



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“PROCESO DE ADAPTACION QUE VIVEN LAS MUJERES
EN EDAD REPRODUCTIVA DESPUES DE SER SOMETIDAS
A MASTECTOMIA SECUNDARIA A UN CANCER DE MAMA”**

TESIS PARA LA OBTENCION DEL GRADO MAGISTER EN ENFERMERIA.
MENCION GESTION DEL CUIDADO

AUTOR: MARTA C. VARGAS PEREZ
PROFESORES GUIAS: ISABEL SIEFER NAVAS
NICOLAS FUSTER SANCHEZ

**PROGRAMA MAGISTER EN ENFERMERIA
MENCION GESTION DEL CUIDADO**

VALPARAISO - CHILE
ABRIL 2015



Universidad de Valparaíso
Dirección de Postgrado
Escuela de Enfermería
Facultad de Medicina



“PROCESO DE ADAPTACION QUE VIVEN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DESPUES DE SER SOMETIDAS A MASTECTOMIA SECUNDARIA A UN CANCER DE MAMA”

Tesis presentada a la Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería.
En cumplimiento parcial de los requisitos para optar el Grado de Magíster en Enfermería
Mención en Gestión.

Por

E.U. MARTA VARGAS PEREZ

VALPARAISO, CHILE
ABRIL 2015

INFORME DE APROBACION

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER

La comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato.

MARTA VARGAS PEREZ

Ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día..... del.....de 2015, como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con Mención en Gestión y para que así conste para todos los efectos firman:

Profesor Patrocinante

Profesor _____

Comisión Evaluadora

Profesor _____

Profesor _____

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mis padres, mis hermanos, mi sobrina, son mis principales fuente de apoyo que me han brindado su amor y paciencia y siempre dispuesta a estar para mí cuando lo necesite.

Este trabajo fue un desafío personal que se llevó a cabo gracias al apoyo de mis compañeros de cursos y a mis compañeros de trabajo y sin dudar del apoyo de Raquel Gamboa y a Samantha Rojas que siempre dispuesta a ayudarme en este sueño.

A la profesora Isabel Siefer que fue mi guía y orientadora en este proyecto, que sin su apoyo y dedicación no habríamos desarrollado este hermoso trabajo.

Al profesor Nicolás Fuster por su gran aporte y conocimiento con respecto a la investigación cualitativa que guío los procesos del estudio.

Mis sinceros agradecimientos a las participantes de estas investigación que estuvieron dispuestas a contar su vivencia y adaptación con respecto a su enfermedad, con el fin de poder ayudar a otras mujeres y ser un aporte para el servicio de Oncología.

INDICE

CAPITULO 1 INTRODUCCION

1.1. Introducción	2
1.2. Fundamentación	4
1.2.1. Ejes generadores.....	6
1.3. Delimitación del problema	7
1.4. Limitación del estudio	7

CAPITULO 2 MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco contextual.....	9
2.1.1. Morbi-mortalidad del cáncer de mama en Chile.....	9
2.1.2. Cáncer de mama origen y secuelas	10
2.1.3. Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren, Región de Valparaíso	13
2.2. Marco conceptual	14
2.2.1. Aspectos sicosociales relacionados al cáncer de mama	14
2.2.2. Alteraciones de la dinámica familiar y de la mujer con cáncer de mama	16
2.2.3. Rehabilitación integral en mujeres con mastectomía	17
2.2.4. Las etapas del duelo según Kübler-Ross.....	19
2.2.5. Conceptualización del afrontamiento.....	22
2.2.6. Modelo de adaptación de Sor Callista Roy	24
2.3. Objetivos del estudio.....	41
2.3.1. Objetivo general	41
2.3.2. Objetivos específicos.....	41
2.3.3. Descripción del sistema de variables e hipótesis	42
2.3.4. Supuestos.....	42

CAPITULO 3 MARCO METODOLOGICO

3.1. Marco metodológico	44
3.1.1. Tipo de investigación	44
3.1.2. Selección de las informantes	45
3.1.3. Plan de trabajo.....	46
3.1.4. Ingreso al campo	46

3.1.5. Levantamiento de la información.....	47
3.1.6. Realización de la entrevista.....	47
3.1.7. Aspectos éticos.....	48
3.1.8. Plan de procesamiento de la información	48
3.1.9. Relación sujeto objeto de estudio.....	49
3.1.10. Rol del investigador en el proceso de investigación	49
3.1.11. Relación del investigador con la Institución donde se realizó el estudio.....	49
3.1.12. Transcripción de las entrevistas	49
3.1.13. Modelo de análisis.....	50
3.1.14. Codificación de las unidades de registro.....	51
CAPITULO 4 PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	52
4.1. Análisis e interpretación de los resultados	53
4.1.1. Características Sociodemográficas de las Mujeres Entrevistadas.....	53
4.2. Relación entre los objetivos y categorías y de los datos utilizando el modelo de Roy	54
4.3. Análisis de los datos.....	60
4.4. Datos codificados y su respectiva reducción cualitativa.....	60
4.5. Análisis global y relevancia de los datos	60
CAPITULO 5 DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
5.1. Discusión.....	89
5.2. Conclusión.....	91
5.3. Sugerencias.....	93
BIBLIOGRAFIA.....	94
ANEXOS.....	100
Anexo 1 consentimiento informado para participantes de investigación.....	100
Anexo 2 instrumento:	104
Anexo 3 inventario de depresión de Beck.....	105
Anexo 4 aprobación del comité de ética	109
.....	109

RESUMEN

El cáncer de mama es una de las enfermedades más agresivas para las mujeres, por los efectos físicos como psicológicos que conllevan la enfermedad y sus tratamientos.

Objetivo: describir el proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama, en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren durante el período de noviembre del 2014 a febrero 2015.

Metodología: estudio cualitativo, descriptivo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a diez mujeres, las cuales fueron grabadas y transcritas. Se solicita la autorización de las entrevistadas para la participación en el estudio a través de un consentimiento libre y esclarecido, se utiliza pseudónimos para preservar el anonimato. El referente teórico es Callista Roy donde se aplica los cuatro modo adaptativo el cual permitió evaluar el nivel de adaptación.

Resultados: la familia fue un apoyo fundamental en el proceso de adaptación para las mujeres con cáncer de mama. El deseo de seguir viviendo por ellos, les permite aceptar los nuevos cambios que ocurren en su cuerpo y afrontar con mayores herramientas el diagnóstico y el tratamiento.

Conclusión: Las mujeres lograron la aceptación con ayuda en gran parte de sus parejas y porque tenían un motivo de vida que era ver crecer a sus hijos. Es necesario que las enfermeras intervengan y sean un recurso terapéutico para facilitar la adaptación en las mujeres y su familia.

Palabras clave: Adaptación, Mastectomía, Supervivencia.

SUMMARY

Breast cancer is one of the most aggressive diseases for women, for the physical and psychological effects that carry the disease and its treatments.

Objective: To describe the adaptation process experienced by women of reproductive age after being subjected to secondary mastectomy for breast cancer in the oncology department of Carlos Van Buren Hospital during the period from November 2014 to February 2015.

Methodology: qualitative, descriptive study. Semi-structured interviews were conducted ten women, which were recorded and transcribed. Authorization of respondents to participate in the study through a free and informed consent is sought, is used pseudonyms to preserve anonymity. The theoretical reference is Callista Roy where the four adaptive mode which allowed us to evaluate the level of adaptation is applied.

Results: Family support was instrumental in the process of adaptation for women with breast cancer. The desire to live by them, allows them to accept the new changes that occur in your body and face more tools diagnosis and treatment.

Conclusion: The women gained acceptance with much help from their partners and because they had a source of life that was to see their children grow. Nurses need to involve and therapeutic resource to facilitate adaptation in women and family.

Keywords: Adaptation, Mastectomy, Survival.

CAPITULO 1
INTRODUCCION

CAPITULO 1 INTRODUCCION

1.1 INTRODUCCION

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Desde la vivencia, un diagnóstico de cáncer de mama supone un importante impacto emocional, por cuanto la persona tiene que asumir el hecho de que padece una enfermedad que amenaza potencialmente su existencia. Aun cuando se incrementa el número de personas a las que se les ha realizado un diagnóstico precoz en estadios iniciales del cáncer y aumentan los índices y porcentajes de supervivencia, el miedo a la posible extensión y/o reaparición de la enfermedad es inevitable. Bajo este encuadre psicológico, donde la preocupación principal está relacionada con la supervivencia, pudiendo parecer secundario, pero que no lo es, cuestiones como la desfiguración física, la pérdida de atractivo sexual o la alteración de las relaciones íntimas asociadas a los efectos de los tratamientos¹.

Una respuesta que presentan las personas frente a diagnósticos catastróficos, como les ocurre a las mujeres con cáncer de mama, es la negación ante la enfermedad, las mujeres intentan negar el diagnóstico, es su forma de protegerse ante la enfermedad hasta lograr la aceptación de ella “A veces me parece un sueño”. “Tengo miedo, pero no estoy enferma porque no tengo dolor en la mama”².

El Cáncer de mama desde el año 2009 ocupa el primer lugar entre las muertes por cáncer entre las chilenas, al igual que en el resto del mundo. En cuanto al análisis de mortalidad por cáncer de mama para el año 2009 en Chile, la tasa bruta de mortalidad en mujeres alcanzaba a 15,7 por 100.000 mujeres, además se observa un aumento progresivo en las tasas específicas por edad a partir de los 25 años de edad, llegando a una tasa bruta de 81 por 100.000 mujeres de 65 y más años. El año 2010 alcanzó una tasa de mortalidad observada de 15 por 100.000 mujeres (equivalente a 1.297 mujeres), la mortalidad masculina por este cáncer llegó solo al 0,1 por 100.000 hombres con un total de 8 casos. La tasa de mortalidad ajustada por cáncer de mama disminuyó en un 10,3% entre los años 1990 y 2009 (de 13,1 a 11,7 por cien mil mujeres). Sin embargo, en los últimos años el descenso ha sido menor. En el año 2013, la OMS puso en marcha el plan de acción para la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2030 que tiene como objetivo reducir la mortalidad prematura de cáncer, a través de la entrega de conocimientos para facilitar la aplicación de métodos de control del cáncer basados en datos científicos, elaborar programas y protocolos para orientar la planificación y la ejecución de las intervenciones de prevención, detección temprana, tratamiento y atención³.

La tasa de mortalidad por cáncer de mama aumenta a contar de los 45 años y el grupo mayor de 45 años concentra el 90,2% de las defunciones. La incidencia estimada para Chile es de 43,02 x 100 mil mujeres. El 2011, los Servicios de Salud del Sistema Público de Salud reportaron 3.800 casos nuevos. El diagnóstico del cáncer de mama en etapas más precoces (in situ, I y II) ha aumentado de 42,9 a 69% entre los años 1999 y el 2011. Así mismo, se observa una reducción de 72,5% en los casos diagnosticados en etapa IV en el mismo período (20,7 a 5,7%). Este hecho es relevante en la mejoría de la sobrevivencia de las mujeres atendidas en el sistema público chileno, así como en la reducción de costos y daño psicosocial, asociado a la mortalidad prematura de una mujer⁴.

En la Región de Valparaíso, el servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren atiende toda la región y además es centro de referencia dentro de la red asistencial, de la cuarta región. Esto hace que una gran cantidad de pacientes con distintos tipos de cáncer sean atendidos en él, en particular para radioterapia y quimioterapia.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, las mujeres tienen que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva⁵. De modo tal que cuando una mujer atraviesa por todo el proceso de enfermedad experimenta reacciones emocionales y conductas adaptativas; que dependerá de factores psicológicos, sociales y culturales como son las creencias, el entorno familiar, entorno social, grado educativo, entre otros que explican la interpretación y el sentido que cada uno le asigne a la enfermedad.

De acuerdo al modelo de enfermería de Sor Callista Roy, utilizado como referente teórico en este estudio, el proceso de adaptación se iniciaría cuando se presenta un estímulo focal que rompe el equilibrio de la persona, como puede ser el diagnóstico de una patología grave como el cáncer, el que se manifestaría como conducta bajo cuatro respuestas o modos: fisiológico, de autoconcepto, función del rol y relaciones de interdependencia.

Estas respuestas adaptativas pueden ser eficaces o ineficaces según sean las características propias de cada persona y de los estímulos del contexto, estos estarían representados por el ambiente familiar, social y otros como sería en este caso el contexto hospitalario. Es este último es donde no siempre se encuentra el apoyo profesional que se necesita. La realidad de los servicios de oncología en el país es que la mayoría no cuenta con protocolos de acompañamiento en este proceso, tanto para la mujer como para su familia.

La motivación de este estudio nace del trabajo diario de la investigadora en una unidad de quimioterapia, se ha querido indagar en las vivencias de las mujeres en edad reproductiva, que

han sufrido mastectomía y quimioterapia como parte de su tratamiento. Para ello se ha planteado la siguiente pregunta de investigación.

¿Cómo viven el proceso de adaptación las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía, secundaria a un cáncer de mama en el servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren desde noviembre del año 2014 hasta febrero del año 2015.

1.2. FUNDAMENTACION

El cáncer constituye un importante problema de salud pública en términos de morbi- mortalidad, es así como, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las principales causas de mortalidad en los últimos 30 años³.

Actualmente existen investigaciones con respecto analizar cómo afecta el diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres en edad reproductiva y la ausencia de maternidad después del tratamiento con quimioterapia. Estos concluyen que las mujeres en edad fértil con cáncer de mama que no han tenido hijos manifiestan ansiedad ante la incógnita en la que están, si podrán o no tenerlos, aspecto importante para las jóvenes que han sufrido una mastectomía, quimioterapia y radioterapia que en muchas ocasiones les ha provocado una menopausia precoz⁶.

Es tal la complejidad de las mujeres tratadas por cáncer de mama que pueden sentirse emocionalmente afectadas por las secuelas físicas (mastectomía, linfedema, menopausia temprana e infertilidad), psicológicas (miedo a la recidiva y estrés emocional) y/o sociales (cambios familiares y laborales) que experimentan, de ahí la importancia de considerar el rol que el profesional enfermero debe tener frente a estas pacientes.

Una enfermera que se encuentre especializada en oncología está preparada para ayudar a que el proceso de adaptación de las mujeres sometidas a mastectomía y quimioterapia, como lo señala el estudio siguiente, avance hacia una adaptación eficaz.

Un estudio realizado en Brasil relata la experiencia de mujeres que tuvieron cáncer de mama y fueron sometidas a mastectomía, recibiendo la asistencia de las enfermeras y de sus auxiliares, este concluyó que las expectativas que tenían las mujeres relativas a la enfermera fueron: que debería tener capacidad y conocimiento técnico, además de comprender el momento vivido por ellas. En cuanto a la actuación de las enfermeras, ellas relataron que éstas aclararon sus dudas y fueron esenciales en el postoperatorio, realizaron procedimientos técnicos y dieron apoyo

emocional. Se evidenció, sin embargo que la asistencia de enfermería especializada tenía una función clara y definida al contrario de las enfermeras de servicios generales⁷.

La adaptación de una persona frente a la enfermedad se mide a través de respuestas adaptativas, evidenciadas por conductas, y que están directamente influenciadas por factores psicológicos, culturales y sociales. Como complemento Callista Roy menciona en su “Modelo adaptativo” que una respuesta adaptativa eficaz fomentará la integridad y ayudará a conseguir el objetivo de adaptarse, mientras que una respuesta adaptativa ineficaz no permitirá o amenazará los objetivos de adaptación y por consiguiente la paciente sufrirá de procesos de estrés, depresión, ansiedad, malas relaciones familiares, un alto riesgo al fracaso del tratamiento; llevándola en conclusión a tener una mala calidad de vida⁸.

El modelo adaptativo de Roy ha sido ampliamente utilizado en pacientes oncológicos como señalan diversos artículos relacionados con el tema. Por ejemplo, la investigación basada en el modelo de Roy sobre el nivel de adaptación de los pacientes oncológicos a la quimioterapia ambulatoria, donde los pacientes ambulatorios tuvieron menos alteraciones en las respuestas fisiológicas y la representación de rol, pero presentaron una adaptación menor en el autoconcepto⁹.

Otra investigación fundamentada en el Modelo de Roy es la intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado, donde describe que la calidad de vida se observa frecuentemente afectada en las mujeres con cáncer de mama avanzado y es considerada el principal indicador de efectividad de los cuidados paliativos. Las dimensiones que fueron más afectada fueron: comportamiento, sintomatología física, interferencia del dolor en las actividades y el descanso, vida social y familiar. Esta investigación aplicada realizó una intervención, en la que se observaron cambios favorables en los procesos adaptativos y en las dimensiones de calidad de vida; así como en la valoración de la satisfacción global con la vida¹⁰.

En la mujer con cáncer de mama se altera su imagen, su vida personal, familiar y su entorno social, así como los roles, por lo que se debe favorecer la adaptación a los cambios de esta enfermedad y satisfacer todas sus necesidades. De allí la importancia tanto para la persona atendida como para el trabajo profesional de enfermera identificar las diferentes respuestas adaptativas que manifiestan las mujeres con cáncer de mama, para luego planificar acciones al respecto. Lamentablemente las mujeres con cáncer de mama y sus familias muchas veces deben enfrentarse a esta enfermedad con sus propios recursos, no recibiendo la ayuda profesional que se requiere en estos casos.

Si bien existe bastante literatura en la actualidad, las razones de realizar este estudio se debe a que aún faltan investigaciones con respecto a los procesos de adaptación de las mujeres en edad reproductiva mastectomizadas y tratadas con quimioterapia, las cuales además de la enfermedad y sus secuelas tienen que enfrentar una posible infertilidad y/o esterilidad.

Utilizar el Modelo de adaptación de Callista Roy permite valorar las respuestas de las mujeres con cáncer de mama para conocer si sus conductas adaptativas están siendo eficaces o no y de esta manera planificar intervenciones que las ayuden a ellas y sus familias a un afrontamiento efectivo. Las enfermeras deben estar preparada no solo para brindar cuidados físicos, sino también en la provisión de apoyo emocional a estas mujeres y sus familias en las diferentes etapas de este proceso con la finalidad de lograr la aceptación de la enfermedad como una experiencia crecedera.

1.2.1. Ejes generadores

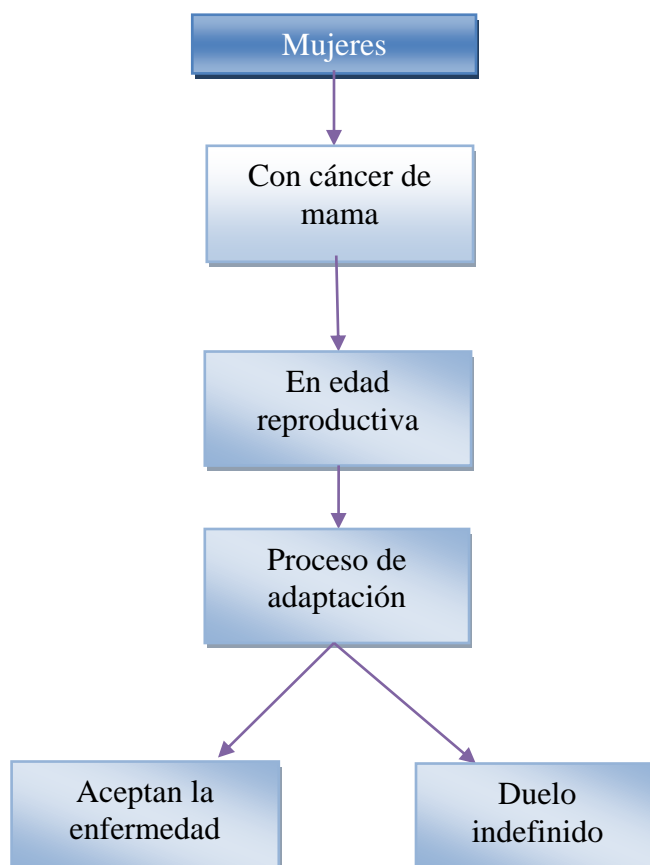


Fig. N° 1: Representación de los ejes generadores del proceso de adaptación de las mujeres con cáncer de mama que son sometidas a mastectomía

1.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA

Proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía, secundaria a un cáncer de mama en el servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren desde noviembre del año 2014 hasta febrero del año 2015.

1.4. LIMITACION DEL ESTUDIO

La principal limitación es que estos resultados no podrán ser generalizados ya que el trabajo se abordó a nivel descriptivo y el grupo de estudio incluyó a mujeres con características muy específicas y de un lugar determinado.

CAPITULO 2
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO 2 MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO CONTEXTUAL

2.1.1. Morbi-mortalidad del cáncer de mama en Chile

La evolución de la mortalidad por cáncer de mama a nivel nacional muestra un aumento constante de números absolutos y tasas desde comienzos del siglo XX hasta la década del 70. En las dos últimas décadas se ha seguido produciendo en Chile un incremento importante de su mortalidad, del orden de 20% en sus tasas crudas o reales entre 1990 y 2011, subiendo desde 12-13 por 100.000 mujeres hasta 15,7 el 2009 y una pequeña disminución en el 2011 de 15,0. El número absoluto de muertes se ha incrementado en forma constante, superando las 1.300 anuales.¹¹

La mortalidad por grupos quinquenales de edad muestra para el país, tasas muy bajas (entre 4 y 8 por 100.000) en las mujeres muy jóvenes, de 25-29 años, tasas que con grandes oscilaciones anuales tienden a aumentar en forma moderada. En cambio, las mujeres jóvenes entre 30 y 49 años presentan tasas mayores, crecientes según edad y que evolucionan a una disminución constante. Las mujeres de edad media entre 50 y 64 años tienen tasas bastante mayores (20-30 por 100.000) y también descienden, aunque menos marcadamente. Evolución estable en las mujeres entre 55 y 69 años (pero con tasas mayores de 30 a 50). Ocurre igual entre 69 y 79 años pero con tasas aún más elevadas (60-80 por 100.000). Sobre 80 años se aprecia también cierta estabilidad pero sus tasas son mucho más altas (100-140 por 100.000), lo cual dado el importante envejecimiento poblacional, explica el incremento creciente de la mortalidad por cáncer de mama en Chile¹¹.

Con respecto al incremento de la mortalidad el profesional enfermera debe gestionar sus intervenciones al autocuidado, independiente del área en la cual se desempeña, debe contar con un conocimiento y basar estos cuidados en una teoría o modelo de Enfermería, la cual va a guiar las etapas de este proceso, herramienta fundamental en la práctica de esta disciplina.

2.1.2. Cáncer de mama origen y secuelas

El cáncer de mama en la mujer es un problema de salud pública mundial de gran complejidad. En primer lugar, por el alto número de casos que se presentan diariamente, y en segundo lugar, por los efectos negativos en la salud física, emocional, mental y social de las mujeres que lo sufren¹².

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de células anormales. El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa¹³.

Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara el daño o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN dañado que tuvo la primera célula. Las personas pueden heredar un ADN dañado, pero la mayoría de las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente¹⁴.

Se trata de una enfermedad que afecta mayoritariamente a mujeres de entre 45 y 70 años de edad, sobre la cual se desconocen cuáles son los causantes, aunque se sabe que algunos factores aumentan el riesgo de enfermar:

- Ser mayor de 50 años.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Tratamiento con radioterapia dirigida a la mama o el pecho.
- Tratamiento con hormonas, como estrógeno y progesterona.
- Menstruación a edad temprana.
- Edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber tenido hijos¹⁵.

Otros factores que aumentan las posibilidades de tener cáncer de mama y sobre los cuales se puede intervenir son: el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo de alcohol en proporciones mayores a las recomendadas.

El cáncer hereditario representa alrededor del 5-10% de todos los casos de cáncer de mama. Algunos genes mutados relacionados con éste tipo de cáncer son más comunes en ciertos grupos étnicos.

Los dos genes mejor caracterizados son los llamados BRCA1 y BRCA2, cuyas mutaciones confieren un riesgo aumentado de tener cáncer de mama y otros tumores en edades especialmente jóvenes¹⁵.

El síntoma más común del cáncer de mama es una nueva masa o protuberancia. Una masa no dolorosa, dura y con bordes irregulares tiene más probabilidades de ser cáncer, aunque los tumores cancerosos del seno pueden ser sensibles a la palpación, blandos y de forma redondeada, incluso pueden causar dolor¹³.

Otras posibles señales de cáncer de mama incluyen las siguientes:

- Aumento de volumen de parte o de toda la mama (aunque no se sienta una protuberancia definida).
- Irritación o hendiduras en la piel.
- Dolor en el seno o en el pezón.
- Retracción (contracción) de los pezones.
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel de la mama o del pezón.
- Secreción del pezón que no sea leche materna¹³.

Algunas veces un cáncer de mama se puede propagar a los ganglios linfáticos de las axilas o alrededor de la clavícula y causar una protuberancia o inflamación ahí, aun antes de que el tumor original en el tejido del seno sea lo suficientemente grande como para poderlo palpar¹³.

Por lo anterior, es importante que un médico con experiencia en las enfermedades de las mamas examine cualquier masa o protuberancia nueva, o cualquier cambio en la mama.

Hoy en día las mujeres de 50 años pertenecientes al sistema público del país, pueden acceder a una mamografía cada tres años. El inicio de la mamografía a partir de los 40 años ha demostrado un débil impacto en la reducción de la mortalidad¹⁶.

Dentro de los muchos interrogantes que plantea el cáncer de mama y la mastectomía encontramos que dependiendo de la etapa de la vida en que este ocurra, puede afectar de diferentes formas a las mujeres que no han tenido hijos y desean tenerlos, que aquellas que han criado a sus hijos⁶.

Para estas mujeres en edad reproductiva, después del diagnóstico de cáncer de mama y de practicarles una mastectomía, han de enfrentarse y renunciar posiblemente a la maternidad y a sufrir menopausia precoz con los efectos secundarios que esto significa⁶. La quimioterapia puede provocar daños en los ovarios o insuficiencia ovárica. Los ovarios son esenciales para que una mujer pueda quedar embarazada, puede generar una infertilidad transitoria o permanente. Las mayores de 35 años tienen menos probabilidades de recuperar la fertilidad. Puede deberse a que entre los 30 y los 40 años se reduce el número de óvulos en reserva, por lo que es mayor el porcentaje de óvulos destruidos¹⁷.

Según algunos autores refieren que ellas perciben su calidad de vida de manera pesimista, temen que ésta haya empeorado y suelen sentirse más vulnerables a los problemas de salud. Este grupo manifiesta que para ellas es un problema importante renunciar a la maternidad biológica⁶. No hay información clara de cuantas mujeres con cáncer de mama tratadas se les produce infertilidad, pero se calcula, que un 42% de las mujeres jóvenes que padecen cáncer y que han recibido quimioterapia y/o radioterapia desarrollan un fracaso precoz de la función ovárica antes de cumplir los 30 años.

La quimioterapia puede causar una menopausia súbita. Es más probable que ello ocurra cuanto más cerca esté una mujer de su menopausia natural. En las mujeres jóvenes, la menopausia causada por la quimioterapia puede ser temporal o puede ser permanente, trayendo como resultado pérdida de fertilidad. Este es un súbito cambio físico, y trae consigo todos los síntomas de la menopausia¹⁸.

Son muchos los quimioterápicos que inducen amenorrea transitoria o amenorrea permanente la hormonoterapia (Tamoxifeno, Anastrozol, Letrozol, Exemestano, Goserelina, Leuprolina) empleada en el tratamiento del cáncer de mama producen amenorrea y disfunción sexual²⁰. Aun así, muchas mujeres pueden quedar embarazadas después del tratamiento. Debido a que muchos tipos de cáncer de mama son sensibles al estrógeno, ha habido la inquietud de que si una mujer ha recibido tratamiento contra el cáncer de seno, que los niveles hormonales elevados durante el embarazo podrían aumentar la posibilidad de que el cáncer regrese. Sin embargo, los estudios han reportado que el embarazo no aumenta el riesgo de que el cáncer regrese tras haber sido tratado exitosamente¹⁹.

Aun así, muchos médicos aconsejan a las sobrevivientes del cáncer de mama a que esperen al menos dos años después de completar todos los tratamientos para intentar quedar embarazadas, aunque no está claro el periodo de tiempo ideal que se debe esperar. Se considera que dos años les permitiría la oportunidad de encontrar cualquier cáncer recurrente en etapa inicial, lo cual podría afectar la decisión de una mujer de quedar embarazada. No obstante, este consejo no está basado en información que provenga de algún estudio clínico. Además otros estudios señalan que el cáncer de seno puede regresar después de los dos años de espera, pues cada caso es particular. La decisión de cada mujer está basada en muchas cosas, como su edad, fertilidad, su deseo de

embarazos, su tipo de cáncer de seno, su riesgo de una recaída temprana y el efecto potencial que el estrógeno puede tener en su riesgo de que el cáncer de seno regrese²⁰.

Las mujeres que reciben terapia hormonal, como tamoxifeno (actualmente dura 10 años), tienen el riesgo de que este medicamento podría afectar un feto en desarrollo, y suspenderlos antes de tiempo puede aumentar el riesgo de que el cáncer regrese²⁰.

En los últimos años se ha realizado la criopreservación de ovocitos para las mujeres con cáncer de mama y ha alcanzado resultados satisfactorios mediante la vitrificación de ellos, publicándose excelentes tasas de supervivencia, de fecundación y embarazo. Al criopreservar los ovocitos literalmente se “congela en el tiempo” el potencial reproductivo y da la posibilidad de conseguir un embarazo sano cuando la mujer así lo desee²¹.

Por otro lado aquellas mujeres que ya han pasado por la maternidad sufren intensamente ante el temor al desamparo de los hijos, reafirman su rol de sostén del hogar y sienten pánico por el futuro de sus hijos. Además provocan en las mujeres sentimientos de tristeza ante la posibilidad de dejar a su familia sin la figura materna, algunas mujeres ante esta misma situación las hace tomar decisiones para el futuro de su familia. Estos sentimientos de tristeza se entremezclan con sentimientos de culpabilidad por la dependencia que han creado en sus hijos².

2.1.3. Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren, Región de Valparaíso

El Hospital Carlos Van Buren, donde se realizó el estudio, es una institución pública de salud de alta complejidad, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio región de Valparaíso Chile, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad a través de un equipo multidisciplinario. El Hospital cuenta con 535 camas, de las cuales 30 camas están destinadas para Oncología, donde se realiza tratamientos de quimioterapia, radioterapia y braquiterapia, además cuenta con una unidad de quimioterapia ambulatoria y un policlínico para la atención ambulatoria.

El Hospital Carlos Van Buren es el Hospital base del Servicio Valparaíso San Antonio y de derivación del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, Servicio Salud Aconcagua para tratamiento de quimioterapia en cáncer de mama.

Además en el caso de radioterapia brinda atención a personas de la Región de Coquimbo, las personas ingresan por derivación de la atención primaria o por la unidad de emergencia.

En la unidad de quimioterapia ambulatoria del Hospital Carlos Van Buren tienen una capacidad para realizar doce quimioterapias, pero rotativamente alcanzan veinticuatro quimioterapias diarias de diferentes tipos de cáncer. La dotación de profesional de enfermería es de dos enfermeras de lunes a viernes.

Dentro del equipo de profesionales se cuenta con una psicóloga clínica la que recibe paciente por derivación médica, pero en casos muy complejos.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Aspectos sicosociales relacionados al cáncer de mama

Como ya se ha mencionado los cambios físicos que conlleva el cáncer de mama y sus tratamientos afectan al área emocional de estas mujeres. El cáncer de mama es una enfermedad que presenta diferentes situaciones de amenaza, generando desánimo psicológico, lo que puede generar ansiedad y un estado depresivo en la mujer. Se observan cambios en su estilo de vida causado por incomodidad física y alteración del concepto de su auto-imagen, llevando a baja estima y disminución de la libido sexual. También se percibe miedo en cuanto al éxito del tratamiento, así como la posibilidad de su recurrencia y el temor a la muerte. De los tipos de tratamiento, la mastectomía es, sin duda, el procedimiento más traumático de la terapia del cáncer de mama.

La ansiedad es un síntoma de incidencia bastante común en las mujeres tras el diagnóstico, durante el tratamiento y principalmente en aquellas que precisan someterse a cirugía. La ansiedad, a nivel elevado, puede provocar percepciones negativas en cuanto a las habilidades motoras e intelectuales del individuo. Esto, a su vez, interfiere en la atención selectiva y en la codificación de informaciones en la memoria, bloqueando la comprensión y el raciocinio. Varios estudios se realizaron en los últimos años con el objetivo de conocer la relación entre factores emocionales y la vivencia de las mujeres con cáncer de mama²².

Las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas

económicos; problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias y necesidad de trascendencia²³.

Las mamas son sin lugar a dudas uno de los aspectos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Éstas han desempeñado un papel importante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía, en la religión de los grupos étnicos y pueblos. Cuando este órgano es invadido por una enfermedad tan temida como el cáncer, ocasionando su pérdida, se producen cambios importantes en el estilo de vida de las pacientes¹.

Sumado al significado de las mamas y lo que implica su pérdida, someterse a una intervención quirúrgica es una de las experiencias hospitalarias más comunes, y también una de las más estresantes, al igual que algunos exámenes médicos de carácter aversivo. La ansiedad y temor asociados con la anticipación de una intervención, así como la preocupación y molestias asociadas con la recuperación tienen efectos en la reacción general del paciente ante la situación y en el curso que tendrá el proceso de restablecimiento¹.

Hoy, a pesar de los avances de la tecnología médica, el desarrollo prolífico de tratamientos alternativos de cáncer y el aumento constante del número de sobrevivientes a esta enfermedad, "cáncer" es símbolo arquetípico moderno de la desgracia y la muerte, es una palabra que evoca todavía las imágenes del sufrimiento, de la deshumanización y de la muerte²⁴.

El cáncer, por tanto, es una enfermedad socialmente marcada por el miedo, debido a la pérdida de control y a la mortalidad que en ocasiones conlleva. El diagnóstico de cáncer tiene un impacto emocional profundo en el individuo que lo padece habría que tener en cuenta no sólo el diagnóstico de cáncer como algo problemático, sino el significado que el individuo le atribuye a la enfermedad.

Frente al cáncer de mama existen patrones consistentes de la mujer respecto a la mastectomía amenaza de una enfermedad fatal, impacto de la pérdida de la mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa²⁵.

En el caso del cáncer de mama, la intervención quirúrgica se constituye en un estresor vital mayor, con efecto inmediato en la iniciación del proceso de representación del problema que hace la mujer. La persona activamente crea un problema mental que implica amenaza a su salud ya que los riesgos son severos y multifactoriales, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza de recurrencia e incertidumbre de la habilidad necesaria para hacerle frente²³. Además

el cáncer de mama no solo afecta a la mujer solamente, sino al núcleo familiar generando múltiples problemas en su entorno familiar y social.

2.2.2. Alteraciones de la dinámica familiar y de la mujer con cáncer de mama

La pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos de todo tipo, los cuales pueden ser variables en cada caso e inciden de forma significativa en la vida de estas mujeres y su familia trayendo consigo una serie de problemas a su entorno.

a) Problemas Familiares:

La mujer y la familia reaccionan al diagnóstico con miedo, hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan bien sea por un proceso de separación y/o aislamiento en general o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales²⁶.

Es de especial interés el apoyo y la comprensión que estas mujeres necesitan de las personas más importantes en sus vidas y sobre todo la de su esposo, ya que él representa un estímulo y aliento constante e imprescindible para sobreponerse a este dilema. Se debe tener presente además que la aparición de la enfermedad y su tratamiento puede afectar el status social de la paciente por la incidencia o repercusión que pudiera tener en su economía. Téngase en cuenta además que la enfermedad es vista como un presagio, no solo de la muerte y de un proceso doloroso hacia ella, sino también de mutilación tanto natural como postoperatoria.

b) Problemas Socio-Laborales

La incapacidad para volver al trabajo, la pérdida de la seguridad en el empleo, una eventual pérdida del progreso en su carrera profesional son hechos especialmente dolorosos para el ego de las mujeres²⁶.

c) Miedo a la muerte

La muerte ha sido siempre, y es, para el ser humano un tema de profundas reflexiones y meditaciones. La muerte es la pérdida total de las funciones vitales, es el destino inevitable de todo ser humano, se trata la etapa final de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha

de producirse. Puede ocurrir a cualquier edad, repentinamente o después de padecer una larga enfermedad²⁷.

A pesar de saber que algún día tendremos que morir, el hecho de pensar en nuestra propia muerte o en la de un ser querido resulta un hecho terrible, muy difícil de aceptar, que afecta a nuestra persona y nos genera mucha tristeza. En nuestra sociedad se ha convertido en un tema tabú.

Kubler y kessler señala que todos los miedos del ser humano tienen su origen en el miedo a la muerte y si aprendemos a mitigar ese miedo podemos enfrentarnos a todos los demás miedos con mayor tranquilidad²⁸.

d) Calidad de vida

Puede deducirse que este término es la expresión de un concepto mucho más amplio que el de su acepción puramente médica, el cual recoge las inquietudes del hombre acerca de cómo alcanzar una vida con mayor calidad y cuando esta no es idónea ni racional, puede dañar tanto la salud como el ecosistema. Uno de los elementos básicos a criterio de los autores, para garantizar la calidad de vida necesaria de las pacientes con mastectomía lo es sin duda la rehabilitación integral de estas. Uno de los elementos básicos a criterio de los autores, para garantizar la calidad de vida necesaria de las pacientes con mastectomía lo es sin duda la rehabilitación integral de estas²⁶.

2.2.3. Rehabilitación integral en mujeres con mastectomía

Según el Manual de Oncología Médica, la medicina física y rehabilitadora es aquella cuyo objeto es la prevención, diagnóstico y tratamiento de las secuelas de los procesos patológicos, así como de los defectos congénitos y de las minusvalías adquiridas, utilizando para ello agentes físicos y medios rehabilitadores a fin de conseguir la obtención por parte del individuo de sus capacidades físicas, psíquicas, laborales, económicas y sociales óptimas, según la entidad de la minusvalía. Se define como el tercer tiempo de la medicina, esto es, el tercer aspecto de la lucha contra la enfermedad²⁶.

El significado de la medicina rehabilitadora se encuentra en la recuperación de la capacidad potencial que existe en una persona inválida, incapacitada o inadaptada, mediante el estudio y aplicación de los diversos principios médico-quirúrgico, ortopédicos, fisiokinésico terapéuticos y de recalificación o calificación profesional que sean necesarios para que, independientemente del grado y la duración del déficit incapacitador o invalidante, el sujeto pueda utilizar al máximo sus capacidades²⁶.

La asistencia rehabilitadora debe ser multidisciplinaria, compuesta por un médico oncólogo, cirujanos plásticos, fisiatras, personal de enfermería, asistentes sociales y por un psicólogo. Es también importante la presencia de una persona cuidadosamente preparada y seleccionada que tenga la misma deficiencia física y que sirva de modelo positivo²⁶.

Los mayores problemas de rehabilitación pueden clasificarse como físicos, psicológicos y sociales. Con la ayuda y el aliento apropiado la mayor parte de las mujeres aceptan y aprenden a adaptarse a los efectos invalidantes potenciales o reales de la neoplasia. Los déficit funcionales, las complicaciones y los posibles efectos locales de los tratamientos constituyen con frecuencia el objetivo principal de los esfuerzos del equipo rehabilitador. Este déficit no influye solo sobre las funciones motoras y sensoriales, sino también, alteran la percepción de su imagen corporal, como en el caso de la mastectomía en el cáncer de mama se considera una mutilación.

La mutilación se trata de un sentimiento de pérdida de algo que estuvo presente en el cuerpo durante algún tiempo, de ahí el nombre de "fantasma" que indica el carácter enigmático, que aparece en el lugar de una parte inexistente del cuerpo. En la mastectomía aparece en el tórax, a menudo tienen una explicación fisiopatológica pero también psicossomática²⁹.

El miembro inexistente evoca la ausencia de una parte de sí mismo, de una pérdida definitiva e irreparable, es una forma de "no ver, no creer" en esa pérdida y, al mismo tiempo, el sufrimiento físico, muestra que en cierta medida la percepción de esa pérdida existe²⁹.

Mujeres con problemas de pareja tras la mastectomía. La mujer sabe que sus senos representan un gran atractivo sexual para el hombre. De aquí su preocupación por si enferma esta parte corporal y el gran terror que sienten cuando tienen que aceptar una mutilación por tratarse de una enfermedad maligna de la mama. La imagen corporal mutilada por la pérdida de una o de las dos mamas. La mutilación corporal por cáncer de mama despierta en la población un gran número de reacciones psicológicas de fuerte impacto emocional. El que es percibido como más agresivo por la mujer es la mastectomía radical, dado que la aceptación de la enfermedad es un proceso difícil y lento para ellas.

A pesar de los progresos en el control de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y recuperación de cáncer de mama, la realidad es que sigue generando situaciones potencialmente estresantes. La manera en las que personas manejan el estrés asociado a la enfermedad, puede jugar un importante papel para la adaptación a esta nueva realidad y en el mantenimiento en la calidad de vida afectada por el estado de salud. Más aun cuando esta enfermedad desde el área biológica lleva a una menopausia precoz y por sus consecuencias físicas, emocional, social, y familiar, ellas son las que requieren mayor capacidad de adaptación en la esfera emocional debido al cambio de su imagen corporal, que puede afectar sus relaciones de pareja y la infertilidad puede generar depresión especialmente cuando no hay hijos de por medio.

De gran ayuda han sido los psicólogos y psiquiatras que han estudiado el modelo Kübler-Ross, comúnmente conocido como las cinco etapas del duelo, fue presentado por primera vez por la psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) en su libro *On death and dying*, en 1969³⁰.

Este libro describe, en cinco etapas distintas, un proceso por el cual la gente lidia con la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica. Además, el gran mérito de este libro fue que expuso la necesidad de un mejor tratamiento a los individuos que están lidiando con una enfermedad fatal. Las etapas del duelo son negación, ira, negociación y aceptación²⁹.

2.2.4. Las etapas del duelo según Kübler-Ross

El proceso de duelo es altamente personal y no debe ser acelerado, ni alargado, por motivos de opinión de un individuo. Uno debe ser meramente consciente de que las etapas van a ser dejadas atrás y que el estado final de aceptación va a llegar.

1. Negación ante la enfermedad

En la mayoría de los estudios la negación inicial cumple con una función amortiguadora y se considera como una defensa provisional para afrontar la situación. Asimismo, varios investigadores señalan que la negación es una estrategia adaptativa para proteger a la persona de eventos, pensamientos, sentimientos o de información dolorosa o amenazante, permitiéndole un mayor tiempo para procesar la situación, lo cual disminuye la ansiedad.

2. Ira ante la enfermedad

La ira ante la enfermedad se encuentra reacciones emocionales de rabia, enojo, hostilidad y agresividad por haber perdido la salud. Se halla que la ira estaba dirigida hacia todos en general, hacia la familia, amigos y obstáculos que se encuentran. Kübler-Ross observó, de forma semejante, que la ira era dirigida contra la persona misma y su entorno tras una fase de negación.

3. Negociación con la enfermedad

Como también refiere Kübler-Ross, a la palabra estímulo pacto/negociación se asoció el llegar a un acuerdo con Dios, allegados o ellos mismos, prometiendo alcanzar metas personales, para prolongar la vida y recuperación. Asimismo se encontró que los pacientes y cuidadores primarios intentan pensar positivamente, dirigiendo su mirada a la espiritualidad y buscando una alianza con un Ser Supremo.

En este sentido, el pacto/negociación está relacionado con la posibilidad de alcanzar metas, deseos, expectativas y objetivos orientados hacia el futuro, lo cual otorga a las mujeres con cáncer y parientes una mayor motivación, fuerza y dirección. Las personas señalan que el pacto proporciona un sentido a la vida y a la existencia, asimismo da más fuerza ante la adversidad, promoviendo una orientación positiva. Esta orientación se manifiesta a través de mayores expectativas de vida y calidad de vida, esperanza de ser curado del cáncer, mayor control de los síntomas, no tener recaídas, reinserción en la vida social y laboral, disfrutar de la vida y morir con dignidad, entre otros deseos.

4. La depresión ante la enfermedad

Para la fase de depresión ante la enfermedad, se hallaron características como la presencia de tristeza, pensamientos negativos, deseos de muerte, aislamiento social y una actitud de claudicación ante la enfermedad. Se considera que la falta de fe en salir adelante es uno de los principales síntomas de la depresión. Además señalan que la depresión comienza como una imposibilidad de enfrentar adecuadamente la situación adversa, la cual tiene como base los miedos básicos del ser humano: el miedo a la muerte y a quedarse solo, produciendo un estado de desesperación, que al no ser controlado genera un cierto grado de desesperanza, lo cual constituye el punto de partida hacia la depresión.

5. La aceptación de la enfermedad

Para la aceptación de la enfermedad se encuentran características como una actitud responsable de lucha y supervivencia, tal como lo menciona Kübler-Ross; es decir, aceptar la enfermedad, pero sin que la persona se siente a observar pasivamente la misma. En esta fase el hecho de saberse enfermo constituye lo necesario para alcanzar un estado de salud estable. Kübler-Ross hacía énfasis en que aceptar la enfermedad no debía confundirse con la resignación. Las personas consiguen adaptarse a la enfermedad y al tratamiento, aunque manifiestan que esta percepción de equilibrio es inestable y que cada complicación crónica genera nuevos procesos de duelo, manifestados por sentimientos de ira y tristeza.

Las personas que estén atravesando estas etapas no deben forzar el proceso. El proceso de duelo es altamente personal y no debe ser acelerado, ni alargado, por motivos de opinión de un individuo. Uno debe ser meramente consciente de que las etapas van a ser dejadas atrás y que el estado final de aceptación va a llegar²⁹.

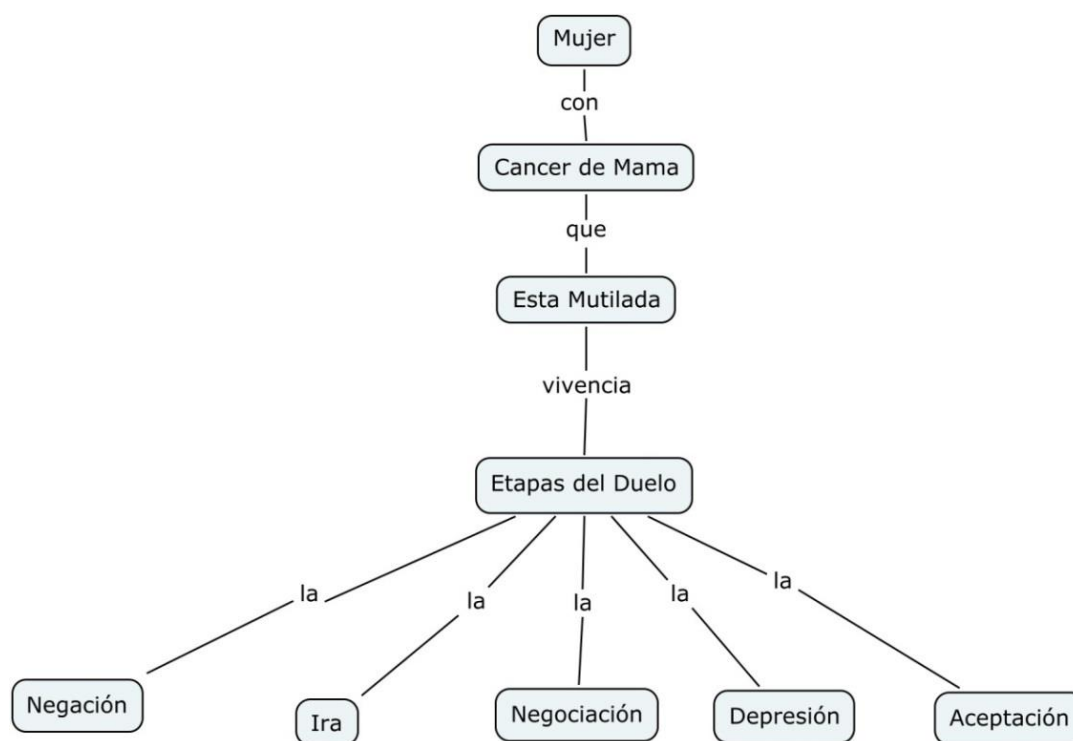


Fig. N°2: Representación de las etapas del duelo.

Es importante conocer en qué etapa del duelo se encuentra la mujer para poder intervenir, pero también debemos conocer las herramientas de afrontamientos que cuentan para la efectividad del tratamiento.

2.2.5. Conceptualización del afrontamiento

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud. Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial. En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas³¹.

Dichas definiciones implican los recursos personales del individuo para manejar adecuadamente el evento estresante y la habilidad que tiene para usarlos ante las diferentes demandas del ambiente que su condición implica. En este sentido, la definición de Lazarus y Folkman (1986) mencionada en estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica, continúa vigente y describe el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas³¹.

Los estilos de afrontamiento se perfilan actualmente como uno de los aspectos más prometedores en la intervención psicológica en salud. Es el esfuerzo cognitivo y conductual para manejar las demandas específicas internas/externas que son evaluadas como desbordantes para los individuos. Formas de afrontamiento dirigido a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad³².

El afrontamiento dirigido al diagnóstico es algo más que la simple solución del problema, que comprendería estrategias cuyo objetivo es modificar las presiones ambientales, los recursos, los obstáculos, etc.; en él también se incluyen las estrategias que hacen referencia a aspectos emocionales, entre las que Kahn y Col citan reevaluaciones cognitivas orientadas a la molestia, que consideran están dirigidas al interior de la persona³³.

En 1989 Moorey y Greer plantean un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “esquema de supervivencia” considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. También se asocia a las demandas específicas (o estresores) de una situación dada del cáncer (como por ejemplo el

impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación³⁴.

Según Watson y Greer en el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer)³⁵.

La Terapia Psicológica ayudante en mujeres con cáncer de mama desarrollada por Watson y Greer en 1988, la cual se fundamentó en la Terapia Cognitiva de Beck, estableció cinco categorías de respuestas psicológicas ante el cáncer.

Espíritu de Lucha. La aceptación total del diagnóstico, utilizar la palabra cáncer, estar decidido a luchar en contra de la enfermedad, intentar obtener la mayor cantidad posible de información sobre la enfermedad y adoptar una actitud optimista: en definitiva. Poder ver la enfermedad como un desafío. Ejemplos: El cáncer no podrá conmigo, intentaré hacer lo que sea para estar cada vez mejor. Estoy dispuesto hasta a ir a clases para aprender a relajarme y a pensar más positivamente. Al principio estaba desesperado, pero ahora estoy dispuesto a hacer lo que haga falta para vivir. Creo que la ayuda del médico me puede venir bien³⁵.

Desamparo/Desesperanza. Acobardado por el conocimiento del diagnóstico, encuentra difícil poder pensar en otra cosa; la vida diaria se ve interrumpida por el miedo al cáncer y la posibilidad de morir; en resumen, adopta una actitud totalmente pesimista. Ejemplos: No puedo hacer nada, estoy acabado. La mayor parte del tiempo me siento sin esperanza. Estoy muy angustiado por mi enfermedad y con ganas de llorar. No puedo apartarla de mi mente, no sé qué hacer³⁵.

Preocupación Ansiosa. Reacciona ante el diagnóstico con una marcada y persistente ansiedad, acompañada más o menos de Depresión, busca activamente información acerca del cáncer pero tiende a interpretarla de forma pesimista, se preocupa porque cualquier molestia o dolor pueda significar una extensión o recurrencia del cáncer. Puede buscar "la cura" de distintas fuentes incluyendo los denominados tratamientos alternativos, Ejemplos: creo que cada vez voy peor, me duele la espalda aquí, qué crees que puede ser, doctor. Sé que esto es cáncer, no puedo dejar de pensar en ello, voy a ir a ese señor que hace acupuntura y que alguien me informe sobre los tratamientos existentes, cree que eso me puede ayudar³⁵.

Fatalismo (Aceptación Estoica). Aceptar el diagnóstico, no buscar más información, adoptar una actitud fatalista. Usé lo que tengo, sé que es cáncer, pero voy a seguir lo más normal que pueda, puesto que sé que no hay nada que hacer. Es cáncer, no podré vivir con él intento no pensar acerca de ello, confié totalmente en lo que haga el médico³⁵.

Evitación (Negación). Se niega a aceptar el diagnóstico de cáncer o evita utilizar la palabra cáncer o admite el diagnóstico pero niega o minimiza su seriedad, que es una enfermedad amenazante para la vida y con un resultado impredecible y cualquier ansiedad que ésta despierte. Ejemplos: Los médicos me han quitado la mama como precaución. He tenido unas pocas células cancerosas, pero no es demasiado serio, no tengo porque preocuparme por esto³⁵.

La supervivencia, mediante el apoyo psicológico, se pretende que el sujeto se vaya adaptando a su nuevo estilo de vida, es decir; a su ambiente. Aquí se puede trabajar con algunas técnicas de la terapia humanista llamada logoterapia, que se encarga de dar a la persona que busque un sentido de vida. Estas técnicas son: el dialogo socrático que se busca que el paciente busque un sentido, y que busque lo que quiere, y lo que sea significativo para este. Así como también, que busque alternativas como los, "Grupos de apoyo y orientación religiosa. Los grupos de apoyo ayudan a muchos pacientes, y la orientación religiosa puede ayudarles también al proporcionarles cuidados espirituales y apoyo social³⁶.

2.2.6. Modelo de adaptación de Sor Callista Roy

Diversos autores han estudiado como viven las personas las experiencias de muerte, enfermedades terminales o catastróficas, como suele ser el cáncer en cualquiera de sus tipos como ya se ha señalado. En una orientación similar la enfermera Sor Callista Roy elaboró en 1970 el modelo de adaptación para comprender mejor los procesos que viven las personas frente a situaciones críticas. En su modelo los seres humanos (individuo o grupos)) son sistemas holísticos y adaptables³⁷.

Su trabajo se basó en otras teorías sicosociales particularmente en la teoría general de sistemas de A. Rapoport (1967), la que considera a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson (1947), la que hace referencia a las respuestas de adaptación que están relacionadas con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse³⁷.

El modelo de Callista Roy permite dar una visión de las áreas en que se pueden intervenir. Callista Roy define el metaparadigma enfermero de la siguiente forma:

- Persona: son sistemas holísticos y adaptables, con partes que funcionan como una sola unidad que se relaciona en forma permanente con el entorno cambiante. En 1999 Roy describió a la persona como el foco principal de la enfermería; el receptor de las asistencias que ofrecen estas profesiones; un sistema de adaptación complejo y vivo, compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación de los cuatro modos de vida (fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia).

- Entorno: según Roy es el conjunto de todas las circunstancias e influencias del desarrollo y de las conductas de las personas y grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. El entorno influye de tal forma que impulsa a la persona a reaccionar para adaptarse.
- Enfermería: el objetivo de las enfermeras según Roy, es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y los grupos de personas en cada de uno de los cuatro modos de adaptación, contribuir así a tener una buena salud, calidad de vida y una muerte digna.
- Salud: “es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo, con la capacidad de interrelacionarse la persona y su entorno en este proceso de adaptación”³⁷.

Las mujeres con cáncer de mama están expuestas a un sinnúmeros de estímulos que generan respuestas adaptativas o de afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivas que realiza una persona para atender las demandas ambientales los cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad³⁸.

En el caso de una persona diagnosticada con cáncer de mama recibe un estímulo llamado focal, que se refiere a aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe confrontar en forma inmediata, tales como una enfermedad o un evento externo y para lo cual requiere consumo de energía, luego entran en juego los estímulos contextuales, los que están presentes en la situación, y aunque no son el centro de atención o de consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal, pueden ser la reconstrucción mamaria, ganancia/pérdida de peso, cicatriz quirúrgica, cirugía, uso de prótesis mamarias, edad avanzada, ausencia de compañero sexual, vergüenza del cambio aparente, restricción en las actividades, cambio en el papel de madre, cambios en la relación conyugal, quimioterapia y otras cirugías³⁸.

Los estímulos residuales son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados. Estos pueden ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas. En el momento en el que se conoce cómo están actuando en la situación se vuelven contextuales³⁸.

Frente al estímulo focal se generan respuestas adaptativas las que Roy las clasifica en cuatro respuestas o modos.

1. Respuesta fisiológica: implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación (oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, equilibrio de líquidos y electrolitos, función neurológica y endocrina).
2. Respuesta en función del rol: implica conductas de como la persona interactúa con otras o con la sociedad en una situación concreta, se puede clasificar en primario, secundario y terciario.
3. Respuesta en las relaciones de interdependencia: se centra en las relaciones cercanas de las personas, persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (atención, afecto y búsqueda de ayuda) y conductas independientes (iniciativa y satisfacción laboral). Estas conductas se evidencian en la satisfacción de la persona en relación al amor, educación y afecto.
4. Respuesta relacionada con el autoconcepto: se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo (identidad física, identidad personal, identidad moral y ética)³⁷.

Estas respuestas que se observan en las conductas, frente a un estímulo focal como es el diagnóstico y consecuencias del cáncer de mama.

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación³⁹.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas regulador y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona³⁹.

El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso³⁹.

El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el enfrentamiento de los estímulos. Este proceso se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales internos y externos. Según Roy, la cognición se relaciona con "las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar"³⁹.

Las personas utilizan distintas estrategias para enfrentar la enfermedad estas son: las estrategias comportamentales buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible de modificar. Pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar ante el estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente. Las estrategias afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera. Se manifiestan con la expresión de sentimientos frente a sí mismo y a los demás. Las cognitivas pueden ser de dos tipos: aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación negando su gravedad o ignorándola, y las que, por el contrario, se enfocan en la situación y se ocupan de ella. Las personas intentan mantener el control de las situaciones percibidas como difíciles mediante la utilización de respuestas racionales, en donde están presentes estrategias comportamentales y cognitivas que permiten dar solución a la situación³⁸.

La capacidad y las estrategias de afrontamiento hacen visibles las características personales relacionadas con los pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales propias de un ser holístico quien, al utilizar los recursos de afrontamiento innatos y adquiridos, busca adaptarse a un ambiente cambiante. Su identificación permite a las enfermeras identificar en las mujeres estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado³⁹.

A continuación el esquema siguiente, de elaboración propia resume el modelo de Roy.

Modelo de Roy y estrategias de afrontamiento

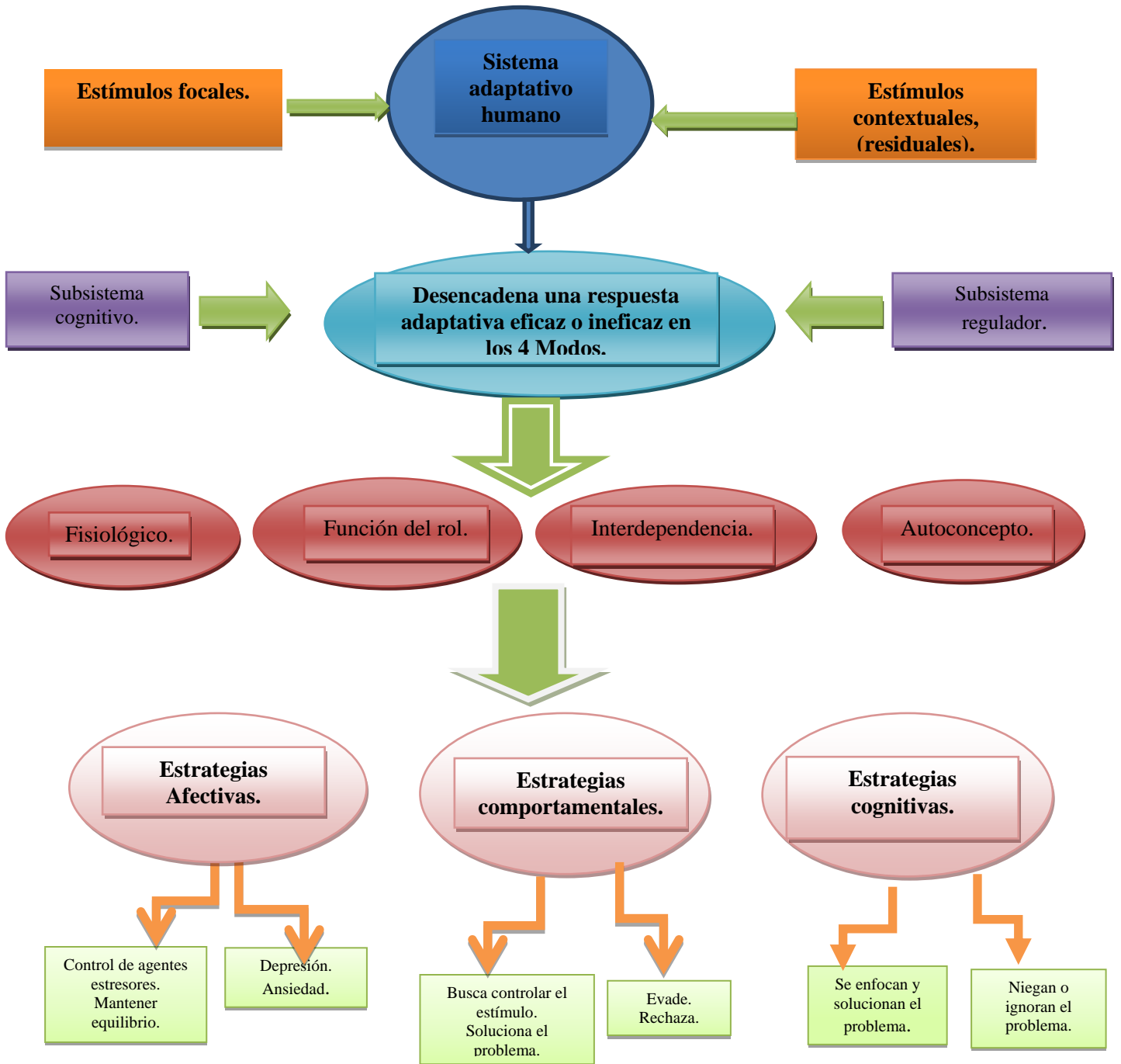


Fig. N° 3 Estrategias de afrontamiento.

Los estímulos positivos mejoran el proceso de afrontamiento y la adaptación de las mujeres con cáncer de mama, es importante del apoyo de la familia y en especial de la pareja, el sentirse querida genera un refuerzo positivo hacia la enfermedad y el tratamiento. Los estímulos negativos influye en el proceso como los cambios físicos, miedo a la muerte y al tratamiento, cambios de roles. El profesional de enfermera juega un papel muy importante porque debe reconocer las herramientas de afrontamiento que cuenta la mujer con cáncer y su familia lo que permitirá lograr una adaptación integrada, en este punto es importante la educación y la orientación con respecto al diagnóstico, tratamiento y cuidados.

Un afrontamiento inadecuado en una situación de estrés puede llevar a la aparición de estados emocionales negativos y de enfermedades, es por esto es necesario el apoyo de un equipo multidisciplinario para afrontar el diagnóstico y permitir utilizar las herramientas que dispone la mujer con cáncer para lograr la adaptación integral. La enfermera debe evaluar cuales son las herramientas de afrontamiento que cuentan las mujeres con cáncer de mama en edad reproductiva para intervenir en el proceso de adaptación de ella.

El proceso de adaptación a un diagnóstico como es el cáncer, requiere estrategias de afrontamiento y evaluar las herramientas que cuenta la persona para adaptarse a la enfermedad, estas pueden ser la familia, el entorno laboral, la religión los amigos etc. Para lograr mejorar la calidad de vida de la mujer⁴⁰.

A continuación, para ejemplificar el modelo adaptativo y las cuatro respuestas o modos descritos en el modelo de Roy, se hace una descripción de lo que ocurre en cada uno de ellos cuando una mujer es diagnosticada de cáncer de mama.

2.2.6.1. Proceso de adaptación: respuesta fisiológica

Pertenecen los aspectos físicos de sistemas humanos. El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos finos, órganos, y sistemas que abarcan el cuerpo humano, tiene nueve componentes: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, protección, líquidos y electrolitos, sentidos, función neurológica y función endocrina⁴⁰.

Se ha encontrado que las mujeres están atravesando más de un efecto secundario frente al tratamiento que están recibiendo quimioterapia y que hay modificaciones en sus estilos de vida.

Entre los efectos secundarios presentes en el estudio están la disminución del apetito, la fatiga, las náuseas, vómitos, son factores que influyen directamente con la falta de apetito, cuando se está

con un tratamiento de quimioterapia algunos de los principales pilares, son la dieta balanceada y la hidratación, por lo cual es muy importante que se alimente según su tolerancia. Las náuseas y los vómitos son los efectos secundarios más comunes de la quimioterapia. La frecuencia y su gravedad dependen de los medicamentos que se esté recibiendo y de su estado general. Pueden comenzar durante el tratamiento y duran unas horas. Cerca de la mitad de todas las personas que están en quimioterapia se sienten mareados antes de que comience el tratamiento, a esto se le llama náusea anticipada y la mejor manera de manejarla es administrar antieméticos previos al tratamiento (siempre con indicación médica) y utilizar técnicas de relajación⁴¹.

También se puede observar en la mayoría de las pacientes, presencia de dolor y modificación de sus estilos de vida. El dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que impide que la persona tenga una buena calidad de vida. La mayoría de las personas diagnosticadas de cáncer tienen miedo a sufrir dolor y siendo ello comprensible, hay que señalar que no todos los tipos de cáncer producen dolor. En el caso de que haya dolor durante la enfermedad, éste puede ser causado por la propia enfermedad o ser un efecto secundario al tratamiento. La quimioterapia también puede afectar a los órganos del sistema nervioso, produciendo una “neuropatía periférica” que se manifiesta como una sensación de adormecimiento u hormigueo de las manos y/o pies, ardor en el cuerpo, torpeza, dificultad para levantar objetos al provocar debilidad muscular⁴¹.

Otro cambio que notaron las personas es el cansancio, debilidad o un aumento de horas de sueño. Esto es producto de la anemia, la médula ósea también se puede ver afectada por la quimioterapia, ésta disminuye su capacidad para fabricar glóbulos rojos, los cuales son los encargados de llevar el oxígeno a todo los tejidos del cuerpo, por lo tanto, los tejidos no obtienen el oxígeno necesario para realizar su trabajo. Debido a esto se puede sentir débil y cansado, algunas personas también sienten vértigos, escalofríos y falta de aire⁴¹.

Los pacientes desarrollan una respuesta adaptativa, producto de a su nueva situación de salud, por lo que es fundamental que previo a su primer ciclo de quimioterapia, reciba una educación e información que ayudará al paciente, su familia y amigos a entender la enfermedad y del tratamiento, generando así más confianza, tranquilidad y cercanía con su nueva condición⁴¹.

2.2.6.2.1. Proceso de adaptación: respuesta en relación al rol - de pareja

En el hombre, la mama desempeña un papel esencial en la creación de los vínculos estrechos y prolongados con los padres que caracterizan a la infancia. Ese vínculo que en los animales puede ser más o menos duradero, es en la especie humana, el principio del proceso de socialización. La mama tiene en la sociedad de nuestro tiempo un valor de primera magnitud como órgano sexual. De ahí que en el cáncer de mama se produzca una dura amenaza sobre esta actividad y su

componente afectivo, en el que tiene un papel primordial la representación de la propia imagen ante uno mismo y ante los demás⁶.

Thomas refiere que el tratamiento del cáncer ha llegado a ser un problema excesivamente técnico, basándose casi totalmente en las ocupaciones y actividades del ambiente hospitalario, e implicando un tremendo esfuerzo de profesionales altamente especializados, que aun cuando son responsables en compartir el problema de la mujer, trabajan, a veces, de una forma impersonal, distanciándose de la mujer como persona. Muchos de estas personas, aturcidos por el diagnóstico, sufren de numerosas pérdidas y molestias. Pasando de un lugar a otro, de un procedimiento médico detrás de otro, siendo la experiencia desconcertante y amenazadora. Es obvio que se necesita algún tipo de terapia para aliviar el estrés psicológico y los trastornos psiquiátricos que aparecen relacionados con el cáncer. Tal terapia debe ser aceptable para los enfermos (y, en la medida de lo posible, para sus cónyuges), relativamente breve, fácil de realizar dentro de las ocupaciones de los departamentos de oncología y, naturalmente, que sea eficaz⁴³.

La terapia psicológica basada en la Terapia Cognitiva de Beck establece que la morbilidad psicológica relacionada con el cáncer está determinada no sólo por las consecuencias reales del cáncer sino también por dos factores cruciales; 1) el significado personal de la enfermedad, es decir, cómo percibe la mujer el cáncer y las implicaciones que esto tiene, y 2) por las estrategias de afrontamiento del enfermo. Esto es, lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza que le supone el cáncer. Estos factores están influidos, a su vez, por la calidad del soporte emocional que le proporcionan la familia y los amigos así como los médicos y enfermeras que cuidan al enfermo⁴².

La Terapia Psicológica se focaliza sobre el significado personal del cáncer para el enfermo y sobre sus estrategias de afrontamiento. En la terapia, se considera que la mujer no padece una enfermedad psiquiátrica, sino que son individuos normales psicológicamente, aunque vulnerables, que se han visto sobrepasados. La terapia se realiza individualmente, aunque si se considera apropiado, se incluye al esposo o compañero en alguna o en todas las sesiones.

En la terapia es muy conveniente la participación del esposo o compañero. El cáncer de mama afecta no sólo a la mujer sino también al marido, el cual, a su vez, influye sobre el proceso de ajuste de ella, ellos están intrínsecamente enlazados en el proceso de afrontamiento. En las sesiones conjuntas de terapia, se anima a ambos cónyuges a que se comuniquen abiertamente sus pensamientos y sentimientos, con el fin de lograr una mayor comprensión de las necesidades de uno y otro y, por lo tanto, conseguir un apoyo emocional mutuo. Debe hacerse hincapié en que el apoyo emocional mutuo es el objetivo de todas las sesiones de terapia en conjunto. Aunque está claro que la paciente se beneficia de todas las formas de apoyo que le pueda proporcionar su pareja, hemos observado en la práctica clínica que para las mujeres con cáncer de mama que se sienten unas víctimas desamparadas, resulta a menudo una revelación el aprender que su pareja, también está estresada, en ocasiones demasiado, y que necesita su apoyo emocional. El

comprobar que ella es aún necesaria aumenta, en buena medida, su autoestima. La pareja también puede actuar como coterapeuta, sugiriendo y animando a la enferma a realizar actividades que le proporcionen un sentimiento de logro y placer. El impacto del cáncer es, sin duda, uno de los acontecimientos más estresantes en la vida de una pareja. En qué medida esto afecta a las relaciones entre ambos cónyuges depende de la calidad de las mismas antes de la enfermedad. Pueden mantenerse unas buenas relaciones maritales y sexuales, e incluso pueden fortalecerse, cuando el impacto del cáncer obliga a ambos miembros a plantearse que es lo realmente importante para ellos y que no lo es. Por otro lado la existencia de unas malas relaciones antes de la enfermedad, pueden llevar a la ruptura matrimonial si no se realiza una psicoterapia intensiva, y en muchos casos a pesar de ella. Nunca se recalca suficientemente la importancia que tiene el apoyo emocional en el caso de las mujeres con cáncer de mama⁴².

Existe una investigación en calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama, se estudió un grupo de dieciséis pacientes cubanas, sometidas a cirugía y tratamiento por cáncer de mama con sobrevida mayor al año para evaluar el impacto del diagnóstico, la cirugía y el tratamiento concomitante en su calidad de vida donde la aceptación por la pareja es también importante, ellas no sabían cómo sería aceptada su nueva imagen y cómo ésta influiría en su vida conyugal. Algunas reconocieron resistencia a la aproximación y rechazo a su compañero como respuesta a los resultados adversos de la cirugía y el tratamiento. Sin embargo, todas las pacientes reconocieron la importancia de su pareja y la familia como fuente de apoyo en la recuperación de la enfermedad. La reacción de la pareja fue un factor determinante, de gran importancia, para la siguiente vida afectiva y adecuación sexual de la pareja. Como se planteó anteriormente, dos de las pacientes se separaron de sus parejas luego de la enfermedad, la que sirvió de desenlace a conflictos previos. Estas pacientes rehicieron su vida matrimonial un tiempo después con buena aceptación de sus nuevos compañeros. Todas las pacientes manifestaron mayor apoyo en el desempeño diario y comprensión por parte de sus parejas, aunque en algunos casos apreciaron sobreprotección⁴³.

2.2.6.2.2. Proceso de adaptación: respuesta en relación al rol - de la maternidad

Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, son el sostén del hogar, pero este se ve amenazado por el proceso de la enfermedad y temen dejar el hogar sin la figura materna. La mayor preocupación para estas pacientes son los hijos, temen dejarlos sin el acompañamiento de ellas, sufren y se preocupan por su futuro, el no poder estar cuando necesiten de su orientación y colaboración materna⁴⁴.

En las mujeres más jóvenes con cáncer de mama, los síntomas menopáusicos producidos por la terapia contribuyen a una percepción más precaria de su salud y su calidad de vida.

Por otro lado la Herencia según el National Cancer Institute de los EE.UU. se refiere a los rasgos o tendencias traspasadas por parientes en nuestros genes, mientras que los ambientales incluyen las condiciones en que vivimos, todo lo que comemos, respiramos, y que entra en contacto con nosotros. La mayoría de los investigadores cree en la actualidad, que la múltiple exposición a elementos carcinógenos o a "agresiones" de diversos órdenes causa mutaciones genéticas que desembocan en el cáncer. En personas que genéticamente ya tienen predisposición, se requieren pocas exposiciones a carcinógenos para que se dispare el cáncer. Sin embargo, aunque los genes cumplan su rol como condicionantes del cáncer, los factores ambientales día a día muestran tener un peso francamente significativo en su desarrollo⁴⁵.

2.2.6.3.1. Proceso de adaptación: respuesta a las relaciones de interdependencia - la familia

La familia al enfrentarse al diagnóstico de cáncer de mama presenta comportamientos de miedo, asociados al hecho de que la enfermedad es considerada mortal o por la imposibilidad de cura. Así, los familiares, en la mayoría de los casos, demostraron reacciones ineficaces, afectando el equilibrio y la dinámica familiar⁴⁶.

No es fácil aceptar un diagnóstico de cáncer, independientemente de los conocimientos que se pueda tener sobre la enfermedad. El impacto del diagnóstico afecta no sólo a la mujer, sino a todos los miembros de la familia⁴⁶.

El diagnóstico de cáncer ocasiona, inmediatamente, un impacto en la familia de la persona acometida por la enfermedad y en su círculo de amistades. El diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis, tanto para la persona afectada como para su familia, reflejándose en el ambiente social en que está inserta⁴⁶.

Desde esta perspectiva, el diagnóstico de cáncer ocasiona un desequilibrio en la familia, por asociar el cáncer a una enfermedad que generalmente causa la muerte y también por el miedo a los procedimientos terapéuticos y los cambios que conllevan⁴⁶.

Así, la familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio familiar podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación de la mujer. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio, influenciando, de forma negativa, su recuperación⁴⁶. La familia es el principal soporte del enfermo. Tras el diagnóstico, toda la familia debe unirse y hacer frente a una serie de emociones y cuestiones sobre su vida y el futuro. El cariño y apoyo que el enfermo recibe de su familia es primordial. Los lazos de apoyo son relaciones dentro de un grupo de personas, miembros de la familia, amigos u otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo permiten que estas mujeres logren un proceso de

adaptación. Ellas han recibido apoyo de la familia, amigos, de la iglesia y del trabajo lo que permite mejorar su proceso de aceptación⁴⁷.

La familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación del enfermo. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio, influenciando, de forma negativa, su recuperación⁴⁷.

2.2.6.3.2. Proceso de adaptación: respuesta a las relaciones de interdependencia - entorno social

Las relaciones interdependientes de importancia, pueden ser padres, esposos, amigos, Dios, miembros de la familia o aún animales. Estos significativos implican amarse, respetarse, valorarse, y alternadamente, ellos aman, respetan, y valoran un grado mayor que en otras relaciones⁸.

El modelo de adaptación de Roy, observa que cada sistema humano individual o colectivo se esfuerza por la integridad emparentada por cada una de estas áreas, con el objetivo de satisfacer las necesidades de afecto, desarrollo, y recursos para alcanzar la necesidad básica de la integridad emparentada del modo de la interdependencia. Este se relaciona con los procesos afectivos, de desarrollo, y de recurso con los que el individuo continúa creciendo como persona y como miembro que contribuye a la sociedad⁸.

Los lazos de apoyo son relaciones dentro de un grupo de personas, miembros de la familia, amigos u otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia. Otras definiciones especifican quienes pertenecen o no a la red de apoyo, son grupos de personas compuesto por el paciente en cuestión, su familia, aquellas relaciones sociales que brindan apoyo, vecinos, compañeros de trabajo, los profesionales que ofrecen servicio⁴⁸.

Las redes sociales otorgan a sus miembros apoyo afectivo, emocional, físico y en algunos casos económicos. Son una fuerza social, llegan a ejercer gran impacto en la sociedad⁴⁸.

En el proceso de adaptación influye el escenario sociocultural representado por dos condiciones: el apoyo social y los imaginarios simbólicos sobre el significado del cáncer, las cuales facilitan u obstaculizan el proceso de adaptación. Con respecto al apoyo social desde que las mujeres fueron diagnosticadas, se vieron beneficiadas por una red de apoyo conformada por la familia y las amistades que hacen parte del apoyo informal, y el personal de la salud que corresponde al apoyo

formal, que fue de tipo emocional, instrumental o material, valorativo y espiritual. El apoyo emocional, representado por la empatía, expresiones de amor y transmisión de confianza, constituyó el más sobresaliente, por cuanto las ayudó a salir de las crisis emocionales. El apoyo instrumental o material es aquel que provee bienes tangibles, es decir, comida, muebles, transporte, cuidados físicos, asistencia en casa, dinero y refugio; fue asumido por la familia al cuidar su cuerpo cuando no podían ejercer su autocuidado, y la atención del hogar, entre otras¹².

Al respecto, Lazarus reconoce que el apoyo social, cuando no se da adecuadamente, puede ser fuente importante de estrés y conflictos. En cuanto a las representaciones sociales sobre el cáncer, cuando las pacientes perciben el cáncer como “sinónimo de muerte”, “enfermedad que invade”, “come por dentro” y que puede “volver a repetirse”, inhiben la adaptación por los frecuentes desequilibrios emocionales y mentales durante el proceso. Desde el momento del diagnóstico, los fantasmas por la incertidumbre de estar sanas o enfermas, y la presencialidad, al sentir por momentos que el cáncer estaba en alguna parte de sus cuerpos, estuvieron presentes. En los resultados de otros estudios sobre el tema, emerge la incertidumbre, como algo que experimentan todas las pacientes durante y después de los tratamientos¹².

Por otra parte en el área laboral, las mujeres pueden también experimentar cambios. La reincorporación laboral puede verse alterada, identificándose mayores tasas de desempleo entre supervivientes de cáncer. Se han observado también problemas de discriminación laboral como despidos injustificados, ser transferido a trabajos menos deseables o limitación de responsabilidades laborales, aspectos que llevan a que las supervivientes se retiren anticipadamente del mundo laboral por sentirse infravaloradas. Esta situación conlleva una pérdida económica y repercusiones personales y familiares, sin olvidar los efectos psicológicos en cuanto que el trabajo significa una fuente de autoestima. Por otro lado, la pérdida del estilo de vida previo puede traer consigo un alejamiento de la vida social, con el consiguiente aislamiento social⁴⁹.

Las mujeres cuando se les realiza la mastectomía o la caída del pelo sienten miedo de ser discriminadas por su nueva imagen corporal en donde este comportamiento es un reflejo de una cultura que favorece la belleza perfecta, y el temor de la pérdida puede estar estrechamente relacionado con la vanidad de un cuerpo bonito, en donde la eliminación de la mama desencadena ansiedad, afectando enormemente la integridad de la mujer tanto física y psicológicamente⁴⁵.

En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física, los medios de comunicación y la presión social son algunos de los medios masivos que han influenciado en las mujeres a seguir una imagen ideal que en muchas ocasiones es difícil de alcanzar. En otras palabras, la imagen corporal se refiere a cómo se siente una persona con su aspecto físico y este a su vez involucra la autoestima que se percibe a la medida en que la persona se acepte, valore y lo orgullosa que pueda estar de sí misma⁴⁵.

2.2.6.3.3. Proceso de adaptación: respuesta a las relaciones de interdependencia - apoyo terapéutico

Evaluar la ansiedad en mujeres mastectomizadas es importante para la identificación de aquellas pacientes con mayor riesgo de desarrollar perturbaciones psicopatológicas en el transcurso del tratamiento²².

El equipo de salud fortalece a las mujeres con cáncer de mama la mayoría de las pacientes valoran el apoyo del médico, la enfermera y el psicólogo tratante, las describen como muestras de cariño y de esperanza, características que son determinantes para cumplir con el tratamiento. Es importante destacar, que el equipo de salud juega un papel relevante dentro del desarrollo de la problemática de los pacientes, en la gran mayoría de los casos, la relación que se presente entre ellos influye para que estas lleven con plenitud el tratamiento oncológico o por el contrario decidan desistir de continuar con las terapias⁴⁵.

El equipo de enfermería, que atiende a pacientes con cáncer de mama, tiene un papel fundamental en la preparación e indicaciones. Las mujeres afectadas con esta patología necesitan ser orientadas e informadas, idealmente junto con sus familiares para que tengan una comprensión clara de los objetivos del tratamiento y de sus consecuencias⁵⁰.

El apoyo informativo es suministrado por el personal de la salud y se centra en darles a las mujeres información sobre la enfermedad, los tratamientos y la rehabilitación. Al respecto Merle afirma: “el apoyo informativo ayuda a las familias a formar un esquema que contribuye a lograr la adaptación”¹².

Los profesionales de enfermería identificamos a la paciente como “un todo” cuyas necesidades en muchas ocasiones, la convierten en un gran conjunto de temores, dudas, angustias, que la hacen necesitar “una mano amiga”, una palabra de aliento, comprensión y orientación. Uno de los principales objetivos alcanzados con la visita de enfermera es reducir el nivel de ansiedad de la paciente, a través de la entrega de información clara y oportuna que contemple las acciones que serán desarrolladas durante en esta etapa⁵⁰.

En esta ocasión, la enfermera acoge, escucha y resuelve principalmente las dudas que las pacientes presentan al iniciar un tratamiento nuevo y desconocido. La enfermera entrega la información necesaria y tratará de reducir sus miedos, racionalizándolos e intenta erradicar los “mitos” asociados a la quimioterapia, con el fin de disminuir la angustia⁵⁰.

La enfermera oncóloga cuenta con el bagaje necesario que le permite abordar al paciente y afrontarlo de manera objetiva a lo que es su enfermedad y por ende su tratamiento dándole de esta manera solución a los enigmas sobre calidad de vida en mujeres con cáncer y poder contribuir positivamente al mejoramiento de esta misma. Desde el inicio del proceso la mujer y su familia reciben información cargada de emociones y expectativas; como por ejemplo la noticia del diagnóstico de cáncer, las alternativas de tratamiento y el pronóstico de vida aproximado; por lo cual, suelen estar muy ansiosos y por tanto menos capaces de tomar decisiones adecuadas y resolver sus problemas con coherencia. Mejorar la condición de salud de la persona hace referencia a la labor asistencial que realiza la enfermera con el fin de ayudarlo a superar de una manera menos drástica los problemas que se producen tanto a nivel individual (físico y mental), como a nivel social, debido a los cambios en su imagen corporal y a su nueva forma de ver la vida durante la enfermedad. La enfermera oncóloga por su amplia gama de conocimientos intelectuales y su complejo sentido de humanización, puede contribuir positivamente a sobrellevar y resolver los problemas producidos por el cáncer de seno y por los tratamientos instaurados; mediante una escucha atenta que permita a la persona y a la familia expresar sus sentimientos, una óptima educación individual y grupal; acerca de la forma en la cual pueden disminuir los efectos, la comprensión y atención en las diversas situaciones presentadas. Además el personal de enfermería en estos casos puede actuar como intérprete y servir de puente informativo gracias a su idónea experiencia y brinda apoyo con palabras tranquilizadoras y sencillas debido a la complejidad de esta enfermedad⁵¹.

Las terapias complementarias tienen como objetivo ayudar a que, la mujer, enfrente y tolere lo mejor posible su tratamiento, que disminuya la angustia, tensión y ansiedad que aparece en la mayoría de los casos, y que logre una sensación de bienestar y armonía interna durante todo el proceso de su enfermedad. Terapias complementarias tienen como objetivo ayudar a que, la paciente, enfrente y tolere lo mejor posible su tratamiento, que disminuya la angustia, tensión y ansiedad que aparece en la mayoría de los casos, y que logre una sensación de bienestar y armonía interna durante todo el proceso de su enfermedad⁵⁰.

Se resalta, además, la importancia de un apoyo multidisciplinario desde el momento mismo del diagnóstico, donde por supuesto, es fundamental la participación del Profesional de Enfermería por el enfoque biopsicosocial que otorga al individuo. No debe olvidarse además que la enfermera no sólo cumple un rol asistencial, sino que también el rol de educación, gestión, administración e investigación².

2.2.6.4. Proceso de adaptación: respuesta en relación al autoconcepto

La adaptación al padecimiento de un cáncer, se ha definido como un proceso continuo en el cual la persona tiene que manejar su propio sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relativos a la enfermedad, y “recuperar” el control sobre los acontecimientos de su vida.³⁹

El cáncer de mama característica particular es el órgano que afecta que es la mama, órgano estrechamente relacionado con el sentido de feminidad de la mujer y que cuando es necesario por procesos patológicos se le extirpa (mastectomía) como parte del tratamiento. Es así que en una mujer que padece cáncer de mama no solo se ve afectado el área fisiológica sino también, y con mayor importancia, la autoestima, su identidad como mujer, afectando sus relaciones interpersonales⁴¹.

En el estudio de Sebastián J; Manos D. refiere que la mayoría de los tipos de cáncer tienen secuelas físicas importantes y en muchos casos el tratamiento necesario (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) produce alteraciones corporales significativas, se ha venido prestando especial atención en la literatura al tema de la imagen corporal. Además, el pecho de la mujer está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; por último, el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos. Además, no hay que olvidar que, en las sociedades occidentales, la imagen física de las mujeres constituye una parte importante de su valoración social, y es un componente importante de su identidad personal. Por ello, se comprueba una mayor susceptibilidad de las mujeres frente a los varones en el tema de su imagen o atractivo físico y de su propio valor, que también se pone de manifiesto en el tema que nos ocupa⁵.

Por otra parte, y desde el campo de la psicología, la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo. La imagen corporal se concibe además como parte del autoconcepto, que puede entenderse como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa. La autoestima es otro aspecto del autoconcepto y se refiere a una actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo⁵.

Zwingmann, Müller, Körber & Murken mencionan que luego de un diagnóstico como el del cáncer de mama, la paciente se enfrenta a situaciones estresantes, temores, miedos e incertidumbre que exigen un ajuste psicosocial a la enfermedad y estrategias de afrontamiento que le ayuden a mantener la esperanza, el sentido de control, de significado y propósito en la vida. Para muchos, la religión y la espiritualidad juegan un papel importante en la forma en que se enfrentan a una crisis: las creencias religiosas y sus prácticas son un recurso comúnmente utilizado para obtener fuerza y consuelo ante la enfermedad. Es en este sentido que la investigación al respecto busca entender la relación entre religiosidad y espiritualidad y la salud o la enfermedad.

En la medida en que se aproxima el final de la vida, los individuos religiosos al parecer experimentan bienestar, satisfacción y afecto positivo y mayores actitudes de consuelo ante la muerte; de igual manera, una mayor participación religiosa parece estar asociada con un estilo cognitivo de mejor adaptación a situaciones difíciles²³.

La dimensión religiosa o espiritual del hombre es incuestionable y por eso debe ser considerada como un aspecto importante ya que las creencias religiosas le permiten, a la paciente, describir un sentido a su vida, a la enfermedad y su posible desenlace con lo que aumenta la tolerancia. Ahora una persona que cree en un ser omnipotente, justo y misericordioso, tiene muchísima más probabilidad de vivir, pues, como dicen, la fe mueve montañas⁸.

El apoyo espiritual basado en su creencia en seres espirituales, fue vital, puesto que con la estrategia de apoyarse en seres espirituales, las mujeres entregaron la enfermedad, se liberaron de una gran carga emocional, adquirieron fortaleza y tranquilidad, pues sentían que iban a ser sanadas por estos seres. La religiosidad y espiritualidad al parecer proveen un soporte para la aceptación y contribuyen a darle un sentido a la vida de los individuos en experiencias adversas¹².

El modelo de adaptación de Roy describe las modificaciones que realiza las personas para adaptarse a situaciones nuevas, buscando estímulos en su entorno, para desarrollar estrategias de afrontamiento para lograr la adaptación. La enfermera tiene un papel fundamental durante el proceso de la enfermedad para lograr la recuperación y facilitando el afrontamiento y lograr la adaptación a su nuevo estilo de vida, para ello es importante que las personas sean orientadas al igual que la familia y comprendan el tratamiento.

El Modelo de Adaptación de Roy se puede aplicar en las mujeres con cáncer de mama mastectomía en edad reproductiva, esto posibilita integrar cambios en los procesos de adaptación que se reflejan en las investigaciones tales como mujeres mastectomía sobre la adaptación del proceso de auto-físico y yo personal, el análisis de los resultados se basó en la caracterización de los sujetos y en el proceso de evaluación de la propia personal y auto-físico. Los resultados mostraron que las mujeres adoptaron como mecanismo de defensa: la negación, el rechazo, la ira, el miedo, el dolor, la depresión, hasta que entran en la fase ajuste. El estado emocional también se ve afectada como consecuencia del diagnóstico, el curso tratamiento, la desfiguración causada por la enfermedad, la incertidumbre pronóstico, la preocupación por familiares y condiciones de vida. La presencia de Dios es notable en todo el proceso, estos aspectos si no son intervenidos y afectan el proceso de adaptación de las mujeres⁵².

Otras investigaciones donde se utiliza el modelo de Roy como la de comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. El miedo estuvo presente entre los familiares durante el descubrimiento del cáncer y frente a la noticia de la cirugía, se observaron deficiencias en las orientaciones a los familiares, muchas veces dejados de lado en el tratamiento. Estos

manifestaron, generalmente, comportamientos ineficaces⁵³. El cáncer de mama y la consiguiente mastectomía ocasionan impacto en la familia, extendiéndose a los amigos. Es importante el apoyo a la familia y su preparación para afrontar situaciones difíciles como el cáncer de seno en uno de sus integrantes se constituye en una intervención que contribuye positivamente al proceso de adaptación.

Un estudio llamado propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación afrontamiento basado en el modelo de Roy, se revisan y analizan planes de cuidado publicados, se identifican los modos de adaptación afectados según los diagnósticos presentados, para concluir con la propuesta de cuidado domiciliario con apoyo de tipología de problemas de adaptación y taxonomía para enfermería, establece que la intervención de enfermería permite la adaptación de la persona en las cuatro áreas fisiológica, autoconcepto, función del rol e interdependencia ayudándolo a responder adecuadamente o con un nivel de adaptación integrado⁵⁴.

La investigación basada en el nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama refiere que la adaptación de las mujeres que han padecido cáncer de mama es un proceso dinámico, enfrentan múltiples desequilibrios que afectan sus dimensiones emocional, física, mental y social. Se pudo conocer el nivel de adaptación y afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en su mayoría presentan un nivel de adaptación integrado y compensatorio, la motivación de la familia corresponde una fuente de apoyo que le permite darle sentido a la vida y seguir luchando⁵⁵.

La investigación de los aspectos psicológicos en el paciente superviviente. El área socio-laboral se experimentan duelos; para alguna de las personas que han atravesado un proceso de cáncer y como consecuencia del mismo, se ha visto interrumpida su trayectoria profesional, con la consiguiente pérdida económica y las repercusiones que conlleva la misma a nivel personal y familiar; sin olvidar por ello los efectos psicológicos en cuanto a que el trabajo significa una fuente de valorización. Con frecuencia se producen discapacidades tanto por efectos de la propia enfermedad como de las repercusiones permanentes físicas de la misma; por un lado, las dificultades económicas que se producirán y por otra parte, solicitar una incapacidad laboral en ocasiones es vivenciado como una representación de sí mismo como incapaz e impotente, sintiéndose fuera del espacio social reservado a "los útiles". Si junto a ello aparecen deterioro y desfiguraciones físicas, no es infrecuente encontrar el desencadenamiento de situaciones depresivas. Estas pérdidas del estilo de vida previo traen consigo un alejamiento de la vida social⁵⁶.

Otro estudio los factores de estrés en el cáncer de mama post-tratamiento: un enfoque cualitativo. Los resultados indican conflictos autoimagen y alteración en la sensación de autonomía con, temen en relación con la evolución de la enfermedad, los sentimientos de culpa por el desorden generado en la familia, la experiencia de situaciones sociales perturbadoras y el deseo de regresar

a su profesional ocupación. Estos resultados ponen de manifiesto la existencia de factores de estrés en esta fase y la importancia del apoyo ofrecido por los servicios de rehabilitación psicosocial para esta población⁵⁷.

Muchas veces el rol de pareja se ve alterado debido al diagnóstico, el marido es una fuente de apoyo muy importante en las mujeres, pero deben ser orientados con respecto a la enfermedad, es importante trabajar con ambos para lograr la adaptación. En la investigación ajuste del rol entre el cuidador y el que recibe el cuidado durante la transición una ilustración de la función del rol del modelo de Roy, explica las dificultades de los cuidadores al asumir nuevos roles y destaca la importancia de la información y el apoyo del equipo de salud para la transición de roles y el cuidado del familiar⁵⁸.

2. 3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.3.1. Objetivo general

- Describir y analizar el proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama, en el servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren (HCVB) desde noviembre del 2014 a febrero del 2015

2.3.2. Objetivos específicos

- Describir la adaptación fisiológica de las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama.
- Describir la adaptación en función del rol de las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama.
- Describir la adaptación a sus relaciones interdependientes de las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama.
- Describir la adaptación al autoconcepto de las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama.

2.3.3. Descripción del sistema de variables e hipótesis

Según el enfoque de este estudio cualitativo descriptivo propuesto para dar cumplimiento a los objetivos de este, no corresponde el planteamiento de hipótesis ni de variables por lo tanto el investigador enuncia supuestos.

2.3.4. Supuestos

- 1) El diagnóstico de cáncer sumado a una mastectomía en mujeres jóvenes suele generar un impacto profundo en la persona y en sus relaciones.
- 2) El apoyo familiar es fundamental para el proceso de adaptación de una mujer con cáncer de mama.
- 3) El proceso de adaptación posterior a una mastectomía puede optimizarse con ayuda profesional

CAPITULO 3
MARCO METODOLOGICO

CAPITULO 3 MARCO METODOLOGICO

3.1. MARCO TETODOLOGICO

3.1.1. Tipo de investigación

Estudio cualitativo, descriptivo, para comprender desde el discurso de las propias mujeres mastectomizadas como viven el proceso de adaptación después de una mastectomía secundaria a un cáncer de mama.

El lugar que se desarrolló la investigación fue el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren, desde los meses de noviembre del 2014 hasta febrero del 2015.

3.1.1.1. Justificación del paradigma

Como la intención es indagar de manera intencionada el proceso de adaptación de las mujeres en edad reproductiva sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama, fue necesario realizar un estudio de tipo cualitativo descriptivo para obtener la mirada de los propios actores el proceso de adaptación que vivencian.

3.1.1.2. Unidad de análisis:

- La unidad de análisis fueron las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas en etapa reproductiva menores de 45 años de edad con o sin hijos que están en finalizando el tratamiento de quimioterapia en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.

3.1.2. Selección de las informantes

La selección de las informantes fue intencionada de acuerdo a criterios de accesibilidad y conveniencia de la investigadora.

Las informantes de este estudio fueron mujeres mastectomizadas secundaria a un cáncer de mama, en edad reproductiva con o sin hijos, con una edad máxima de 44 años y que se encuentran en su último tratamiento con Quimioterapia.

El método utilizado para la recogida de información fue la entrevista en profundidad semiestructurada. Este método permite comprender sobre lo que es importante en la mente de los informantes: sus significados, perspectivas y definiciones⁵⁹.

La muestra se constituyó entonces por mujeres en etapa reproductiva menores de 45 años con cáncer de mama sometidas a mastectomía que están en tratamiento en Oncología del Hospital Carlos Van Buren, que aceptaron voluntariamente previo consentimiento informado, participar al estudio y se aplica la escala de depresión de Beck.

Se realizaron diez entrevista a mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, de las cuales eran menores de 45 años con o sin hijos, las que describieron su proceso de adaptación ante la enfermedad.

Respecto a la pertinencia: el grupo cumple el perfil y la obtención de la información responde al grado de saturación de los contenidos rescatados en el desarrollo de la entrevistas y en relación al marco referencial que sustenta este estudio.

3.1.2.1. Criterios de inclusión

Mujeres menores de 45 años en edad reproductiva con cáncer de mama que fueron sometidas a una mastectomía y que están en tratamiento de quimioterapia

3.1.2.1. Criterios de exclusión

Como criterios de exclusión se consideró el rechazo voluntario al estudio o aquellas mujeres que según preguntas 1 y 2 del Cuestionario de Beck señalaron signos y síntomas de depresión.

3.1.3. Plan de trabajo

En una primera etapa se procedió a enviar al comité ética científico del Hospital Carlos Van Buren, los documentos exigidos para la aceptación una vez recepcionados, el comité estableció una fecha para presentar el proyecto en forma oral. La aprobación del comité (en anexo N°4) permitió pasar la siguiente etapa.

En la segunda etapa la tesista se entrevistó con la enfermera supervisora del servicio de oncología y el médico jefe del Servicio de Oncología para darle a conocer el estudio y concertaran la fecha de inicio de la entrevista y el lugar apropiado donde estas se realizarán.

3.1.4. Ingreso al campo

Realización y transcripción de las entrevistas fueron grabadas y duraron de cuarenta y cinco a sesenta minutos. Fueron transcripta por la tesista cada vez que se realizó una.

Las mujeres que se seleccionaron son aquellas que son atendidos en el Servicio Oncología por lo que el investigador ha tenido algún tipo de contacto con ellos, se coordinara un horario y el lugar para desarrollar esta entrevista que genere un ambiente de privacidad y tranquilidad.

Las entrevistas se realizaron en distintos días en un horario que les acomode y en lugar tranquilo, se le solicitó a cada persona la autorización, para usar grabadora durante la entrevista de manera de facilitar la transcripción de la información y minimizar la pérdida de datos y el lápiz y papel para apuntar ideas centrales que surjan en el desarrollo del tema.

Antes de iniciar las entrevistas se dio lectura al consentimiento informado para ser firmado, se enfatizó en la garantía del anonimato de cada entrevista y en la libertad para tomar decisiones de participar en el estudio.

En este plan de trabajo se tomó en consideración que la construcción del marco conceptual y teórico se iría enriqueciendo en el tiempo con nuevos aportes al tema y con las entrevistas a las mujeres con cáncer de mama.

3.1.5. Levantamiento de la información

Se realizó una entrevista en profundidad semiestructurada a mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía, que voluntariamente deseen participar en el estudio, que se estén realizando tratamiento de quimioterapia, esta se realizará a través de una pauta de preguntas.

La entrevista semiestructurada recolecta la información de los participantes a través de un conjunto de preguntas abiertas formuladas en un orden, para saturar los datos requiere una muestra relativamente grande⁵⁹.

La entrevista semiestructurada se estructuró de la siguiente forma:

- a) Datos generales para caracterización de las entrevistadas, que corresponde a identificar cada entrevista con un número correlativo, fecha de realización de la entrevista, edad, hijos, por cada paciente.
- b) Guión de preguntas, las que permite que el entrevistado exprese todos sus pensamientos, ideas, sentimientos y emociones de forma libre. Mediante la interacción social deja fluir su relato. Al término se plantea que de ser necesario, con posterioridad a la revisión de los relatos, se pudiera requerir nuevas entrevistas a modo de aclarar o profundizar en dichas expresiones.

3.1.6. Realización de la entrevista

Cada entrevista se produjo en un ambiente informal, situándose entrevistador y entrevistado en una sala convenida previamente. Los informantes responden a la guía de preguntas, se expresan con respecto al tema dejando plasmado el discurso de manera libre. Eventualmente se redirecciona el desarrollo de la entrevista agregando una pregunta aclaratorias del relato y encausadoras de la pregunta original. Los entrevistados mostraron un lenguaje comprensible.

3.1.7. Aspectos éticos

En una primera instancia se presentaron los documentos del estudio al Comité ético científico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, el cual fue aceptado para su realización. Cada vez que se ingresaba al campo se invitaba a las mujeres que cumplían con los criterios a participar en el estudio. Para mantener la confidencialidad, se asignó un código de identificación a cada informante o entrevistada, de manera que no pueda saberse quién es la persona de la que proviene la información. Las entrevistas serán grabadas y se realizarán, en una sala privada del Hospital. El tiempo de la entrevista será de aproximadamente de una hora, pudiendo ser necesario realizar otra entrevista si el investigador lo requiere.

Las entrevistas grabadas, se guardaron con un número del caso sin poner el nombre del entrevistado. Las transcripciones se dejarán en el computador del investigador con clave. Se eliminarán dos años después de terminado el estudio.

Para cautelar el rigor de los datos en cuanto a:

Credibilidad: se mostrará por escrito la transcripción de la entrevista correspondiente a cada uno de los informantes, los cuales deberán revisarlo y retroalimentarlo (de ser necesario) para luego firmarlo en caso de estar en conformidad con el contenido.

Suficiencia: el procedimiento empleado será la saturación de los datos, que se obtiene cuando nuevas entrevistas repiten lo ya conocido. La representatividad de la muestra fue por medio de la saturación del discurso, es decir cuando en la entrevista los datos aportados se repitieron sin encontrar elementos nuevos que contribuyeron a la comprensión del fenómeno. La saturación se produjo en la entrevista número diez.

3.1.8. Plan de procesamiento de la información

En esta fase se realizó la caracterización de las entrevistadas diseñando un perfil de la misma a través de la siguiente tabla a cada paciente se le asignó un número con que van a ser identificados en la entrevista.

El análisis del discurso se realizó según categoría y subcategorías de acuerdo con las frases comunes o equivalente, las cuales fueron llamadas unidades de significados.

3.1.9. Relación sujeto objeto de estudio

El sujeto de este estudio son las mujeres con cáncer de mama mastectomizada en tratamiento de quimioterapia, se desea comprender desde el discurso de las propias mujeres, como viven el proceso de adaptación después de una mastectomía secundaria a un cáncer de mama, el que se realizará en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren.

La relación entre sujeto y objeto está dada porque la entrevistada relate su proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer de mama y mastectomía.

3.1.10. Rol del investigador en el proceso de investigación

En este caso el investigador cumplió un rol activo al realizar las entrevistas a las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, según el enfoque descriptivo que utilizó en este estudio para dar cumplimiento a los objetivos planteados, estableciendo una relación interpersonal al momento de llevar a cabo las entrevistas. Fue la propia tesista, quien transcribió las entrevistas una vez realizadas para otorgar un máximo rigor a la transcripción de discurso de cada entrevistada.

3.1.11. Relación del investigador con la Institución donde se realizó el estudio

El investigador es de profesión enfermera con siete años de experiencia asistencial, se escogió el servicio de oncología del Hospital Carlos Van Buren debido a que la investigadora trabaja en este servicio y es de interés conocer el proceso de adaptación que vivencian las propias mujeres mastectomizadas.

3.1.12. Transcripción de las entrevistas

El material de audio obtenido en cada una de las entrevistas se recopiló para su transcripción textual. La idea es lograr un registro fiel de discurso de los participantes para el análisis posterior de los datos.

El audio de las entrevistas fue grabado con autorización de los participantes y posteriormente fueron transcritas para validación, ser presentadas a los informantes para su validación, ser presentadas a los informantes para su aceptación y confirmación de la veracidad de sus discursos

y posterior análisis. Cabe destacar que no se omitieron frases ni palabras, se buscó reflejar al máximo la expresión, incluidas las pausas de reflexión y silencios, se transcribieron los discursos textualmente, tratando además de reflejar las expresiones emotivas (exclamaciones, risa, llanto, etc.) y muletillas/marcas lingüísticas de uso frecuente.

Cada una de las entrevistas se leen detenidamente, colocando especial atención en sus párrafos transcritos y se dispone a la selección de las unidades de registro. Esto se conoce como la reducción del procesamiento de los datos.

A continuación con la información seleccionada se realiza una identificación de las unidades de registro.

3.1.13. Modelo de análisis

La transcripción de la entrevista se ejecutó inmediatamente después de realizadas para conservar la mayor fidelidad de los datos más relevantes.

La información transcrita de las entrevistas, se selecciona, agrupa y ordena considerando categorías claves (la más significativa), y desde la narrativa transformar la complejidad de las transcripciones originales en unidades más simple y operacionales: los códigos. Esta codificación objetiva el discurso y la extensión de la información recabada.

Mediante el relato de los entrevistados como ya se ha planteado, emergieron datos relevantes que se agruparon en categorías de datos, las que se expondrán a continuación.

3.1.13.1. Categorías y subcategorías encontradas en los discursos.

Al analizar los discursos se encontraron seis categorías y quince subcategorías:

- La primera categoría es etapa inicial donde emergieron dos subcategorías primeros síntomas y búsqueda de un diagnóstico.
- La segunda categoría es impacto del diagnóstico donde surgieron tres subcategorías primeros pensamientos (shock), relación con la muerte y miedos.
- La tercera categoría es respuesta fisiológica y su subcategoría es efectos de la quimioterapia.

- La cuarta categoría es respuesta en función al rol y sus dos subcategorías son el rol de pareja y el rol materno.
- La quinta categoría es la respuesta relacionada a las distintas relaciones y emergieron sus cuatros subcategorías que son familia, entorno laboral, entorno social y equipo de salud.
- La sexta categoría es respuesta relacionada al autoconcepto y sus tres subcategorías son mutilación, espíritu de lucha, maduración de vida.

3.1.14. Codificación de las unidades de registro

A continuación se extrajo desde los discursos las unidades de registro. Estas unidades de registro se representan en las frases y expresiones evidenciadas por los participantes, cuyo contenido significativo se considerará para un posterior análisis.

La unidad de registro como concepto es aquella unidad de significado del contenido o segmento entregado en el discurso de las personas, esta pasó por un proceso de codificación y así posteriormente someterse a categorización, recuento de frecuencia, independiente del tamaño o extensión y naturaleza de la expresión⁵⁹.

Se identificaron unidades de registro, seleccionadas de acuerdo a las categorías del estudio, extraídas desde las entrevistas transcritas, se identificaron y codificaron como sigue: entrevista, unidad de registro, subcategoría y categoría.

CAPITULO 4
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO 4 PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1.1. Características Sociodemográficas de las Mujeres Entrevistadas

- La edad de las entrevistadas fue la de mayor edad 44 años y la menor edad 29 años.
- Cuatro mujeres eran mayores de 40 años.
- Cinco mujeres de 30 a 39 años y una mujer de 29 años.
- Todas estaban emparejadas, casadas y convivientes.
- Respecto a los hijos, 8 de ellas lo tenían y 2 de ellas no tenía hijos.
- Cinco de ellas tenía hijos con su actual pareja, tres tenía hijos con una pareja anterior y 2 no tenía ningún hijo.

En el esquema que viene a continuación se presentan los objetivos de la investigación y su relación con las categorías de datos, esta propuesta pretende clarificar la interpretación de los hallazgos obtenidos desde el relato de los entrevistados.

4.2. RELACION ENTRE LOS OBJETIVOS Y CATEGORIAS Y DE LOS DATOS UTILIZANDO EL MODELO DE ROY

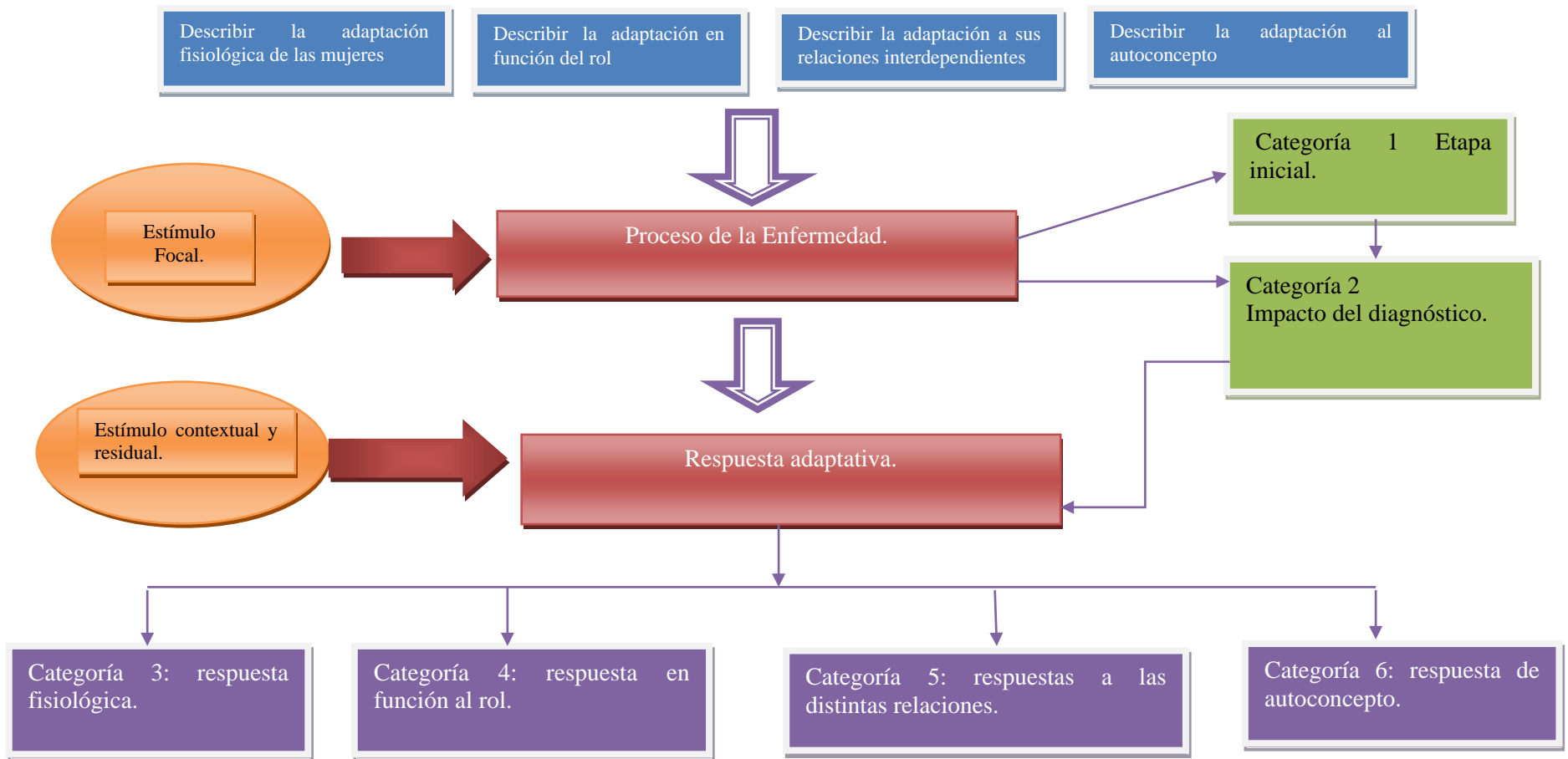


Fig. N° 4 Esquema relación de los objetivos del estudio con las categorías de datos

	Dimensiones	Categorías	Subcategorías	Unidades de análisis o de significado
Estímulo focal.	Proceso de la enfermedad.	Categoría 1: Etapa inicial Codificación: EI.	Primeros síntomas: codificación: EIPS.	E2PS4: Una molestia en la mama, me tiraba, dolor, hinchazón. E5PS2: Siempre he tenido un malestar en este pecho. E8PS1: Tenía una pelota entre el brazo y la mama y me empezó a crecer y me dolía.
			Búsqueda de un diagnóstico EIBD.	E2EIBD4: Le insistí que tenía que hacerme la mamografía. E5EIBD1: Me di cuenta al tiro que tenía cáncer.
		Categoría 2: Impacto del diagnóstico Codificación: ID.	Primeros pensamientos (shock) IDPP.	E1IDPP1: Fue como una hecatombe un holocausto. Se me derrumbaba el mundo. E2IDPP1: No sabía en realidad a o que me iba a enfrentar; te venía el mundo encima. E4IDPP3: Me las lloré todas, porque ya presentía que no era algo bueno. E7IDPP1: Fue terrible para mí. Fue que me echaron un balde de agua fría en todo mi cuerpo.
			Relación con la muerte IDPPM.	E2IDPPM12: Tuve miedo en definitiva de mi vida. E3IDPPM14: Igual me cuestione la muerte. E7IDPPM1: Siempre lo asocie con muerte. E9IDPPM1: Pero por dentro, por dentro es como que me estoy muriendo.
	Miedos IDM.	E1IDM.1: Me vino a la mente mis hijos: que iba a pasar con ellos. E5IDM15: Mis miedos radican principalmente en mis hijos. E5IDM25: Sí, que me vuelva a reaparecer el cáncer. E8IDM18: Un cintigrama óseo salió una manchita en la quinta costilla derecha dijo el Acevedo, lo más probable es que sea una metástasis.		
Estímulo contextual y residual.	Respuesta adaptativa.	Categoría 3: Respuesta fisiológica Codificación: RF.		E1RFEQ24: Yo estaba cansada muy agotada. E2RFEQ23: Cansancio y en definitiva un desgaste. E3RFEQ12: Empecé a engordar, la cara me cambio, se me cayeron las pestañas, las cejas y eso me afectó más, como verme enferma en realidad. E5RFEQ22: Vomité, no podía probar alimento. E8RFEQ16: Empecé las quimios me sentía pésimo, me las vomitaba. E8RFEQ16: No podía caminar, me duele todo.

<p>Categoría 4: Respuesta en función al rol Codificación: RR.</p>	<p>Rol de pareja Codificación: RRP.</p>	<p>E1RRP7: Tenía el apoyo de mi marido. Él dijo, “yo te quiero viva, no me importa porque yo a ti te amo, tengas una pechuga o no tengas. E1RRP19: A él le costó mirarme. E2RRP25: Un hombre que en realidad muy bueno; un hombre con una paciencia única; un hombre que siempre estuvo ahí, incluso regaloneándome incluso en esos momentos en que estaba muy complicada; un gran apoyo. E3RRP15: Después cuando me sacaron la pechuga, igual fue también fuerte, fue volver a empezar con la parte sexual. E3RRP16: En esta enfermedad salimos los dos juntos adelante, yo sin él no hubiese podido salir adelante. E4RRP10: Siempre me preocupa en el lado sexual, pero por el lado de él, pero él me entiende me dice, “no te preocupes, que para mí no es importante, primero estás tú”. E5RRP6: Al tiro él a protegerme porque necesitaba estar con alguien. E6RRP17: Nos alejamos, tuve que dejar de tomar pastillas anti conceptivas, no podía usar ningún método para cuidarme, pero el tema de cariños, abrazos, cercanía eso mejoró. E7RRP9: Igual mi marido me ha apoyado en todo él me dice si me falta esto igual eso no quiere decir que deje de ser mujer. E10RRP8: No le importo fue un gran apoyo. Incluso él se pelo.</p>
	<p>Rol de madre Codificación: RRM.</p>	<p>E3RRM26: Analizo el tener hijos igual me asusta un poco, siento que si no tengo hijos igual es por algo porque igual les puedo traspasar mi enfermedad a mis hijos y eso me da susto. E4RRM13: Seguir viviendo y lo único que le pido que me deje hasta que mi hijo este grande. E5RRM2: Tenía ganas de tener otro hijo. E5RRM25: Mi otro sustito más grande, más grande, que mis hijos también puedan llegar a adquirir un cáncer. E5RRM8: sobrevivir, no pa mí, sino pa mis hijos. E5RRM10: Lo que más pena me da, era la reacción que iban a tener mis hijos, se sobreponerme a las cosas, y a mí no me gusta ver tanta preocupación, me levanto el ánimo sola. E6RRM18: Tener hijos quizás más adelante primero tengo que terminar esto y después</p>

		veremos. E10RRM18: Me da miedo de tener un hijo que me reaparezca y heredarle esta enfermedad.
Categoría 5 Respuestas a las distintas relaciones interdependientes Codificación: RI.	Familia Codificación: RIF.	E1RIF9: El apoyo familiar es súper importante. Mi familia esta avocada ahora en amarse; nos ha unido mucho más como familia. E1AMC1: Primero piensas en ellos, en tu familia; después empiezas a pensar en ti. Tienes que vivir el proceso individual, el proceso con los hijos y el proceso familiar. E1RIF26: Es fuerte para ellos también y no saben cómo asumirlo. E1RIF20: Ellos también tienen el temor a la pérdida. E2RIF7: Tienes que tratar de madurar el tema, tratar de estar bien; hay que seguir el proceso. E3RIF9: Mi mamá, mi papá y mi marido, todo el rato, siempre, era como un equipo, recibir un amor incondicional de todos. E4RIF9: Lo más importante es que tu familia este contigo, y el amor que te entreguen. E4RIF11: En mi casa no se habla el tema, esta, de mi enfermedad. E5RIF6: “Mami, hierba mala nunca muere. ¿Mamá te vas a morir?” E8RIF8: Fue súper impactante la primera vez mi vieja como tronco ahí al lado mío, ella me ayudaba, o protegiéndome fue la parte más difícil cuando me vi. Llego a la casa y mi papá se había pelado, pelado al cero, mi papa nos adoramos.
	Entorno laboral Codificación: RIEL.	E2RIEL10: Uno tiene que seguir trabajando. E4RIEL16: Yo trabajo igual. Gracias a Dios he tenido unos buenos jefes que me siguen pagando un sueldo hasta que termine mi tratamiento. E9RIEL5: Yo perdí todo, porque yo era una persona que trabajaba. A mí me encanta trabajar. E10RIEL12: Fue terrible yo trabajaba, y me iban a cambiar control y justo me enferme y eso igual fue fuerte yo quería estar ahí
	Entorno social Codificación: RIES.	E1RIES6: Conocí en el hospital justo a una pastora; Siento que Dios me la puso en mi camino; ha sido mi fuerza, la fortaleza es mi familia, las ganas de seguir viviendo. E2AAO7: El mundo te dice que tienes que tener optimismo. E2RIES10: Me ha tocado una discriminación enorme; por el hecho de andar con el pelo corto te miran raro; te ven como bicho raro; es

		<p>la ignorancia; tienen tanto temor; esto no es contagioso.</p> <p>E3RIES13: Como que el mundo me sintiera enferma. Socialmente yo sentía que alguna gente me sentía mucha lástima.</p> <p>E4RIES11: Con gente ajena a ti tú te das la confianza y te desahogas, porque en tu casa, tú no quieres ver a tu gente mal.</p> <p>E5RIES6: No pensé que tanta gente iba a estar ayudándome.</p> <p>E5RIES22: Bueno siempre he estado rodeada de gente, pero en el camino uno siempre va encontrando gente muy buena.</p> <p>E6RIES10: Unos amigos cuando a mí se me cayó el pelo se pelaron.</p> <p>E8RIES30: Que se han alejado, se alejaron las amigas que tenía porque les afectó.</p> <p>E10RIES13: Me ayudaron mucho monetariamente.</p>
	Equipo de salud Codificación: RIEDS.	<p>E1RIEDS31: Hay que humanizar el sistema.</p> <p>E1RIEDS31: Hacer talleres, pero faltan recursos.</p> <p>E2RIEDS20: Estamos en tratamiento, en terapia psicológica.</p> <p>E2RIEDS22: Ayuda el solo hecho de conversar con alguien.</p> <p>E3RIEDS28: El doctor fue re frío para decir las cuestiones; los doctores deberían ser como un poco más positivos.</p> <p>E7RIEDS1: Una matrona me explico bien que ahora hay tantos adelantos y ahí me dio como una charla ella. Fui aparte con una psicóloga que eso me ha ayudado mucho y ahora estoy bien.</p> <p>E7RIEDS: esta matrona ella me dio una charla y luego con una psicóloga allá en el consultorio.</p> <p>E8RIEDS40: Yo fui a la psicóloga de Quilpué, fui a dos sesiones con ella y después a una bio dance.</p> <p>E8RIEDS3: Mientras más se, más tranquila me siento</p> <p>E8RIEDS39: Falta una sección de orientación.</p>
Categoría 6 Respuesta de autoconcepto Codificación: RA.	Mutilación Codificación: RAMT.	<p>E1RAMT8: Una pérdida de un miembro.</p> <p>E1 RAMT7: Si para sobrevivir tengo que sacarme la pechuga.</p> <p>E1RAMT12: Tengo que querer así y aceptarme. Tengo que lograr mirarme al espejo. Está soy yo, sin una pechuga, pero estoy bien.</p> <p>E3RAMT8: Hay una alternativa hacerme un implante.</p>

		<p>E3RAMT10: Me sacaron la pechuga me seguía picando.</p> <p>E4 RAMT6: Pero nunca asimilé a lo que iba a operarme.</p> <p>E5 RAMT8: Lo que te pase por la pechuga, ya es lo de menos, entonces estaba más preocupa de sobrevivir.</p> <p>E7RAMT5: Como que me cortaron algo como que me mutilaron.</p> <p>E8RAMT34: Me despedí todo un día de la pechuga, me la mire, me mire hartó y fue como hacerle una despedida.</p> <p>E8RAMT8: Quedé frente a frente en el espejo me puse a llorar, así, yo no me quería ver todavía yo sentía que me faltaba fue súper impactante me puedo poner un buen sostén y me puedo reconstruir me empezó a caer el pelo terrible me las lloré todas. No me quería aceptar, empecé a aceptar que lo tenía que asumir y me tenía que mirar, y empecé a hacer ejercicios de mirarme una vez al día.</p> <p>E10 RAMT6 es una marca de guerra, es una cicatriz.</p>
	<p>Espíritu de lucha Codificación: RAEL.</p>	<p>E1RAEL1: Iba a agotar todas las instancias para estar bien; tienes que tener ganas de seguir viviendo, tienes que tener fe y tienes que ser lo más positivo.</p> <p>E1RAEL6: Dios me dio la posibilidad de seguir viviendo; generado una relación con Dios más cercana y tú sabí que él es la fortaleza.</p> <p>E2RAEL7: Había que ponerse de pie y seguir luchando.</p> <p>E4RAEL6: Creo más en Dios, creía cuando estaba afligida, pero ahora Dios, yo sé que está conmigo.</p> <p>E6RAEL6: Yo trato de pensar que esto va a ser pasajero.</p>
	<p>Maduración de vida Codificación: RAMV</p>	<p>E1RAMV30: Mi misión es como tender la mano, tengo que ayudar” porque mi experiencia le puede servir a cualquiera.</p> <p>E1RAMVE19: Te das cuenta cuanto te ama, cuanto te necesita; ha sido un crecimiento personal.</p> <p>E3RAMV24: Vivo el día a día todo el rato, y veo, yo miro el futuro bien positiva y en realidad.</p> <p>E4RAMV16: Tratar de ayudar, de aconsejar.</p> <p>E5RAMV23: Espero y me veo en la graduación de mi hija cuando salga de la Universidad, espero y me veo cuando mi hija entre a la Universidad a estudiar.</p>

4.3. ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de la información se realizó a través del discurso de las mujeres identificando unidad de registro y para la validación de los hallazgos se realizó el proceso de triangulación contrastando lo encontrado con los informantes, expertos y con la revisión documental.

Esta categorización se realizó de manera deductiva, derivándola de los marcos teóricos y de modelos de análisis previamente definidos por la investigadora.

4.4. DATOS CODIFICADOS Y SU RESPECTIVA REDUCCION CUALITATIVA

Para dar paso al análisis cualitativo hay que tener presente que para la interpretación de los datos hay que considerar el contexto del cual proceden.

A continuación se expondrán las unidades de registro asignándoles una interpretación desde la subjetividad del investigador, quien además desarrollo las entrevistas personalmente y realizó la transcripción textual.

El procedimiento de datos, se basará en el análisis narrativo de contenido, que puede ofrecer conocimientos de aspectos y fenómenos de la vida social que de otro modo no serían accesibles.

4.5. ANALISIS GLOBAL Y RELEVANCIA DE LOS DATOS

En consideración a los elementos que se desprenden de las entrevistas y a su priorización desde la mirada de quienes están experimentado el proceso de adaptación de las mujeres en edad reproductiva mastectomizadas secundario a un cáncer de mama, se mostrara el siguiente mapa conceptual, cuyo contenido revela el análisis global de los discursos.

Representación del análisis que se desprenden de los discursos

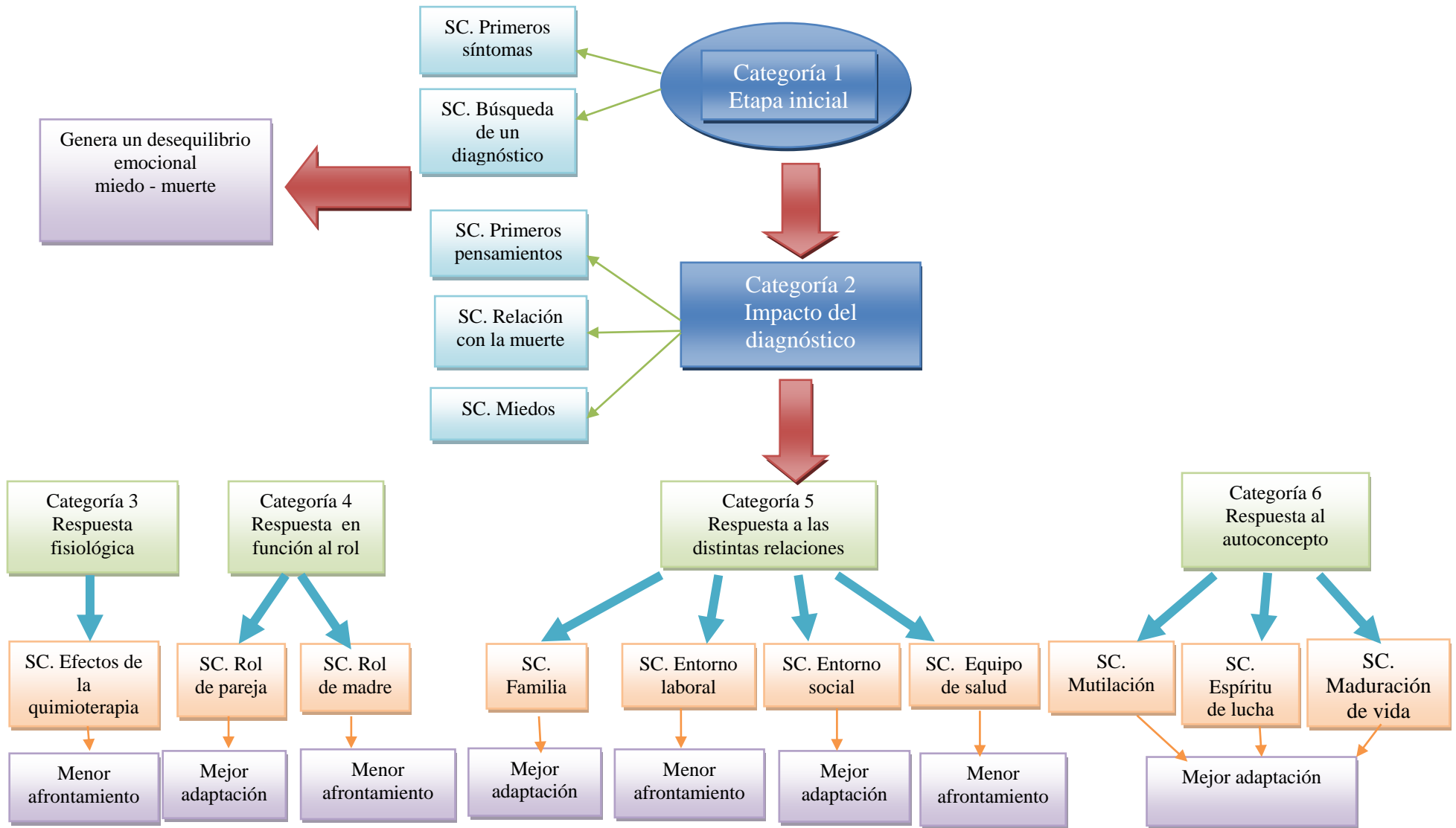


Fig. N° 5: Representación de los Análisis (SC. Subcategoría).

El análisis de los resultados se hará del discurso en forma descriptivamente a partir del esquema anterior.

Antecedentes:

Según MINSAL el cáncer de mama en la mujer es un problema de salud pública mundial de gran complejidad. En primer lugar, por el alto número de casos que se presentan diariamente, y en segundo lugar, por los efectos negativos en la salud física, emocional, mental y social de las mujeres que lo sufren³.

El Cáncer de mama desde el 2009 ocupa el primer lugar entre las muertes por cáncer entre las chilenas, al igual que en el resto del mundo. En cuanto al análisis de mortalidad por cáncer de mama para el año 2009, la tasa bruta de mortalidad en mujeres alcanza a 15,7 por 100.000 mujeres. Al analizar el cáncer de mama en mujeres, se observa un aumento progresivo en las tasas específicas por edad a partir de los 25 años de edad, llegando a una tasa bruta de 81 por 100.000 mujeres de 65 y más años³. Podemos observar que de las diez mujeres que fueron entrevistadas la edad de inicio es de los 29 años hasta los 44 años, lo que demuestra el aumento del cáncer en edades tempranas.

Categoría 1: etapa inicial

Subcategoría: primeros síntomas

En la etapa inicial las mujeres se someten a un estímulo focal que es el diagnóstico de la enfermedad y pone en peligro su vida, lo que desencadena una serie de respuesta para afrontar la situación. Los estímulos focales desarrolla en la mujer y familia comportamientos inmediatos frente a la situación, como el miedo a la muerte, de metástasis y de la cirugía, el hecho de creer que la enfermedad nunca aparecería en la familia, la tristeza de la mujer relacionada con la enfermedad, el miedo de la familia por la recuperación de la mujer y la importancia de la mujer en la familia

El síntoma más común del cáncer de seno es la aparición de una nueva masa o protuberancia. Una masa no dolorosa, dura y con bordes irregulares tiene más probabilidades de ser cáncer, aunque los tumores cancerosos del seno pueden ser sensibles a la palpación, blandos y de forma redondeada. Incluso pueden causar dolor (Cáncer Org. American Cancer Society 2014). Las mujeres que fueron entrevistadas declaran que su cáncer no fue silencioso comenzaron con síntomas y al palparse encontraron una masa¹³.

E2PS4: Una molestia en la mama, me tiraba, dolor, hinchazón.

E5PS2: Siempre he tenido un malestar en este pecho.

E8PS1: Tenía una pelota entre el brazo y la mama y me empezó a crecer y me dolía.

En la literatura hace referencia que generalmente, las mujeres no han consultado en forma precoz, por esta razón surgen casi inevitablemente sentimientos de culpa y dudas con respecto a la necesidad de una consulta y atención oportuna. Caso contrario en esta investigación donde las entrevistadas al primer síntomas acudieron de inmediato a control médico.

Subcategoría: búsqueda de un diagnóstico

Inicialmente cuando se diagnostica el cáncer de mama sienten un gran impacto psicológico al conocer el diagnóstico, presentan variadas reacciones y aunque algunas sospechaban lo que les estaba sucediendo, fue un evento inesperado que les ocasiona gran confusión. Hoy en día podemos visualizar que la gente está más instruida con el cáncer de mama y al encontrarse algún síntoma en la mama consultan de inmediato en busca de un diagnóstico oportuno.

E2PSD.4: Le insistí que tenía que hacerme la mamografía.

E5PSD.1: Me di cuenta al tiro que tenía cáncer.

Categoría 2: impacto del diagnóstico

Primeros pensamientos (shock)

Desde la vivencia, un diagnóstico de cáncer de mama supone un importante impacto emocional, por cuanto la persona tiene que asumir el hecho de que padece una enfermedad que amenaza potencialmente su existencia, estas respuesta iniciales al diagnóstico pueden ser incredulidad, rechazo y shock (Solana A.C.2005)⁵⁶. Las mujeres que se ven enfrentadas a estímulos estresantes que les generan cambios en su vida o limitaciones que deben afrontar por medio de estrategias.

E1IDPP1: Fue como una hecatombe un holocausto. Se me derrumbaba el mundo.

E2IDPP1: No sabía en realidad a o que me iba a enfrentar; te venía el mundo encima.

E4IDPP3: Me las lloré todas, porque ya presentía que no era algo bueno.

E7IDPP1: Fue terrible para mí. Fue que me echaron un balde de agua fría en todo mi cuerpo.

Las mujeres que se le diagnostican cáncer de mama enfrentan un proceso de ansiedad, se sienten tensas, nerviosas, preocupadas o atemorizadas y cursan con sintomatología física y emocional. Para ellas describen que fue un impacto al momento del diagnóstico generándole una serie de emociones y preocupaciones en especial con respecto a sus hijos.

Subcategoría: relación con la muerte

Según María Julia Calvo-Gil, en su investigación experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de cáncer de mamas refiere que una respuesta común que presentan las pacientes, ante la enfermedad es la de negación, las pacientes intentan negar el diagnóstico como un arco protector ante esta difícil realidad². En el caso de esta investigación las mujeres que se les diagnosticó el cáncer de mama quedan impactada con la noticia, en ese momento no presentan herramientas de afrontamiento y desconocen el proceso que deben enfrentar, reaccionan con miedo llanto.

Carmona ZE refiere que el duelo es un proceso de adaptación normal y natural que permite restablecer el equilibrio personal y familiar. En el transcurso del cual, asumimos, asimilamos, maduramos y superamos. Se trata de un proceso personal y único que cada persona lo experimenta a su modo y manera, aunque suele producir reacciones humanas comunes. Afecta a la persona en su totalidad; en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales²⁸.

En la investigación de María José Boo Puente relata que la muerte ha sido siempre, y es, para el ser humano un tema de profundas reflexiones y meditaciones. La muerte es la pérdida total de las funciones vitales, es el destino inevitable de todo ser humano, se trata la etapa final de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse. Puede ocurrir a cualquier edad, repentinamente o después de padecer una larga enfermedad²⁷.

Las mujeres reconocen que al tener esta enfermedad, recién comienzan hacer un análisis de la muerte, del significado de ella, a tenerle miedo y sin embargo hay tanta información con respecto a la enfermedad, tratamientos y nuevos adelantos aun la asocian con muerte. Pese al miedo a

morirse utilizaron herramientas para enfrentar la enfermedad y seguir luchando para salir adelante, si bien, reconocen que la muerte es parte de la vida ellas decidieron enfrentar la enfermedad por sus hijos y su familia.

E2IDPPM12: Tuve miedo en definitiva de mi vida.

E3IDPPM14: Igual me cuestione la muerte.

E7IDPPM1: Siempre lo asocie con muerte.

E9IDPPM1: Pero por dentro, por dentro es como que me estoy muriendo.

Según Knapp & Delgado, 1990. Las principales causas de la ansiedad en personas con cáncer son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas económicos; problemas de índole espiritual y existencial²³.

La Dra. Kübler-Ross plantea que las mujeres que se le diagnostican cáncer de mama se ven forzadas a aceptar el diagnóstico y a tomar una serie de decisiones sobre su tratamiento. Desde la perspectiva psicológica, la respuesta inicial, comprende la incredulidad, el rechazo y el impacto de que la noticia pueda ser verdad. La mayoría presentarán un período de distanciamiento e introspección que dificulta el procesamiento de la información³⁵.

Con respecto a lo anterior, las mujeres entrevistadas hacen referencia que pese al shock del diagnóstico y el miedo de un futuro incierto, ellas rápidamente empezaron a tratarse con la esperanza de sobrevivir a la enfermedad se observa que comenzaron a utilizar estrategias afectivas para poder mantener el equilibrio emocional y controlar los estímulos estresores.

Subcategoría: miedo

Kubler y Kessler señala que todos los miedos del ser humano tienen su origen en el miedo a la muerte y si aprendemos a mitigar ese miedo podemos enfrentarnos a todos los demás miedos con mayor tranquilidad³⁵.

Según María Julia Calvo-Gil, en su investigación experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de cáncer de mamas narra que aquellas mujeres que ya han pasado por la maternidad sufren intensamente ante el temor al desamparo de los hijos, reafirman su rol de sostén del hogar y sienten pánico por el futuro de sus hijos. Además provocan en las mujeres sentimientos de tristeza ante la posibilidad de dejar a su familia sin la figura materna². Estos sentimientos de tristeza se entremezclan con sentimientos de culpabilidad por la dependencia que han creado en sus hijos. Se observa en aquellas mujeres, que tienen hijos, el miedo de abandonarlos y dejarlos a cargos de sus parejas pensando, que no podrían hacerse cargo de ellos, lo cual reafirma el rol que cumple la mujer de sostenedor de la familia, además se ven preocupadas de cómo afectará a sus hijos el diagnóstico de la enfermedad y de cómo le influenciará en su rutina de vida. Por otro lado aquellas que no tienen hijos se aferran a su familia padres, esposo, que les permite salir adelante.

El cáncer de mama es una enfermedad que presenta diferentes situaciones de amenaza, generando desánimo, lo que puede generar ansiedad y un estado depresivo en la mujer. También se percibe miedo en cuanto al éxito del tratamiento, así como la posibilidad de su recurrencia de la enfermedad. Las entrevistadas comunican sentir miedo de que reaparezca el cáncer en otra parte de su organismo.

EI1DM.1: Me vino a la mente mis hijos: que iba a pasar con ellos.

E5IDM15: Mis miedos radican principalmente en mis hijos.

E5IDM25: Sí, que me vuelva a reaparecer el cáncer.

E8IDM18: Un cintigrama óseo salió una manchita en la quinta costilla derecha dijo el Acevedo, lo más probable es que sea una metástasis.

A continuación se describe las respuestas adaptativas que han tenido las mujeres frente a los estímulos contextuales, son todos los otros estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal, o sea, todos los factores ambientales internos o externos que se presentan al sistema humano, no siendo el centro de la atención, pero que influirán en la manera como la persona reaccionará a los estímulos focales, como por ejemplo la mastectomía, la quimioterapia, la familia, el entorno social, laboral, alteración en los roles. En el caso de los estímulos residuales son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente cuyos efectos no han sido confirmados como por ejemplo sentimientos de pérdidas, modificación de valores, Sentimientos relacionados con la apariencia, creencias sobre autoconcepto y concepto personal sobre afectan a las respuestas, sin efecto claro³⁸.

Además se observa que las mujeres adoptaron estilos de afrontamiento que se centra en las estrategias cognitivas que buscan solucionar el problema comprenden, dirigen su atención, manejan sus interacciones con el medio que los rodea y en las estrategias comportamentales está dirigida a confrontar la realidad y a manejar las consecuencias.

Categoría 3: respuesta fisiológica

Subcategoría: efectos de la quimioterapia

En respuestas a la adaptación fisiológica utiliza el subsistema regulador que enfrentan los estímulos por medio de los procesos químicos, neurológicos o endocrinos³⁹.

Según Roy el nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Sin embargo en la respuesta fisiológica de las entrevistadas había un menor afrontamiento, a causa del tratamiento. Se observó que las mujeres están atravesando más de un efecto secundario frente a la quimioterapia lo que modificó su estilo de vida.

Entre los efectos secundarios presentes en el estudio están la alopecia, disminución del apetito, la fatiga, las náuseas, vómitos, son factores que influyen directamente con la falta de apetito, cuando se está con un tratamiento de quimioterapia algunos de los principales pilares, son la dieta balanceada y la hidratación, por lo cual es muy importante que se alimente según su tolerancia. Las náuseas y los vómitos son los efectos secundarios más comunes de la quimioterapia. La frecuencia y su gravedad dependen de los medicamentos que se esté recibiendo y de su estado general, pueden comenzar durante el tratamiento y duran unas horas. Cerca de la mitad de todas las personas en quimioterapia se sienten mareadas antes de que comience el tratamiento, a esto se le llama náusea anticipada y la mejor manera de manejarla es administrar antieméticos previos al tratamiento (siempre con indicación médica) y utilizar técnicas de relajación (Guía clínica del paciente oncológico 2012)⁴¹.

También se puede observar en la mayoría de las personas; presencia de dolor y modificación de sus estilos de vida. El dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que impide que la persona tenga una buena calidad de vida. La mayoría de las personas diagnosticadas de cáncer tienen miedo a sufrir dolor y siendo ello comprensible, hay que señalar que no todos los tipos de cáncer producen dolor. En el caso de que haya dolor, éste puede ser causado por la propia enfermedad o ser un efecto secundario al tratamiento. La quimioterapia también puede afectar a los órganos del sistema nervioso, produciendo una “neuropatía periférica” que se manifiesta como una sensación de adormecimiento u hormigueo de las manos

y/o pies, ardor en el cuerpo, torpeza, dificultad para levantar objetos al provocar debilidad muscular (Guía clínica del paciente oncológico 2012)⁴¹.

Otro cambio que notaron las personas es el cansancio, debilidad o un aumento de horas de sueño. Esto es producto de la anemia, la médula ósea también se puede ver afectada por la quimioterapia, ésta disminuye su capacidad para fabricar glóbulos rojos, los cuales son los encargados de llevar el oxígeno a todo los tejidos del cuerpo, por lo tanto, los tejidos no obtienen el oxígeno necesario para realizar su trabajo. Debido a esto se puede sentir débil y cansado, algunas personas también sienten vértigos, escalofríos y falta de aire (Guía clínica del paciente oncológico 2012)⁴¹.

La alopecia es uno de los efectos secundarios más inquietantes y angustiantes de las personas con quimioterapia, aún más en mujeres, por el cambio estético que significa. No sólo se ve afectado el cabello de la cabeza, sino también el vello facial (cejas, pestañas), de los brazos, piernas y de la zona púbica. Existe la posibilidad de usar una peluca, turbante, gorros, sombreros o pañuelos los cuales tienen una amplia gama de variedades (Guía clínica del paciente oncológico 2012)⁴¹.

E1RFEQ24: Yo estaba cansada muy agotada.

E2RFEQ23: Cansancio y en definitiva un desgaste.

E3RFEQ12: Empecé a engordar, la cara me cambio, se me cayeron las pestañas, las cejas y eso me afectó más, como verme enferma en realidad.

E5RFEQ22: Vomité, no podía probar alimento.

E8RFEQ16: Empecé las quimios me sentía pésimo, me las vomitaba.

E8RFEQ16: No podía caminar, me duele todo.

Las entrevistadas desarrollan un menor afrontamiento, producto de su nueva situación de salud, es fundamental que previo a su primer ciclo de quimioterapia, reciba una educación e información que ayudará a las mujeres, su familia y amigos a entender la enfermedad y del tratamiento, generando así más confianza, tranquilidad y cercanía con su nueva condición, pero se puede observar que no han recibido apoyo terapéutico para disminuir sus síntomas.

La adaptación está influenciada por el subsistema cognitivo que permite enfrentar los estímulos ambientales y está ampliamente relacionado con la conciencia que está encargada de monitorear y regular el comportamiento humano. Este subsistema responde a cuatro canales: cognitivos y emotivos procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emoción y en base a esto la persona da una respuesta consciente para promover la adaptación en función al rol, a la interdependencia y al autoconcepto³⁹.

Categoría 4: respuesta en función al rol

Subcategoría: rol de pareja

Es muy conveniente la participación del esposo o compañero. El cáncer de mama afecta no sólo a la mujer sino también al marido, el cual, a su vez, influye sobre el proceso de ajuste de ella. Debe hacerse hincapié en que el apoyo emocional mutuo (Baider y Kaplan De-Nour 1988)³⁵. Se observa que el apoyo de las parejas les permite seguir adelante y adaptarse a esta nueva vida que es afectada por el diagnóstico, la intervención, la quimioterapia y la radioterapia generándole un gran impacto físico y emocional.

El impacto del cáncer es, sin duda, uno de los acontecimientos más estresantes en la vida de una pareja. En qué medida esto afecta a las relaciones entre ambos cónyuges depende de la calidad de las mismas antes de la enfermedad. Pueden mantenerse unas buenas relaciones maritales y sexuales, e incluso pueden fortalecerse, cuando el impacto del cáncer obliga a ambos miembros a plantearse qué es lo realmente importante para ellos y que no lo es. Por otro lado. La existencia de unas malas relaciones antes de la enfermedad, pueden llevar a la ruptura matrimonial si no se realiza una psicoterapia intensiva, y en muchos casos a pesar de ella. Nunca se recalca suficientemente la importancia que tiene el apoyo emocional en el caso de las mujeres con cáncer de mama (Greef S.1992)³⁵.

E1RRP7: Tenía el apoyo de mi marido. Él dijo, “yo te quiero viva, no me importa porque yo a ti te amo, tengas una pechuga o no tengas.

E2RRP25: Un hombre que en realidad muy bueno; un hombre con una paciencia única; un hombre que siempre estuvo ahí, incluso regalome incluso en esos momentos en que estaba muy complicada; un gran apoyo.

E5RRP6: Al tiro él a protegerme porque necesitaba estar con alguien.

Si bien en la literatura refiere que el diagnóstico de cáncer de mama puede generar un quiebre en la relación de pareja se observa que en estos casos se reafirmó los sentimientos y se consolidó aún más la relación, aunque en la parte sexual hubo un alejamiento ellos refieren que su relación se enriqueció en otros aspectos. Ellas visualizan el amor de su pareja, esto permite sobreponerse a la enfermedad, seguir en el tratamiento y aceptar los cambios en su cuerpo y mejora la autoestima. Hay que considerar que para el marido también hay un proceso de adaptación y que no olvidemos que también debe ser foco de intervención para fortalecer la relación y entregarles herramientas para el afrontamiento.

E1RRP19: A él le costó mirarme.

E3RRP15: Después cuando me sacaron la pechuga, igual fue también fuerte, fue volver a empezar con la parte sexual.

E4RRP10: Siempre me preocupa en el lado sexual, pero por el lado de él, pero él me entiende me dice, “no te preocupes, que para mí no es importante, primero estás tú”.

E6RRP17: Nos alejamos, tuve que dejar de tomar pastillas anti conceptivas, no podía usar ningún método para cuidarme, pero el tema de cariños, abrazos, cercanía eso mejoró.

En el rol de pareja existe una mejor adaptación, debido a que el marido es un apoyo para sobrellevar la enfermedad, en la mujer hay un desarrollo tanto cognitivo, del aprendizaje y de las emociones, donde desaparece el miedo del abandono y resalta la importancia que ella tiene para su esposo. La mujer se beneficia por toda la ayuda que le proporciona su pareja, para las mujeres con cáncer de mama que se sienten unas víctimas desamparadas, resulta a menudo una revelación el aprender que su pareja, también está estresada, en ocasiones demasiado, y que necesita su apoyo emocional. El comprobar que ella es aún necesaria aumenta, en buena medida, su autoestima. La pareja también puede actuar como terapeuta, sugiriendo y animando a la enferma a realizar actividades que le proporcionen un sentimiento de logro y placer. Las entrevistadas comentan que sus parejas también vivencian un proceso de adaptación ante la enfermedad y ellos se convirtieron en una fuente apoyo para el desarrollo de estrategias de afrontamiento, se observa que al momento del diagnóstico de la enfermedad las mujeres y la familia desconocen el proceder del tratamiento y ellos van adaptándose con sus propios recursos.

E3RRP16: En esta enfermedad salimos los dos juntos adelante, yo sin él no hubiese podido salir adelante

E7RRP9: Igual mi marido me ha apoyado en todo él me dice si me falta esto igual eso no quiere decir que deje de ser mujer.

E10RRP8: No le importo fue un gran apoyo. Incluso él se pelo.

Subcategoría: rol de madre

Para las mujeres en edad reproductiva, después del diagnóstico de cáncer de mama y de practicarles una mastectomía, se ven enfrentadas a otros estímulos contextuales como enfrentarse y renunciar posiblemente a la maternidad y a sufrir menopausia precoz con los efectos secundarios que esto significa. La quimioterapia puede provocar daños en los ovarios o insuficiencia ovárica (Blanco-Sánchez R. 2011)⁶.

Por otro lado aquellas mujeres que ya han pasado por la maternidad sufren intensamente ante el temor al desamparo de los hijos, reafirman su rol de sostén del hogar y sienten pánico por el futuro de sus hijos. Además provocan en las mujeres sentimientos de tristeza ante la posibilidad de dejar a su familia sin la figura materna, algunas mujeres ante esta misma situación las hace tomar decisiones para el futuro de su familia. Estos sentimientos de tristeza se entremezclan con sentimientos de culpabilidad por la dependencia que han creado en sus hijos (Calvo-Gil M.J. 2008)².

E4RRM13: Seguir viviendo y lo único que le pido que me deje hasta que mi hijo este grande.

E5RRM8: sobrevivir, no pa mí, sino pa mis hijos.

E5RRM10: Lo que más pena me da, era la reacción que iban a tener mis hijos, se sobreponerme a las cosas, y a mí no me gusta ver tanta preocupación, me levanto el ánimo sola.

Herencia: se refiere a los rasgos o tendencias traspasadas por parientes en nuestros genes, mientras que los ambientales incluyen las condiciones en que vivimos, todo lo que comemos, respiramos, y que entra en contacto con nosotros. La mayoría de los investigadores cree en la actualidad, que la múltiple exposición a elementos carcinógenos o a "agresiones" de diversos órdenes causa mutaciones genéticas que desembocan en el cáncer. En personas que genéticamente ya tienen predisposición, se requieren pocas exposiciones a carcinógenos para que se dispare el cáncer. Sin embargo, aunque los genes cumplan su rol como condicionantes del

cáncer, los factores ambientales día a día muestran tener un peso francamente significativo en su desarrollo (Según el National Cancer Institute de los EE.UU)⁴⁵.

E3RRM26: Analizo el tener hijos igual me asusta un poco, siento que si no tengo hijos igual es por algo porque igual les puedo traspasar mi enfermedad a mis hijos y eso me da susto.

E5RRM2: Tenía ganas de tener otro hijo.

E5RRM25: Mi otro sustito más grande, más grande, que mis hijos también puedan llegar a adquirir un cáncer.

E6RRM18: Tener hijos quizás más adelante primero tengo que terminar esto y después veremos.

E10RRM18: Me da miedo de tener un hijo que me reaparezca y heredarle esta enfermedad

Las mujeres con cáncer de mama con mastectomía presentan varias dificultades, aquellas mujeres que tienen un matrimonio consolidado y con hijos refieren que sus deseos es terminar de criar a sus hijos hasta que sean independientes y declaran no querer tener más hijos para no dejarlos abandonados. Por otro lado aquellas mujeres que tuvieron un hijo con parejas anteriores y se juntan nuevamente con otra persona, al igual que las mujeres que no tienen hijos y que están con parejas sienten el deseo de tener hijos, pero tienen miedo que la quimioterapia les haya dejado infértil y por otro lado es el miedo es heredarle esta enfermedad a sus hijos. Se puede observar que hay un menor afrontamiento en el rol de madre, es importante entregarle conocimiento a las mujeres y tratamientos alternativos como la crioconservación de óvulos y recuperar su rol materno dentro de su familia.

Categoría 5: respuestas a las distintas relaciones (relaciones interpersonales)

Subcategoría: familia

La mujer y la familia reaccionan al diagnóstico con miedo, hostilidad, ansiedad y sentimientos de culpa. Todas estas reacciones usualmente se manifiestan por un proceso de separación y/o aislamiento en general o bien por una ocultación de la afectividad y por una alteración de las respuestas emocionales (Borbón- Mendoza M.Y 2002)²⁶. En el caso de las entrevistadas se observa que hubo una crisis emocional al momento del diagnóstico, sin embargo utilizaron estrategias afectivas para lograr el equilibrio y enfrentar el estímulo estresor, la familia comenzó a reorganizarse y hacerle frente al problema y finalmente utilizan estrategias comportamentales donde se ocuparon de la enfermedad, observándose una mejor adaptación al proceso.

Es de especial interés el apoyo y la comprensión que estas mujeres necesitan de las personas más importantes en sus vidas y sobre todo la de su esposo, ya que él representa un estímulo y aliento constante e imprescindible para sobreponerse a este dilema.

Así, la familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio familiar podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación de la mujer. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio, influenciando, de forma negativa, su recuperación. (Mesquita Melo E 2007)⁴⁶. La familia constituye un pilar fundamental para las mujeres con cáncer de mama, debido a que les permite adaptarse a la enfermedad y a encontrar herramientas para realizarlo, los hijos constituyen la base de este proceso y aquellas que no tienen hijos los padres y el marido son la base.

E1RIF9: El apoyo familiar es súper importante. Mi familia esta avocada ahora en amarse; nos ha unido mucho más como familia.

E1AMC1: Primero piensas en ellos, en tu familia; después empiezas a pensar en ti. Tienes que vivir el proceso individual, el proceso con los hijos y el proceso familiar.

E3RIF9: Mi mamá, mi papá y mi marido, todo el rato, siempre, era como un equipo, recibir un amor incondicional de todos.

E4RIF9: Lo más importante es que tu familia este contigo, y el amor que te entreguen.

E8RIF8: Fue súper impactante la primera vez mi vieja como tronco ahí al lado mío, ella me ayudaba, o protegiéndome fue la parte más difícil cuando me vi. Llego a la casa y mi papá se había pelado, pelado al cero, mi papa nos adoramos.

El diagnóstico de cáncer ocasiona un desequilibrio en la familia, por asociar el cáncer a una enfermedad que generalmente causa la muerte y también por el miedo a los procedimientos terapéuticos y los cambios que conllevan, la familia se ve afectada y tiene miedo a todo el proceso. Es importante realizar intervención en la familia debido a que los hijos no cuentan con herramientas para afrontar la enfermedad.

E1RIF20: Ellos también tienen el temor a la pérdida.

E2RIF7: Tienes que tratar de madurar el tema, tratar de estar bien; hay que seguir el proceso.

E5RIF6: “Mami, hierba mala nunca muere. ¿Mamá te vas a morir?”

No es fácil aceptar un diagnóstico de cáncer, independientemente de los conocimientos que se pueda tener sobre la enfermedad. El impacto del diagnóstico afecta no sólo a la mujer, sino a todos los miembros de la familia. El diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis, tanto para la persona afectada como para su familia, muchas veces al no contar con una intervención familiar adecuada dificulta el proceso de adaptación generando ansiedad en el núcleo familiar. Las mujeres para evitar afectar a sus hijos con la enfermedad se ven incentivadas a sobreponerse y seguir adelante incluso algunas de ellas no habla del tema en su hogar.

E1RIF26: Es fuerte para ellos también y no saben cómo asumirlo.

E4RIF11: En mi casa no se habla el tema, esta, de mi enfermedad

La familia es el principal soporte del enfermo. Tras el diagnóstico, toda la familia debe unirse y hacer frente a una serie de emociones y cuestiones sobre su vida y el futuro. El cariño y apoyo que el enfermo recibe de su familia es primordial. Muchas veces el cáncer, lo que hace es activar los recursos de los que ya dispone la familia. No siempre la enfermedad cambia las relaciones familiares, sino que el grupo familiar se enfrenta a la situación según su manera de funcionar habitual, quizás haciendo más patentes roles o relaciones que ya existían de forma subyacente (Fabiana Demaria V.)⁴⁷.

Subcategoría: entorno laboral

La incapacidad para volver al trabajo, la pérdida de la seguridad en el empleo, una eventual pérdida del progreso en su carrera profesional son hechos especialmente dolorosos para el ego de las pacientes (Borbón- Mendoza M.Y 2002)²⁶.

En el área laboral, las mujeres pueden también experimentar cambios. La reincorporación laboral puede verse alterada, identificándose mayores tasas de desempleo entre supervivientes de cáncer. Se han observado también problemas de discriminación laboral como despidos injustificados, ser transferido a trabajos menos deseables o limitación de responsabilidades laborales, aspectos que llevan a que las supervivientes se retiren anticipadamente del mundo laboral por sentirse infravaloradas. Esta situación conlleva una pérdida económica y repercusiones personales y familiares, sin olvidar los efectos psicológicos en cuanto que el trabajo significa una fuente de autoestima. Por otro lado, la pérdida del estilo de vida previo puede traer consigo un alejamiento de la vida social, con el consiguiente aislamiento social (Vivar C.G 2011)⁴⁹. En las entrevistadas se observaron distintos casos algunas que estaban con contrato recibieron el apoyo de sus jefaturas y le siguieron pagando su sueldo. En otros casos tuvieron que trabajar y enfrentar a todo un entorno social. También se observa aquellas mujeres que trabajan sin contrato que tuvieron que dejar su fuente laboral, debido a que la enfermedad es invalidante para realizar sus labores. Hay que reconocer que la enfermedad no solo le genera daños físicos, emocionales y sociales sino también económicos, se puede observar un menor afrontamiento en esta área, es necesario que se desarrollen políticas de protección laboral y apoyo económico suficiente para darles una estabilidad a ellas y su familia.

E2RIEL10: Uno tiene que seguir trabajando.

E4RIEL16: Yo trabajo igual. Gracias a Dios he tenido unos buenos jefes que me siguen pagando un sueldo hasta que termine mi tratamiento.

E9RIEL5: Yo perdí todo, porque yo era una persona que trabajaba. A mí me encanta trabajar.

E10RIEL12: Fue terrible yo trabajaba, y me iban a cambiar control y justo me enferme y eso igual fue fuerte yo quería estar ahí.

Subcategoría: entorno social

En el proceso de adaptación influye el escenario sociocultural representado por dos condiciones: el apoyo social y los imaginarios simbólicos sobre el significado del cáncer, las cuales facilitan u obstaculizan el proceso de adaptación. Con respecto al apoyo social desde que las mujeres fueron diagnosticadas, se vieron beneficiadas por una red de apoyo conformada por la familia y las amistades que hacen parte del apoyo informal, y el personal de la salud que corresponde al apoyo formal, que fue de tipo emocional, instrumental o material, valorativo y espiritual. El apoyo emocional, representado por la empatía, expresiones de amor y transmisión de confianza, constituyó el más sobresaliente, por cuanto las ayudó a salir de las crisis emocionales. El apoyo instrumental o material es aquel que provee bienes tangibles, es decir, comida, muebles, transporte, cuidados físicos, asistencia en casa, dinero y refugio; fue asumido por la familia al cuidar su cuerpo cuando no podían ejercer su autocuidado, y la atención del hogar, entre otras (Londoño –Calle Y.C. 2007)¹². El entorno social para las entrevistadas fue una herramienta para lograr la adaptación.

Se observa que las entrevistadas fueron apoyadas lo que permitió contar con más herramientas de adaptación. Es necesario conocer las estrategias de afrontamiento de las mujeres para lograr una intervención adecuada en las mujeres y familia.

E1RIES6: Conocí en el hospital justo a una pastora; Siento que Dios me la puso en mi camino; ha sido mi fuerza, la fortaleza es mi familia, las ganas de seguir viviendo.

E4RIES11: Con gente ajena a ti tú te das la confianza y te desahogas, porque en tu casa, tú no quieres ver a tu gente mal.

E5RIES6: No pensé que tanta gente iba a estar ayudándome.

E5RIES22: Bueno siempre he estado rodeada de gente, pero en el camino uno siempre va encontrando gente muy buena.

Al respecto, Lazarus reconoce que el apoyo social, cuando no se da adecuadamente, puede ser fuente importante de estrés y conflictos. En cuanto a las representaciones sociales sobre el cáncer, cuando las personas perciben el cáncer como “sinónimo de muerte”, “enfermedad que invade”, “come por dentro” y que puede “volver a repetirse”, inhiben la adaptación por los frecuentes desequilibrios emocionales y mentales durante el proceso. Desde el momento del diagnóstico, los fantasmas por la incertidumbre de estar sanas o enfermas, y la presencialidad, al sentir por momentos que el cáncer estaba en alguna parte de sus cuerpos, estuvieron presentes. En los

resultados de otros estudios sobre el tema, emerge la incertidumbre, como algo que experimentan todas las personas durante y después de los tratamientos (Londoño –Calle Y.C. 2007)¹².

Las mujeres cuando se les realiza la mastectomía o con la alopecia sienten miedo de ser discriminadas por su nueva imagen corporal en donde este comportamiento es un reflejo de una cultura que favorece la belleza perfecta, y el temor de la pérdida puede estar estrechamente relacionado con la vanidad de un cuerpo bonito, en donde la eliminación de la mama desencadena ansiedad, afectando enormemente la integridad de la mujer tanto física y psicológicamente. Si bien existe apoyo de la sociedad todavía existe una discriminación y una lástima de las pacientes con cáncer, hay todavía un desconocimiento de la enfermedad y de sus nuevos tratamientos y expectativas de vida. Esto puede afectar el proceso de adaptación de las pacientes que padecen la enfermedad.

E2RIES10: Me ha tocado una discriminación enorme; por el hecho de andar con el pelo corto te miran raro; te ven como bicho raro; es la ignorancia; tienen tanto temor; esto no es contagioso.

E3RIES13: Como que el mundo me sintiera enferma. Socialmente yo sentía que alguna gente me sentía mucha lástima.

En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física, los medios de comunicación y la presión social son algunos de los medios masivos que han influenciado en las mujeres a seguir una imagen ideal que en muchas ocasiones es difícil de alcanzar. En otras palabras, la imagen corporal se refiere a cómo se siente una persona con su aspecto físico y este a su vez involucra la autoestima que se percibe a la medida en que la persona se acepte, valore y lo orgullosa que pueda estar de sí misma (Vargas Toloza R.E. 2012)⁴⁴.

E2AAO7: El mundo te dice que tienes que tener optimismo.

Los lazos de apoyo son relaciones dentro de un grupo de personas, miembros de la familia, amigos u otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia. Otras definiciones especifican quienes pertenecen o no a la red de apoyo son grupos compuestos por la persona con la enfermedad, su familia, aquellas relaciones sociales que brindan apoyo, vecinos, compañeros de trabajo, los profesionales que ofrecen servicio (Rivas Velázquez J.C 2014)⁴⁸. Las entrevistadas relatan que sintieron el apoyo de sus amistades, que incluso se acercaron más después del diagnóstico. Además las amistades permiten el descargo emocional, el cual no es realizado en la familia para no afectarlos, les permite sobrellevar la enfermedad y lograr la aceptación.

E6RIES10: Unos amigos cuando a mí se me cayó el pelo se pelaron.

E10RIES13: Me ayudaron mucho monetariamente.

Las redes sociales otorgan a sus miembros apoyo afectivo, emocional, físico y en algunos casos económicos. Son una fuerza social, llegan a ejercer gran impacto en la sociedad. Por otro lado hubieron amistades que no pudieron afrontar el diagnóstico de un ser querido debido a esto se alejaron por no contar con herramientas de afrontamientos.

E8RIES30: Que se han alejado, se alejaron las amigas que tenía porque les afectó.

Subcategoría: equipo de salud

Evaluar la ansiedad en mujeres mastectomizadas es importante para la identificación de aquellas pacientes con mayor riesgo de desarrollar perturbaciones psicopatológicas en el transcurso del tratamiento (Canıçali- Primo C.2012)²².

El equipo de salud fortalece a las mujeres con cáncer de mama la mayoría de las mujeres valoran el apoyo del médico, la enfermera y el psicólogo tratante, las describen como muestras de cariño y de esperanza; características que son determinantes para cumplir con el tratamiento. Es importante destacar, que el equipo de salud juega un papel relevante dentro del desarrollo de la problemática de las mujeres, en la gran mayoría de los casos, la relación que se presente entre ellos influye para que estas lleven con plenitud el tratamiento oncológico o por el contrario decidan desistir de continuar con las terapias (Vargas Toloza R.B. 2012)⁴⁴.

El equipo de enfermería, que atiende a las mujeres con cáncer de mama, tiene un papel fundamental en la preparación e indicaciones. Las mujeres afectadas con esta patología necesitan ser orientadas e informadas, idealmente junto con sus familiares para que tengan una comprensión clara de los objetivos del tratamiento y de sus consecuencias (Riquelme B. 2006)⁵⁰.

En esta ocasión, la enfermera acoge, escucha y resuelve principalmente las dudas que las mujeres presentan al iniciar un tratamiento nuevo y desconocido. La enfermera entrega la información necesaria y tratará de reducir sus miedos, racionalizándolos e intenta erradicar los “mitos” asociados a la quimioterapia, con el fin de disminuir la angustia (Riquelme B. 2006)⁵⁰.

E2RIEDS20: Estamos en tratamiento, en terapia psicológica.

E2RIEDS22: Ayuda el solo hecho de conversar con alguien.

E7RIEDS: esta matrona ella me dio una charla y luego con una psicóloga allá en el consultorio.

E8RIEDS40: Yo fui a la psicóloga de Quilpué, fui a dos sesiones con ella y después a una bio dance.

Si bien las mujeres reconocen el beneficio de un apoyo terapéutico fueron muy pocas que acudieron a uno y las que acudieron fue fuera del servicio de oncología, otro dato importante que no se menciona a los profesionales de la salud que trabajan en el servicio de oncología como herramienta de ayuda para poder adaptarse a este proceso. En la literatura se menciona la importancia de un apoyo multidisciplinario desde el momento mismo del diagnóstico, donde por supuesto, es fundamental la participación del profesional de enfermera por el enfoque biopsicosocial que otorga al individuo. No debe olvidarse además que la enfermera no sólo cumple un rol asistencial, sino que también el rol de educación, gestión, administración e investigación. Es importante que el personal de enfermería reconozca cuales son las herramientas que cuentan las entrevistadas y familia y desarrollar estrategias para afrontar la enfermedad, además es necesario tener instaurado programas de orientación, educación y terapias complementarias para lograr disminuir la ansiedad y la adaptación de las mujeres y familia, la enfermera debe atender en forma holística a estas mujeres como describe Callista Roy, las personas funcionan como unidad con algún propósito. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y a la sociedad como un todo. En estos casos no existe una evaluación de los estímulos focales, contextuales y residuales no hay una identificación de la efectividad de las estrategias utilizadas por las mujeres y familias, no hay una orientación de los cuidados dificultando el proceso de adaptación.

Mejorar la condición de salud de la mujer hace referencia a la labor asistencial que realiza la enfermera con el fin de ayudarlo a superar de una manera menos drástica los problemas que se producen tanto a nivel individual (físico y mental), como a nivel social, debido a los cambios en su imagen corporal y a su nueva forma de ver la vida durante la enfermedad. La enfermera oncóloga por su amplia gama de conocimientos intelectuales y su complejo sentido de humanización, puede contribuir positivamente a sobrellevar y resolver los problemas producidos por el cáncer de seno y por los tratamientos instaurados mediante una escucha atenta que permita a la mujer y a la familia expresar sus sentimientos, una óptima educación individual y grupal, acerca de la forma en la cual pueden disminuir los efectos, la comprensión y atención en las diversas situaciones presentadas. Además el personal de enfermería en estos casos puede actuar como intérprete y servir de puente informativo gracias a su idónea experiencia, en un lenguaje claro y brindando apoyo con palabras tranquilizadoras y sencillas debido a la complejidad de esta enfermedad (Perales Rabadan V.J 2008)⁵¹.

E1RIEDS31: Hay que humanizar el sistema.

E3RIEDS28: El doctor fue re frío para decir las cuestiones; los doctores deberían ser como un poco más positivos.

Las terapias complementarias tienen como objetivo ayudar a que, la persona, enfrente y tolere lo mejor posible su tratamiento, que disminuya la angustia, tensión y ansiedad que aparece en la mayoría de los casos, y que logre una sensación de bienestar y armonía interna durante todo el proceso de su enfermedad. Terapias complementarias tienen como objetivo ayudar a que, la paciente, enfrente y tolere lo mejor posible su tratamiento, que disminuya la angustia, tensión y ansiedad que aparece en la mayoría de los casos, y que logre una sensación de bienestar y armonía interna durante todo el proceso de su enfermedad (Riquelme B. 2006)⁵⁰.

El apoyo informativo es entregado por el personal de la salud y se centra en darles a las mujeres información sobre la enfermedad, los tratamientos y la rehabilitación. Al respecto Merle afirma: “el apoyo informativo ayuda a las familias a formar un esquema que contribuye a lograr la adaptación”⁵⁰.

E1RIEDS31: Hacer talleres, pero faltan recursos.

E8RIEDS39: Falta una sección de orientación.

Según la literatura refiere que una persona bien informada con una orientación adecuada, con apoyos terapéuticos y con tratamiento complementarios les permite un mejor proceso de adaptación, pero lamentablemente en el servicio de oncología no existe capacitaciones formales, no hay talleres o actividades complementarias, contamos con psicóloga pero hay una gran población que no accede a ella por desconocimiento. Además las entrevistadas refieren que mientras ellas estén informadas más tranquilas se sienten.

E8RIEDS3: Mientras más se, más tranquila me siento.

E7RIEDS1: Una matrona me explico bien que ahora hay tantos adelantos y ahí me dio como una charla ella. Fui aparte con una psicóloga que eso me ha ayudado mucho y ahora estoy bien.

Categoría 6: respuesta de autoconcepto

Subcategoría: mutilación

En el artículo de García- Arroyo J.G. Domínguez López M.L. El problema de la “imagen corporal” y de la “feminidad” en las mastectomizadas refiere que estas mujeres de un momento a otro, se ven enfrentadas a una serie de interrogantes, miedos y angustias que no son capaces de enfrentar solas, llegando al momento de la intervención quirúrgica con un importante nivel de estrés⁹. Ellas sienten que han perdido una parte de ella.

E1RAMT8: Una pérdida de un miembro.

E7RAMT5: Como que me cortaron algo como que me mutilaron.

E10RAMT6 es una marca de guerra, es una cicatriz.

Según Villegas Moreno M.J. Las mamas son sin lugar a dudas uno de los aspectos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Sumado al significado de las mamas y lo que implica su pérdida, someterse a una intervención quirúrgica es una de las experiencias hospitalarias más comunes, y también una de las más estresantes¹. Las mujeres entrevistadas prefirieron la mastectomía porque estaba en juego su supervivencia y ellas utilizan diferentes herramientas para poder afrontar el proceso de la intervención, entre ellas fue la despedida de su mama.

E8RAMT34: Me despedí todo un día de la pechuga, me la mire, me mire hartito y fue como hacerle una despedida.

El miembro inexistente evoca la ausencia de una parte de sí mismo, de una pérdida definitiva e irreparable, es una forma de "no ver, no creer" en esa pérdida y, al mismo tiempo, el sufrimiento físico, muestra que en cierta medida la percepción de esa pérdida existe. Se trata de un sentimiento de pérdida de algo que estuvo presente en el cuerpo durante algún tiempo, de ahí el nombre de "fantasma" que indica el carácter enigmático, que aparece en el lugar de una parte inexistente del cuerpo (García- Arroyo J.G.2011)⁹.

E3RAMT10: Me sacaron la pechuga me seguía picando.

El cáncer de mama es una enfermedad que presenta diferentes situaciones de amenaza, generando desánimo psicológico, lo que puede generar ansiedad y un estado depresivo en la mujer. Cuando este órgano es invadido por una enfermedad tan temida como el cáncer, ocasionando su pérdida, se producen cambios importantes en el estilo de vida de las mujeres. Si bien la primera vez que se ven, les genera un impacto, se aceptan tal como están, viendo una posibilidad la reconstrucción mamaria. Muchas de estas mujeres no han recibido el apoyo terapéutico necesario que les permita entender en qué consiste el tratamiento, lo que dificulta asimilar el proceso de la intervención y posteriormente aceptar su nuevo cuerpo y que sean vista por su esposo y sus hijos. Aun así para las entrevistadas era prioridad su supervivencia que su aspecto físico, por lo que decidieron realizarse una mastectomía radical; incluso aquellas que se le realizaron una mastectomía parcial afirman que estaba dispuesta a realizarse una mastectomía radical para sobrevivir.

E1RAMT12: Tengo que querer así y aceptarme. Tengo que lograr mirarme al espejo. Está soy yo, sin una pechuga, pero estoy bien.

E1RAMT7: Si para sobrevivir tengo que sacarme la pechuga.

E4RAMT6: Pero nunca asimilé a lo que iba a operarme.

E5 RAMT8: Lo que te pase por la pechuga, ya es lo de menos, entonces estaba más preocupada de sobrevivir.

Finck - Barboza C. Forero - Forero M.J en su investigación en ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad describe que en el caso del cáncer de mama, la intervención quirúrgica se constituye en un estresor vital mayor, con efecto inmediato en la iniciación del proceso de representación del problema que hace la mujer²³. La persona activamente crea un problema mental que implica amenaza a su salud ya que los riesgos son severos y multifactoriales, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza de recurrencia e incertidumbre de la habilidad necesaria para hacerle frente. Si bien para las entrevistadas fue impactante el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento, tuvieron el apoyo de sus maridos, que les permitió enfrentar los cambios en su cuerpo.

Las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas refieren que es impactante mirarse por primera vez, pero utilizan estrategias de afrontamiento como mirarse al espejo de a poco, y una vez afrontado su cuerpo lo aceptan y se adaptan a él y visualizan una posible reconstrucción mamaria, lo que permite lograr un mejor proceso adaptación en tanto a su autoconceito, imagen corporal y autoestima.

E3RAMT8: Hay una alternativa hacerme un implante.

E8RAMT8: Quedé frente a frente en el espejo me puse a llorar, así, yo no me quería ver todavía yo sentía que me faltaba fue súper impactante me puedo poner un buen sostén y me puedo reconstruir me empezó a caer el pelo terrible me las lloré todas. No me quería aceptar, empecé a aceptar que lo tenía que asumir y me tenía que mirar, y empecé a hacer ejercicios de mirarme una vez al día.

La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las mujeres como una deformidad, incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo de la mujer, como así también por el equipo médico que la trata. Esta deformidad física puede interferir frecuentemente con la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin parejas estables o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas premórbidamente.

Las mujeres presentan preocupaciones en cuanto a las cicatrices, la presentación ante los demás y los cambios en su sexualidad, para facilitar la aceptación de su nueva imagen corporal. Se debe proporcionar información sobre el arreglo personal, la prótesis, la lencería especial, al mismo tiempo se trabajaba la vivencia del propio cuerpo y la influencia que esto estaba teniendo en las relaciones sexuales y en la autoestima y sobre una posible reconstrucción de mama.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos, y la amenaza que puede suponer para la vida, la mujer tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva. Estas alteraciones debidas al cáncer influyen de forma negativa en la imagen que uno tiene de su cuerpo (Anderson y Johnson, 1994; Carlsson y Hamrin, 1994; Freedman, 1994; Stanton y Reed, 2003)⁵.

Frente al cáncer de mama existen estímulos contextuales y residuales de la mujer respecto a la mastectomía amenaza de una enfermedad fatal, impacto de la pérdida de la mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa. Sin embargo frente a estos estímulos estresores la mujer enfrenta usando estrategias afectivas para manejar sus emociones, usa estrategias cognitiva, decide realizarse la mastectomía le hace frente al problema con el fin de sobrevivir por ella y sus hijos, además utiliza las estrategias comportamentales donde se ocupa el problema, es decir se realiza la mastectomía y acepta su nuevo cuerpo y ve soluciones como la reconstrucción mamaria logrando una mejor adaptación.

Las mujeres utilizan una amplia variedad de estrategias y de estilos personales para conseguir la adaptación. Los estilos incluyen las formas estables a largo plazo incluyendo la experiencia previa en situaciones anteriores de la vida; las estrategias se consideran esfuerzos específicos frente a ciertas situaciones particulares en relación con la enfermedad. Esta combinación de estilos a largo plazo y estrategias a corto plazo se cree que en general funcionan bien para las personas en sus esfuerzos por adaptarse. Es importante observar que no existe una manera única ni una forma mejor para adaptarse (Morales Tello I.E 2011)⁸.

Subcategoría: espíritu de lucha

El afrontamiento es un proceso que implica constantes cambios, ya que el sujeto, en determinados momentos, posee la capacidad de emplear diferentes estrategias que bien pueden ser defensivas y/o que le permitan resolver los problemas, por tanto, en la teoría se han distinguido dos estrategias generales de afrontamiento: Orientada al Problema, la cual involucra intentos por realizar algo constructivo con las condiciones estresantes dañinas, amenazantes o que retan a un individuo. Las entrevistadas utilizan distintas maneras para afrontar la enfermedad para encontrar tranquilidad y poder superar la enfermedad³⁴.

E6RAEL6: Yo trato de pensar que esto va a ser pasajero.

El espíritu de lucha es la aceptación total del diagnóstico, estar decidido a luchar en contra de la enfermedad, intentar obtener la mayor cantidad posible de información sobre la enfermedad y adoptar una actitud optimista: en definitiva. Poder ver la enfermedad como un desafío. Al principio estaba desesperado, pero ahora estoy dispuesto a hacer lo que haga falta para vivir. (Watson y Greer 1998)³⁵. Se observó en las mujeres con cáncer de mama que a pesar del diagnóstico de la enfermedad, se propusieron a enfrentar las dificultades de esta y llegar hasta el término de tratamiento para vivir.

E1RAEL1: Iba a agotar todas las instancias para estar bien; tienes que tener ganas de seguir viviendo, tienes que tener fe y tienes que ser lo más positivo.

E2RAEL7: Había que ponerse de pie y seguir luchando.

Luego de un diagnóstico como el del cáncer de mama, la paciente se enfrenta a situaciones estresantes, temores, miedos e incertidumbre que exigen un ajuste psicosocial a la enfermedad y estrategias de afrontamiento que le ayuden a mantener la esperanza, el sentido de control, de significado y propósito en la vida (Zwingmann, Müller, Körber & Murken, 2008)²³. Para muchos, la religión y la espiritualidad juegan un papel importante en la forma en que se enfrentan a una

crisis, las creencias religiosas y sus prácticas son un recurso comúnmente utilizado para obtener fuerza y consuelo ante la enfermedad.

En la medida en que se aproxima el final de la vida, los individuos religiosos al parecer experimentan bienestar, satisfacción y afecto positivo y mayores actitudes de consuelo ante la muerte; de igual manera, una mayor participación religiosa parece estar asociada con un estilo cognitivo de mejor adaptación a situaciones difíciles (Sherman & Simonton, 2001)²³. Las entrevistadas reconocen haberse refugiado en Dios y les entregó fuerza y resignación, les permitió seguir viviendo y lograr la adaptación en los distintos aspectos de la enfermedad. Esta es una herramienta importante que debe utilizarse en las intervenciones terapéuticas con las mujeres con cáncer de mama, le da significado a su vida y fortaleza para seguir adelante.

E1RAEL6: Dios me dio la posibilidad de seguir viviendo; generado una relación con Dios más cercana y tú sabí que él es la fortaleza.

E4RAEL6: Creo más en Dios, creía cuando estaba afligida, pero ahora Dios, yo sé que está conmigo.

El apoyo espiritual basado en su creencia en seres espirituales, fue vital, puesto que con la estrategia de apoyarse en seres espirituales, las mujeres entregaron la enfermedad, se liberaron de una gran carga emocional, adquirieron fortaleza y tranquilidad, pues sentían que iban a ser sanadas por estos seres. La religiosidad y espiritualidad al parecer proveen un soporte para la aceptación y contribuyen a darle un sentido a la vida de los individuos en experiencias adversas (Londoño –Calle Y.C. 2009)¹².

Subcategoría: maduración de vida

Para la aceptación de la enfermedad se encuentran características como una actitud responsable de lucha y supervivencia, tal como lo menciona Kübler- Ross; es decir, aceptar la enfermedad, pero sin que la persona se siente a observar pasivamente la misma. En esta fase el hecho de saberse enfermo constituye lo necesario para alcanzar un estado de salud estable. Las entrevistadas aceptan su enfermedad y se proyectan hacia futuro.

El apoyo espiritual basado en su creencia en seres espirituales, fue vital, puesto que con la estrategia de apoyarse en seres espirituales, las mujeres entregaron la enfermedad, se liberaron de una gran carga emocional, adquirieron fortaleza y tranquilidad, pues sentían que iban a ser sanadas por estos seres. La religiosidad y espiritualidad al parecer proveen un soporte para la aceptación y contribuyen a darle un sentido a la vida de los individuos en experiencias adversas¹².

Para las mujeres de cáncer de mama la religión juega un papel fundamental en sus vidas; ellas refirieron haber tenido un mayor acercamiento con Dios después de ser diagnosticadas con cáncer de mama

Experiencias de otras mujeres con cáncer de seno dirigida a acompañar a mujeres con cáncer de seno para que asuma su condición con esperanza como una oportunidad de vida, en donde las mujeres se apoyan de manera mutua, acompañado de solidaridad y fraternidad en todo momento y en especial en aquellas situaciones cuando algunas de sus compañeras fallecen durante el tratamiento oncológico, despertando ansiedad en ellas y en otras un reto más para seguir luchando contra la enfermedad (Vargas Toloza R.B 2012)⁴⁴. Las mujeres con cáncer de mama sienten el deseo de compartir sus experiencias a otras mujeres para servirles de apoyo y les permita afrontar mejor la enfermedad, pero lamentablemente la unidad no cuenta con un programa que permita ayudarlas en el proceso de adaptación.

E1RAMV30: Mi misión es como tender la mano, tengo que ayudar” porque mi experiencia le puede servir a cualquiera.

E1RAMVE19: Te das cuenta cuanto te ama, cuanto te necesita; ha sido un crecimiento personal.

E4RAMV16: Tratar de ayudar, de aconsejar.

En el estudio realizado Pérez S. y Cols (2007), en donde el impacto espiritual se reflejó como una movilización positiva, en tanto que se “apegan” más a la creencia de que existe una fuente de fortaleza externa que les permite armonía y un ajuste a la vida misma. Las mujeres que participaron en el estudio, el compartir cada instante con la familia, amigos y demás seres queridos se convirtió en una oportunidad de disfrutar cada instante con las personas que son significativas para ellas.

Pensar en el futuro puede ser útil mirar más allá de su tratamiento y pensar en lo que quiere hacer cuando se sienta bien nuevamente. A muchas personas les resulta útil establecer metas. Esto les proporciona algo en qué pensar y en qué trabajar para lograrlo. Las metas pueden ayudar también para enfocarse en lo que se quiere lograr la semana próxima, el año próximo y en el futuro. En el servicio se hace la necesidad latente de que las personas necesitan un apoyo terapéutico que las oriente para mejorar el proceso de adaptación.

E3RAMV24: Vivo el día a día todo el rato, y veo, yo miro el futuro bien positiva y en realidad.

E5RAMV23: Espero y me veo en la graduación de mi hija cuando salga de la Universidad, espero y me veo cuando mi hija entre a la Universidad a estudiar.

En 1989 Moorey y Greer plantean un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “esquema de supervivencia” considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha las mujeres oncológicas a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad³⁴.

La supervivencia, mediante el apoyo psicológico, se pretende que el sujeto se vaya adaptando a su nuevo estilo de vida, es decir; a su ambiente, que se encarga de dar a la mujer que busque un sentido de vida frente a los estímulos focales, estímulos contextuales y residuales. Los grupos de apoyo ayudan a muchas personas, y la orientación religiosa puede ayudarles también al proporcionarles cuidados espirituales y apoyo social.

CAPITULO 5
DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CAPITULO 5 DISCUSION, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. DISCUSION

Las mujeres con cáncer de mama experimentan un proceso de adaptación con respecto a la enfermedad, la cual influye en el ambiente familiar y social. La adaptación al padecimiento de un cáncer, es un proceso continuo en el cual la persona debe manejar su propio sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relativos a la enfermedad y recuperar el control sobre los acontecimientos de su vida.

El afrontamiento ha sido definido según Roy como los esfuerzos cognitivos y comportamentales que realizan las personas para atender las demandas del ambiente; estos procesos actúan como un todo para mantener procesos vitales y su integridad, son esenciales para la salud y el bienestar³⁸.

Con respecto a la adaptación de las respuestas fisiológicas, se encontró que las entrevistadas no tenían estrategias de afrontamiento a los efectos de la quimioterapia, quizás si recibieran educación al respecto por parte del equipo de salud, éstas podrían enfrentar mejor este período. En un estudio sobre nivel de adaptación de los pacientes oncológicos a la quimioterapia ambulatoria donde los pacientes ambulatorios tuvieron menos alteraciones en el modo fisiológico y la representación de rol, pero presentaron una adaptación menor en el autoconcepto⁹.

En relación a la respuesta en el rol de pareja, las mujeres presentaron una mejor adaptación, a pesar de que se sentían afectadas en su autoestima por la mastectomía y los cambios en su apariencia como la alopecia, refirieron sentirse inseguras. La participación de la pareja resultó ser un apoyo y un refuerzo positivo, reafirmando los sentimientos de amor hacia ella. Estas mujeres han logrado mantener buenas relaciones maritales y sexuales, e incluso se han fortalecidos. El cáncer obliga a ambos miembros a plantearse qué es lo realmente importante para ellos. En un estudio de calidad de vida de mujeres cubanas con cáncer de mama, se estudió un grupo de dieciséis personas, sometidas a cirugía y tratamiento por cáncer de mama la reacción de la pareja fue un factor determinante, de gran importancia, para la vida afectiva y adecuación sexual de la pareja, dos de las mujeres se separaron de sus parejas luego de la enfermedad, la que sirvió de desenlace a conflictos previos. Estas mujeres rehicieron su vida matrimonial un tiempo después con buena aceptación de sus nuevos compañeros. Todas las mujeres manifestaron mayor apoyo en el desempeño diario y comprensión por parte de sus parejas, aunque en algunos casos apreciaron sobreprotección⁴⁴.

En el rol de la maternidad las respuestas fueron diferentes según si tenían hijos o no, aquellas que tenían hijos su principal preocupación era seguir viviendo para criarlos, tenían miedo de dejarlos abandonados, les preocupaba el futuro de ellos. Por otro lado, aquellas que no habían tenido hijos o que eran madres muy jóvenes, deseaban tener otro hijo, pero tenían miedo de no poder embarazarse por los efectos de la quimioterapia. En ambos casos surgía el miedo de que ellos podrían heredar la enfermedad. Muy similar a estos resultados, lo señaló un estudio sobre los factores de estrés en el cáncer de mama post-tratamiento, en él se encontraron los mismos sentimientos de impotencia que acompañó a estas mujeres con respecto a sus hijos, tanto en el sentido de no poder completar la misión de criarlos y el miedo de que sus hijas desarrollen la enfermedad. Se puede observar, con esto, que las mujeres tienen incorporado el factor de riesgo con respecto a la herencia⁵⁷. La respuesta adaptiva se percibe de distinta manera según la etapa de crianza que esté viviendo la mujer.

La respuesta o modo de interdependencia en relación a la familia se presentó mayor adaptación frente a los estímulos focales y contextuales, el valor de la familia es fundamental en estos casos porque también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación del enfermo. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio, influenciando, de forma negativa, su recuperación⁴⁷. A diferencia de lo encontrado en este estudio, la investigación sobre el comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama señaló que los familiares, en la mayoría de los casos, demostraron reacciones ineficaces, afectando el equilibrio y la dinámica familiar y sugieren que se debe incluir a la familia durante la planificación de la asistencia a dicho paciente, porque la familia constituye parte esencial para la adaptación de la mujer. De esta forma, la familia debe ser incorporada a todo el proceso de cuidado, para el mantenimiento de su equilibrio⁵³.

En el aspecto laboral algunas mujeres comentan que el dejar su trabajo les ha llevado a una repercusión económica por la falta de ingresos. Hay mujeres que esto le significó una oportunidad de estar con la familia y de criar a sus hijos pero otras han tenido que seguir trabajando. En el estudio sobre aspectos psicológicos en el paciente superviviente, estos experimentan un duelo en el aspecto laboral; algunas personas que han atravesado un proceso de cáncer, han tenido que interrumpir su trayectoria profesional, con la consiguiente pérdida económica y las repercusiones que conlleva la misma a nivel personal y familiar; sin olvidar por ello los efectos psicológicos en cuanto a que el trabajo significa una fuente de valorización⁵⁶.

En el servicio donde se realizó este estudio, las pacientes y familias no recibieron apoyo terapéutico de la unidad y las que tuvieron fue en forma particular. Es necesario que las mujeres con cáncer de mama y familias tengan una intervención multidisciplinaria que permita el proceso de adaptación en forma holística. En el estudio de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación – afrontamiento basado en el modelo de Roy, se revisan y analizan planes de cuidados, se identifican los modos de adaptación afectados según los diagnósticos,

establece que la intervención de enfermería permite la adaptación de la persona en las cuatro áreas por lo que es necesario dar una atención integral⁵². Otro estudio imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial los resultados de los análisis efectuados han mostrado que la imagen corporal de las mujeres en el grupo de intervención fue mejorando progresivamente, mientras que para el grupo control, la imagen corporal fue empeorando. Las mujeres que participaron en el programa tuvieron mejor imagen corporal que las mujeres que no participaron tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento a los seis meses⁵.

Si bien, la mastectomía es, sin duda, el procedimiento más traumático dentro del cáncer de mama, y puede alterar directamente el autoconcepto de ellas, aun así, las mujeres prefirieron realizarse tal procedimiento, debido a que desean sobrevivir a la enfermedad y estar con su familia. En una primera instancia el verse sin la mama les significó un impacto emocional, pero lentamente fueron enfrentándose y aceptando su nuevo cuerpo, logrando una mejor adaptación. Diferentes resultados obtuvieron en la investigación de la adaptación del proceso de auto-físico y yo personal en el cual las mujeres refirieron sentirse desfiguradas. El diagnóstico, el tratamiento y la pérdida de mama imponen cambios que influyen negativamente en el comportamiento de la mujer, que puede cambiar su autoconcepto. La amputación de la mama deja secuelas físicas y psicológicas en los pacientes, utilizando estrategias de afrontamiento ineficaces⁵².

En este estudio las mujeres lograron la aceptación con ayuda en gran parte de sus parejas y porque tenían un motivo de vida que era ver crecer a sus hijos. La familia directa jugó un papel importante en el proceso de adaptación. También ayudó en su proceso hacia una adaptación eficaz algo personal de ellas como sus creencias en Dios y el apoyo espiritual que sintieron. Lamentablemente el equipo de salud y en particular las enfermeras no fueron recursos terapéuticos para ellas.

5.2. CONCLUSION

Cuando a una mujer se le diagnostica un cáncer de mama surge una profunda crisis vital, su vida cambia por completo y sufre a una serie de reajustes psicológicos para adaptarse. Se producen cambios en los roles que desempeñan y en su vida laboral, social y familiar.

De acuerdo a nuestro primer supuesto el diagnóstico de cáncer sumado a una mastectomía en mujeres jóvenes generó un impacto profundo en la persona, ellas refieren que fue una noticia devastadora, entraron en estado de shock sintieron que le entregaron una sentencia de muerte. Sin embargo a medida que fueron aceptando la enfermedad pudieron dar solución al problema a través de las estrategias de afrontamiento. En el caso de la relaciones las mujeres que se

entrevistaron presentan una gran red de apoyo lo que facilitó el afrontamiento de la enfermedad, además es importante el apoyo terapéutico el que permite entender la enfermedad y el tratamiento de esta.

Con respecto a nuestro segundo supuesto el apoyo familiar es fundamental para el proceso de adaptación en las mujeres, tras el diagnóstico de cáncer, toda la familia se une y hacer frente a una serie de emociones y cuestiones sobre su vida y el futuro. El cariño y apoyo que el enfermo recibe de su familia es primordial. La familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio podrá ser mantenido.

El entorno social para la mujer significo un apoyo que permitió una mejor adaptación, las amistades constituyen una ayuda en el proceso de la enfermedad incluso hubo relatos en que amigos se pelaron para enfrentar juntos los cambios físicos con respecto al tratamiento, si bien en algunos casos hubo discriminación por el entorno ellas utilizaron estrategias afectivas y cognitivas que les permitió enfrentar la situación. No así en el entorno laboral donde existe un menor afrontamiento debido a que las mujeres deben renunciar a su trabajo generando un desequilibrio económico y retroceso profesional.

En relación a nuestro tercer supuesto el proceso de adaptación posterior a una mastectomía puede optimizarse con ayuda profesional, según la literatura se puede mejorar, pero lamentablemente en la unidad de oncología no hubo apoyo terapéutico enfocado a las necesidades y en el proceso de adaptación de estas mujeres. El trabajo de las enfermeras con estas mujeres y familia es fundamental, según Callista Roy describe a los seres humanos como seres holísticos que funcionan como una unidad y con un propósito y que los sistemas humanos incluyen a la persona como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y a la sociedad como un todo es por esto que la adaptación debe ser integral. La enfermera debe evaluar la adaptación de estos pacientes y si las estrategias utilizadas son efectivas para el afrontamiento de la enfermedad.

El Modelo de Callista Roy permite identificar los problemas de afrontamiento y adaptación y facilita su aplicación en el cuidado de las mujeres con cáncer de mama y familia. La adaptación de las mujeres que han padecido cáncer de seno es un proceso dinámico. Continuamente enfrentan múltiples desequilibrios que afectan sus dimensiones emocional, física, mental y social, porque deben afrontar el diagnóstico de una enfermedad que consideran fatal, las pérdidas en su imagen corporal, los cambios en los roles que desempeñaban y la convivencia con los fantasmas de la incertidumbre sobre su salud futura y la presencia del cáncer en sus vidas.

Estas mujeres con cáncer de mama experimentan un proceso de adaptación con respecto a la enfermedad, la cual influye en el ambiente familiar y social, por lo que es necesario tomar en consideración el beneficio que significaría que el profesional de enfermera intervenga en el

tratamiento integral de las personas afectadas por esta enfermedad. Las enfermeras no solo brindan cuidados físicos, también juegan un papel relevante en la provisión de apoyo emocional en la mujer y familia en las diferentes etapas de la enfermedad, debe participar en el proceso de adaptación de estas mujeres.

5.3. SUGERENCIAS

Es de gran importancia poder conocer cuál fue el impacto que produjo al paciente el diagnóstico de su enfermedad y que los profesionales se dediquen a trabajar con pacientes oncológicos y que reconozcan el proceso de adaptación que tenga cada paciente a su enfermedad, para poder desarrollar aquellas estrategias que son necesarias para afrontar el cáncer, otorgándole herramientas para poder calmar el dolor, para que puedan manejar sus emociones frente al cáncer y que aprendan a detectar las verdaderas necesidades y como poder afrontarlas.

Pensando en la importancia de que los profesionales de enfermería amplíen sus conocimientos sobre lo que acontece en la psiquis de estos pacientes, y en la influencia del ambiente familiar y social, es necesario tomar en consideración el beneficio que significaría que estos profesionales intervinieran en el tratamiento integral de las personas afectadas por esta enfermedad, formando parte de un equipo multidisciplinario.

El profesional de enfermería está capacitado para hacer Intervención en crisis, sin embargo no existen programas establecidos para que el profesional intervenga formalmente, evaluando así sus resultados.

La enfermera que trabaja en el servicio de oncología debe elaborar protocolos y/o guías que brinden una atención holística a las pacientes con cáncer de mama y/o familiares, con el fin de apoyar a que logren su adaptación a la enfermedad y mejorar con ello su calidad de vida.

La unidad de oncología debiera crear grupos de ayuda que permita orientar a los pacientes con respecto a su enfermedad, crear las instancias para desarrollar talleres que les permita comprender su enfermedad, desarrollar herramientas de adaptación y vivenciar experiencias de otras pacientes.

Por último la unidad de oncología debe promover entre las enfermera oncológica que realicen trabajos de investigación lo que permitirá la implementación de una guía especializada para la orientación del paciente oncológico además de tener en cuenta la calidad de vida del mismo, como alternativa de mejoramiento de la atención del cuidado de este.

BIBLIOGRAFIA

1. Villegas Moreno M.J. Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. Revista académica e institucional UCPR (Internet) 2009 (citado 20 mayo 2014) N 83. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3642514.pdf>.
2. Calvo-Gil M.J; Narváez - Pinochet P.A. Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de Cáncer de Mamas. IndexEnferm. (Internet) ene.-mar. 2008 (citado 20 mayo 2014) v.17 n.1 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-2962008000100007&script=sci_arttext.
3. Ministerio de Salud. Guía clínica cáncer de mama. Santiago de Chile. (Internet) 1ª Edición julio 2004 (citado junio 2014) disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c4423d1e04001011f011398.pdf>.
4. Ministerio de Salud. Manual orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio. (Internet) 2013. (Citado mayo 2014) disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/dab6d09c5a3852eae04001016401264a.pdf>.
5. Sebastián J; Manos D. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. Revista Clínica y Salud versión impresa ISSN 1130-5274. (Internet) julio.-septiembre 2007. (Citado mayo 2014). Volumen 18 número 2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002.
6. Blanco-Sánchez R. Cáncer de mama y maternidad. Enfermería Global (Internet) abril del 2011. (Citado 20 mayo 2014) V10 No 22: 1-11 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/clinica1.pdf>.
7. Pereira- Méndez A.B; Da Costa -Lindolpho M. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. Enfermería Global. (Internet) abril 2012. (Citado en junio 2014). vol.11 no.26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200026&script=sci_arttext.
8. Morales - Tello I.E. Respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el modelo de Callista Roy: Hospital Loayza (Internet) 2011. (Citado en Mayo 2014) Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1004/1/morales_ti.pdf.
9. García Valenzuela M.L; Cuevas Cansino J.J; Tinoco López G. Nivel de adaptación de los pacientes oncológicos a la quimioterapia ambulatoria. (Internet) Octubre de 2004. Universidad Michoacana de Juan Nicolás de Hidalgo. (Citado en 28 de marzo 2015) disponible <http://dieumsnh.qfb.umich.mx/nivel.htm>.
10. Figueredo Villa K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado Universidad de Ciencias Médicas de la Habana Facultad de Enfermería “Lidia Doce” (Internet) 2013. (Citado 29 marzo 2015) Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/741/1/Informe_Final_Katiuska_Figueredo_Villa.pdf.
11. Serra I; Maya D. Aguayo C. cáncer de mama en Chile. Mortalidades comparadas: niveles nacional, regional y comunal, 1990-2011. Análisis programático. RevChil Cir. (Internet) Abril 2014. (Citado en Junio del 2014). Vol. 66 - N° 2 pág. 118-126. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v66n2/art05.pdf>.

12. Londoño Calle Y.C. El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería Investigación y Educación en Enfermería. (Internet) Marzo 2009. (Citado en mayo 2014) Vol. XXVII N°1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n1/v27n1a07>.
13. Cáncer Org. American Cancer Society 2014. Fecha de última actualización: 03/19/2014. (Citado en Junio del 2014), disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdepiel-celulasbasalesycelulasescamosas/guidadetallada/cancer-de-piel-celulas-basales-y-celulas-escamosas-what-is-what-is-cancer>.
14. Cáncer Org. American Cancer Society 2014. Fecha de última actualización: 22/10/2014. (Citado en Junio del 2014), disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>.
15. Minsal.gov. Instituto Nacional del Cáncer, (Citado en Junio 2014). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-de-mama>.
16. Ministerio de Salud. Examen Medicina Preventiva Santiago de Chile. (Internet) junio 2009 (citado en 29 marzo 2015) disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/73b3fce9826410bae04001011f017f7b.pdf>.
17. Chemocare. Fecha de última actualización: 2014. (Citado en Junio del 2014), disponible en: http://chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/fertilidad.aspx#.VIR_v9KG9e8.
18. Komenforthe Cure S. Vida después del tratamiento (Internet) 2010 (citado 20 mayo 2014) Disponible en: http://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/03160SP-Life_After_Treatment.pdf.
19. Seom Sociedad Española de Oncología Médica Fecha de última actualización: 25 de Febrero de 2013. (Citado en Junio del 2014), disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia?start=12>.
20. Cáncer Org. American Cancer Society Embarazo y cáncer de seno. Fecha de última actualización: 15/10/2013. (Citado en Junio del 2014), disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/embarazo-y-cancer-de-seno>.
21. Schwarze J.E. Balmaceda J. Arguello B. Almendra C. Villa S. Pommer R. Vitricación ovocitaria para posponer fecundidad: experiencia de la Unidad de Medicina Reproductiva de Clínica Monteblanco. (Internet) 2012 RevChilObstetGinecol; 77(4): 286 - 290 (citado en 29 marzo 2015) disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400008.
22. Caniçali- Primo C; Nunes -Gonçaves L.R; Pires- Olympio P.C; Costa - Leite F.M.; Costa -Amorim M.H. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. Enferm. glob. (Internet) oct. 2012. (Citado en Junio del 2014). Vol. 11 no.28. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v66n2/art05.pdf>.
23. Finck - Barboza C. Forero - Forero M.J. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. Análisis preliminar de datos (Internet) Enero -Junio de 2011 (Citado en Junio del 2014). Vol. 3. No. 1. Disponible en: [file:///C:/Users/marta/Downloads/10610-33005-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/marta/Downloads/10610-33005-1-PB%20(2).pdf).

24. Rivera D. La política del cáncer. Revista colombiana de cancerología. (Internet) 10/03/05 (Citado en Junio del 2014). Vol. 9(1):29-33. Disponible en:
<http://www.cancer.gov.co/~incancer/instituto/documentos/revistas/2005/pub1/5.%20Art%C3%ADculo%20de%20revisi%C3%B3n.pdf>.
25. Lafaurie M.M; Castiblanco - Barbosa D.R; González -Díaz J.M; Jiménez -Tamayo D.M. Moreno L.B; Ramírez L.P; Sastoque –Ramírez A.G; Tenza –González J.H. Mujeres en tratamiento de cáncer, acogidas por un albergue de apoyo: circunstancias y perspectivas de cuidado de enfermería. (Internet) 27 de mayo de 2009 (Citado en Junio del 2014). Vol. 4. Disponible en:
http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/mujeres_tratamiento_cancer_acogidas_albergue_apoyo.pdf.
26. Borbón- Mendoza M.Y; Beato- Canfux M.A. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. RevCubMed Mil. (Internet) ene.-mar. 2002 (Citado en Junio del 2014). v.7 n.1. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000100008.
27. Boo -Puente M.J. El duelo cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos. (Internet) febrero 2013 (Citado en Junio del 2014). Disponible en:
<http://bucserver01.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuenteMJ.pdf?sequence=1>.
28. Carmona Z.E; Bracho de López C.E. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública (Internet) Julio 2008. (Citado en Junio del 2014). Vol. XII. Disponible en:
http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf.
29. García- Arroyo J.G. Domínguez López M.L. El problema de la “imagen corporal” y de la “feminidad” en las mastectomizadas. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. (Internet) 2011. (Citado en Junio del 2014). Vol. 8. Disponible en:
<http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph04111.html>.
30. Ávila M; Moral de la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo Propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología (Internet) 2013. (Citado 20 mayo 2014) v10. Núm. 1 pp. 109-130. Disponible en:
[file:///C:/Users/marta/Downloads/41951-59007-4-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/marta/Downloads/41951-59007-4-PB%20(2).pdf).
31. Contreras F, Esguerra G,A; Espinosa J. C; Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Act.Colom.Psicol. (Internet) July/Dec. 2007. (Citado 20 mayo 2014) vol.10 no.2. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200016.
32. Oiz B. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. Anales Sis San Navarra. (Internet) 2005. (Citado 20 mayo 2014) v.28 supl.2. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400003.
33. Pérez - Sánchez de Loria G. Desarrollo de estrategias psicosociales y de autocuidado en equipos de salud para promover la calidad de vida en pacientes con cáncer. Revista de Psicología, (Internet) 2013. (Citado 20 mayo 2014) n.9. Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322013000100007&script=sci_arttext.

34. Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología, Boletín de Psicología. (Internet) 2002. (Citado 20 mayo 2014) No. 75. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>.
35. Greer S. Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. Boletín de Psicología. (Internet) Septiembre 1992. (Citado 20 mayo 2014) No. 36. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N36-4.pdf>.
36. Demaria V.F. Impacto frente al diagnóstico de cáncer y su afrontamiento. Universidad del Aconcagua. (Citado 20 mayo 2014). Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/325/tesis-1610-impacto.pdf.
37. Roy C Modelo de Adaptación. En Marriner, A., Raille, M. editores. Modelos y Teorías en Enfermería. Unidad III 7º ed. Barcelona: Elsevier – Mosby; 2011 p 335-365.
38. Flórez-Torres I.E.Herrera-Alarcón E. Carpio-Jiménez E.Veccino-Amador M.A.Zambrano-barrios D.Reyes-Narváez Y. Torres-Contreras S. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. (Internet) 2011 Aquichán vol.11 no.1 Bogotá (Citado 31 marzo 2015) Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972011000100003&script=sci_arttext
39. Díaz de Flores L; Durán de Villalobos M.M; Gallego de Pardo P; Gómez Daza B; Gómez de Obando E;González de Acuña Y.Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy (Internet) 2002 Aquichán vol.2 no.1 Bogotá. (Citado 5 de abril 2015) Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972002000100004&script=sci_arttext&tlng=en
40. Morales Tello I.E. Respuestas de adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, según el modelo de Callista Roy. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Internet) 2011. (Citado 20 mayo 2014) Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1004/1/morales_ti.pdf.
41. Guía para el paciente oncológico y su familia. Clínica Universitaria Oncología (Internet) 2012 (Citado en 26 de enero 2015) Disponible en <http://www.cuconcepcion.cl/wp-content/uploads/2012/02>.
42. Greef S. Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama TheRoyatMardsen Hospital (internet) septiembre 1992. (Citado 26 de enero 2015) Boletín de Psicología, No. 36. Disponible en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N36-4.pdf>.
43. Izquierdo-González M; González-Pérez U; Alerm-González A; Jáuregui-Haza U. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. (Internet) 2008 Revhabancienméd v.7 n.2 Ciudad de La Habana. (Citado 5 de abril 2015) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000200014.
44. Vargas Toloza R.B; Pulido León S.M. Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (Internet) Julio 2012 (Citado en 26 de enero 2015) N° 1 disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LhBxHCxzEwJ:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986765.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cl>.
45. Mujer y salud Nota informativa N° 1 Prevención del cáncer génito-mamario: preguntas, respuestas y derechos que asisten a las mujeres (Citado en 26 de enero 2015) disponible en:

- <http://www.cnm.gov.ar/AreasDeIntervencion/NotaInformativa1CancerGenitoMamario.pdf>.
46. Mesquita Melo E; Magalhães da Silva R; De Almeida A.M; Carvalho Fernández A. F; Mota Rego C. D. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. (Internet) 2007. (Citado 26 de enero 2015) N° 10 disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228>.
 47. Fabiana Demaria V. Impacto frente al diagnóstico de cáncer y su afrontamiento Universidad del Aconcagua (Internet) (Citado en 26 de enero 2015) disponible en http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/325/tesis-1610-impacto.pdf.
 48. Rivas Velázquez J.C. Redes sociales de apoyo al paciente crónico. (Internet) setiembre 2014 (Citado en 26 de enero 2015) N° 74 disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen74/rivas.pdf>.
 49. Vivar C.G Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes (Internet) el 21 de octubre de 2011. (Citado 20 mayo 2014) Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656711004264/1-s2.0-S0212656711004264-main.pdf?_tid=404dd05e-a73d-11e4-a958-00000aab0f02&acdnat=1422484404_56bc84f3510e0927b0bfedbe4ff9fd16.
 50. Riquelme B; Sepúlveda B; Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama (Internet) 2006 (Citado en 26 de enero 2015) Rev. Med. Clin. Condes N° 17 disponible en http://www.clinicalascondes.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_17_1/Atenciondeenfermeriap_244.pdf.
 51. Perales Rabadan V.J. calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno. Pontificia Universidad Javeriana Facultad De Enfermería Bogotá, D.C. (Internet) 2008 (Citado en 26 de enero 2015) Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis27.pdf>.
 52. Caetano J.A, Soares E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal (Internet) 2005 Rev Enfermagem ; 13(2): 210-6. (Citado 29 marzo 2015) Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a11.pdf>.
 53. Melo E.M, Magalhães da Silva R, Almeida A.M, Carvalho Fernández A.F, Mota Rego C.D. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. (Internet) 2007 Enfermería Global; 10: 1-10. (Citado 29 marzo 2015) Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/237>.
 54. Gallegos Alvarado M. Rodríguez Salazar A. Murillo Ortiz E. Esquivel Rodríguez E. Alvarado Villa M. Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación – afrontamiento. (Internet) 2012 Revista cuidarte Vol. 3, Núm. 1 (Citado 29 marzo 2015) Disponible en: <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/28>.
 55. Leyva Pescador Y. Solano Arellano G. Labrador Ortega L, Gallegos Alvarado M, Cristina Ochoa Estrada M. Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. (Internet) 2011 Revista cuidarte Vol. 2, Núm. 1 (Citado 29 marzo 2015) Disponible en: http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/44/guia_paciente_oncologico_familia.pdf.

56. Solana A. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente (Internet) 2005 Oncología (Barc.) v.28 n.3 Madrid (Citado 5 de abril 2015) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300009
57. Silva G; Santos M.A. Los factores de estrés en el cáncer de mama post-tratamiento: un enfoque cualitativo. (Internet) 2010 Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.18 no.4 Ribeirão Preto. (Citado 5 de abril 2015 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1692010000400005&script=sci_arttext
58. Lotus Shyu Y. Role Tuning Between Caregiver and Care Receiver During Discharge Transition: An Illustration of Role Function Mode in Roy's Adaptation Theory. (Internet) 2015. (Citado 31 marzo 2015) Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/>
59. Parada Lezcano M. Metodología cualitativa de Investigación científica. Universidad de Valparaíso (Internet) 2011. (Citado 20 mayo 2014) Disponible en: [file:///C:/Users/marta/Downloads/cap%C3%ADtulo%20editado%20final\[1\]%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/marta/Downloads/cap%C3%ADtulo%20editado%20final[1]%20(2).pdf).

ANEXOS

Anexo N°1

Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito del siguiente documento es invitarlo(a) a participar en el estudio titulado Proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundario a un cáncer de mama cuya investigadora principal es la Srta. E.U. Marta Vargas estudiante de Magister en Enfermería, de la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaré a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. Relevancia del estudio y beneficios: El cáncer de mama en la mujer es un problema de salud pública mundial de gran complejidad. En primer lugar, por el alto número de casos que se presentan diariamente, y en segundo lugar, por los efectos negativos en la salud física, emocional, mental y social de las mujeres que lo sufren.

Existen estudios sobre la vivencia de mujeres mastectomizadas, sin embargo son escasos los que consideran a las mujeres en edad reproductiva, de ahí nace el interés de adentrarse en los relatos de aquellas mujeres en edades reproductiva para comprender desde su perspectiva lo que ellas viven, como enfrentan esta realidad, como viven el duelo, como se adaptan a ellas y las relaciones con los demás.

La relevancia de este estudio es la poca información que existe desde el enfoque cualitativa ya que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de Cáncer de mama en mujeres jóvenes. Este estudio además será un gran aporte para el HCVB y su servicio de Oncología debido que es centro regional de derivación de la cuarta región, por lo que atiende gran número de mujeres en esta situación de salud.

2 Objetivo: Describir el proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama, en el servicio de Oncología del HCVB durante el período de Agosto a Octubre del 2014.

3 Riesgos: Aunque no se tiene considerado ningún riesgo significativo al participar de este estudio, existe la posibilidad de que algunas preguntas le produzcan incomodidad, de ser así por favor informe a los investigadores o a la docente guía, ellos aclararán la situación.

4 Costos y pago: Los costos derivados de papelería e impresiones serán asumidos por el grupo investigativo. La participación en este estudio no tiene costo para usted, como así también no recibirá remuneración de ningún tipo por su colaboración.

5 Derechos del participante: Su participación es totalmente voluntaria. En caso de verse afectado al momento de responder el cuestionario, o pesquisar algún riesgo individual que afecte su salud mental, usted tendrá derecho a recibir una consejería, o control con psicóloga Srta. Alejandra González Serrano RUT 12.956.030-4 en el servicio oncología del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Por otra parte usted tiene derecho a manifestar sus dudas en cualquier momento de la investigación, a la investigadora principal, pudiéndose contactar con ellos en el teléfono 83674051 Además usted puede retirarse del estudio en cualquier momento si así lo estima conveniente, comunicándose a la investigadora principal sin que ello lo perjudique en manera alguna.

6 Confidencialidad: Al participar de ésta investigación su nombre no será revelado, en cambio se utilizará un código numérico que se asignará a cada participante. La información recogida como así también el registro de los datos obtenidos será reservado, es decir, su entrevista o será señalada con su nombre, solo tendrán acceso a ellos los investigadores. Se realizará por separado el consentimiento informado y la entrevista, siendo este recaudado para fines del análisis de los datos, sin que exista relación entre el contenido de sus respuestas y su identidad. Los datos recolectados serán resguardados por la investigadora principal en su oficina, bajo llave.

7 Utilización y Publicación de los hallazgos: Los resultados de esta investigación estarán disponible en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Estos resultados podrán ser divulgados o no, según lo estime el investigador principal, en publicaciones del tipo científicas y/o académicas, y podrán ser utilizados en otras investigaciones, o no, que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando la identidad del participante.

8 Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 32 / 2507370. Si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador principal.

Nombre

RUT:

Fono:

Valparaíso, ____ de _____ del 2014.

Ficha de consentimiento informado para participantes.

Yo, _____ RUT _____ declaro
que

Se me ha invitado a participar en el estudio titulado Proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama. Se me ha informado de manera muy completa en qué consiste la investigación, que se llevará a cabo en el Servicio de Oncología del Hospital Carlos Van Buren, en Valparaíso, durante julio – Agosto del 2014.

La investigadora principal es la Srta. Enfermera Marta Vargas estudiante de Magister en Enfermería, de la Universidad de Valparaíso ubicada en calle el Blas Cuevas n°1028 en la comuna de Valparaíso.

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

El objetivo principal de la investigación es: Describir el proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a un cáncer de mama y que será útil ya que permitirá aportar nuevos conocimientos e información, lo que permitirá ampliar teorías relacionadas con los cuidados de enfermería brindados y mejorar los planes de atención de todo el equipo de salud. Mi participación es completamente voluntaria, y consistirá en responder una entrevista y que tendrá una duración aproximada de 90 minutos.

Riesgos: La investigación no tiene riesgo alguno para mí, y existe la opción de asistir voluntariamente a una educación acerca de los temas que éste aborda.

Confidencialidad: Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar se utilizará un código numérico, y solo podrán ser usados en otra investigación que no se aleje de los propósitos de ésta. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo así lo requiriera.

Costos y pagos: No recibiré ningún beneficio económico por mi participación en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno. Los costos de papelería e impresión serán asumidos por el grupo investigativo.

Derechos del participante: Si el investigador principal así lo estima conveniente, o en caso de verme afectado por alguna de las preguntas del cuestionario, recibiré ayuda psicológica por parte de la psicóloga Srta. Alejandra González Serrano a quién puedo ubicar en su consulta ubicada en oncología del Hospital Carlos Van Buren Valparaíso.

Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.

Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal, en cualquier momento de la investigación, a quienes podré contactar en el fono 83674051.

Evaluación Comité Bioética y contacto: El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en éste documento, firmo aceptando mi participación en este estudio.

Nombre, Apellidos y Firma Investigador
RUT N° 15719539-5
Fono: 83674051
Mail: catherinavargas86@hotmail.com

Nombre, Apellidos y Firma Participante
RUT N°

Anexo N°2

Instrumento:

Entrevista semiestructurada

Código de Identificación: _____

Edad _____

Estado civil: _____

Hijos _____

Edad de los hijos _____

Hora de Inicio: _____ Hora de Término _____

- *Entrada al campo: Se conversa un rato sobre temas agradables para ayudar a relajar al informante. Estas preguntas se irán haciendo según fluya la entrevista, en ningún caso será un interrogatorio*

1. *Cuénteme..... ¿Qué sucedió cuando le diagnosticaron el cáncer de mama?*
2. *¿Cómo se ha sido el proceso de esta enfermedad? Desde el inicio - hasta hora. En lo físico y lo emocional ¿Cómo ha enfrentado esto?*
3. *¿Qué significado ha tenido para usted la mastectomía? Hábleme de eso*
4. *¿Cómo ha vivido este proceso su pareja?.....y su familia? Ha podido hablar de esto con él /ellos*
5. *¿Qué problemas ha enfrentado durante este período?..... ¿Cómo ha sido esto?*
6. *¿Cuáles han sido sus necesidades durante este tiempo? ¿Qué siente qué ha sido lo más importante?*
7. *¿Qué significó el diagnóstico de cáncer en su vida laboral y amistades?*
8. *¿Cómo la han ayudado para enfrentar la enfermedad?*
9. *¿En quién se ha apoyado? ¿Quién o quienes han sido importantes en este período?*
10. *¿Cómo ve el futuro hoy? ¿Qué le preocupa en el futuro? ¿Qué espera del futuro?*
11. *¿Siente que la vida le ha cambiado?*
12. *¿Ha recibido ayuda que no se imaginó?*
13. *¿Qué considera usted que podría mejorarse en el servicio oncología para ayudar a enfrentar la enfermedad?*

Anexo N°3

Inventario de depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección,(se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- _ No creo que esté siendo castigado.
- _ Me siento como si fuese a ser castigado.
- _ Espero ser castigado.
- _ Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- _ No estoy decepcionado de mí mismo.
- _ Estoy decepcionado de mí mismo.
- _ Me da vergüenza de mí mismo.
- _ Me detesto.

8) .

- _ No me considero peor que cualquier otro.
- _ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- _ Continuamente me culpo por mis faltas.
- _ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- _ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- _ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- _ Desearía suicidarme.
- _ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- _ No lloro más de lo que solía llorar.
- _ Ahora lloro más que antes.
- _ Lloro continuamente.
- _ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- _ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- _ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- _ Me siento irritado continuamente.
- _ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- _ No he perdido el interés por los demás.
- _ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- _ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- _ He perdido todo el interés por los demás.

13).

- _ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- _ Evito tomar decisiones más que antes.
- _ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- _ Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- _ No creo tener peor aspecto que antes.
- _ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- _ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- _ Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- _ Trabajo igual que antes.
- _ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- _ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- _ No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- _ Duermo tan bien como siempre.
- _ No duermo tan bien como antes.
- _ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- _ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- _ No me siento más cansado de lo normal.
- _ Me canso más fácilmente que antes.
- _ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- _ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- _ Mi apetito no ha disminuido.
- _ No tengo tan buen apetito como antes.
- _ Ahora tengo mucho menos apetito.
- _ He perdido completamente el apetito.

19).

- _ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- _ He perdido más de 2 kilos y medio.
- _ He perdido más de 4 kilos.
- _ He perdido más de 7 kilos.
- _ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- _ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- _ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- _ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- _ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- _ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- _ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- _ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- _ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo N°4

Aprobación del comité de ética

Ministerio de Salud
Servicio de Salud
Valparaíso San Antonio
Hospital Carlos Van Buren
Dirección
N° 81/2014/egt.-

RESOLUCION EXENTA N° _____

9081 *17.11.2014

VALPARAISO,

VISTOS Y CONSIDERANDO : Ordinario N° 1665 del 29.10.2010 del Director (s) Servicio de Salud Valparaíso –San Antonio, Memo N° 135.- de fecha 10 de Noviembre del 2014 de la Dra. Claudia Cartagena Encargada Sección Investigación HCVB, Carta de fecha 14.10.2014 QF Mariana Torres Brito Presidenta (s) Comité Científico HCVB, Ordinario Interno N° 251/2014 del Director (s) HCVB y teniendo presente la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República y en uso de las facultades delegadas por D.S. N° 38/05 del Minsal, Resolución Exenta N° 525/2014 del Director (s) Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, dicto lo siguiente.

RESOLUCION:

1.- Se **Autoriza**, la realización del trabajo de investigación **“Proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a cáncer de mama” a realizar por la profesional EU Marta Vargas Pérez de nuestro hospital.**

2.- Se delega al Jefe del Servicio de Oncología del HCVB, responsable de firmar los consentimientos informados para el estudio clínico.

ANOTESE Y COMUNIQUESE ;



[Signature]
DR. LUIS PONCE PUEBLA
DIRECTOR (S)
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

TRANSCRITO FIELMENTE

[Signature]
Claudio Vargas M.
MINISTRO DE FE

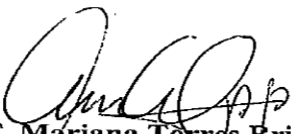
- Distribución:
- Interesado
- Cc Jefe Oncología
- Cc Comité Ética SSVSA
- Cc Dra. Mónica Carvajal – Jefe de Medicina
- Cc Dra. Claudia Cartagena – Sección Investigación Docente Asistencial HCVB,
- Cc Oficina de Partes ✓
- Archivo

Valparaíso 14 octubre 2014

Dra.
Claudia Cartagena Salinas
Encargada Sección Investigación
Oficina de Gestión Docente
Hospital Carlos Van Buren
Presente

Tenemos el agrado de saludar e informar a Ud. que en reunión del Comité Científico hemos aprobado el trabajo de tesis para optar al Magíster de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, titulado **“Proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a cáncer de mama”** a realizar por la EU Marta Vargas Pérez en el servicio de Oncología.

Saluda atentamente a Ud.



QF. Mariana Torres Brito
Presidente Comité Científico
Hospital Carlos Van Buren

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD.
VALPARAISO - SAN ANTONIO
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
COLDAS E INVESTIGACION
DRA. CCS/bsa

MEMORANDUN N° 135

Valparaíso, 10 de Noviembre 2014.

DE: DRA. CLAUDIA CARTAGENA SALIÑAS
ENCARGADA SECCIÓN INVESTIGACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DOCENTE
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

A: DR. LUIS PONCE P
DIRECTOR (S)
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Estimado Dr. Ponce:

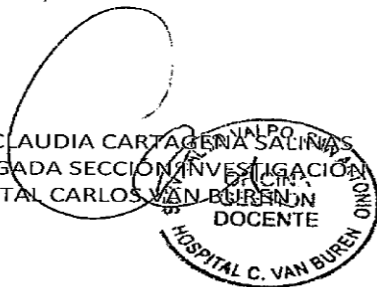
Se adjunta documentación en relación a trabajo de investigación; "Proceso de adaptación que viven las mujeres en edad reproductiva después de ser sometidas a mastectomía secundaria a cáncer de mama", el que se realizará por EU Marta Vargas, de nuestro Establecimiento, agradeceré evaluar y firmar carta de aceptación de la autoridad institucional para realización de dicho proyecto, requisito exigido para entrega de documentación al Comité de Ética del SSVSA.

Se adjunta además documentación en donde fue revisado y aprobado por el Comité Científico de nuestro hospital con fecha 14 de Octubre 2014.

Agradeceremos enviar original de esta carta al Comité de Ética del SSVSA y una copia a esta oficina.

Saluda Atentamente.

DRA. CLAUDIA CARTAGENA SALIÑAS
ENCARGADA SECCIÓN INVESTIGACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DOCENTE
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN



Distribución:

- Dirección HCVB
- Archivo Sección Invest. OGD HCVB

