten que deben aprovechar y luchar por la vida, aunque al principio del dx sentían que había cura</p>

<p>S7 No, puedo vivir aun mas                  S8 Si, por comentarios de personas cercanas(no hay cura)                  S9 No se ha visto afectado                  S10 No se ha visto afectado</p>		
<p>¿Su sentimiento hacia el área espiritual se a desarrollado en mayor o menor sentido después del DX?                   S1 Mayor sentido espiritual                  S2 Mayor sentido espiritual                  S3 Mayor sentido espiritual                  S4 Mayor sentido espiritual                  S5 Se ha mantenido igual                  S6 Mayor confianza creo mas                  S7 se ha mantenido igual                  S8 Mayor creencia                  S9 Mayor conexión                  S10 Mayor sentido espiritual</p>	<p>Si, Se ha desarrollado un sentido de mayor espiritualidad                  Se ha mantenido igual(1)</p>	<p>Se encontró un mayor sentido de espiritualidad posterior al dx que previamente al dx de cáncer de mama</p>
<p>¿Se ha sentido triste o melancólico a consecuencia de su enfermedad?                   S1 Si, cuando empecé el tratamiento                  S2 Si, durante el tratamiento                  S3 Si, posterior al tratamiento                  S4 La primera semana del dx                  S5 Si, y no saber que me esperaba</p>	<p>Si, cuando empecé el tratamiento                  Si, cuando no sabia si me iba a morir(futuro)</p>	<p>En general las pacientes sintieron tristeza en el dx y la transición del tratamiento con sentimientos de temor al dolor, la muerte y el futuro.</p>

<p>S6 Si, miedo al futuro                  S7 Si, pero me supero con facilidad                  S8 Si, durante el tratamiento                  S9 Si, y el miedo a morir                  S10 Si, pero tengo muchas ganas por vivir</p>		
<p>¿Su afecto hacia si misma se ha visto deteriorada a partir de su diagnostico?</p> <p>S1 Si, en los efectos del tratamiento y la operación                  S2 Si, no soy la misma físicamente                  S3 Si, me siento incompleta, tengo vergüenza                  S4 Si, me sentía horrible físicamente                  S5 Si, en los efectos del tratamiento                  S6 Si, no me sentía atractiva                  S7 Si, me sentía abrumada ante la sociedad, me asilaba                  S8 Si, no tenia nada de autoestima después del tratamiento y la operación                  S9 No, me acepte tal y conforme transcurrió el tratamiento del dx                  S10 No, fui realista ante el dx</p>	<p>Si, me siento incompleta, fea, sin atractivo                  Durante el tratamiento y posterior a este por los efectos secundarios                  Sentimiento vergüenza y aislamiento</p>	<p>Se encontró que si se ha visto afectado el afecto hacia si misma sintiéndose incompleta físicamente, fea, sin atractivo durante el tratamiento con sentimientos de vergüenza y aislamiento ante los secundarios.</p>
<p>¿Ha sentido temor al fracaso por su vida afectiva o emocional?</p> <p>S1 No, tengo seguridad afectiva con mi flia                  S2 Si, de separarme</p>	<p>Si, separación conyugal                  Desamparo a sus hijos                  Miedo al futuro y muerte por dx                  No, afronto y me propongo</p>	<p>Existe temor ante una posible separación conyugal, el desamparar a sus hijos, miedo al futuro y muerte por el dx. "Fracasar en su lucha por vivir".</p>

S3 Si, de separarme S4 No, pienso en eso S5 Si, sentí que me separaría no quería dar lastima S6 Si, por lo que conlleva el dx S7 No, mi temor es dejar a mis hijas solas S8 Si, el dejar solos a mis hijos S9 No, consigo lo que me propongo S10 Si, pero afronto el dx	curarme(2)	
--	------------	--

### Matriz de información observación participante

#### Paciente S1

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Coherencia en los relatos, pensamiento realista ante el dx y su tratamiento; con ideas de superación. Pensamientos negativos ante su situación actual.	Realista ante el dx, ideas pesimistas hacia el futuro	- Temor hacia el futuro de su situación diagnóstica. - Temor a hacer metástasis y muerte.
Comportamental	Muestra interés a la entrevista, receptiva gesticulación acorde con sus relatos, deterioro físico.	Conducta acorde a su dx y tratamiento	- Temor a efectos secundarios de la quimioterapia
Emocional	Sentimientos de incertidumbre ante el dx y su vida, refiere deterioro en su autoestima, tristeza mas no depresión.	Conflictos emocionales internos sobre sus relaciones afectivas y su perspectiva de si misma	- Temor al futuro de su dx - temor al rechazo de su pareja

### Matriz de observación participante

**Paciente S2**

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Se observa receptiva y atenta a la entrevista pensamiento hacia el dx de sanción, idea realista de que puede hacer una metástasis	Captación de la preguntas y respuestas acordes con la entrevista, pensamientos recurrentes en las noches de muerte(cuanto me queda de vida)	- Temor a la muerte y desamparo de sus hijos - Pensamientos recurrentes de soledad.
Comportamental	Atenta a la entrevista, desempeño sensoriomotriz, adecuado, receptiva y analítica en sus respuestas	Refiere cambio en sus relaciones interpersonales, deterioro en el desempeño laboral no tiene la misma fortaleza	- Temor al no rendimiento laboral - Temor al deterioro de sus relaciones de pareja
Emocional	Refiere sentirse una mujer invalida, susceptible al rechazo de pareja siente miedo por morir	Conflictos en las relaciones afectivas, autoestima deteriorada, siente indefensión ante la vida	- Temor al futuro del dx - Temor a sentirse minusválida(sentir que es una carga para la flia)

**Matriz de observación participante****Paciente S3**

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Ideas coherentes y realistas ante el dx, refiere no tener conocimientos sobre el cáncer, pensamientos de superación ante el dx aunque refiere miedo por la metástasis	Carencia de conocimiento del cáncer y el tratamiento, refiere miedo a l invasión del cáncer	- Temor a la idea de invasión por el cáncer - Temor a la muerte

Comportamental	Participación activa en la entrevista, refiere cambios de hábitos a partir del dx como en el aseo y alimentación	Cambios en sus hábitos personales de trabajo y familia a partir del dx	- Temor al tratamiento y al dolor - Temor al rechazo
Emocional	Refiere cambios positivos en sus relaciones familiares tiene mas afecto, aunque su autoestima se encuentra deteriorada por la extirpación del seno	Sentimiento de miedo por sentirse contagiosa, siente miedo por su esposo que la vea fea	- Temor por su imagen corporal actual hacia su esposo - Temor a la soledad

**Matriz de observación participante**

**Paciente S4**

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Refiere tener pensamientos e ideas de las consecuencias que puede acarrear el dx como también la falta de conocimiento del porque se origino su cáncer, refiere tenerle miedo a la muerte	Pensamientos recurrentes por el tratamiento y el miedo a morir, desamparar a sus hijos	- Temor a la muerte - Pensamiento Gracias a dios me dio cáncer así tengo mejores relaciones familiares y gracias a el me voy a curar.
Comportamental	Adecuada conducta en respuestas y análisis de las preguntas, se observa interés ante la entrevista, extrovertida	Refiere haber tenido cambios en sus relaciones de pareja tanto en apoyo como interacción también hubo cambio en su estilo de vida en trabajo y responsabilidades del hogar	- Temor al deterioro de su capacidad de trabajo. - Temor a la muerte

Emocional	Refiere estar mejor ahora que antes del dx	Susceptibilidad a los cambios físicos a causa del tratamiento	- Estabilidad emocional ante el dx y flia. - Siento que gracias a dios me dio cáncer así tengo mejores relaciones familiares y gracias a el me voy a curar.
-----------	--	---	--

**Matriz de observación participante**

**Paciente S5**

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Ideas sobre la vida catastróficas(cuando me muero) pensamientos recurrentes sobre la muerte refiere tener miedo al desamparo de sus hijos	Pensamientos recurrentes de muerte con ideas distorsionadas sobre el dx (exageración en el dx)	- Temor a la muerte - Temor a la sintomatología y tratamiento
Comportamental	Se observa receptiva a la entrevista, conducta introvertida pero colabora con el propósito de la inv.	Se observa que da importancia a la entrevista, refiere no haber tenido muchos cambios de costumbres o hábitos tan solo en la alimentación	- Temor a la metástasis
Emocional	Refiere deterioro en su vida afectiva en la demostración de amor siente que puede ser una carga para la familia	Deterioro emocional en el campo familiar y autovaloración	-Temor a sentir que es una carga para la familia



**Matriz de observación participante****Paciente S6**

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Respuestas acordes con la preguntar realizadas con ideas claras sobre su dx y estilo de vida	Captación de preguntas adecuadas con pensamiento real del dx , refiere que tiene pensamientos de desamparo hacia su hijo si llegara a morir	- Temor al desamparo de su hijo - Temor a la muerte
Comportamental	Participación adecuada ante la entrevista, se observa respeto por el tema tratado	Recepción y colaboración en la entrevista, cambios en la alimentación, aseo y interacción social	- Temor a no cumplir con sus responsabilidades o roles de madre si llegara a hacer metástasis o morir
Emocional	Refiere sentirse triste en ocasiones con llanto en soledad se observa prevención en demostrar sus sentimientos	Guarda sus emociones para si misma	- Temor a la soledad. No tiene pareja a consecuencia de temor a ser rechazada físicamente. - Siente deterioro físico y su auto valoración (Vanidad) esta deteriorada.

**Matriz de observación participante****Paciente S7**

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Pensamiento, orientación y respuestas adecuadas al propósito de la investigación y ante el dx	Ideas positivas hacia el tratamiento no obstante refiere tener pensamientos de miedo por ser cabeza de flia por lo tanto desampararla si llegara el caso de	- Pensamiento de temor por metástasis o muerte - Temor por el desamparo familiar

		metástasis o muerte	
Comportamental	Se observa colaboración para la entrevista, refiere cambios en la interacción social y cambios en su alimentación. Refiere que no hay tratamientos psicológicos, no hay una voz de apoyo para las mujeres con el dx	Cambios en las relaciones sociales como alejamiento de amigos y compañeros, cambios en la alimentación	- Aislamiento posterior al dx - No hay tratamientos interdisciplinarios
Emocional	Refiere sentir demasiado miedo a la muerte y hacer metástasis, siente que si falta desampara a la flia, sentimiento de tristeza pero se repone con facilidad para seguir con la lucha del dx	Tristeza ocasional se guarda sus emociones para no hacerle daño ni preocupar a la familia	- Temor a dejar sola a la familia - Temor a la muerte

### Matriz de observación participante

#### Paciente S8

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Atención y entendimiento acorde con el fin de la investigación refiere tener pensamientos de sanción del dx como ideas de superación	Receptividad en la comprensión. Analiza y aborda el dx de manera adecuada. Piensa en la curación pronta aunque con temor al tratamiento y dolor. Piensa en la muerte	- Temor a la muerte - Temor al dolor

	personal.		
Comportamental	Se presenta colaboración receptividad en la comprensión de las preguntas se observa compromiso por el tratamiento	Receptividad, cambio de conductas a partir del dx como retiro de trabajo y responsabilidades del hogar	- Temor al deterioro laboral - Temor al tratamiento - Temor a desamparar a su hijo
Emocional	No se observa deterioro en dar y recibir afecto de parte de la familia. Refiere sentir ineptitud por parte de los médicos que la dx, refiere sentir mas apoyo y amor por parte de la familia, su autoestima no se observa deteriorada	Semblante acorde con el tratamiento del dx, refiere guardarse los sentimientos antes de hacer sufrir a sus seres queridos(flia e hijo)	- Sentimiento de temor por dejar desamparada a su hija

**Matriz de observación participante**

**Paciente S9**

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Ideas concretas sobre el dx, no obstante tiene falta de conocimiento de donde se desencadena, pensamientos recurrentes en torno a el dx pero sin mayor relevancia muy realista y consiente de su dx	Consiente del dx con pensamientos sobre su condición en un futuro	- Pensamiento de temor a su condición futura

Comportamental	Refiere cambios en sus hábitos alimenticios y de aseo se observa un semblante animado y de expectativa de sanación física	Refiere temor a lo que puede generar el tratamiento en su cuerpo	- Temor a las consecuencias del tratamiento físico. - Temor a la mutilación de su cuerpo.
Emocional	Afecto sin problemas emociones acordes a su dx (ocasionalmente tristeza) refiere estabilidad emocional en la familia y social	Paciente con disponibilidad hacia sus sentimientos extrovertida, y positiva hacia la curación	- Temor al desamparo afectivo de sus hijos y nietos

### Matriz de observación participante

#### Paciente S10

Categoría	Observación densa	Observación analítica	Proposición
Cognitiva	Ideas claras sobre el dx, no obstante tiene falta de conocimiento de donde se desencadena, pensamientos recurrentes en torno a el dx realista y consiente de su dx, pensamientos pesimistas entorno a su calidad de vida (económico)	Consiente del dx con pensamientos sobre su condición en un futuro.	- Pensamiento de temor a su condición futura - pensamiento de temor a no tener consistencia económica para el tratamiento
Comportamental	Refiere cambios en sus hábitos alimenticios y de aseo, no se observa un semblante animado y de expectativa de sanación física	Refiere temor a lo que puede generar el tratamiento en su cuerpo, temor a no poder seguir con el tratamiento (condición económica inestable)	- Temor a las consecuencias del tratamiento físico

Emocional	Afecto con problemas emociones desde la desaparición de su hijo (ocasionalmente tristeza) refiere estabilidad emocional en la familia	Paciente con disponibilidad hacia sus sentimientos extrovertida, y positiva hacia la curación	- Temor al desamparo afectivo de su nieta
-----------	---	---	---

**MATRIZ DE TRIANGULACION**

**Categoría cognitiva**

PROPOSICION INDUCTIVA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	PROPOSICION DE OBSERVACION PARTICIPANTE	DATOS DEL CUESTIONARIO QLQ C-30 Y BR23
<p>No hay un conocimiento claro del por que se desencadena el cáncer de mama pero si una falencia significativa es el inoportuno dx por parte del medico y en segundo lugar el descuido personal.</p> <p>El dx desencadeno pensamientos que incrementan la concepción de que el dx no tiene cura y por ende la de morir. En otras pacientes desato la negación del dx.</p> <p>Los pensamientos de temor que surgieron a partir del dx fueron: no sobrevivir a la enfermedad, desamparar a sus hijos, el rechazo por la pareja, rechazo al tratamiento, y al no poder pagar este.</p> <p>El dx de cáncer genero un aprecio trascendental hacia la vida,</p>	<p>- Temor hacia el futuro de su situación diagnostica.</p> <p>-Temor a hacer metástasis y muerte.</p> <p>- Temor al desamparo de sus hijos</p> <p>- Pensamientos recurrentes de soledad.</p> <p>- Temor a la idea de invasión por el cáncer</p> <p>- Temor a la sintomatología y tratamiento</p> <p>- Temor por el desamparo familiar</p> <p>- Temor al dolor</p> <p>- Pensamiento de temor a no tener consistencia</p>	<p>La función cognitiva presenta un 59% en promedio general de funcionamiento normal en las pacientes con un contrapuesto de 41% de deterioro a partir del dx y su tratamiento en las pacientes.</p> <p>En la escala se encontró que la expectativa futura tiene un 80% de deterioro con un contrapuesto de un 20% que se refiere a la esperanza, posible tratamiento y curación.</p> <p>Se encuentra que la imagen corporal según las respuestas de las entrevistadas es funcional en un 61% lo que significa que su auto imagen tiene un deterioro perceptivo del 39% posterior al dx y tratamiento, el cual es significativamente relevante para las pacientes entrevistadas</p>

<p>desarrollando pensamientos de auto estima y auto valoración por si mismas cada día</p> <p>Se encontró que posterior al dx y tratamiento hubo dificultades en recordar nombres, cosas o momentos y un deterioro leve en la comprensión y análisis cotidiano en la resolución de problemas.</p> <p>Se encontró que durante el tratamiento si hay sobresalto en las noches con pensamientos de muerte e incertidumbre hacia el futuro y con esto una posible desprotección hacia la familia.</p> <p>Los temores más destacados en su orden son: el desamparo de los hijos, el miedo a morir o hacer metástasis, la separación con el cónyuge, miedo al futuro y no poder pagar el tratamiento.</p> <p>Posteriormente al dx los pensamientos de muerte son muy frecuentes y toman mas fuerza durante el tratamiento</p>	<p>económica para el tratamiento</p> <p>Pensamiento “Gracias a dios me dio cáncer así tengo mejores relaciones familiares y gracias a el me voy a curar.”</p>	
--	---	--

**Categoría comportamental**

PROPOSICION INDUCTIVA CATEGORIAS	PROPOSICION DE OBSERVACION PARTICIPANTE	DATOS DEL CUESTIONARIO QLQ C-30 Y BR23
Los comportamientos desarrollados después del	-Temor a efectos secundarios de la	Se encontró en promedio que un 61%

<p>dx fueron, la no exposición a sitios contaminados con enfermedades contagiosas la no exposición al frío o calor extremo, el manejo de un buen aseo personal y la asistencia a sitios de relajación</p> <p>Los comportamientos para el manejo de la enfermedad que refirieron las pacientes son, controles médicos y exámenes rutinarios, auto exámenes, asistencia a lugares de relajación y asistencia a psicoterapia.</p> <p>A partir del dx de cáncer de mama las pacientes observaron cambios significativos en los comportamientos familiares como el florecimiento del apoyo familiar, el entendimiento de pareja, la unión, la atención y el afecto.</p> <p>Las costumbres y esfuerzos físicos dentro del núcleo familiar cambiaron posteriormente al dx y tratamiento, las actividades ahora exigen menos esfuerzo físico, la colaboración familiar en las labores del hogar se reparten ya no se deja toda la carga a la paciente y la resolución de conflictos familiares es mas oportuna y asertiva.</p> <p>Los hábitos alimenticios cambiaron y tomaron se hace dietas, se toman reconstituyentes y refuerzos vitamínicos</p>	<p>quimioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor al deterioro de sus relaciones de pareja</li> <li>- Temor al rechazo social</li> <li>- Temor al deterioro de su capacidad de trabajo.</li> <li>- Temor a la metástasis</li> <li>- Temor a no cumplir con sus responsabilidades o roles de madre</li> <li>- Aislamiento posterior al dx</li> <li>- No hay tratamientos interdisciplinarios</li> <li>- Temor a desamparar a su hijo</li> </ul>	<p>de patrones son conductas positivas ante el dx de cáncer de mama, no obstante se encuentra que hay un 39% de deterioro en las conductas de cuidado personal.</p> <p>Dentro de esta escala se obtuvo un 49% de funcionalidad sexual en las pacientes con un contrapuesto del 51% de deterioro en su función sexual a partir del dx de cáncer de mama</p>
--	--	--

<p>Se encontró un deterioro significativo en el área laboral posterior al dx en su gran mayoría, hubo retiro del trabajo. Se presenta deterioro en las actividades del laborales y hogar.</p> <p>No hay mayor efecto en sus relaciones sociales no obstante si se observo aislamiento y reserva del dx por parte de la paciente, como consecuencia de la aprensión (escrúpulo, prejuicio, desconfianza al contagio, recelo) por parte de algunos conocidos.</p> <p>En relación a la función sexual las pacientes que tiene pareja refieren no haber tenido cambios.</p>		
---	--	--

**Categoría emocional**

PROPOSICION INDUCTIVA CATEGORIAS	PROPOSICION DE OBSERVACION PARTICIPANTE	DATOS DEL CUESTIONARIO QLQ C-30 Y BR23
<p>Las pacientes sintieron que mejoro el interés, la comunicación, la tolerancia, el entendimiento con ellas como también el respeto y una mejor resolución de conflictos.</p> <p>Dentro de los hallazgos se encontró que hubieron cambios en la manifestación de afecto, mejoro el apoyo y el respaldo brindado por su pareja. Lo que no sucedió en otros casos que sintieron rechazo y vergüenza por su condición por parte de su</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor al futuro de su dx</li> <li>- Temor al rechazo de su pareja</li> <li>- Temor a sentirse minusválida(sentir que es una carga para la flia)</li> <li>- Temor por su imagen corporal actual hacia su esposo</li> <li>- Temor a la soledad</li> <li>- Temor a la inestabilidad</li> </ul>	<p>Se hallo que la función emocional es la mas afectada ante el dx de cáncer de mama con un 52% de deterioro en la vida de las pacientes con un contrapuesto del 48% de función emocional adecuado</p> <p>Dentro de esta escala se obtuvo una funcionalidad del 44% de deseo sexual estable en la vida de las pacientes con un contrapuesto del 56% de deterioro en su deseo sexual a partir del dx de cáncer de mama</p>



<p>pareja.</p> <p>La manifestación de afecto hacia sus hijos es mas acentuada posterior al dx, la expresión de amor, entendimiento, comprensión, apoyo y respeto es mas evidente que antes del dx.</p> <p>Se encontró que en su mayoría no tienen relaciones sexuales. Otras pacientes sienten que no son completas físicamente y no son atractivas para sus parejas</p> <p>El deseo por vivir no se vio afectado en la mayoría de las pacientes al contrario las pacientes sienten que deben aprovechar y luchar por la vida, aunque al principio del dx sentían que había cura</p> <p>Se encontró un mayor sentido de espiritualidad posterior al dx que previamente al dx de cáncer de mama</p> <p>En general las pacientes sintieron tristeza en el dx y la transición del tratamiento con sentimientos de temor al dolor, la muerte y el futuro.</p> <p>Se encontró que si se ha visto afectado el afecto hacia si misma sintiéndose incompleta físicamente, fea, sin atractivo durante el</p>	<p>emocional ante el dx y flia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor a dejar sola a la familia</li> <li>- Temor a la muerte.</li> <li>- Temor al desamparo afectivo de sus hijos y nietos</li> <li>- Sentimiento de deterioro físico y su auto valoración (Vanidad) esta deteriorada.</li> <li>- Cohibición de dar a conocer sus sentimientos</li> </ul>	<p>Se identifico que el 73% de las entrevistadas sufren un deterioro emocional y perceptivo por la perdida del cabello con un contrapuesto del 27% que procuro no proporcionarle relevancia porque es consecuencia del tratamiento.</p>
---	---	---

<p>tratamiento con sentimientos de vergüenza y aislamiento ante los secundarios.</p> <p>Existe temor ante una posible separación conyugal, el desamparar a sus hijos, miedo al futuro y muerte por el dx. "Fracasar en su lucha por vivir".</p>		
---	--	--

## ANALISIS DE RESULTADOS

### Triangulación

Fals Borda (2003). Refiere que la metodología de triangulación es el mecanismo a través del cual se organiza y analiza la información obtenida por parte del investigador para llegar a una mejor interpretación de los datos.

La triangulación es un método que garantiza que las variables a estudiar tengan un análisis preciso dejando de lado los sesgos y prejuicios del investigador permitiendo una oportuna confrontación y sometimiento de control de los diferentes relatos de las pacientes. Así el observador puede tener una comprensión mas clara y profunda del escenario y las personas estudiadas.

En el método de triangulación se integran los diversos mecanismos que se utilizaron para la recolección de información, ajustando los resultados y analizando coincidencias y diferencias. Un beneficio de la triangulación con matices integracional permite que se pueden utilizar diferentes procesos o mecanismos cuantitativos como barras de frecuencia o datos, medidas de tendencia central, entre otros; y procesos cualitativos como las taxonomías, mapas conceptuales, los registros de datos, la entrevista, cuestionarios y

test; hacia la comprobación de objetivos, supuestos nocionales, premisas o hipótesis. Para esta investigación se utilizó como técnicas e instrumentos de investigación: a) la observación participante que hace referencia a la indagación que realiza el investigador teniendo en cuenta la percepción que tienen las pacientes con referencia al diagnóstico de cáncer de mama, consignando los datos y observaciones en una matriz de triangulación denominada "matriz de información de observación participante", la cual sirvió para la comparación de datos y obtención de resultados confiables y específicos para el análisis de la investigación. b) la entrevista Semi-Estructurada, que se basó en una serie de preguntas abiertas dirigidas a identificar relatos y versiones que permiten obtener posibles temores adquiridos por las pacientes, contemplados o manifestados en sus creencias, conductas y emociones posterior al diagnóstico de cáncer de mama. Los datos recolectados fueron consignados en una matriz de proposiciones que sirvió para el análisis y comprensión de los resultados de la investigación. c) Cuestionario QLQ C-30 y Cuestionario de suplemento BR 23 para pacientes con cáncer de mama; este se aplicó con el propósito de identificar los datos referidos a la calidad de vida corroborando los datos recolectados a partir de los anteriores instrumentos.

De acuerdo a los objetivos inicialmente propuestos se procede a presentar los resultados en sus tres categorías.

### **Categoría cognitiva**

En la actualidad existe gran controversia acerca de dar o no información del diagnóstico de cáncer al paciente, esto debido al desencadenamiento de pros y contras en el comportamiento de las pacientes. Existen países en donde el diagnóstico, como en E.E. U.U., se da un lugar a la promulgación de información con la ley del derecho a la información en 1997 según la cual se convertía en obligatoria la información al paciente de cáncer con un diagnóstico y de los posibles tratamientos. (Simón Miguel, 1999, p. 512). Por el contrario las pacientes del ICN refieren no haber recibido información concisa de su enfermedad por parte del medico por lo cual no tienen un conocimiento adecuado y claro de la enfermedad, refiriendo un inoportuno dx por parte del medico y así mismo por descuido personal o no preguntar por temor, quedando ocultas las causas de esta. Dado esto se ratifica la teoría de Sontag (1981) quien plantea que el diagnostico de cáncer y sus causas permanecen “oscuros”, con una convicción de que se dispone de pocos recursos. Movilizando en las pacientes distorsiones cognitivas alejadas muchas veces de la razón. En la investigación se encontró un patrón de pensamientos distorsionados en la generalidad de las pacientes que según la teoría de Beck, se caracterizan como: la sobre-generalización: “hoy no me fue bien en el tratamiento de modo que en los demás tratamientos me va a ir muy mal, no me voy a curar” u otro tipo de pensamientos como el filtrado negativo e hipo-control, entre las que encontré, por ejemplo: “Si algo me parece peligroso o terrible, tengo que estar preocupada por ello y sentirme mal”, “es mas fácil eludir que hacer frente a las dificultades o responsabilidades en el tratamiento de la

enfermedad”. “no encuentro una solución de vida que vaya con el diagnostico, intento pero no puedo”. “no tengo por que sufrir, si tengo cáncer lo tengo no hay nada que hacer” o “debo guardar mis sentimientos para mi”.

Dado lo anterior y contra puesto con la teoría de referencia, Según Beck y Ellis (1962 – 1990). La creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible las cuales se reflejan en las distorsiones cognitivas de las pacientes encontrado la sobre-generalización, el filtrado negativo y el hipo-control. Estas distorsiones entrecorilladas son las principales representaciones de las creencias irracionales que hacen vulnerable a las pacientes con cáncer de mama, conllevándolas a padecer distorsiones cognitivas y emocionales mencionadas anteriormente.

Entre las características hay tres creencias irracionales, que se constituyen en el eslabón cognitivo del pensamiento, emoción y procesamiento irracional de las pacientes con diagnostico de cáncer, los cuales son : a) El valor aversivo de la situación, b) La capacidad para afrontar la situación desagradable, c) La valoración de si misma y otros a partir del acontecimiento, y d) Las distorsiones cognitivas del pensamiento que serían las evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones de abordaje y tratamiento de la enfermedad.

La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las creencias racionales, Ellis (1955), llega a distinguir que el hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base

cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias, en tal caso el abordaje del diagnóstico de cáncer mama.

Dado lo anterior se confirma el cambio que tienen las pacientes a nivel cognitivo y emocional ya que refiere que estos pensamientos o supuestos que forman creencias no los tenían antes del diagnóstico de cáncer de mama.

Entre otros hallazgos en el análisis cognitivo se encontró prejuicios y atribuciones referidas al temor al futuro, la negación de la enfermedad, el temor a la muerte, el rechazo de la pareja y el dejar a los hijos desamparados.

#### **Temor al futuro y a la muerte.**

McClelland y Cols, (1980) plantea que la fuerza de la persona para afrontar al cáncer, está relacionada positivamente con las estrategias de afrontamiento y fortalezas de respuestas psicológicas y físicas de las pacientes.

El momento de mayor impacto inicial es el periodo transcurrido entre el hallazgo clínico y el diagnóstico, es decir, que es importante recalcar que el diagnóstico de cáncer de mama en las pacientes en un principio empieza a modificar sus pensamientos, alterando la percepción y las reacciones de la persona, guiándolas a especular sobre su futuro como: “no tengo salvación ni porvenir”, “no voy hacer la misma persona, quien me mirara con esos defectos” (mutilación del seno, efectos secundarios del tratamiento), “que pasara con mis hijos y familia”, adquiriendo incertidumbre y temor sobre su posible estado futuro, dado que la respuesta se basan en el tiempo de vida

que le dan y las consecuencias que conlleva el tratamiento de la enfermedad, afectando así el tiempo de supervivencia y su calidad de vida.

El temor al futuro se basa en el hecho de pensar que los tratamientos no van a causar efecto si no mas bien el pronto deterioro físico y mental para una posterior muerte con la posibilidad de dejar desamparados a sus hijos; dado lo anterior se observo que esta situación desencadena en las pacientes un miedo anticipado por el resultado de los tratamientos, promoviendo distorsiones cognitivas como: "no tengo mas tiempo de vida, voy hacer metástasis". Los cuales no están acordes con la razón y la realidad del pronóstico de supervivencia, adquiriendo un temor al afrontamiento de la enfermedad, referido por ellas como temor insoportable el cual dicen que deteriora su expectativa de vida como su calidad de vida. Lo anteriormente mencionado se comprueba también desde el cuestionario QLQ C-30 que muestra que en un 80% de las pacientes entrevistadas tiene un deterioro en su expectativa futura y esperanza de supervivencia (ver anexo). Según Stoll (1990), médico consultor afirma que aun cuando no existen datos inequívocos de que la esperanza pueda prolongar la vida más allá de su duración esperada, casi podemos afirmar con certeza que la ausencia de esperanza puede acortar la vida, además de viciar su calidad.

Dado lo anterior y refiriendo el marco teórico, el temor al futuro y a la muerte puede estar enmarcado dentro de uno de los grados de manifestación del temor expuestos por los autores Mira y López (1984), denominado Miedo Racional-Sensato; este miedo que se podría denominar "profiláctico"; es el que generalmente se genera cuando se habla de él sin una creencia especifica si no a posteriori, cuando se convierte en un miedo

condicionado por la experiencia y va del brazo de la razón, por eso también puede designarse como un miedo lógico, su característica es la de ser comprensible para quien lo siente directamente, en este caso la paciente con diagnóstico de cáncer de mama.

### **La negación de la enfermedad y el rechazo de la pareja**

El desarrollo de la labilidad cognitiva asociada con el afrontar un cambio radical en la vida de las pacientes las lleva a experimentar una negación del diagnóstico ya que se enfrentan a una situación llena de implicaciones por el hecho de que las realidades establecidas de la propia vida y pensamientos diarios se vuelvan repentinamente inestables, La enfermedad afecta la capacidad de las pacientes para realizar sus actividades cotidianas, el cáncer de mama, dada su naturaleza, progresión y tratamiento, provoca diversas modificaciones en la vida de las pacientes, que consiste en un cambio drástico en su forma de pensar.

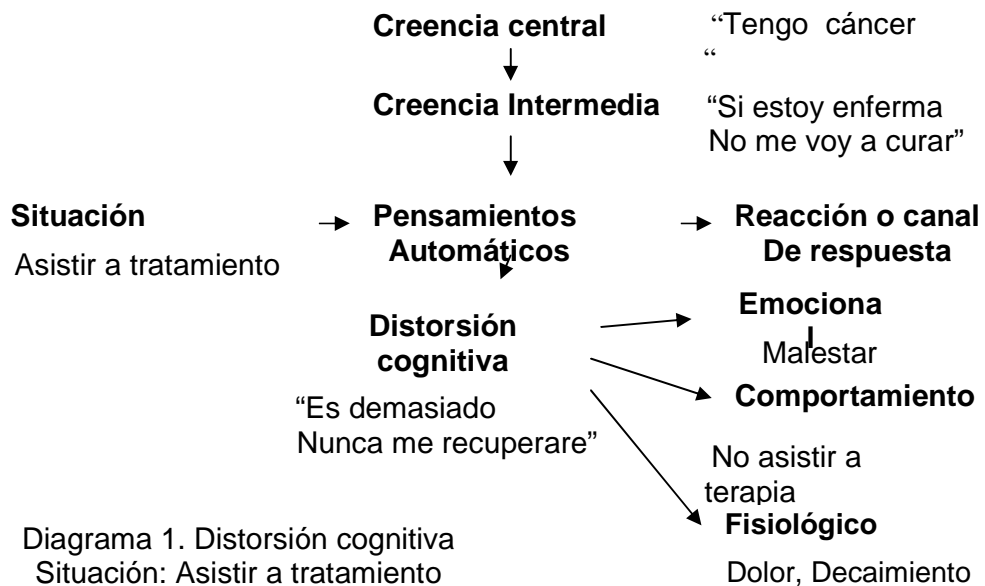
Adaptarse a la enfermedad a nivel cognitivo significa cambiar sus creencias e ideas sobre la vida, la cual desencadena una negación al dx produciendo un cambio de creencias intermedias y los planes a futuro teniendo consecuencias de impacto en el matrimonio, hijos y familia. Sin embargo nada se compara con la percepción adoptada por las pacientes sobre la aprensión (temor al contagio, escrúpulo, desconfianza) que puede ser sentida por el cónyuge y las personas cercanas a ellas, incapacitándolas para poder interactuar adecuadamente, acarreando problemas psicológicos que repercuten en el bienestar de la paciente. Esta aprensión sentida por las pacientes desencadena conflictos de pareja ya que suponen o creen que su compañero la percibe incompleta y contagiosa, la cual no puede satisfacer



las necesidades sentimentales y sexuales, adquiriendo un pensamiento equivocado de rechazo y perdida de su pareja. Por lo contrario se observo que la pareja o cónyuge desarrolla mas afecto, apoyo, respeto, cariño por ella y refieren que posterior al dx de cáncer de mama el amor por su pareja se siente renovado y cambiado tienen mejor comunicación y resolución de conflictos.

Una de las paciente afirmo lo siguiente “Gracias a dios me dio cáncer así tengo mejores relaciones familiares y gracias a EL me voy a curar”. Como dato importante, se encontró que las pacientes tienen un deterioro de un 39% en su imagen corporal el cual se obtuvo de la aplicación del cuestionario de complemento BR23 en pacientes con cáncer de mama.

A continuación se presentan los diagramas de conceptualización cognitiva, que permite observar de mayor manera las creencias y distorsiones cognitivas que presentan las pacientes.



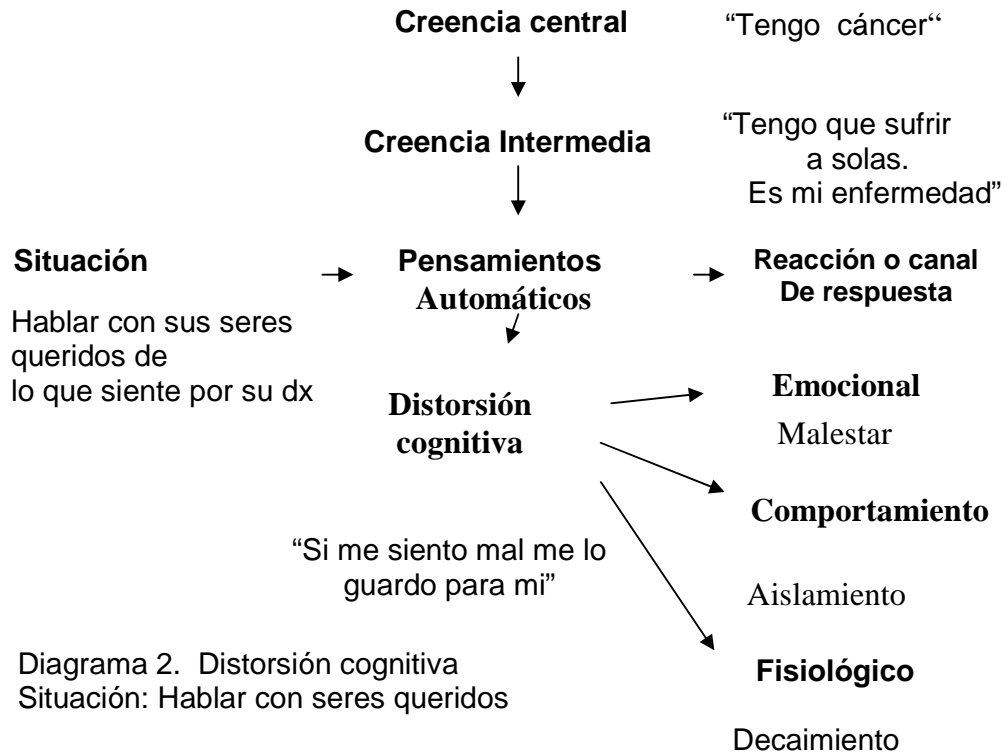


Diagrama 2. Distorsión cognitiva  
Situación: Hablar con seres queridos

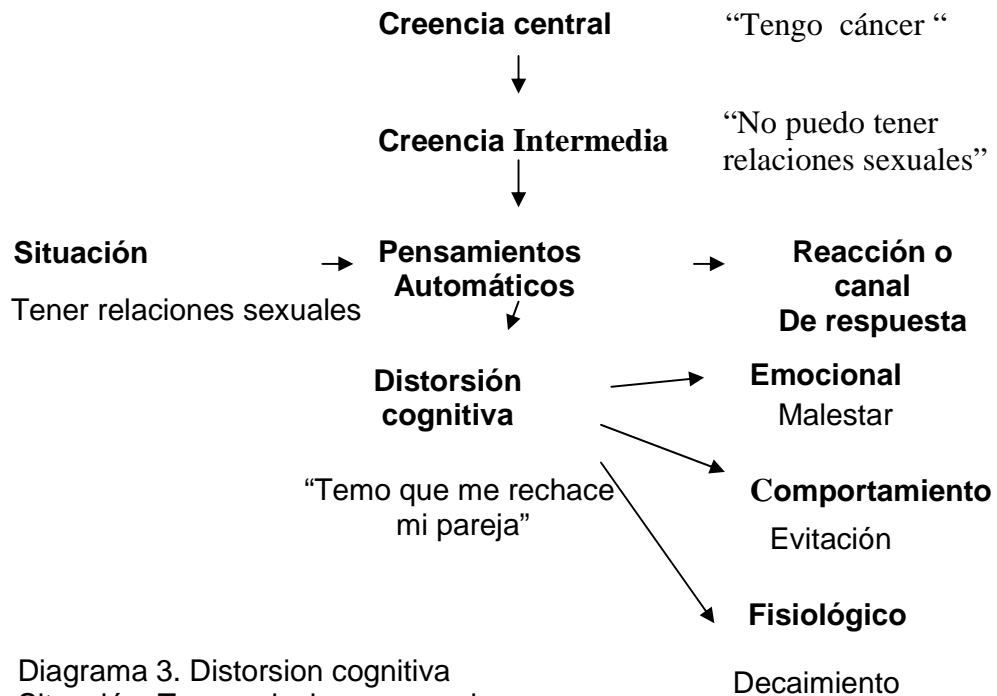


Diagrama 3. Distorsión cognitiva  
Situación: Tener relaciones sexuales

### **Categoría Comportamental**

Se puede afirmar que los comportamientos individuales desempeñan una función indudable en como se percibe la enfermedad así como también de la manera en la que se enfrenta a esta situación, ya que el simple hecho de presentar el dx lleva a un proceso de adaptación el cual las pacientes consideran y quieren salir adelante con una actitud positiva y de sobrepasar la enfermedad sea por ella misma o por su familia. Esta actitud tiende a producir resultados en todas sus actividades cotidianas e incluso en la prolongación de la supervivencia, adoptando comportamientos salutógenos, entre las que se encuentra: a) el buen manejo del aseo personal, b) la no exposición al frío o calor extremo, c) la no exposición a sitios contaminados con enfermedades contagiosas, d) asistencias a controles médicos y e) exámenes rutinarios y la asistencia en lo posible a psicoterapia ( datos obtenidos de la totalidad de las pacientes entrevistadas).

Por otro lado la enfermedad no solo perturba el desarrollo de las acciones del sujeto, sino también, las representaciones del cuerpo y de sí mismo, se encontró con la aplicación del cuestionario de complemento BR23 que un 39% de las pacientes mostraban deterioro de su imagen corporal asociada a la experimentación de los cambios físicos como la caída del cabello, caída de las uñas, “descarapelación” de la piel, hinchazón en el área afectada y el bajo peso sin dejar de lado que no hay suficientes tendencias al manejo o control del dolor lo que representa una predisposición negativa que tienden generar conductas de evitación y que afecta a las pacientes con un porcentaje del 68% no sólo durante el tratamiento y post tratamiento, sino

también durante el diagnóstico, lo que conlleva a un cambio de hábitos y costumbres personales. A continuación se amplía este aspecto

### **Temor al dolor físico**

El dolor como síntoma físico es uno de los que más padecen las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama guiándolas a rechazar el tratamiento y a una caída de su estado emocional, desembocando la tristeza y la melancolía agudizando su diagnóstico, tomando conductas como de evitación y escape a la asistencia médica e ingestión de medicamentos. Strong (1996), Se refiere al dolor físico como una causa objetiva y amenazante, convirtiéndose en temor por el recuerdo y la supuesta amenaza de enfrentarse a tal circunstancia en este caso el diagnóstico de cáncer de mama. Dado lo anterior, la intensidad del tratamiento, la duración y la proporción de este se convierte en un estímulo claro y real de temor ante el dolor.

### **Temores a nivel de pareja, familiar y laboral.**

Dentro de los cambios de pareja se encuentra que la función sexual tiene un deterioro de un 51%, refiriendo las pacientes que “la mujer no está preparada psicológicamente para afrontar los cambios físicos por el tratamiento y la mutilación, dejando en claro que el desempeño sexual se ve afectado considerablemente por la percepción de la imagen corporal que manejan las pacientes, al no sentirse deseadas por su pareja. También es importante mencionar los cambios de la pareja y sus familias a partir del dx, identificando así, el florecimiento del apoyo familiar, el entendimiento con la pareja, la atención y el afecto hacia las pacientes, lo que no ocurría antes del dx de cáncer de mama, situando así a las pacientes en un desprendimiento

de su rol de enferma ante sí misma y ante los demás, comprobando que a mayor apoyo familiar mayor probabilidad de confrontación a la enfermedad; Dentro del cambio de costumbres y hábitos se encontró: a) la disminución del esfuerzo y tareas físicas en el hogar, b) la colaboración familiar es repartida y la resolución de conflictos es oportuna, c) la asistencia en lo posible a centros de relajación; en tanto a la alimentación las pacientes hacen dietas, toman reconstituyentes y refuerzos vitamínicos en lo posible.

Uno de los temores generados por el dx de cáncer de mama, tratamiento y efecto secundarios, es la pérdida del trabajo y desempeño del rol, ya que al estar las pacientes bajo el tratamiento farmacológico no tienen un desempeño adecuado en sus tareas, declinando así, significativamente su comportamiento de afrontamiento a la enfermedad y la posible recuperación, según los datos obtenidos el 100% de las pacientes entrevistadas renuncia al trabajo y responsabilidades del hogar, lo cual genera un malestar significativo en las pacientes por el no cumplimiento de sus responsabilidades como madre y esposa.

Entre otros datos anexos en la categoría comportamental se encuentran que las pacientes padecen sintomatologías como: a) El insomnio el cual se presenta en un 36%. b) La fatiga. Presente en un 51%. c) La disminución o ausencia del apetito en un 39%. d) diarrea en un 33%.

### **Categoría emocional**

Los cognitivistas consideran como hecho fundamental que las cogniciones predisponen y gestan las emociones y éstas se articulan en una triada con otras principales, las cogniciones, las sensaciones corporales y las conductas. Para Schachter (1989) en su teoría de las emociones estas

son una interpretación cognitiva de sensaciones corporales y que gracias a esta interpretación se conduce a las emociones. La "teoría de la actitud" sobre las emociones (Bull, 1951), (Referido en Adelman, 1989) dice que lo que viene primero, antes de la emoción, no es la acción que lleva a los cambios corporales, sino la preparación cognitiva para la acción. Sentimos, miedo o ira, porque estamos listos para reaccionar.

El impacto emocional no sólo depende del pronóstico del médico sino que se basa en las creencias previas que tenga la paciente respecto al cáncer de mama, estas creencias provocan sentimientos de malestar psicológico y culpabilidad según los resultados obtenidos por la investigación. Para algunas de ellas, el impacto psicológico provocado por el diagnóstico de cáncer de mama genera incertidumbre e incita el miedo, que de manejarse positivamente genera respuestas apropiadas en la recuperación de la paciente, pero si se presenta el temor en exceso produce un poco pertinencia y asertividad de las acciones de esta, (Monroy 1995), llegando a la hostilidad personal, familiar y social apareciendo el fenómeno de resistencia al cambio posterior al dx, (Abel Cortese), en la cual se pueden identificar cuatro etapas emocionales por las cuales han transitado las pacientes:

### **Etapa 1. La negación o impacto inicial**

Hace referencia al peligro real que percibe la paciente, en este caso el dx de cáncer de mama, el cual genera un cambio, sintiendo dificultad en dominar la nueva situación, prefiriendo quedarse en el pasado donde se encontraba con una mejor calidad y expectativa de vida. En esta etapa se identifica: a) incertidumbre, b) temor al futuro, c) la contemplación de la

soledad y con alta relevancia al sentimiento de temor de desamparar a sus hijos, d) la separación conyugal, y el rechazo de sus allegados, ya que refieren haber encontrado una aprensión de parte de personas cercanas lo cual significa que sienten que los demás tienen un recelo, prejuicio y desconfianza por su condición; esto genera en la paciente un sentimiento de indefensión considerando que es una “carga” para sus seres queridos. Incrementándose la percepción emocional del fracaso en sus proyectos de corto y de largo plazo, ya que la enfermedad imposibilita a las pacientes para desenvolverse adecuadamente en sus diversos campos de acción.

Se identifica a partir del cuestionario BR23 que las pacientes sufren un deterioro emocional y perceptivo de un 73% durante el tratamiento que es un porcentaje alto y los efectos secundarios con sentimientos de muerte y sobresaltos en las noches. Es importante resaltar que las pacientes reconocen y sienten que los efectos secundarios son transitorios.

## **Etapas 2. Defensa**

Las pacientes se aferran a las costumbres que llevaba en su vida habitual evitando la realidad, reaccionando con apatía o ira ante el dx, sin embargo en esta etapa puede realizar una valoración de las ventajas y desventajas que le puede ofrecer el dx, si se hace énfasis en los anteriores resultados varias de las pacientes afirmaron que sintieron cambios significativos en las manifestaciones de afecto (cariño, caricias, palabras de aliento) de su pareja, familia y allegados, mejorando el bienestar emocional, confrontando mejor la enfermedad; Sin embargo en esta etapa se presenta el temor al dolor físico y psicológico el cual hace referencia a un malestar que las pacientes sienten al no saber si se van a curar o no o si el

tratamiento causara efecto positivo en su sanción, desencadenando sentimientos de minusvalía y por ende ira ante su dx. Causando en las pacientes el llanto y angustia ocasional. Por otro lado la percepción de temor a sentirse mutiladas por la extirpación de su seno mas los efectos secundarios originados por el tratamiento (caída del cabello, el bajo peso, perdida de las uñas entre otros), lleva a que las pacientes sientan que son mujeres incompletas para si mismas, para su pareja e incapacitadas para tener una relación afectiva con una sexualidad normal. En el caso de las pacientes jóvenes que son el 30% de las entrevistadas, es importante subrayar que los temores desencadenados son mas complejos, pues se enfocan en el temor a no encontrar una pareja o el tener hijos en un futuro y no poder amamantarlos; lo que implica un mayor sentido de vulnerabilidad, que incluye la percepción de no haber vivido lo suficiente o no haber aprovechado mayor su vida.

### **Etapas 3. Aceptación**

En esta etapa, las pacientes se sienten impotentes para impedir el cambio, lo cual genera en ella la búsqueda de nuevas habilidades en el afrontamiento de la enfermedad, en la que se encontró: una mayor confianza para expresar sus dudas, sentimientos y expectativas acerca de su futuro, lo cual permite aclarar sus sentimientos y preparar para adquirir o aprender habilidades en la interrelación emocional consigo misma, su pareja, hijos y allegados. Las pacientes empiezan a desarrollar sentimientos de superación los cuales son la base para el afrontamiento hacia una vida nueva, adaptándose a la enfermedad y tratando de tener una mejor calidad de vida y si bien, no es fácil, las pacientes estiman que no hay una disposición de las



entidades prestadoras de salud para tener apoyo psicológico y que les ayuden a evitar el temor a la soledad, al dolor y otras sintomatologías que se asocian al de cáncer de mama, en la etapa se encuentran el 100% de las pacientes entrevistadas.

#### **Etapa 4 Adaptación o asimilación**

En esta etapa las consecuencias del cambio se hacen evidentes como se observo en la investigación y estas han provocado cogniciones, comportamientos, y emociones satisfactorias en las pacientes, lo cual da nuevamente sentido a su vida. Los cambios experimentados llegan a ser acoplados permanentemente en la vida de las pacientes. Haciendo alusión a una frase de una de las pacientes “Gracias a Dios me dio cáncer así tengo mejores relaciones familiares y gracias a EL me voy a curar”. Esta etapa no se abordo detalladamente ya que el objetivo principal de la investigación se enfatiza en la identificación de los temores adquiridos a partir del diagnostico de cáncer de mama.

### **DISCUSION**

La presente discusión es el resultado de tomar como primera instancia, el objetivo de la investigación, el cual fue identificar la actitud de temor que presentan un grupo de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del Instituto Cancerológico de Nariño, desde un análisis cognitivo comportamental. En segundo lugar en consideración del referente conceptual, de integración y contraposición de la teoría de la actitud, se permitió estudiar la cognición, el comportamiento y la emoción, seguida de la teoría de los temores; que permite validar o no la noción de “actitud de temor”. En tercer lugar, la intencionalidad de presentar hallazgos

significativos en beneficio del manejo integral de las pacientes, proponiendo que la noción de "actitud de temor" sea considerada relevante en el manejo psico-oncológico. Una vez aclarado esto es puntual argumentar los siguientes aspectos:

La eventualidad de morir y la incertidumbre al futuro, es la mayor amenaza que las pacientes pueden experimentar, además de los síntomas de la enfermedad, las pacientes muchas veces tiene que soportar los efectos secundarios de los tratamientos que pueden deteriorar sus aptitudes físicas y psíquicas, cambios en el aspecto físico y cambios en sus conductas y emociones personales; enfermar gravemente puede crear múltiples distorsiones y alteraciones en diversos aspectos de las pacientes tanto cognitivo, conductual y emocional como se identifico, reconoció y caracterizó en la investigación, desencadenando temor frente al diagnostico y la vida de las pacientes.

Las pacientes ven su enfermedad como un reto, creen que es posible controlarla y pueden tener una visión optimista del pronóstico, pero al explorar con detalle sus pensamientos, conductas y sentimientos el temor se hace evidente a afrontar al diagnostico, adquieren una negación a la enfermedad sintiendo aprensión por cercanos, temor al rechazo de pareja y temor al desamparo familiar por parte de estas, con percepción de amenaza y miedo a cambios de hábitos y costumbres personales y familiares, experimentando miedo, tristeza y desánimo, conllevándolas a cambios de actitud personal en su calidad de vida para hacerle frente a su enfermedad, desencadenando un miedo racional sensato (Mira y López) , que podría denominarse "profiláctico"; el cual se siente a posteriori (reacción ante el

daño y éste a priori (reacción ante el peligro, o sea, ante la señal anticipadora del daño en este caso el diagnostico). Un temor condicionado por la experiencia y va del brazo de la razón; por eso también puede designarse como un temor lógico ante el dx de cáncer de mama. Su característica es la de ser comprensible para quien lo siente directamente, el temor ante tal situación resulta racional (lógico, comprensible, sensato), ya que las pacientes han sido capaces de condicionar la idea de cáncer de mama con el de daño inminente y muerte; ese temor previsor generalmente, forma la tendencia a la huida previa afectando la actitud de la paciente ante el tratamiento del diagnostico.

Por otro lado las pacientes asumen sentimientos de culpa, ya que se responsabilizan a si mismas de lo que les pasa, pueden creer que son las causantes de su enfermedad por descuido personal o por no acudir a tiempo al medico, por lo que mantienen una permanente incertidumbre por su pronostico con la posibilidad de no controlar su enfermedad por su negligencia, desarrollando conductas de búsqueda de excesiva información sobre su diagnostico para su máxima seguridad con pensamientos, imágenes y sentimientos girando en torno al problema, prestando excesiva atención a los síntomas, dirigidas a detectar cualquier cambio o recaída en la salud. Su comportamiento se caracteriza por el temor a la ausencia de estrategias dirigidas a resolver el problema, aceptando pasivamente lo que ocurre.

En función de la discusión anteriormente hecha es factible entonces decir que existe una actitud de temor en las pacientes participantes de la investigación, pues se encontró dentro de la investigación temores reales

asociados y manifestados en el área cognitiva, comportamental y emocional, que indudablemente impacta los niveles de calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama del Instituto Cancerológico de Nariño de la ciudad de Pasto.

Dado lo anterior se reconocerá a continuación la actitud de temor en las pacientes que provoca el diagnóstico de cáncer de mama en sus áreas de desempeño y su posible abordaje psicoterapéutico:

ÁREA DE DESEMPEÑO	RECONOCIMIENTO DE LA ACTITUD DE TEMOR	DISTORSION DISFUNCION Y EXPRESION ASOCIADAS A LA ACTITUD DE TEMOR	ABORDAJE SUGERIDO DESDE LAS TÉCNICAS Y TERAPIAS COGNITIVAS COMPORTAMENTALES.
Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor al futuro y a la muerte.</li> <li>- Temor al rechazo de pareja y negación de la enfermedad.</li> <li>- Temor hacia el futuro de su situación diagnóstica.</li> <li>- Temor a hacer metástasis y muerte.</li> <li>- Temor al desamparo de sus hijos</li> <li>- Pensamientos recurrentes de soledad.</li> <li>- Temor a la idea de invasión por el</li> </ul>	<p>Pensamientos de sobre – generalización</p> <p>Pensamiento de filtrado negativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia racional emotiva.</li> <li>- Relación de pensamientos</li> <li>- Relación de sentimientos</li> <li>- Recolección de datos de interacción personal y familiar</li> <li>- Identificación de emociones inapropiadas</li> <li>- Identificación de creencias intermedias</li> </ul>

	<p>cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor a la sintomatología y tratamiento</li> <li>- Temor por el desamparo familiar</li> <li>- Temor al dolor</li> <li>- Pensamiento de temor a no tener consistencia económica para el tratamiento</li> </ul> <p>Pensamiento "Gracias a dios me dio cáncer así tengo mejores relaciones familiares y gracias a el me voy a curar."</p>	<p>Pensamientos de hipo - control.</p> <p>Pensamientos recurrentes negativos.</p>	<p>Reestructuración cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de afirmaciones cognitivas frente al dx</li> <li>- Identificar la emoción dolorosa frente a la ira ansiedad o depresión.</li> <li>- Identificar los estilos de pensamientos Frente al dx</li> </ul> <p>Detención de pensamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reestructurar grupalmente los pensamientos negativos frente al dx</li> </ul>
<p>Área comportamental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor al dolor físico.</li> <li>- Temores a nivel familiar, de pareja y laboral.</li> <li>- Temor a efectos secundarios de la quimioterapia</li> <li>- Temor al deterioro de sus relaciones de pareja</li> <li>- Temor al rechazo social</li> <li>- Temor al deterioro de su capacidad de trabajo.</li> </ul>	<p>Dependencia a fármacos de inhibidores de dolor calmantes</p> <p>Comportamiento de Aislamiento</p>	<p>Relajación aplicada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desensibilización sistemática.</li> <li>- Enseñar a las pacientes a relajarse en momentos de activación fisiológica grupal e individual</li> </ul> <p>Asertividad y habilidades sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activar la empatía en familia y grupo.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor a la metástasis</li> <li>- Temor a no cumplir con sus responsabilidades o roles de madre</li> <li>- Aislamiento posterior al diagnóstico</li> <li>- No hay tratamientos interdisciplinarios</li> <li>- Temor a desamparar a su hijo</li> </ul>	<p>Conducta de escape y evitación al tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover las relaciones interpersonales.</li> </ul>
Área emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor al Impacto inicial, y al proceso de aceptación y asimilación del diagnóstico.</li> <li>- Temor al futuro de su diagnóstico</li> <li>- Temor al rechazo de su pareja</li> <li>- Temor a sentirse minusválida (sentir que es una carga para la familia)</li> <li>- Temor por su imagen corporal actual hacia su esposo</li> <li>- Temor a la soledad</li> <li>- Temor a la inestabilidad</li> </ul>	<p>Expresión máxima ante el evento.</p> <p>Llanto.</p> <p>Ira.</p> <p>Aislamiento.</p>	<p>Terapia racional emotiva</p> <p>Terapia de autocontrol: autorregulación y autoeficacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abordaje del dx</li> <li>- Adaptabilidad hacia una nueva vida ante el dx</li> <li>- Efectividad frente a los objetivos de tratamiento ante el dx</li> </ul>



hay un 39% de deterioro en las conductas de cuidado personal lo cual altera esta función.

Se halló que la función emocional es la más afectada ante el dx de cáncer de mama con un 52% de deterioro en la vida de las pacientes con un contrapuesto del 48% de función emocional.

Se encontró que su comportamiento se caracteriza por la ausencia de estrategias dirigidas a resolver el problema, aceptando pasivamente lo que ocurre.

La función cognitiva presenta un 59% en promedio general de funcionamiento normal en las pacientes con un contrapuesto de 41% de deterioro a partir del dx y su tratamiento en las pacientes.

El diagnostico de cáncer de mama desencadena en las pacientes incertidumbres, angustia y desesperación, este impacto puede lograr amortiguarse con el establecimiento de una relación positiva con la pareja, familia y medico, creándole confianza y seguridad.

Respecto a la función social hallo que un 65% de las pacientes evaluadas se encuentran en una situación apropiada socialmente después de su dx con una contraposición del 35% de deterioro de las funciones sociales.

Se encontró que un 51% de las pacientes sufrían fatiga esto significa que la mitad de las pacientes refirieron padecer de este síntoma.

Se halló que un 26% de las pacientes refieren padecer nauseas y vomito.

Se encontró que el dolor el síntoma que mas afecta a las pacientes con dx de cáncer de mama con un porcentaje del 68% de presencia.



La falta de aire (con respecto al texto del cuestionario aplicado) las pacientes tienen una sintomatología de un 33% posterior al tratamiento.

Se encontró que el insomnio en las pacientes es de un 36% posterior al diagnóstico y durante el tratamiento afectando sus áreas de desempeño.

Se halló que el apetito se afecta en un 39% disminuyendo el interés por ingerir alimentación que es considerado un porcentaje alto y un síntoma de atención para la recuperación del paciente.

Se encontró que el estreñimiento se encuentra en un porcentaje bajo dentro de la sintomatología del dx con un 13% de las entrevistadas.

El síntoma de diarrea se presenta en un 33% esto quiere decir que el síntoma aparece relativamente poco en las pacientes entrevistadas, la sintomatología de diarrea aparece con más frecuencia durante el tratamiento.

De acuerdo con lo presentado los síntomas más frecuentes y marcados en su orden son el dolor y la fatiga y los menos frecuentes son el estreñimiento, náuseas y vómito.

El cuestionario QLQ C-30 arrojó resultados significativamente importantes dentro del área económica, indicando que existe un 47% de dificultades económicas en las pacientes entrevistadas generando preocupación y malestar en su condición y calidad de vida.

Según el cuestionario BR23 se encuentra que la imagen corporal según las respuestas de las entrevistadas es funcional en un 61% lo que significa que su auto imagen tiene un deterioro perceptivo del 39%

posterior al dx y tratamiento, el cual es significativamente relevante para las pacientes entrevistadas.

Se encuentra que la función sexual tiene una funcionalidad del 49% de las pacientes con un contrapuesto del 51% de deterioro en su función a partir del dx de cáncer de mama.

La perspectiva futura tiene un deterioro de un 80% en la expectativa de vida a un futura con un contrapuesto de un 20% lo que refiere en cuanto a esperanza de tratamiento y curación.

Se encontró que las pacientes presentan un 54% de efectos secundarios posterior al tratamiento de quimioterapia, radioterapia y farmacología. Esto incluye, boca seca, sabor diferente en la alimentación, irritación ocular y decaimiento físico.

Se identificó que el 73% de las entrevistadas sufren un deterioro emocional y perceptivo por la perdida del cabello con un contrapuesto del 27% por tratamiento.

Se encontró que los síntomas de pecho se presentan en un 44% de las entrevistadas con piel “descarachada”, hinchazón y sensibilidad alta donde se localizo el cáncer, con un contrapuesto del 56% que no refirió una sintomatología importante depuse del tratamiento.

De acuerdo con la investigación podemos afirmar que el cáncer de mama implica un esfuerzo adaptativo, esto debido a la naturaleza de la misma, su progresión, los posibles tratamientos y los cambios que provoca en las pacientes a nivel cognitivo, comportamental y emocional.

La dimensión afectiva en el 100% de las pacientes entrevistadas es la más afectada, ya que no tiene un procedimiento de estrategias de afrontamiento psicológico adecuado.

El temor al dolor es uno de los aspectos que genera mas deterioro cognitivo, comportamental y emocional en las pacientes entrevistadas con un 68% de quebranto.

Existe un 44% en el deterioro de la función sexual, cuando estas adoptan la creencia que su pareja toma una aprensión (escrúpulo, fastidio, un posible contagio) hacia ellas.

Las pacientes con dx de cáncer de mama, adquieren un temor que equivocadamente piensan que por su tratamiento y mastectomía física su pareja tomara la actitud de dejarlas, que por lo contrario no ocurre, si no mas bien, toma una actitud de apoyo y afecto incondicional hacia su pareja.

### **RECOMENDACIONES**

Asesorar a las pacientes en las competencias psico-oncológicas para hacer frente al temor y estrés adquirido por el dx de cáncer de mama.

Se requiere acompañar a las pacientes en la adaptación de hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de tumores.

Es necesario suministrar la información a las pacientes y familiares, de forma oportuna con sus secuencias y efectos de la enfermedad.

Se debe promover mejor la adquisición de respuestas adaptativas para el dx, controlando las reacciones emocionales y los repertorios de afrontamiento ante el tratamiento farmacológico y quirúrgico.

Debe capacitarse a las pacientes de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia.

Se requiere preparar a las pacientes en como se debe controlar las reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia: dolor, insomnio, diarrea y vómito, o de radioterapia: miedo a posibles quemaduras, efectos de fatiga y malestar general.

Se debe promover en las pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento del cáncer

Se requiere capacitar a las pacientes en como se debe desarrollar estrategias de resolución y comunicación del paciente con su pareja y otros miembros familiares para afrontar problemas relacionados con el cáncer

Es necesario fortalecer las estrategias de afrontamiento para los problemas inmediatos y el malestar emocional.

Tener en cuenta las estrategias que se utilizaran en torno a la adhesión al tratamiento de diagnóstico de cáncer de mama, teniendo en cuenta un conexión interdisciplinaria con formulaciones de programas adaptativos familiares a la enfermedad.

Relacionar los diferentes posibles tratamientos psico-oncológicos teniendo en cuenta el grado académico y cultural de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Joint Committee on Cancer, (1993). Manual for staging of cancer, 4º. Tipos de cancer de mama. American Joint Committee on Cancer ed.

Barnes, DM, Hanby AM, Gillet CE (1992). Abnormal expression of wild type.

Bayes, R. (1995). Sida y psicología. Cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. Barcelona: Martínez Roca.

Beck Aaron (2000). Terapia cognitiva. Editorial gedisa.

Beck y Ellis (1990). Teoria cognitiva. Editorial gedisa

Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, (2005). 1993-2004 Microsoft Corporation.

Breast Cancer Linkage Consortium (sin fecha). Patología de cáncer del pecho familiar: las diferencias entre el cáncer del pecho en los portadores de BRCA1 y mutaciones de BRCA2 y casos esporádicos. Sin más datos.

Brooks, A. (1979). El cáncer, una forma de vista en las actitudes.

Brunet, J. Alonso MC, Ojeda B. (1994). Cáncer de mama hereditario: bases genéticas y características clínicas. Sin más datos.

Bukberg, Penman, & Holland. (1984); Massie & Holland, 1990; Watson. (1991); Breitbart. (2000). Chochinov. (2001). Investigación de conductas tipo C en pacientes con dx de cáncer en la ciudad de Bogota.

Cassel, E. (1982). La naturaleza de sufrir y las metas de la medicina. Sin más datos.

Cohen, Tyrell y Smith<sup>21</sup> (1991). Publicación de Trabajo prospectivo y vulnerabilidad.

Dane (2003) Mortalidad de cáncer.

Diccionario Oxford de la Mente (2004).

Doll y Peto (1981). Psicología de la salud. Ed. Paraninfo

Ellis Albert (1955). Terapia racional emotiva conductual. Edt. Mc Geaw Hill.

Fawazy, Hyun, Elashorf, Guthirie y Morton (1993). Investigación experimental para pacientes con pronóstico con melanoma recién operados

Feldman, Roberth, (1995). Psicología, segunda edición, Mc Graw Hill.

Friedrich Nietzsche (1901). La voluntad del poder.

Gray, Jeffrey, A. (1971). La psicología del miedo, edic. Guadarrama. Madrid.

Greer y Morris (1995) Psicología en intervención. Editorial Mc Graw Hill.

Goodwin. (2001); Edelman, Bell & Kidman.(1999); Barbara, (2004). Investigación de conductas tipo C en pacientes con dx de cáncer en la ciudad de Bogota.

Harrison, T.R. (1998). Principios de Medicina Interna. 14 Ed. . Editorial Mc.Hill. España.

Hinestroza, Carolina y QUIJADA, Yanet. , (1998). Aprendizaje de miedos en la infancia y pre-adolescencia. Buenos Aires : Paidos.

Holland Mary (1995) Articulo para el centro de investigaciones oncológicas de New York.

Holland. (1990); Watson (1991); Breitbart (2000); Massie & Popkin (1998); Chochinov, 2001). Investigación de conductas tipo C en pacientes con dx de cancer en la ciudad de Bogota.

Lange James (1995). Actividad fisiológica. Editorial Fuentes.

Linda Brannon y Jess Feist, (2000). Psicología de la salud. Ed. Paraninfo.

Lovejoy & Matteis. (1997). Bukberg, Penman, & Holland. (1984);

Massie &

Kant. (1781). Critica de la razón pura.

Marsellach Umbert(1998) estímulos y miedos innatos. Editorial Futura

Massie & Popkin, (1998). No hay mas datos

Mayorga Rodríguez Carolina, (2004). metodología de la investigación.

Matalnikov (1957), Inmunología. Ed. Graw. Hill

Mira y López, Emilio. (1984). Cuatro gigantes del alma: El miedo, la ira el amor, el deber. 11ª edición. Editorial el Ateneo, Buenos aires.

Paulf, Secord. (1975). psicología Social, editorial Graw Hill.

Ribes, Emilio. (1980) Comportamiento Humano. editotrial Trilles.

Rotker, Susana. (2000). Ciudadanía del miedo. Caracas : Nueva Sociedad.

Sotang, S. (1978). Illness as metaphor. Nueva York: Farrar, Straus & Girou.

Traducción: La enfermedad y sus metáforas. Barcelona: Muchnik. 1981 2da edición.

Temoshok y Dreher. (1993); López y cols (2002). Investigación de conductas tipo C en pacientes con dx de cáncer en la ciudad de Bogota.

Stjernward (1990). Modelo de las enfermedades.

Spigel, Bloom, Kraemer y gotthe, (1989). Revista de oncología. Investigación para la calidad de vida en pacientes oncológicos.

Watson et al., 1991; Breitbart et al., 2000; Massie & Popkin, 1998; Chochinov, 2001). Editors mc

[www.es.wikipedia/wiki/Calidad\\_de\\_vida](http://www.es.wikipedia/wiki/Calidad_de_vida)

[www.monografias.com/trabajos15/calidad de vida calidad de vida](http://www.monografias.com/trabajos15/calidad_de_vida/calidad_de_vida)

Yalom, Irvin D. (1984). Psicoterapia Existencial. Barcelona: Herder.



# ANEXOS