



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES**

**CHIMBOTE**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA POST GRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DE LAS MUJERES SOMETIDAS A**

**MASTECTOMIA PIURA, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO  
EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**LIC. TEOFILA LAURA CAPCHA**

**ASESORA:**

**MS. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO**

**PIURA - PERÚ**

**2015**

**ASESORA Ms. SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO**

## **JURADO EVALUADOR**

DRA. BLANCA EMELI HUAYLLA PLASENCIA

PRESIDENTE

DRA. NELLY TERESA CÓNDROR HEREDIA

SECRETARIA

Mgtr. NANCY PATRICIA MENDOZA GIUSTI

MIEMBRO

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a mi familia fuente de apoyo en toda mi vida, gracias a mi esposo mis hijos Paola, Ángel y Valeria que me ayudan a cumplir mis objetivos para realizarme profesionalmente.

Agradecer a mí asesora Ms. Sonia Rubio por su esfuerzo y dedicación, su conocimiento, su orientación su motivación, ha sido fundamental para culminar la tesis.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote por la dedicación de formar profesionales competentes en el campo de la salud.

A las personas que hicieron posible realizar esta investigación, en calidad de entrevistados.

**TEÓFILA**

## **DEDICATORIA**

A Dios como ser supremo y creador nuestro y de todo lo que nos rodea y por habernos dado la inteligencia, paciencia y ser nuestro guía en nuestras vidas.

De igual forma, dedico esta tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos difíciles.

Dedico a mi esposo y a mis queridos hijos que siempre son mi impulso para seguir adelante.

**TEÓFILA**

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue Conocer y analizar las Vivencias de las mujeres sometidas a mastectomía en el hospital de Santa Rosa de Piura, la muestra estuvo constituida por 5 pacientes que utilicé en la investigación cualitativa, historia de vida, en la cual se llegó a las siguientes conclusiones: La percepción de las pacientes mastectomizadas, sobre su imagen corporal, fue desfavorable por no aceptar su nueva apariencia física. Las limitaciones físicas causadas por la mastectomía, y no poder ocuparse en forma continua en alguna actividad, tienden a retroalimentar con frecuencia, pensamientos recurrentes que profundizan sus sentimientos pesimistas ante la vida. 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 positivas sin afectar el equilibrio y la dinámica familiar. Las consecuencias sociales están relacionadas con la parte económica y de exclusión. Más de la mitad de las mujeres manifestaron tener dificultades económicas después de la mastectomía. Una se consideró moderadamente afectada. Aunque reconocemos la carga psicológica que acarrea una mastectomía, se hace necesario que el personal de salud no haga énfasis solo en el diagnóstico o procedimiento quirúrgico, sino en abordajes desde el punto de vista psicológico, antes, durante y después del procedimiento.

**PALABRAS CLAVES:** Mastectomia, Mujeres, Vivencias.

## ABSTRACT

The objective of the present work was to know and analyze the experiences of women underwent to mastectomy in Santa Rosa Hospital of Piura, the sample was composed for 5 patients that used the qualitative research, history of life, on which the following conclusions were reached: The perception of mastectomizado patients, on their body image, was unfavorable for they don't accept their new physical appearance. The physical limitations caused by the mastectomy, and they can't occupy continuing in basic activities, tend to feedback with frequency recurrent thoughts that deepen their pessimistic feelings towards life. The family faced with the breast cancer diagnosis presents behaviors of fear, associated with the fact that the disease is considered mortal or for the impossibility of cure. So, the family, in most cases, showed positive reactions without affecting the balance and the family dynamics. The social consequences are related with the economic part and exclusion. More than half womem said they have economic difficulties after the mastectomy. One's is considered moderately affected. Although we recognize the psychological burden that carries a mastectomy, it is necessary that the health personnel doesn't make emphasis only on the diagnosis or surgical procedure, but in approaches from the psychological point of view, before, during and after the procedure.

**KEYWORDS:** Mastectomy, Women, Experiences.

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	vi
<b>DEDICATORIA</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b> .....	08
2.1 Antecedentes.....	08
2.2 Bases Teóricas.....	14
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	47
3.1 Tipo de Investigación.....	47
3.2 Método.....	47
3.3 Sujeto de estudio .....	52
3.4 Escenario de estudio.....	54
3.5 Técnicas de recolección.....	55
3.6 Análisis de los datos.....	61
<b>IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO</b> .....	66
4.1 En relación al rigor.....	66
4.2 En relación a la ética.....	67
<b>V. ANÁLISIS TEMÁTICO</b> .....	68
5.1 Enfrentando cambios en mi imagen corporal.....	68
5.2 Reacciones frente a su enfermedad.....	73
5.3 Reacciones frente a su entorno.....	84
<b>VI. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	92
6.1 Conclusiones.....	92
6.2. Recomendaciones.....	94
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	95
<b>ANEXOS</b> .....	109

## I. INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos (1).

La Organización Mundial de la Salud estimó que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones (2).

Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará 2.1 millones en 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar (3).

Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la ocurrencia de cáncer en etapas más avanzadas y está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento.

En los EE.UU, el 60% de los casos de cáncer de mama son diagnosticados en las primeras etapas, mientras que en Brasil sólo el 20% lo son y en México sólo el

10% se diagnostican en una etapa temprana (4, 5,6).

La Organización Mundial de la Salud difundió en su último informe que esta enfermedad es la primera causa de muerte en mujeres entre los 35 y los 65 años, delante de las cardiovasculares. Y que el cáncer de mama en general aumentó un 30 por ciento en los últimos 40 años, quedando en segundo lugar, luego del de pulmón (7).

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos sub grupos de riesgo (8).

Raúl Velarde Galdós, director médico de la Liga Contra el Cáncer, refirió que en el Perú se presentan, en promedio, 34 casos de cáncer de mama por cada 10,000 habitantes. Sin embargo, en Lima se estarían presentando entre 100 y 120 casos por cada 100,000 habitantes. “Esto es alarmante porque estamos con tasas similares a Nueva York o Chicago, donde se tienen los índices mundiales más altos de la enfermedad”.

José Manuel Cotrina Conchán, jefe del Departamento de Cirugía de Mamas y Tumores Blandos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), dijo que entre los factores de riesgo que influyen en el incremento de este tipo de cáncer entre las limeñas, además de antecedentes familiares con cáncer, está el tener hijos después de los 30 años, pues las mujeres están más tiempo expuestas al estrógeno y, por el contrario, con una gestación se producen hormonas que contrarrestan las relacionadas con el cáncer (9).

Los datos del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, encuentran para el

período 2004-2007 una incidencia acumulada de 228 casos por 100 000 habitantes (Incluyendo el cáncer de piel no melanoma) observándose nuevamente una mayor incidencia en el sexo femenino en comparación con el masculino (269.0 por 100 000 versus 183.1 por 100000 respectivamente. (10)

Asimismo, los datos del Registro de Cáncer de Base Poblacional de Trujillo publicados en el documento “Cancer incidence in five continents”, encuentran una incidencia de cáncer de 159.8 casos por 100 000 en varones y de 190.3 casos por 100 000 en mujeres (Sin incluir al cáncer de piel no melanoma). Esta situación de tasas de incidencia más altas en mujeres que en hombres constituye una situación distinta de la reportada a nivel mundial y en la región (11).

La Organización Mundial de la Salud hace prevención y control del cáncer con fin de reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos sub grupos de riesgo (12).

La Ciencia ginecológica hace referencia sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama que ha sufrido una evolución histórica en los últimos siglos. Actualmente, el tratamiento del carcinoma invasor se entiende desde un punto de vista multidisciplinario, aunque la cirugía se mantiene como parte importante de este tratamiento. La introducción de la cirugía conservadora de la mama y de la biopsia del ganglio centinela son alternativas quirúrgicas para abolir la mastectomía y la disección axilar. El carcinoma in situ se ha estudiado con especial interés, y puesta al día del tratamiento de las diferentes neoplasias de mama (13).

En este contexto psicosocial, el estado peruano ha declarado de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento en noviembre del año 2012 el plan nacional para la atención integral del cáncer y mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos del Perú, o del acceso a los servicios oncológicos

poniendo en marcha denominado PLAN ESPERANZA (D.S. N° 009-2012-SA). Se espera que el Plan Esperanza, implemente las mejores estrategias para mejorar el acceso de la población a los servicios oncológicos para la atención del cáncer, priorizando la población más vulnerable. El Plan Esperanza debe ser también, el principal usuario de la información generada por la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer para la toma de decisiones (14).

La mastectomía constituye una de estas modalidades terapéutica, que consiste en la extracción quirúrgica de una o ambas mamas con la finalidad prevenir el cáncer de mama o evitar su propagación, puede utilizarse sola o combinada con otros tratamientos como radioterapia o quimioterapia. Ser sometida a este tipo de intervención quirúrgica supone una situación difícil de afrontar, por las repercusiones emocionales y sobre todo en el aspecto sexual, que podrían traer como consecuencia. La mujer que será sometida a una mastectomía puede padecer un componente psicológico de ansiedad sexual resultado del cambio que experimentará en su autoimagen e influenciado por su cambio corporal, el cual podría disminuir su auto concepto (14).

Ser enfermero implica poseer la capacidad de comunicarse, de tal forma que le permita a la paciente manifestar lo que siente; el hecho de comprender las necesidades psicológicas de la persona, juega un papel importante tanto en el afrontamiento de la persona frente al cambio que experimentará, más que en su cuerpo, los cambios en su sexualidad y en su vida social; así como en la forma en la se adapte a su nueva situación; con esta actitud de empatía, el profesional de enfermería sabrá en que momento la paciente se siente ansiosa o ha experimentado un cambio en su estado de ánimo que no le resulta favorable para su recuperación (14).

La persona que es sometida a esta intervención, presentan problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer, podría encontrarse vulnerable para vivenciar un duelo anticipado por la pérdida de una parte significativa de su cuerpo asociada a la maternidad, feminidad y sexualidad en general. Además, estas

personas experimentan el temor a ser rechazadas o abandonadas por la pareja y la vergüenza a mostrarse ante él, sin embargo, estos sentimientos podrían ir aliviándose en la medida en la que la persona vaya acostumbrándose a su nueva situación (15).

Los cambios en el estado anímico de la persona son bastantes notorios durante la fase del preoperatorio, por esta razón los profesionales de salud y en especial los de enfermería, deben enfocar sus cuidados no solo a la satisfacción de las necesidades físicas, sino también deben brindar cuidados para cubrir las necesidades emocionales de las personas, quienes pueden experimentar muchos temores y angustias por no saber cómo será sus vidas después de la intervención quirúrgica, pudiendo entrar incluso a un cuadro depresivo (15).

Durante el transcurso de este trabajo de Enfermería se observó que la paciente que será sometida a esta intervención tal vez no se le ha brindado la información necesaria, ni la preparación psicológica previa a la intervención, originando en ellas una serie de falsas expectativas frente a las consecuencias de la intervención. Se pudo observar también que la persona que será sometida a una mastectomía se encuentra triste, ansiosa, negativista; pues lo que están vivenciando, tal vez las sumerja en un mundo de desconcierto y depresión, lo cual podría evidenciarse con la abstinencia a participar de las reuniones sociales o sentimientos de incompreensión por parte de los familiares y amigos que le rodean; pudiendo surgir miles de interrogantes para tratar de comprender la situación en la que se encuentra.

Con esta realidad he creído conveniente conocer ¿Cómo se ve afectada la vida emocional de la persona sometida a Mastectomía Piura, 2014? ¿Influye la mastectomía en la sexualidad de la persona? ¿Cuáles son las vivencias y sentimientos de las personas sometidas a mastectomía Piura, 2014?

A partir de esa problemática se define como **objeto de estudio** la Vivencias de las mujeres sometidas a mastectomía Piura 2014.

En ese sentido, se formula la **pregunta norteadora**, como vertiente del estudio:

¿Cuál es la Vivencia de las mujeres sometidas a mastectomía Piura, 2014? Con

base en esos cuestionamientos es que formulamos los siguientes objetivos:

Conocer la Vivencia de las mujeres sometidas a mastectomía Piura, 2014

Analizar la Vivencia de las mujeres sometidas a mastectomía Piura, 2014.

La paciente que será sometida a una mastectomía tiene que prepararse para el cambio que dará su vida, empezando por revalorizar y darle un nuevo sentido a su vida. Este tratamiento supone un cambio importante y significativo en su vida que trae consigo sentimientos de angustia, miedo y ansiedad, se convierte en una situación inesperada que traerá consigo vivencias que tal vez nunca antes pensó vivir.

El cáncer es un problema de salud pública, a escala mundial y afecta a todas las razas sin distinciones de ninguna índole.

Desde el momento en el que la persona recibe la noticia que tiene cáncer y que una de las alternativas es la mastectomía, se desencadenan una serie de sentimientos por parte de la paciente y de su familia, debido a que este tratamiento origina cambios en la imagen corporal y en la sexualidad de la persona, esto último es una de las razones por la cual el profesional de enfermería, conocedor de la repercusión que puede tener estos cambios en la salud de la persona y debe interceder para disminuir este impacto, mediante una terapéutica profesional adecuada en la cual se enfoque la parte afectiva y psicológica de la persona; terapéutica que muchas veces se ve interrumpida por los diversos distractores del entorno, originando una relación enfermera – paciente deficiente en la cual no se le brinda al paciente la información necesaria, ni se le prepare psicológicamente para asimilar y adaptarse a los cambios que sufrirá después de la intervención.

Hasta el momento en nuestra ciudad se han realizado pocos trabajos de enfermería similares, a pesar de que este tratamiento se viene realizando desde mucho tiempo y cuya demanda es bastante considerable. En la actualidad el enfermero aboca sus cuidados más a la parte curativa, descuidando muchas veces la parte afectiva y psicológica no solo del paciente sino de su familia.

Este estudio tuvo como propósito ofrecer información acerca de las repercusiones en la esfera de la autopercepción corporal que pueden diferencialmente tener los tipos de intervención quirúrgica de la mama interactuando con la función amortiguadora de los afrontamientos y teniendo en cuenta el grado de conocimiento del diagnóstico por parte de la paciente.

Los resultados obtenidos del presente trabajo, dieron a conocer las experiencias de las personas que se encuentran en esta situación. Los resultados del presente trabajo sirvieron de ayuda para crear planes de atención exclusivos para personas que se encuentren en esta situación. Esta investigación cuenta con el apoyo incondicional de los diferentes profesionales de salud, mejorando la calidad de vida de estas personas. Así mismo sirvió de guía para otros futuros trabajos relacionados con el tema y así poder transformar la realidad que ahora tenemos.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1 Antecedentes

#### 2.1.1 Ámbito Internacional:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la investigación:

Mezquita E. (17), Influencia de la Mastectomía en los roles de la mujer y la familia en Brasil del 2002 el objetivo de esta investigación fue determinar el grado de influencia de la mastectomía en el rol de la mujer y de la familia. En sus conclusiones menciona: Que el diagnóstico de cáncer y la realización de la mastectomía ocasionan cambios en la vida de la mujer, así como en su contexto familiar. Estos cambios envuelven los roles ocupados por la mujer y sus familiares, con disminución en el desempeño de las actividades personales, aumento de los cambios de comportamiento y en la forma de ser de la mujer y de los familiares. Los cambios referidos al papel de la mujer, envuelven restricciones en la realización de las actividades domésticas y profesionales. Los familiares, a veces, tuvieron que renunciar a sus actividades profesionales para acompañar a la enferma durante el proceso de tratamiento y, además, asumieron un rol más: el de cuidador.

Fernández M. (18), plantea La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas - Medellín en 1999, informa que es necesario tener en cuenta la sexualidad, cuando se va a dar un cuidado de salud integral a la mujer sometida a una mastectomía o histerectomía, a partir del holón erótico y de vinculación afectiva interpersonal, especialmente en la relación de pareja, siendo éste el objeto de esta investigación. En este informe se empleó el método cualitativo de enfoque etnográfico; participaron 27

mujeres, con vida de pareja activa y un año de haber sido sometidas a la cirugía. Se presentó una alteración en el holón erótico del cual surgen cuatro subcategorías: manifestación biológica, mutilación, componente mental y elaboración de la pérdida. Del holón de la vinculación afectiva interpersonal surgen dos subcategorías: satisfacción del deseo del otro y el afecto. Se dieron dos categorías emergentes: el significante de la matriz y el de la menstruación; hay una disminución de la libido y una pérdida de símbolos de feminidad, lo que las llevó a una elaboración de duelo por la pérdida corporal.

Parra C. (19), desarrolla las Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia - Colombia 2010, propone que el cáncer de mama es una patología muy frecuente y los tratamientos como la quimioterapia afectan las experiencias de vida y el psiquismo de la mujer plantea que los estudios en que se trate de entender cómo la experiencia de la quimioterapia afecta la vida de las mujeres son escasos en Colombia, teniendo como objetivos: Entender las consecuencias del tratamiento con quimioterapia en las experiencias de vida de la mujer con cáncer en los aspectos personal y social, para mejorar los elementos psicoterapéuticos y las decisiones médicas Metodología: Se utilizó un método cualitativo interpretativo con herramientas analíticas de la teoría fundamentada, teniendo como marco de referencia el modelo ecológico de Bronfrenbrenner. En los resultados se desarrollaron las siguientes categorías de comprensión del fenómeno: Experiencias de cambio en la corporalidad y reacciones emocionales; Significados del tratamiento, nuevas creencias y nuevos objetivos vitales; Experiencias con la familia y la comunidad, y las Experiencias con otros pacientes y el equipo médico. Conclusiones: Este estudio muestra que la mujer sometida a tratamiento con quimioterapia tiene cambios en su psiquismo y sus relaciones interpersonales. Las mujeres terminan aceptando los cambios en su vida, pero admiten la necesidad de acompañamiento psicológico durante el proceso para evitar sufrimientos innecesarios.

Sáenz L. (20), propone el Control percibido y afrontamiento del estrés en el cáncer de mama - Salamanca 1999” se investiga si las diferencias existentes en las variables personales relativas al control percibido y al afrontamiento del cáncer de mama, implican diferencias en la forma de responder a la situación de estrés en que se encuentran las pacientes con ansiedad y depresión. Este estudio analiza la influencia sobre el control percibido que ejerce un pensamiento positivo y optimista, unido a expectativas de control centradas en la propia capacidad, en un locus de control interno y en el éxito en la curación, lo que conlleva considerables implicaciones a nivel de evaluación e intervención clínico-terapéutica. Además dado que al impacto de un diagnóstico de cáncer se suman los efectos que la mastectomía provoca en las mujeres se analiza la valoración de la imagen corporal femenina y las respuestas de estrés producidas por esta situación. La muestra está formada por 116 mujeres, de las cuales 79 son pacientes diagnosticadas y operadas de cáncer de mama (Edad Media=52 dt=11,60) y 37 configuran el grupo de control (Edad Media=47,dt=12,91). Los instrumentos de medida utilizados fueron la BEEGC, el QCA, el WCQ, el STAI y el BDI. Se observa que la alta percepción de control viene explicada por el hecho de que las mujeres posean una estructura dinámica de personalidad en la que predominan unas expectativas caracterizadas por un pensamiento positivo y optimista, unas altas expectativas de autoeficacia, contingencia y éxito, así como por una elevada creencia de éxito en la curación. Estos recursos intrapersonales, estarían detrás del afrontamiento puesto en marcha por las pacientes, de tal forma que cuando las personas creen que poseen control sobre la situación generan un afrontamiento activo y adaptativo dirigido a luchar contra la enfermedad, reduciendo las respuestas de ansiedad y depresión ante esta situación.

Sirgo A. (21), en su tesis doctoral “Control de emociones y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama - Madrid 1998” se centra en el estudio del control de emociones negativas (ansiedad, ira y

depresión) como forma de afrontamiento ante una situación de amenaza extrema. Los sujetos con tendencia a controlar sus emociones negativas son denominados sujetos represores o sujetos con estilo represivo de afrontamiento, y se caracterizan por bajas puntuaciones en Ansiedad y altas puntuaciones en Deseabilidad Social, este estilo de afrontamiento es hallado frecuentemente entre los pacientes con tumores malignos. El estilo represivo de afrontamiento se encuentra asociado a trastornos psicofisiológicos. El objetivo de esta Tesis Doctoral fue comprobar el empleo de estrategias defensivas y de control emocional entre las mujeres con cáncer de mama, para ello se evaluó a un grupo de pacientes con cáncer de mama y se las comparó con un grupo control; más específicamente, estuvimos interesados en estudiar la diferencia entre los sujetos represores y no represores de ambas muestras. Así mismo confirma el mayor control de las emociones negativas en las pacientes con cáncer de mama. También confirma las diferencias en el empleo de estrategias defensivas entre el grupo de sujetos represores en ambas muestras y los sujetos que emplean un afrontamiento diferente ante sus emociones negativas.

### **2.1.2 Ámbito Nacional**

Valderrama E. (22), en su investigación “Relación entre la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento en Mujeres Mastectomizadas”, Facultad de Psicología de la UNMSM – Lima 2003.

Desarrollo como objetivo analizar la posible relación entre la imagen corporal y las estrategias utilizadas para afrontar la situación de extirpación de la mama. Utilizando el método no probabilístico intencional y cuyas conclusiones fueron: que la mastectomía, por ser una experiencia vinculada directamente con el cuerpo vulnera la imagen corporal de la mujer que la sufre, dificultando la integración mental de la misma, ante la pérdida de la mama las mujeres suelen utilizar mecanismos de

compensación y negación, con los que intentan disminuir el impacto de la pérdida, la mastectomía radical genera un sentimiento de ambivalencia emocional ya que protege el estado de salud de la mujer y al mismo tiempo es un fuerte estresor que provoca reacciones de miedo a la muerte, a la alteración de la imagen corporal y al dolor. Además las mujeres que tratan de encontrarle aspectos positivos a la extirpación del seno tienden a aceptar el problema que representa su pérdida, estas mujeres con imagen corporal con conflicto profundo tienden a emitir un mayor número de respuestas de afrontamiento potencialmente disfuncionales.

Escobar E. (23), propuso la “Percepción del paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - Lima, 2008”. Su objetivo fue determinar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. El método utilizado fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 46 pacientes mastectomizadas.

El instrumento fue un formulario tipo Escala de Lickert Modificada y la técnica de entrevista. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron: “En cuanto a la percepción de las pacientes mastectomizada sobre su imagen corporal el 54.35% tienen una percepción desfavorable y 45.65% favorable. La percepción desfavorable dado principalmente por los aspectos físico y social, mientras que la favorable por el aspecto psicológico”. “La mastectomía afecta la homeostasis biopsicosocial de la mujer, ya que, el seno, es considerado un símbolo tanto de la sexualidad como de la maternidad, íntimamente relacionado con la feminidad, es así que estos factores van a influir en como la paciente siente, piensa y actúa, es decir, los aspectos físico, psicológico y social, haciendo que la aceptación de la nueva imagen corporal sea difícil, lo que influye en el nivel de aceptación de sí misma y de los demás, y por ende en su calidad de vida”.

Carrasco G. (24), investigo las “Vivencias de mujeres con cáncer de

mama en el distrito de Guadalupe en el año 2011”, teniendo como objetivo analizar comprensivamente las vivencias de las mujeres frente al cáncer de mama. El método utilizado fue fenomenológico de tipo cualitativo- descriptivo. La presente investigación tuvo como sujeto de estudio a mujeres con diagnóstico con padecimiento de padecimiento de cáncer de mama, del distrito y que están con un tratamiento de 3 a 8 meses., al analizar, cuales son los sentimientos y actitudes de las mujeres con cáncer de mama desde el momento del diagnóstico, la mayoría de mujeres entrevistadas cuando se enteraron sintieron muchos nervios, angustia y miedo siendo el apoyo de amistades íntimas de la familia e información.; por lo cual se puede concluir que los estilos de afrontamiento o respuestas conductuales emocionales y cognitivas que se producen ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer, sugieren que las personas que afrontan la enfermedad con espíritu de lucha o aquella que utilizan como estrategia la negación tienden a presentar un mejor pronóstico en la recuperación.

### **2.1.3 Ámbito Local:**

Zapata N. (25), en su investigación titulada “Develando las vivencias de las mujeres mastectomizadas en el Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo Diciembre 2009 – Febrero 2010 en Piura en el año 2010”. Siendo uno de sus principales objetivos las vivencias de las mujeres mastectomizadas, así también seleccionó la metodología de investigación de trayectoria fenomenológica, tuvo como sujeto de estudio a la mujer mastectomizada entendiendo como tal a la mujer que tiene como mínimo una semana de post operada, así mismo la edad de las pacientes oscilo entre 36 y 58 años. Debido a la problemática individual y social a consecuencia de la mastectomía y busca de brindar la calidad de vida a las personas que lo padecen, se recomienda lo siguiente: se recomienda realizar estudios cualitativos acerca del impacto psicológico que trae consigo la mastectomía en la familia de la paciente, sobre los cambios experimentados por la

paciente en su sexualidad., que los profesionales de salud, y en especial las enfermeras, reflexionen acerca del fenómeno estudiado desde una perspectiva cualitativa que promueve la búsqueda de cuidados de calidad, cuidados que consideren al hombre de manera holística, en su esfera biopsicosocial, a fin de brindar cuidados, centrándose en la parte emocional del paciente y de quienes estrechamente relacionados con ellos, como la familia o los amigos, los cuales generalmente se ven influenciado de manera significativa con el quebrantamiento de la salud de alguno de sus miembros. El personal de enfermería debe considerar el mundo de experiencias, sentimientos y emociones de cada persona que recibe el cuidado brindando, ya que siempre se necesita ser escuchado y comprendido, para lograr vencer adversidades y alcanzar las metas. Se fomenta la formación de una asociación o grupo de apoyo de mujeres mastectomizadas, que cuente con el apoyo de profesionales, a fin de buscar el bienestar de las mismas. Los profesionales de salud: médicos, enfermeras, psicólogos, etc. se les sugiere que trabajen en equipo, y creen planes de atención orientados a la adaptación efectiva de mujeres que han sido sometidas a una mutilación de ese tipo. Se recomienda la preparación psicológica pre - operatoria y orientación post operatoria, para las pacientes que serán sometidas a una mastectomía.

## **2.2 Bases teóricas**

El cáncer, es una de las enfermedades más prevalentes en los países occidentales. En España, en el año 2002, se diagnosticaron 161.765 casos nuevos de cáncer. Además cuando analizamos las tasas de mortalidad, desglosadas por enfermedades, se aprecia que el cáncer es la primera causa de mortalidad (25,6 % de las defunciones). Si diferenciamos por sexos, observamos que en el hombre sigue siendo la primera causa de mortalidad, mientras que en la mujer es la segunda causa tras las enfermedades del corazón.

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y

negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de comportamientos, actitudes, sentimientos, que comúnmente se le conoce como vivencias. Existen muchos factores que intervienen en esas vivencias, entre los que destacan:

**a) Personalidad del enfermo;** es un conjunto de modalidades adaptativas que el individuo utiliza en su contacto cotidiano con el ambiente en que se desenvuelve; psiquiatría es el conjunto relativamente durable de rasgos que engloba las características de singularidad, individualidad, emociones, sentimientos, sensibilidad, y patrones de conducta que persisten a través de diferentes situaciones interpersonales características de la vida humana (26).

Sería un error suponer que el estrés es la única causa de las enfermedades psicosomáticas. Las diferencias hereditarias, las debilidades de los órganos y las reacciones aprendidas se combinan para causar daño. La personalidad entra en este juego. Como se mencionó antes, existe un tipo de personalidad propenso a la enfermedad.

La personalidad del paciente que padece cáncer ha sido etiquetada como personalidad “TIPO C”; que es diferente a la personalidad “TIPO A” (presenta alto riesgo de cardiopatía y se caracteriza por la urgencia de tiempo, la ira y la hostilidad) y la personalidad “TIPO B” (tipo saludable).

Los elementos que definen más especialmente al “TIPO C” son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira, y la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como, excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida.

**b) Edad del paciente:** Los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar

ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación. Los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos.

c) Por lo antes referido podemos decir que la personalidad es una variable individual que constituye a cada persona y diferencia de cualquier otra, determina los modelos de comportamiento, influye las interacciones de los estados de ánimo del individuo, sus actitudes, motivos y métodos, de manera que cada persona responde de forma distinta ante las mismas situaciones.

Las personas tienen diferentes modos y maneras de asumir las realidades tan radicales como son la enfermedad y la muerte que han formado parte de la consideración filosófica. El sentido del dolor y sobre todo el sentido de la muerte son cuestiones cuyo planteamiento y resolución determinan los posibles modos de pensar o de creer. Para Heidegger por ejemplo el morir es un modo de ser que el hombre adopta en cuanto nace. Para Jean Paul Sartre la muerte es un hecho fortuito, que irrumpe desde fuera, que no tiene ningún sentido y del que en ningún caso podemos disponer.

El encuentro entre sanitario y paciente está siempre cargado emocionalmente, es una relación intensa por parte de ambos. El paciente en este encuentro deposita en el personal sanitario una serie de “productos” (dolores, sufrimientos) cargados de afectividad (miedos, angustias y un grado de incapacitación) y espera del personal sanitario el reconocimiento de “su” enfermedad y de “él mismo” como persona enferma. El paciente va a presentar diversas reacciones frente a su enfermedad crónica:

Reacciones de huida o negación: el paciente grave puede hacer una negación total de su padecimiento, e intentar normalizar su vida. El

enfermo crónico es más asintomático, favorece en mayor medida una huida de este tipo.

Reacciones de agresión o rechazo activo: el enfermo crónico raramente expresa sin ambages su agresividad. Fuera de la consulta, en cambio, puede ser más franco “¿Qué se habrán creído?, es un médico muy malo”. Un patrón de conducta relativamente frecuente es el “pasivo- agresivo”. La agresividad se vehiculiza a través de una resistencia pasiva, casi inaparente (pérdida de recetas, olvidar las citas, cambiar la posología).

Reacciones de racionalización: el paciente apoya su conducta en argumentos o razones. Los pacientes crónicos pueden reinterpretar su enfermedad para justificar su conducta.

La enfermedad somática siempre va a vivirse como algo que altera el equilibrio físico y psíquico del individuo en mayor o menor grado, por lo que para recuperar éste, el sujeto debe realizar una serie de cambios en sus cogniciones, emociones, actitudes y conductas.

Las enfermedades somáticas generalmente tienen un tiempo de incubación que varía de una enfermedad a otra (8-15 días) los síntomas se van instaurando paulatina y progresivamente y el paciente experimenta una serie de reacciones físicas y psicoemocionales de las cuales se puede describir:

- a) Disminución de las energías físicas, en el cual se limita su actividad y le obliga adoptar una posición auto defensiva (se postra en cama deseando que este estado sea lo más pasajero posible)
- b) Sufrimiento físico localizado, la molestia principal se localiza en alguna parte del organismo (exagera la magnitud de su preocupación por su enfermedad)

- c) La angustia que origina la enfermedad depende de las vivencias desagradables que haya tenido anteriormente y de las molestias que experimente así como las peculiaridades de su personalidad, mostrando intranquilidad, desesperación, ansiedad es la emoción más común, está presente de manera distinta en las diferentes etapas de la vida.
- d) Temor a la soledad e invalidez. La evolución de la enfermedad las molestias somáticas, su estado de ánimo deprimido determina que en algún momento sienta amenazada su existencia, sienta temor a la soledad, pues para él, es el único que sufre su enfermedad y experimenta inseguridad respecto a sus resistencias orgánicas.
- e) Significación de su enfermedad. Cada individuo cuando pierde su estado de bienestar que le proporciona su salud trata de encontrar una significación a su enfermedad según sus vivencias que haya tenido anteriormente.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer en todo el mundo y el tumor que mayor número de muertes produce en España. Es la primera causa de muerte en mujeres entre 40 y 55 años y corresponde al 18.2% de las muertes por cáncer en la mujer. Su incidencia está en aumento sobre todo en los países desarrollados. En nuestro sector sanitario tenemos tasas elevadas de cáncer de mama con un incremento de la incidencia del 7'3% anual en los últimos años. A pesar del aumento de su incidencia, la tasa de mortalidad en los últimos años ha permanecido estable e incluso ha disminuido debido a los programas de detección precoz y a los avances en el tratamiento.

Las mamas son el punto de partida de la vida sexual de todo niño y niña, quienes, a través del placer oral que obtuvieron al succionar el pecho materno, empezaron a colocar los primeros cimientos de su vida sexual. El placer oral que acompaña a la lactancia materna hace que el pecho quede inscrito en nuestro psiquismo como objeto de disfrute erótico, además de como zona nutricia por su protagonismo en la alimentación del recién

nacido. El pecho adquiere desde temprano un significado que lo acompañará para siempre: el de ser de objeto sexual y nutricio.

La belleza corporal, la seducción y la maternidad son atributos que culturalmente han sido utilizados para definir la feminidad, y el pecho ha jugado un papel preponderante en la conformación de todos ellos. Una mujer cuyo tratamiento contra el cáncer ha hecho necesaria la extirpación de la mama experimentará no sólo la pérdida de una parte de su cuerpo, sino también la pérdida de los atributos que acompañan a dicha zona. No es infrecuente encontrar que una mujer a la que se le ha realizado una mastectomía sienta que ha perdido su capacidad de seducir, gustar, atraer, alimentar, nutrir y dar.

El tratamiento del cáncer, los principales sistemas para tratar el cáncer son la cirugía, la radioterapia, modificadores de la respuesta biológica y la quimioterapia. Dado que los tumores malignos son tan variables en cuanto a su presentación y conducta la elección de uno o más métodos constituye una tarea difícil. Cada una de ellas será más eficaz que el resto según sea el tipo de cáncer y la etapa en la que se encuentre. De hecho, el tratamiento depende de cuatro circunstancias: del tipo y el grado de diseminación del tumor, del estado de salud del paciente y del estado funcional de los diversos sistemas del organismo.

La radioterapia es una modalidad del tratamiento del cáncer, en el cual, se utiliza radiaciones ionizantes, que son similares a los rayos X, pero con más energía, su objetivo, es destruir el ADN de las células que se están dividiendo; existen dos tipos de radioterapia:

- 1.- Es la externa o tele terapia
- 2.-Braquiterapia.

Los efectos colaterales surgen lentamente a partir de la tercera semana como una inflamación, igual que la que se produce por un golpe o una quemadura, también puede ocasionar cansancio o astenia, diarrea, diafragma, dermatitis,

mucositis.

La inmunoterapia, usa el sistemas de defensa de defensa del organismo para combatir el cáncer, la terapia biológica refuerza estos mecanismos fisiológicos y potencia destructora sobre las células tumorales del sistema inmune, existe una gran variedad, en uso clínico tenemos el interferon y la interleucina (especialmente en el melanoma y algunos linfomas), actualmente se utilizan con mayor frecuencia los llamados anticuerpos monoclonales, las terapia biológicas tienen actualmente una gran auge y representa probablemente el tratamiento más importante contra el cáncer en el futuro, se pueden administrar solas o en combinación con la quimioterapia, pero tienen algunos problemas de tolerancia como son erupciones cutáneas, baja tensión y síntomas similares a la gripe.

La hormonoterapia; se define como un conjunto de tratamiento por vía oral p intramuscular y que se utilizan para el tratamiento de tumores, en cuyo crecimiento intervienen algunas hormonas y que llamamos tumores hormosensibles, la hormonoterapia se consigue anulando directamente la actividad de las glándulas sexuales, neutralizando sus mecanismos de acción o actuando sobre glándulas que influyen en la producción de hormonas, los efectos secundarios son sequedad vaginal, disminución del deseo sexual, irregularidades de la menstruación, fatiga, dolor de cabeza; alteraciones vasculares, osteoporosis o descalcificación ósea, alteraciones del útero, etc.

La quimioterapia; es uno de los tratamientos más comunes contra el cáncer, que se aplica desde hace mucho tiempo, en la mayoría de los casos la quimioterapia actúa interfiriendo en la capacidad de crecimiento o reproducción de las células cancerosas. Distintos grupos de medicamentos actúan en forma diferente para combatir las células cancerosas.

La cirugía curativa es el tratamiento más antiguo, se utiliza para el control

de la mayoría de tumores, con este tratamiento se pretende la extirpación de la totalidad de tejido tumoral con un margen de tejido sano a su alrededor, que evite la reaparición del tumor, en el mismo lugar de donde se ha extirpado logrando la curación definitiva, pero en ciertas ocasiones, esta situación ideal no es posible, ya sea por la extensión del tumor o por su especial localización, realizándose una cirugía paliativa o también una cirugía cito reductora en el cual se utiliza otro tipo de tratamiento como la quimioterapia.

La cirugía de conservación del seno: tumorectomía, en este procedimiento se extirpa solo la masa en el seno y un borde de tejido normal del seno circundante. Si hay células cancerosas en el borde exterior de la biopsia generalmente es necesario hacer más cirugía para extirpar cualquier cáncer remanente. Usualmente esta cirugía adicional consiste en repetir la tumorectomía, aunque algunas veces es necesario extirpar totalmente el seno. (Mastectomía). En casi todos los casos de cáncer invasivo del seno, la radioterapia se administra después de la tumorectomía. Aquellas personas que no puedan someterse a esta cirugía incluyen:

- Mujeres que hayan recibido radioterapia en el seno afectado o tórax
- Mujeres con dos o más áreas de cáncer en el mismo seno y que se encuentren además separadas para extraerlas por completo
- Mujeres con enfermedades del tejido conectivo que afecta la piel que hacen al tejido muy sensible a los efectos secundarios de la radiación.
- Mujeres embarazadas que requieren radiación durante el embarazo.

La mastectomía; es un procedimiento que consiste en extirpar el seno por completo, incluyendo el pezón. La razón más común para llevar a cabo una mastectomía es una alternativa a la cirugía de conservación de la mama. La decisión acerca del mejor tipo de cirugía para cada paciente es compleja. Ante un diagnóstico de cáncer de mama, se recomienda analizar tan

detalladamente como sea necesario con el médico los aspectos más importantes para las circunstancias propias de cada paciente. Los asuntos importantes incluyen el tamaño del tumor en relación con el tamaño de la mama, la presencia de más de un tumor en la mama, los efectos secundarios de la radioterapia y las preferencias personales.

Otra razón para llevar a cabo una mastectomía es cuando la mama contiene un carcinoma ductal o canalicular in situ (DCIS) diseminado. Este tipo de carcinoma es una afección precancerosa y tiene el potencial de convertirse en cáncer invasivo si se deja en su sitio. Normalmente, se descubre cuando un mamógrama sospechoso alerta al médico para que efectúe una biopsia (27).

El tumor cancerígeno que se presenta en un área pequeña se puede retirar mediante una tumorectomía, pero cuando se disemina por toda la mama podría requerir una mastectomía. Cuando la mastectomía se lleva a cabo por este carcinoma, por lo general no requiere la extirpación de los ganglios linfáticos debajo del brazo.

La mastectomía preventiva o profiláctica es la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas que no contienen cáncer con la finalidad de prevenir o reducir el riesgo de sufrir cáncer de mama. Este procedimiento se considera una alternativa a los exámenes intensos y se efectúa sólo después de consideraciones cuidadosas, que a menudo comprenden pruebas genéticas y una evaluación psiquiátrica. Entre las mujeres que podrían considerar una mastectomía profiláctica están las que tienen fuertes antecedentes familiares de cáncer de mama, especialmente si las parientes han sido diagnosticadas a edad muy temprana. Es importante subrayar que la mastectomía profiláctica reduce considerablemente, pero no elimina el riesgo de cáncer de mama.

Riesgos de la mastectomía, la mastectomía es una cirugía muy segura y la

mayoría de las pacientes se recupera bien, sin complicaciones. Sin embargo, como con cualquier cirugía hay riesgos. Los riesgos de cualquier cirugía son sangrados, infección y lesiones en los tejidos circundantes. Es posible que se presenten dolor e inflamación post-operatorios, los cuales pueden tratarse de manera efectiva con analgésicos.

Los riesgos relacionados específicamente con la extirpación de la mama comprenden el compromiso del flujo sanguíneo hacia la piel de la pared torácica, que puede provocar la pérdida de un poco de piel. En circunstancias muy extremas, esta complicación puede requerir un injerto de piel, pero es muy poco común. También existe un riesgo de sangrado en el espacio que antes ocupaba la mama. En caso de que se presente algunos de estos casos, se requiere de una segunda operación para controlar el sangrado, pero también es poco común.

Además existen riesgos relacionados específicamente con la extirpación de los ganglios linfáticos cercanos (disección axilar):

Muchas pacientes experimentan rigidez del hombro después de la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila, pero esto mejora especialmente con el ejercicio y la fisioterapia.

Se puede presentar un seroma, en la axila. Este es relativamente común y por lo general se resuelve solo, pero puede requerir drenaje con aguja.

Debido a que los ganglios linfáticos axilares normalmente drenan el exceso de líquido del brazo, la extracción de estos puede provocar inflamación post-operatoria del brazo del mismo lado de la mama que se ha extirpado. Esta inflamación (denominada linfedema) es poco común, pero cuando se presenta puede ser un problema persistente y conlleva un aumento del riesgo de infección.

Existen algunos nervios importantes en el área de los ganglios linfáticos axilares que se ponen en riesgo durante la cirugía y muchas pacientes presentarían una zona entumecida en la parte interior del brazo después de la cirugía. También se encuentran en riesgo nervios que van a los músculos de la espalda y la pared torácica, pero el cirujano realiza todos los esfuerzos para protegerlos durante la cirugía.

También existen riesgos relacionados con la cirugía reconstructiva; si ésta se realizó utilizando un implante, existe un aumento del riesgo de infección. También se presenta el riesgo de que se contraiga la cicatriz alrededor del implante (28).

El tratamiento exitoso del cáncer de mama y la probabilidad de supervivencia a largo plazo para las mujeres con cáncer de mama depende de manera crítica de la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico. La reconstrucción de la mama durante la mastectomía o en una fecha posterior puede ayudar a recuperar su apariencia normal y las técnicas para hacerlo han avanzado enormemente. El objetivo de la reconstrucción es restaurar la simetría de los mamas cuando la mujer está vestida. La diferencia entre la mama sana y la mama reconstruida con frecuencia puede notarse cuando la mujer está desnuda. La reconstrucción no restaura la sensibilidad normal.

Toma tiempo para que la mujer se acostumbre a la pérdida de la mama, pero las conversaciones con otras mujeres que hayan pasado por una situación similar, con su pareja y con su familia, son de gran utilidad para aprender cómo afrontar estos sentimientos. Los profesionales de la salud pueden ayudar a localizar grupos de apoyo para la paciente y su familia y un profesional del área de la salud mental puede ayudar a la mujer y a la familia a aprender a adaptarse (29).

Reacciones emocionales según Maisto, al igual que los motivos, también las emociones activan y dirigen la conducta. En el pasado, los psicólogos veían en las emociones un “instinto básico”, pero en los años recientes han comenzado a considerar las emociones como medidas que garantizan la supervivencia, capaces además de enriquecer nuestra experiencia (Consejo Nacional Consultivo para la Salud Mental, 1995) en el nivel más elemental, las emociones se clasifican según nos acerquen o nos alejen de los objetos. Pero como los motivos, las emociones pueden activar una cadena de conductas complejas que van más allá de las meras acciones de acercamiento o evitación. Por ejemplo, si algo nos provoca ansiedad, quizás recabemos información sobre ello, hagamos preguntas y luego decidamos si nos aproximamos, huimos o no quedamos a luchar (30).

La emoción se caracteriza por una activación fisiológica y por cambios en las expresiones faciales, los gestos, las posturas y los sentimientos subjetivos. El término emoción proviene del latín (intensivo + moveré o mover) y las emociones realmente nos mueven.

Primero el cuerpo presenta activación física en ellas. Estos estímulos corporales son los que nos hacen decir que nos sentimos “movidos” por una obra teatral, un funeral o un gesto de amabilidad. Segundo, a menudo nos sentimos motivados “movidos” a hacer algo por emociones como el miedo, la ira o el gozo. Muchas de las metas que buscamos nos hacen sentir bien, muchas de las actividades que evitamos nos hacen sentir mal, nos alegramos cuando tenemos éxito y entristecemos cuando fracasamos, las emociones están ligadas a muchas conductas de adaptación básicas: agredir, escapar, buscar comodidad, ayudar a la gente, reproducirse (31).

También es evidente que tiene efectos negativos. El odio, ira, desprecio, repugnancia y miedo alteran la conducta y las relaciones, pero muchas veces las emociones también favorecen la supervivencia. Las expresiones

emocionales, o signos externos de lo que se siente, son otro elemento importante. Por ejemplo, cuando tenemos mucho miedo, nos tiemblan las manos, el rostro se arruga y adoptamos una postura tensa y defensiva. La emoción también se manifiesta en cambios notables del tono de voz o de la modulación. Estos tipos de expresiones son importantes porque comunican la emoción entre la gente. Por ejemplo: temor, sorpresa, tristeza, disgusto, enojo, anticipación, alegría y confianza (aceptación). Una de las ideas más interesantes de Plutchik se refiere a la combinación de las emociones primarias.

La sorpresa se relaciona más estrechamente con el miedo que con el enojo; la alegría y la aceptación se asemejan más entre sí que a la repulsión. Además, conforme al modelo de Plutchik, algunas emociones se combinan para producir un espectro más amplio y rico de las experiencias. Así, la esperanza y la alegría causan optimismo cuando ocurren al mismo tiempo; la alegría y la aceptación se fusionan en amor; la sorpresa y la tristeza producen decepción.

Dentro de las ocho categorías propuestas por Plutchik, las emociones muestran una intensidad variable representada entre la que encontramos la ira, la alerta, el éxtasis, la adoración, el terror, el asombro, el dolor y la aversión, o sea, las formas más intensas de las ocho emociones básicas. Conforme nos acercamos a la parte inferior, las emociones pierden intensidad y las distinciones entre ellas se tornan menos claras. El enojo, por ejemplo, es menos intenso que la ira y el fastidio es aún menos intenso que el enojo, pero estos tres guardan relación entre sí (31).

El rostro es muy importante en la emoción, es algo más que un reflejo de ella y la psicóloga Ozard fue una de las primeras en señalar que el rostro afecta a la emoción, ya que la actividad emocional produce cambios en la expresión facial, a veces la sensación proveniente del suministro de señales al cerebro que sirva para determinar que emoción experimentamos, a esto se

le conoce como hipótesis de retroalimentación facial (32).

De lo anteriormente mencionado podemos decir que la mastectomía es un tratamiento que favorece a la desaparición de células malignas pero también afecta a células sanas, trayendo consigo una diversidad de efectos secundarios que puede afectar emocionalmente y físicamente a la persona y a su entorno, pudiendo la persona experimentar una diversidad de sentimientos, estados anímicos, comportamientos, actitudes, conocidas todas estas como vivencias.

Casi todo el mundo oculta sus emociones en cierta medida, a fin de proteger su auto imagen o de adecuarse las convenciones sociales. Pero casi siempre emitimos algunas señales que les sirven a los demás para conocer lo que sentimos (30).

Por muchas razones no podemos o no queremos dar a conocer nuestras emociones con exactitud. Algunas veces, simplemente no es posible saber lo que sentimos. Otras veces negamos por completo una emoción, sobre todo cuando es negativo. Con mucha frecuencia lo que decimos, no refleja lo que sentimos, por lo tanto hay que recurrir a otras señales de la emoción para entenderlas plenamente.

Las expresiones faciales son los indicadores emocionales más evidentes, son un buen indicador de lo que siente la persona sin importar su causa. Podemos obtener abundante información sobre el estado emotivo de una persona con solo observar si ríe, llora, sonrío o frunce el ceño. Muchas expresiones faciales son innatas, no aprendidas (33).

El lenguaje corporal es otra forma en que comunicamos mensajes de manera no verbal. La comunicación corporal se refleja también en la distancia personal. Aunque la conducta externa es una señal de los sentimientos, no es un indicio infalible.

La capacidad para interpretar las emociones ajenas se relaciona estrechamente con la capacidad para interpretar las emociones ajenas se relaciona estrechamente con la empatía, es decir es la habilidad para identificar las emociones ajenas, sino también en la capacidad de ponernos en su lugar y experimentar la respuesta emotiva correspondiente.

Solana A. nos dice que, a pesar de que las reacciones ante la experiencia de recibir quimioterapia, son respuestas subjetivas (respuestas que oscilan desde la desorientación, la incredulidad, el pánico, la confusión, la rabia, la desesperación, etc.) en términos generales, los seres humanos percibirán, consciente o inconscientemente, su vida bajo amenaza, provoca por la pérdida de salud y la consiguiente frustración y dolor que significa ponerse en contacto con su vulnerabilidad corporal (34).

En cualquiera de los casos una persona enfrentada a la pérdida de salud siente amenazada su vida y le confronta con una experiencia de radical desamparo. La sorpresa y el impacto que acompañan a la experiencia de someterse a una mastectomía, donde el temor al diagnóstico, el miedo al pronóstico, la trayectoria de posible sufrimiento y dolor, se significa desde la incertidumbre de lo incomprensible, abriendo una fisura de interrogantes. Todas las incertidumbres posibles se colapsan en la experiencia presente, cuestionándonos sobre la previsión preocupante del futuro y poniéndose en contacto con una serie de predicciones acerca de nuestro pasado.

La angustia se convierte la expresión del desamparo del sujeto, tanto del psíquico como del biológico. La ansiedad es una de las manifestaciones afectivas humanas básicas, constituye una respuesta ante el peligro, el sufrimiento del organismo tanto desde un punto de vista biológico, psicológico como social. Por tanto es una respuesta pre - programada en la especie, que genera cambios. En fin es la preparación ante el peligro. “Ese estado afectivo de temor, inseguridad,

tensión o alerta es una consecuencia de la percepción consciente o inconsciente del peligro que se constituye en una señal de alerta o alarma tanto para nosotros mismos como para los demás”

En el proceso de nuestro ciclo vital, se produce una sucesión de una etapa a otra que va acompañada necesariamente de la pérdida de una etapa y el encuentro con la siguiente, inevitablemente se acompañara de un proceso de duelo, entendiéndose por tal, “un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva”, que es persistente e inevitable, en el transcurso de nuestra existencia. Ante una nueva pérdida resurgen un conjunto de operaciones, como los mecanismos defensivos, las repeticiones de otras experiencias anteriores de satisfacción y frustración. “Los procesos de duelo tienen una significación especial para la estructuración de la personalidad y para la salud mental del individuo” (35).

Los mecanismos de defensa son procesos psicológicos inconscientes, automáticos que tienden a evitar el conocimiento consciente de ideas y afectos que resultan displacenteros para el individuo. Los mecanismos de defensa también desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la salud mental al evitar una excesiva tensión para el psiquismo.

La enfermedad es uno de los acontecimientos amenazantes, angustiantes, mas importantes, por eso, el individuo cuando enferma pone en marcha los mismos mecanismos de defensa.

A) Regresión: se trata de una respuesta emocional, en la que el individuo abandona su independencia y determinación, y retrocede a estadios más precoces del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros. La regresión es un mecanismo adaptativo cuando el individuo coopera y confía en el médico, pero se convierte en negativo si se vuelve demasiado dependiente y se niega a cooperar.

B) Evasión: se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, donde el sujeto vive la realización de los deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer.

C) Agresión: consiste en proyectar sobre el personal sanitario la culpa de algunos incidentes desfavorables. No están satisfechos nunca con los cuidados que se les proporciona, tienen la impresión de que o reciben el mismo trato que los demás enfermos. Estos sujetos suelen desplegar una conducta verbal muy agresiva y llena de notas de desconfianza.

D) Inculpación: la liberación de mecanismos autopunitivos hace, que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y trata de aislarse. Los escrúpulos le asedian. Una apertura de comunicación amplia y precoz es la medida más idónea para solucionar la culpa reactiva de estos enfermos y evitar que la misma culmine como muchas veces en un serio cuadro depresivo o en un acto suicida.

E) Negación: el individuo trata de eliminar aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. Un individuo puede negar un acontecimiento como una enfermedad negando que la padezca, ocultando sus efectos o actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una repuesta emocional común ante la enfermedad. La negación a la enfermedad se produce por tres vías:

- Vía masoquista: considera a la irrupción de la enfermedad como castigo justo y merecido.
- Vía ganancial: Es alimentada por el propósito de obtener beneficios

con el estatuto del enfermo, sobre todo estos dos: la liberación de responsabilidades y el derecho a la ayuda ajena.

- Vía hipocondríaca: caracterizada por la escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

F) Represión y supervisión: Aquí el individuo trata también de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. La supresión es un proceso mediante el cual el individuo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que es desagradable.

Enfrentar el cáncer está en estrecha relación con el significado personal que de forma simbólica acompaña a la enfermedad. Autores como Lipowski consideran el afrontamiento como “toda actividad cognitiva y motora –y emocional añadiríamos- que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible”.

Afrontamiento adaptativo o des adaptativo en función de diversos factores tales como factores ambientales, de la enfermedad e intrapersonales, entre los que se encuentran el significado subjetivo de la misma y que influirán en la elaboración de esta situación. Este autor menciona la enfermedad como un reto, como un castigo, como un enemigo, como debilidad –fallo personal-, como liberación –de sus obligaciones y responsabilidades-, como estrategia -obtener apoyo y condescendencia de los demás-, como pérdida o daño irreparable y como un valor -se producirá un desarrollo individual.

Indudablemente entre las variables que influyen en la adaptación del superviviente a la vida hay que considerar los factores médicos

relacionados con el proceso de enfermar oncológico, que “incluyen el tipo de tumor diagnosticado, el curso de la enfermedad, las modalidades terapéuticas administradas, la respuesta tumoral al tratamiento, los efectos secundarios y complicaciones, las secuelas de la enfermedad, etc.”. Por tanto, cuanto mayores las complicaciones médicas mayor dificultad de recuperación psicológica (36).

Las repercusiones físicas consecuencia de los tratamientos, definitivas o pasajeros, y dependientes del tipo de localización del tumor influirán en la calidad de vida de la persona. No sólo se puede perder el órgano y la función correspondiente, sino la función simbólica que representa y a la que está estrechamente unida. Por citar algunos ejemplos, los aspectos referidos a la pérdida del lenguaje (cáncer de laringe) no sólo refiriéndose a la pérdida de una función, el habla, sino aquella función homeostática que aquel tiene; del mismo modo hablaríamos de la alimentación, digestión y las disfunciones en la eliminación fecal (cáncer aparato digestivo).

También en los tumores genitourinarios, la sexualidad se podría ver alterada en su representación mental. La incapacitación de las funciones mentales – cognición, memoria, atención, etc. En relación a los tumores cerebrales. Por último citar, la repercusión en la auto imagen consecuencia de cirugías en cara, cabeza o bien otras zonas del cuerpo y también hemiplejías, alopecias, etc.

Los enfermos también pueden presentar reacciones psicológicas a las enfermedades adecuadas y convenientes. En estas favorables reacciones, la personalidad del enfermo se muestra libre de dispositivos psicológicos infantiles, agresivos, deformantes de la realidad, masoquistas e hipocondríacas. El conjunto de las reacciones adecuadas a la realidad se sistematiza en estos tres grupos.

1) Las relaciones de superación de la enfermedad, se caracteriza enana

serena postura ante ella, caracterizado por un auténtico deseo de cura y un alto espíritu de colaboración con el personal de salud.

- 2) Las reacciones impregnadas de resignación ante el acontecer morboso optadas también de un magnífico deseo de curar y una excelente disposición a colaborar con el médico, pero su nivel de iniciativa y de actividad psicomotora es mucho más bajo que en el anterior.
- 3) Las relaciones de aprobación de la enfermedad, existe una certeza y profunda visión de la apropiación de la enfermedad, impregnada de vivencia propia; “el saber de lo ineludible exige la aceptación de estar enfermo. La apropiación de la enfermedad, por lo tanto, implica el replanteamiento del estilo de vida propia mantenido hasta entonces.

Perfil psicológico de los pacientes oncológicos, en el estudio de los factores que inciden en la etiopatogenia del cáncer, múltiples investigaciones se han orientado a la búsqueda de variables psicológicas y características de personalidad que alteran la susceptibilidad a esta enfermedad.

Un paso importante en tal sentido lo dio Temoshock, quien con el fin de caracterizar la personalidad predispuesta al cáncer desarrolla un constructo denominado la Personalidad Tipo C. La que se define por la inhibición en la expresión de los afectos, defensividad, negación de reacciones emocionales, en especial las negativas como la ansiedad, agresividad e ira. Se muestra propensa a estados de sumisión, falta de asertividad, aceptación de la autoridad externa, expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en todos los ámbitos de la vida.

Una década más tarde Grossarth, a partir de un estudio prospectivo, proponen los denominados tipos de reacción al estrés, de los cuales los tipos

1 y 5 aparecen asociados al padecimiento del cáncer (37).

El individuo del Tipo 1, con predisposición al cáncer, se caracteriza por presentar fuerte dependencia a un objeto o persona significativa para él, pero a su vez no logra establecer intimidad o proximidad con ellos. La pérdida o ausencia del objeto le genera tensión, ante la cual reacciona con sentimientos de desesperanza, indefensión, tiende a idealizar los objetos emocionales, y reprime las reacciones emocionales abiertas.

El Tipo 5 o racional - anti emocional suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, tiende a aplicar defensas como la racionalización y la intelectualización, no expresa sus sentimientos en especial aquellos considerados como negativos: hostilidad, ira, entre otros (38).

Con respecto a las pacientes con cáncer de mama Matías, a través del estudio de las historias psicoanalíticas de estas mujeres, proporcionaron seis características de conducta que las caracterizaban: estructura de carácter masoquista, sexualidad inhibida, maternidad inhibida, incapacidad de descargar apropiadamente la cólera, conflicto hostil con la madre, y retraso en conseguir el tratamiento.

En estas pacientes se ha observado además una estructura de personalidad de tipo psicossomático, con rígida negación de los conflictos relacionados al sexo, identificación, violencia y agresión (39).

Otra serie de estudios retrospectivos y comparativos muestran en forma consistente que las mujeres con cáncer mamario presentan mayor racionalidad y mayor control y defensividad emocional que grupos de mujeres sanas o con lesiones benignas.

Su perfil psicológico y conductual se caracteriza además por disminución de la agresividad general con aumento de la autoagresividad, así como por

menores niveles de ansiedad autoinformada que grupos de control Ward y cols.

Las mujeres con cáncer de mama son más auto-sacrificadas que aquellas con tumores benignos, y para ellas es en extremo importante mantener relaciones armoniosas con los demás, aparecen como sobre cooperativas y sobre pacientes, pueden dejar de lado sus propias necesidades, son poco asertivas y acatan las normas impuestas por autoridades externas.

En la caracterización del paciente oncológico es importante también señalar las respuestas que éste emite al enfrentarse a la enfermedad neoplásica. Las respuestas de frente ante el cáncer no pueden ser caracterizadas a través de una sola estrategia, sino que pueden cambiar a lo largo del proceso de la enfermedad, al igual, una misma persona puede estar empleando diferentes estrategias de afrontamiento al mismo tiempo.

Diversos estudios señalan un patrón de estilo represivo de afrontamiento en pacientes con cáncer, encontrándose una asociación entre éstos y la alexitimia, ambos permitirían a su vez predecir distress afectivo y son observados frecuentemente en pacientes con cáncer de mayor crecimiento y peor pronóstico. Por el contrario, los pacientes más combativos, de mayores niveles de hostilidad y estados de ánimo disfóricos, capaces de expresar emociones tanto positivas como negativas muestran supervivencia a más largo plazo y mejor calidad de vida.

Algunos autores sugieren que las reacciones ante el cáncer están influenciadas por varios aspectos, entre ellos, la edad, situación afectiva, conocimiento y percepción de la enfermedad, conocimiento sobre la propia imagen, etc.

En cuanto a la edad y su relación con las reacciones ante el cáncer y sus

tratamientos, los datos no son siempre concordantes. Señala que el cáncer parece afectar más a los dos extremos de la escala de edades, a las jóvenes porque significa una pérdida de la atractividad y compromete la fertilidad, y las mayores porque este suceso se asocia a otras pérdidas importantes y necesidad de ajustes en el estilo de vida.

En esta misma línea Montes, indican una relación entre la edad y la sintomatología presentada, las personas de más edad suelen expresar mayores quejas somáticas y tienden a la inhibición, aislamiento y a la anorexia; en tanto, las más jóvenes manifiestan desasosiego, ansiedad expectante y una pérdida de la autoestima (40).

Otros autores, en cambio, señalan que una mayor edad parece asociarse a mejores resultados psicológicos, y que las mujeres más jóvenes muestran mayor dificultad para adaptarse a la pérdida de sus órganos sexuales femeninos, lo cual se debe al temor que tienen frente a la respuesta de los otros, en especial de la pareja.

Las mujeres más jóvenes tienen una percepción de la mastectomía como más dañina y amenazante que las mujeres de mayor edad. Estos autores señalan además que la edad aparece como un importante predictor de ajuste, ya que las mujeres menores de 45 años suelen manifestar más trastornos adaptativos que las mayores (41).

Aun cuando exista controversias respecto a la variable edad, la mujer más joven debe hacer frente a un mayor período de riesgo de recurrencia e interfiere además el miedo que representa la amenaza sobre sus hijas.

Al relacionar las variables edad y estado civil Rowland, refieren que la amenaza al sentido de femineidad y autoestima producida por el cáncer de mama es más difícil para la mujer joven y soltera (o sin pareja) que para la mujer mayor, debido a que para las jóvenes el atractivo y la fertilidad son

asuntos importantes en su vida (42).

El significado del cáncer de seno sería diferente para las mujeres mayores con hogar y familia estables, en ellas se cree que el riesgo de vida sería lo más predominante. Bloom y Koopman et al., sugieren que las mujeres con familia, al contar con una red más amplia de apoyo social, utilizan estrategias de afrontamiento más adecuadas.

Respecto a la percepción de la enfermedad, existe información que señala que ésta puede verse influida por las creencias religiosas. En tal sentido, se ha encontrado que las personas que disponen de recursos espirituales de cierta solidez afrontan la enfermedad de forma más positiva (43).

La vivencia, como proceso afectivo, resulta de gran relevancia al entender la relación hombre-medio ambiente; la misma expresa la relación afectiva del individuo con el medio, y constituye, tal como lo entendió Vigostky una unidad, en la que están representados en un todo indivisible, por un lado el medio, y por otro, lo que el propio individuo aporta a esta vivencia; la unidad dialéctica de lo interno y lo externo.

La vivencia es la experiencia directa, esto es, “lo vivido”, en relación a ella Howard; refiere que abarca tanto lo momentáneo como una unidad de experiencia interrumpida en el tiempo, es lo revelado en el “complejo anímico dado en la experiencia interna (44).

Como acontecimiento de la vida de una persona, las vivencias implican emociones, que son “estados afectivos, violentos, repentinos que se reflejan tanto en la conducta psicofísica como en la experiencia subjetiva del organismo, que conmueven y trastornan al ser humano sin prolongarse excesivamente” (45).

“La vivencia es una realidad absoluta, lo que real y verdaderamente

experimentando en un momento preciso, es decir, una experiencia afectiva vivida, se trata de algo subjetivo que cursa el nivel personal, donde el protagonista es el propio individuo que recibe esa mudanza interna”. Por lo que se puede afirmar que toda vivencia deja una huella y es el resultado de las reflexiones lógicas que se dan inmediatamente en el sujeto que las vivencias. (46)

Debido a que las mujeres han sido o serán sometidas a la intervención quirúrgica, se van a encontrar inmersas en una serie de situaciones, que se convierten en un cúmulo de vivencias que afecta su mundo interior de manera positiva o negativa. Dichas vivencias marcarán su vida personal y social.

Desde el punto de vista, la investigadora considera a las vivencias, como “un proceso psicológico consciente, inherente al ser humano, vinculado a las percepciones objetivas, personales, selectivas, ubicadas en un determinado tiempo y espacio; y sustentando a través de procesos afectivos, emociones, sentimientos y reacciones”.

Los pensamientos son el concepto de uso corriente pero que pocas personas caben explicarlo, en el lenguaje actual se utiliza de modo más diverso. El pensamiento es un proceso cognitivo superior y complejo, que implica la capacidad para generar y manejar representaciones mentales de información, la representación mental puede ser una palabra o una imagen visual; los aspectos más importantes del pensamiento implican: la elaboración de concepto, seguido del razonamiento, el cual puede ser inductivo o deductivo; para pasar luego a la solución del problema, los que pueden ser de pensamiento convergente o divergente (47).

Pensamiento es la actividad y creación de la mente, define, todos los productos que la mente puede generar, incluyendo actividades racionales o abstracciones de la imaginación. Además menciona cuáles son

las Operaciones del pensar:

Conceptuar: Operación del pensar del concepto. El Concepto es una operación mental por la que se abarca en un solo acto del pensamiento las características esenciales de una clase, implica las operaciones abstracción, comprensión y generalización. Ejemplo: El concepto de educación.

Juzgar: Operación del pensar que consiste, en elaborar juicios. El juicio es el acto para el cual el sujeto expresa su postura ante el objeto, se afirma a rechaza algo.

Razonar: Operación de pensar por el cual se produce el raciocinio: que es el recurso del pensamiento que cubre la relación esencial y general entre las cosas por medio de juicios hasta llegar a una conclusión. Se define pensamiento como actividad mental que requiere esfuerzo (48).

La investigadora define al pensamiento como una representación mental de una idea, ya sea mediante palabras o imágenes visuales implicando para ello conceptuar, juzgar y razonar, es decir llega a una conclusión final.

Los sentimientos son: estados afectivos que expresan la relación entre las necesidades adquiridas socialmente y el entorno, no conmocionan la vida como las emociones, pero algunas de los motivos más frecuentes de la actividad psíquica, aprende a lo largo de la vida y se expresan a través del estado de ánimo (49).

Así mismo los sentimientos como un proceso superior se nutren de otros procesos básicos como la emoción y se clasifica en dos tipos fundamentales:

Sentimientos inferiores: Son pasajeros y fugaces recibiendo el nombre de emoción, siendo estas emociones estados de ánimo que manifiestan una

gran actividad orgánica que se refleja a veces como un torbellino comportamientos internos y externos.

Los sentimientos superiores se dividen en tres áreas: Ética, estética y trascendente. Los sentimientos éticos son aquellos que se inclinan a cumplir con agrado los propios deberes, no solo en el trabajo diario, sino también en lo normal (Ej. el agradecimiento y la satisfacción). Los sentimientos estéticos son los que nos producen impresión de agrado o desagrado ante lo que consideramos bello y los sentimientos trascendentes son las impresiones que nos unen profundamente con lo que está más allá de los sentidos.

Los sentimientos como la respuesta física y emocional de la forma en que se siente y reacciona el ser humano ante los eventos de la vida diaria, son naturales y no es posible evitar que sucedan.

Los individuos; manifestamos los mismos sentimientos en diferentes situaciones, pero nunca son con la misma intensidad si es que es un evento común a los dos.

Algunos psicólogos refieren que los sentimientos, especialmente los sentimientos profundos, son algo así como disposiciones que favorecen la actividad si son positivos o la inhiben si son negativos, por otra parte los sentimientos son de dos tipos: profundas y duraderos o superficiales y variables con otros sentimientos. Otros sostienen que los sentimientos marcan el enlace de las facultades espirituales con el sujeto humano (50).

Es necesario definir las reacciones que se presenta como parte de una vivencia:

- Reacciones emocionales, la reacción es la actuación de una manera u otra en presencia de algo o de algún estímulo y/o el cambia de opinión o conducta ante un hecho nuevo (51).

Las reacciones son un estado de ánimo que experimenten las personas de una a otra manera en presencia de un estímulo; es el cambio de opinión o conducta ante un hecho nuevo. La conducta del individuo es esencialmente emocional.

Diccionario Encarta define la reacción como la forma en que alguien o algo se comportan ante un determinado estímulo.

El psicólogo estadounidense William James formuló la primera Teoría moderna durante la década de 1884; casi al mismo tiempo el psicólogo Danés Cari Lange llegó a las mismas conclusiones. Conforme a la teoría de James- Lange, propusieron que el sentido común presenta cosas al revés; para ello la activación corporal (aumento de la frecuencia cardiaca) no sucede a un sentimiento como el miedo, por el contrario, el sentimiento sucede a la activación corporal. Para fundamentar sus ideas, James señaló que a menudo no experimentamos una emoción sino después de reaccionar, es decir después de la activación corporal y de la conducta, se presentan estos síntomas: latidos intensos del corazón, respiración acelerada, sonrojo y sudoración eso es lo que constituye la experiencia de la emoción.

La teoría de Cannon-Bard, rechazaron la teoría de James- Lange. Desde su punto de vista, los sentimientos emocionales y la activación corporal ocurren al mismo tiempo y no uno después de otra; suponía que el tálamo del cerebro libera la activación emocional, la conducta y la experiencia y son casi simultáneas.

La teoría cognoscitiva de Schachter, se dieron cuenta que los factores cognoscitivos (mentales) también intervienen en la emoción, desde su punto de vista la emoción ocurre cuando aplicamos un rotulo particular a una activación física general suponía que, al ser excitados, las seres humanos necesitamos interpretar nuestros sentimientos (52).

Como observara Charles Darwin, el rostro es muy importante en la emoción, es algo más que un reflejo de ella, El rostro afecta a la emoción,

según otros investigadores, la actividad emocional produce cambios en la expresión facial, a veces las sensaciones provenientes de él, suministran señales al cerebro que sirven para determinar qué emoción experimentamos, a esto se le conoce como hipótesis de retroalimentación facial (53).

La reacción como la actuación que muchas veces es involuntaria de un individuo sometido a un determinado estímulo o suceso, que motive al desencadenamiento de las mismas, en la presente investigación el suceso o fenómeno estimulante es el hecho de ser sometida a una mastectomía, lo cual se pretende conocer las reacciones emocionales de las personas que la ha experimentado.

Para la presente investigación se toma como sujeto de estudio a las personas sometidas a mastectomía, sin embargo se considera necesario iniciar la revisión bibliográfica partiendo de la familia, ya que juega un papel importante en el proceso de readaptación al cual es sometida esta persona. Para la cual se encontraron las siguientes definiciones de familia, La Familia es un Grupo primario de relaciones de toda persona. Se define a la familia como sistema cuyos miembros están relacionados entre sí, y lo que pudiera afectar a un miembro incidirá en los demás positiva o negativamente, condicionando su accionar y salud emocional.

Dentro de las reacciones que se experimentan, resulta de importancia mencionar la vergüenza, como parte de la negación según Cunningham. Algunas señoras se avergüenzan de su nueva apariencia física, no quieren salir a la calle o realizar actividades sociales, y acaban aislándose. Una vez que han pasado los primeros días, y las cosas se van más o menos estabilizando, es importante armarse de valor y hacer una vida lo más normal posible, como si todo fuera como antes de la intervención. Otra reacción emocional necesaria de abordar es la Angustia (entristecimiento ante lo evidente) a lo que podríamos llamar en este contexto incertidumbre: La sensación de no saber qué hacer con nosotros

mismos, de no saber si es normal lo que pasa; toda esta incertidumbre se ve a menudo reducida al conocer mejor lo que significa mastectomía.

Afirma Cunningham, el Enfado, (frase: ¿qué he hecho para merecer esto?), Ira, Agresividad, que suelen desplazar bien hacia sí mismos o hacia el contexto: familia, amigos, médicos, terapeutas, etc. Otra reacción emocional que podría estar presente es una situación es la Depresión (estado de ansiedad al no saber qué hacer). El Dolor Otro sentimiento habitual es la tristeza. La Frustración, inseguridad son sentimientos que se ven inmersos en el dolor.

En relación a la Aceptación. Algunos estudios realizados sobre esta experiencia Morillo, nos dice una manera de adaptarse a cualquier evento victimizante, o ante eventos adversos es la Adaptación Cognitiva una condición del ser humano que le permite recuperarse, reajustarse y desarrollar mecanismos para reanudar su vida (54).

Esta teoría argumenta que el ajuste ante los eventos victimizantes gira alrededor de tres dimensiones: Una búsqueda por encontrar significado a la experiencia, un intento por re - obtener el control sobre el evento en particular y sobre la vida en general y esfuerzo para restaurar la autoestima. Lo que para Kubler-Ross esta etapa de negociación. Afirma también que esta aceptación puede ser parcial o total y puede durar mucho tiempo o, si se presentan épocas de crisis, alguna de las fases anteriores puede volver a aparecer. Protección y rechazo.

El crecimiento y desarrollo del potencial de cada persona depende exclusivamente de su personalidad y amor propio, sabernos que habrá limitaciones: Nadie puede hoy pronosticarlas con certeza como será nuestra vida en los próximos años, no es provechoso entonces angustiarnos por el futuro. Lo debemos ir construyendo cada día, brindando un ambiente amoroso que acepte plenamente a estas personas por lo que valen.

El proyecto de Investigación tuvo como base conceptual a la teoría de enfermería referente al Modelo de Adaptación Callista, la cual considera a la persona como un modelo adaptativo, en las que las respuestas adaptativas son el resultado de los estímulos recibidos y el nivel de adaptación tiene que ver mucho, se llama “estimulo” a todo factor que provoca una respuesta, estos estímulos nacen del entorno externo o interno (55).

Roy, Considera, que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Los niveles de adaptación se construyen por el efecto combinado de tres clases de estímulos:

- a) Focales, a los que los individuos enfrentan de inmediato.
- b) De contexto, en los que se cuentan todos los restantes factores que contribuyen a los estímulos focales
- c) Residuales o factores ambientales cuyos efectos son inciertos dentro de una situación dada. Para esto el ser humano consta de mecanismos de afrontamiento que son las formas innatas o adquiridas de respuesta ante los cambios del entorno.

Los mecanismos de afrontamiento innatos se determinan genéticamente o comunes a las especies y por lo general, se perciben como procesos automáticos; las personas no piensan en ellos cuando actúan. Los mecanismos de afrontamiento adquiridos se desarrollan por medio de procesos como el aprendizaje, las experiencias vividas contribuyen a que se reaccione con respuestas propias adaptadas ante estímulos concretos.

La persona es un ser biopsicológico en constante interacción con entorno cambiante, por ello afirma que la naturaleza adaptativa de las personas, indica que el ser humano tiene la capacidad de adecuarse a cambios en el entorno y a su vez de influir sobre dicho entorno.

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Subraya que en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

Como sistema vivo y abierto, la persona recibe entradas o estímulos que proceden tanto del entorno como de sí misma. En el modelo de Roy existen dos subsistemas interaccionados; el principal funcional o de los procesos de control, consta del regulador y del cognotor y por otro lado el subsistema secundario o efector conformado por cuatro modos adaptativos de necesidades fisiológicas, del autoconcepto, del desempeño de roles y de la interdependencia. Considerando al regulador y cognotor como métodos de afrontamiento.

El regulador por medio del modo adaptativo fisiológico, es decir que responde automáticamente mediante procesos de afrontamiento neurológico, químico y endocrino. En cambio el cognotor se apoya en los modos adaptativos ya mencionados anteriormente para responder a través de cuatro canales cognitivos emocionales: el proceso de información perceptiva, el aprendizaje, el criterio y la emoción.

La percepción de la persona conecta el regulador con el cognotor en el sentido de que la entrada al regulador se transforma en percepciones.

En conclusión la persona en su conjunto está constituida por seis subsistemas: regulador, cognotor y cuatro modos adaptativos interrelacionados para formar un sistema global, complejo regido por la necesidad de adaptación. Este modelo de adaptación es el más completo que se aplica al presente informe de investigación referente a las vivencias de las personas sometidas a mastectomía, en el Hospital II -2 Santa Rosa-Piura.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo**

La investigación se caracterizó por ser un estudio de naturaleza cualitativa, es el tipo de estudio que “tiene un ambiente natural como su fuente directa de datos y el investigador como su principal instrumento, supone el contacto directo y prolongado del investigador con el ambiente y la situación que está siendo investigada” (56).

#### **3.2 Método**

Se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con las mujeres sometidas a mastectomía, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos.

El método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de estudio para contar de su vida, es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación actual (56).

Respecto al significado del término historia de vida, la lengua inglesa dispone de dos palabras para traducir el vocablo francés “historie”, que son “story” e “history”. En 1970, el sociólogo Denzin propone la distinción de terminología Life Story, designa la historia de una vida de la persona que la vivió y la relata y Life History está reservada a los estudios de casos sobre una determinada persona, comprendiendo no solo su propia narración de vida, sino también todos los tipos de otros documentos como relatos médicos, relatos judiciales, pruebas psicológicas y testimonios de parientes. La primera abordaje fue la más apropiada para este estudio o sea comprende la narrativa de la mujeres sometidas a mastectomía (57).

El método historia de vida quita al investigador de su pedestal de “dueño del saber” porque valoriza lo que el sujeto tiene que decir sobre sí mismo, lo que él cree que sea importante sobre su vida. No es el investigador que

tiene el control de la situación. Al contrario, todo el estudio es direccionado por el entrevistado, a partir de su visión de mundo, de cómo vivenció los hechos y como ellos interaccionan con el presente. Esa autora resalta que es a subjetividad natural de la autobiografía que constituye la verdad de este género (58).

La diferencia fundamental del método historia de vida para otras abordajes es el respeto que el investigador tiene por la opinión del sujeto. El investigador acredita en el sujeto. Y este último no es visto como objeto pasivo de estudio. Al contrario, el investigador y el sujeto se complementan y modifican mutuamente en una relación dinámica e dialéctica (59).

Corroborando dicha aseveración, las historias de vida representan la mejor manera de comprender la cultura “del lado de adentro” como un conjunto vivo, regido por la armonía intensa, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida; por eso cree que en las historias de vida, lo que se pierde en confiabilidad estadística es ganado en fructífera interacción entre los datos empírico y las preposiciones teóricas (60).

La construcción de una historia de vida no es una simple colección de hechos de la vida individual, mediante teorías de creatividad, más si auto-imagen estructural el modo por el cual el individuo representa aquellos aspectos de su pasado que son relevantes en la presente situación, quiere decir es relevantes en términos de intenciones (futuro-orientadas) por las cuales el guía sus acciones actuales (61).

De varios tipos de historia de vida, la completa que recubre todo el conjunto de experiencia vivida por una persona, un grupo o una institución; una historia de vida tópica que da énfasis a determinada etapa o sector de la vida personal o de una organización; historia oral que generalmente focaliza acontecimientos específicos tales como fueron

vivenciados por una persona o grupo social, según investigación cualitativa (62).

La historia en ciencias humanas es bastante apropiada a estudios de situaciones sociales, que envuelven principalmente sigilo, tornando indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias obscuras que moldean la realidad social de diversas categorías (63).

La historia de vida como método comprende dos características básicas: a) la experiencia del autor usado de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales, interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales fornecidas por las entrevistas.

Ese método preconiza que los sujetos de la investigación relatan su vida o hechos y acontecimientos vivenciados y que marcaran su vida. La construcción de una historia de vida es el modo como el individuo representa los aspectos de su pasado que considera importantes para el fenómeno social actual.

El método de Historia de Vida como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, narrada al entrevistador tal cual fue experimentada por el sujeto, llevando a la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de la cultura y de la praxis, en el contexto de las relaciones socio- simbólica y de la dinámica histórica

La historia de vida puede tener utilidades diversas como autobiografía, entrevista biográfica, historia de vida como fuente complementaria de investigación e historia de vida como soporte de pesquisa (64).

La historia de vida, como soporte de la investigación, funciona como metodología principal, revela la red de relaciones sociales, no es solamente una fuente complementaria de datos. Las experiencias humanas son descritas en su dimensión temporal y permiten alcanzar los mecanismos de funcionamiento de la estructura social. Se respeta la individualidad y especificidad del actor, por eso su discurso es descompuesto, reagrupado e interpretado. Este proceso puede ser de acuerdo como el contexto social en que se desenvuelve.

Utilizar la historia de vida como método, implica reconocer que la misma es una de las connotaciones del sentido común al lenguaje in-común. Para este autor, hablar de historia de vida presupone que la vida es una historia e, que una vida é inseparablemente el conjunto de los eventos de una existencia individual concebida como una historia (65).

Las mujeres sometidas a mastectomía como sujetos formularon reflexiones sobre su vida, en cuanto narraba en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida.

La utilización de la historia de vida, fue introducida en el medio académico en 1920, en Chicago y fue desarrollado por Znaniescki, en la Polonia, en la década de 60. Es muy utilizada en la sociología, antropología y psicología y en los últimos años ha sido muy utilizada en las investigaciones en las áreas de educación y enfermería. Cabe registrar que el método de Historia de vida en el área de la salud fue utilizada por Glat (psicóloga brasilera, 1989 y 1993) con mujeres deficientes mentales y con madres después del parto, en estudios de maestría y doctorado (56).

En el Brasil, en el área de enfermería este método comenzó a ser

divulgado en la década de 90 en la construcción de disertaciones y tesis con diversos objetos teóricos, conforme se puede observar en el cuadro a seguir:

<b>AÑO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>TÉMATICA</b>	
1995	SANTOS, R. S.	La maternidad de niños especiales.	Tesis de doctorado
1995	HUMEREZ	La atención brindada al Paciente con enfermedad, Teniendo la experiencia de vida de los propios sujetos.	Tesis de doctorado
1996	SILVA, M. G. A. A.	O paciente renal crónico y su adaptación a la nueva condición de vida.	Disertación de maestría
1997	ASSAD, L. G.	La actuación de la enfermera con pacientes de trasplantes	Disertación de maestría
1997	Goncalves, L. R. R.	Percepción de la mujer sobre las enfermedades de transmisión sexual.	Disertación de maestría
1998	SANTOS, I. M. M.	La mirada de la madre en el desarrollo de su hijo de 0 a 12 años residentes en una favela.	Disertación de maestría
1999	RUBIO, S. A. R.	Percepción de las madres de niños con anomalía congénitas sobre la atención en el pre natal y pos parto en Rio de Janeiro/Brasil v Piura/Perú	Disertación de maestría
2000	RIBEIRO, M. G.	La percepción de las gestantes VIH positivo en relación a su suero	Disertación de maestría
2000	MARQUES, C. O.	Percepción de las promotoras de salud sobre su papel social y sus relaciones desarrolladas con las instituciones de salud y la comunidad de Villa	Disertación de maestría
2001	MALUHI, M.	La percepción de la mujer profesional del equipo de enfermería como paciente en el examen	Disertación de maestría
2001	VASCONCELOS,	La percepción de la enfermera obstetra sobre el cotidiano de su práctica	Disertación de maestría
2001	CHAMILCO, R. A. S. I.	Prácticas obstétricas adoptadas por parteras tradicionales.	Disertación de maestría

2002	SPÍNDOLA, T.	El cotidiano de la mujer madre-trabajadora de	Tesis de doctorado
2003	SANTOS, C	Gestante de alto riesgo y la Teoría Transcultural de Enfermería	
2003	NUNES, H. H. M	El cotidiano de las madres insertadas en el método “mamá canguro”	Disertación de maestría
2003	SILVA, L. R.	Los factores sociales y culturales que interfieren en el tratamiento de la sífilis en	Tesis de doctorado
2003	RODRIGUEZ, Y. E.	Violencia conyugal contra las Mujeres	Tesis de doctorado
2004	DIAS, I. M. A. V.	El profesional de enfermería frente al nacimiento del niño con malformación congénita.	Tesis de doctorado
2005	SAO BENTO, P. A.	Rasgando el verbo: la voz de mujeres sometidas a	Disertación de maestría
2006	ALVES, A. M. A.	La lactancia materna del pre término en un hospital amigo del niño	Tesis de doctorado
2006	WYZYKOWSKI, C	La mirada materna acerca de la UTIP	Disertación de maestría

En el Perú, en el 2002 Cruz utilizó también el método historia de vida, posibilitando la visión de mundo de las mujeres embarazadas afectadas por la violencia conyugal; en el 2003 Marquina y Guadamos también utilizaron el método para conocer la cotidianidad de vida de los adolescentes del centro de adaptación social Hogar San José en relación al maltrato intrafamiliar que son víctimas.

### 3.3 Sujetos de estudio

Los sujetos de la investigación fueron cinco mujeres sometidas a mastectomía en el Hospital Santa Rosa Piura 2015, que voluntariamente aceptaron participar de la investigación, después de haber sido informado sobre esta investigación, firmando el término de consentimiento informado (ANEXO 2).

Los sujetos de estudio tuvieron su identidad sigilosamente preservada, no fueron adoptados criterios de exclusión porque, cuanto más diverso es el grupo investigado, mayor la probabilidad de describir todas las posibilidades del cotidiano de los sujetos de estudio.

El tamaño de la muestra fue determinada en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guiaron el muestreo fue la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtuvieron nueva información y esta comienza a ser redundante.

Como muestra el cuadro abajo las mujeres sometidas a mastectomía fueron indicados en el estudio por nombre ficticios de una flor que tiene un significado propio y expresa un sentimiento diferente que cada una de ellas representa durante esta lucha del proceso de la enfermedad y tratamiento, con sentimientos encontrados con el amor, ingenio, fidelidad en la adversidad odio o rencor, las edades de los pacientes varían de 35 años a 56 años de sexo femenino.

Las edades variantes es de 21 años, dos pacientes casadas una paciente soltera, otra paciente casada pero abandonada por su esposo y una soltera, en cuanto al grado de instrucción; dos pacientes con estudios de nivel superior universitaria y tres con nivel de educación secundaria completa; en cuanto a los hijos dos pacientes con un solo hijo y una paciente con 03 hijos y dos sin hijos, en cuanto a su ocupación 01 enfermera, 01 administradora 01 modista y 02 amas de casa.

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCION	OCUPACIÓN	Nº DE HIJOS
TULIPAN	F	56	SOLTERA	SUPERIOR UNIVERSITARIO	LIC. ENFERMERIA	01
MARGARITA	F	45	SOLTERA	SECUNDARIA COMPLETA	MODISTA	00
ALELI	F	46	CASADA	SECUNDARIA	SU CASA	00
ROSA	F	35	CASADA	SECUNDARIA COMPLETA	SU CASA	01
ACACIA	F	48	CASADA	SUPERIOR UNIVERSITARIO	ADMINISTRADORA	03

### 3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el hospital Santa Rosa donde la investigadora desarrolla actividades profesionales lo que facilitó la aproximación a los sujetos de estudio. Fue solicitada la autorización a la Dirección para la aproximación a los sujetos de estudios y presentación de la propuesta de estudio, el local de trabajo no constituyó foco de interés de la investigadora

Hospital General Docente de nivel II, que pertenece a la Dirección Regional de Salud, del Gobierno Regional de Piura, que brinda atención integral básica y especializada, que considera al paciente como una unidad biofísica, la misma que se extiende desde la etapa del diagnóstico precoz hasta la etapa de la reinserción social del paciente.

La atención está dirigida a la población adscrita y referencial, del Establecimiento contándose para ello con profesionales idóneos y una tecnología médica y no médica capaz de solucionar los problemas de letalidad y morbilidad presentados. Solución aplicable acorde a los requerimientos de uso y de capacidad resolutive, con un nivel de infraestructura de desarrollo aceptable.

### **3.5 Técnicas de recolección de datos:**

La técnica que se utilizó para la recolecta de datos fue la entrevista abierta, que consiste en establecer una interacción social, constituye la trama de las relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se confrontan, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por el otro, el entrevistado que viene aceptando participar de la propuesta, relata algo de su existencia de acuerdo con las demandas del investigador. Es un trabajo de interpretación bajo las interpretaciones que el entrevistado tiene sobre hechos que marcaron su vida. El investigador en realidad, no direcciona la entrevista, cabiendo al entrevistado el papel de sujeto que conduce el proceso.

El método de Historia de Vida se distingue de otras formas de investigación envolviendo relatos – como cuestionarios o entrevistas semi-estructuradas – pues en esas, a pesar de la intención en “oír el sujeto”, el investigador selecciona y restringe los temas que serán abordados. La Historia de Vida, por otro lado, al utilizar a entrevista abierta, permite que a conducción del estudio sea dada por los propios participantes, a partir de su visión de mundo (67).

Al responder a preguntas predeterminadas los sujetos son libres para divergir sobre aquello que consideran relevante en su experiencia, a forma como vivenciaron los acontecimientos narrados y como esos interfieren en el presente.

Algo muy significativo en este método es la interacción entre sujeto y el investigador. Como la entrevista es abierta, eso permite al entrevistador dar un relato sobre su vivencia. Es a partir de este relato que las posibilidades de diálogo surgen, principalmente la oportunidad para que ambos cuestionen y reflexionen, ya que, al relatar su vida, la persona realiza junto al investigador un análisis de ella, prospectiva y evaluativa (67).

La escucha respetuosa intenta aprender la especificidad del mundo personal. En esa perspectiva, el investigador es, antes de más nada, aprendiz de la verdad del otro. Ora, la alteridad es por naturaleza irreductible. ¿Cómo alcanzar la visión que el otro tiene de sí y de su mundo? Solamente por el diálogo. La dimensión dialógica de la investigación constituye la garantía de la adecuación del discurso producido en ese encuentro (68).

En ese sentido, el método Historia de vida consiste en una entrevista abierta, es decir, sin un formulario de preguntas predeterminado, en el cual se pide al sujeto para hablar libremente sobre su vida, un determinado periodo o aspecto de ella. A partir de sus colocaciones, el entrevistador irá formulando cuestiones o tejiendo comentarios para aclarar o profundizar determinado punto, sin embargo la dirección de la conversación y los tópicos a ser abordados son escogidos espontáneamente por el sujeto de estudio (67).

En esa dinámica, la historia de vida permite al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y que muchas veces nos llega en tono de confianza.

Los relatos de los sujetos fueron recogidos por entrevistas personalmente, configurando de esta forma, documento primario fueron desarrolladas en sus domicilios por solicitud de la mismas pacientes y en diferentes

horarios ya sea por su tipo de trabajo y por su privacidad con la presencia del sujeto de estudio y del investigador, fueron realizadas en el período agosto a noviembre.

Es necesario que haya una ambientación o contacto previo del investigador con el escenario de su investigación para que suceda una aproximación entre entrevistado y entrevistador. Según el autor, eso facilita el trabajo, una vez que el entrevistado contará su historia de vida con más facilidad. En esos relatos varios aspectos pueden ser levantados, incluso acontecimientos íntimos, y la privacidad facilita y evita cualquier constreñimiento. Cuando el entrevistado se familiariza con el entrevistador él cuenta su historia con más facilidad. En ese sentido, mi ambientación ocurrió durante mis labores asistenciales captando a la paciente desde el preoperatorio 02 y 03 durante las consultas y o tratamientos recibidos en el hospital Santa Rosa.

Antes de iniciar la entrevista el sujeto de estudio fue informado sobre los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, confidencialidad y anonimato de las informaciones grabadas, la libertad y el respeto para no responder lo que considere indiscreto o desnecesario y finalmente se solicitó la firma respectiva del consentimiento informado (ANEXO2).

Bertaux, resalta la importancia del sujeto ser informado de los intereses de conocimiento del investigador, sea a través de este, sea por un intermediario, en el momento del primer contacto.

En los momentos que antecedieron la entrevista, algunos sujetos de estudio se mostraron ansiosos, preocupados con el contenido del habla y en hablar cosas que considerasen importantes para el entrevistador. Inmediatamente, estos sujetos fueron orientados a hablar lo que considerasen importante para ellas e para la vida de ellos, aclarando que todo que ellas hablasen, con certeza sería relevante.

Asimismo, antes de iniciar la entrevista aclaré que la entrevistada tenía libertad para hablar sobre lo que sintiese voluntad y que podía referirse a cualquier etapa de su vida desde el nacimiento hasta el presente. Deje a voluntad para hacer incluso cualquier indagación sobre el futuro.

El objetivo de la conversación inicial sobre la investigación y la disponibilidad de varias opciones tuvieron la finalidad de hacer con que el sujeto de estudio iniciase su discurso por acontecimientos más representativos de su vida. Pedí que me contase todo sobre su experiencia. Todo sobre su historia como mujer sometida a mastectomía. Todo aquello que también tuviese relación con eso. Se solicitó que reflexionase desde su infancia hasta los días actuales y que estableciese relaciones con otros acontecimientos marcantes de su historia de vida y de su condición de mujer sometida a mastectomía. A partir del momento en que la pregunta norteadora de la entrevista fue hecha, dio su relato, tal como considero importante.

De acuerdo con la orientación metodológica, las entrevistas iniciaron siempre con la pregunta: “hable de lo que usted considera importante respecto de su vida y que tenga relación con la mastectomía que le realizaron” y terminó cuando la entrevistada consideró que no había nada más que relatar en aquel momento (ANEXO 1).

El clima durante las entrevistas transcurrió de modo informal y en determinados casos bastante descontraído. La receptividad fue excelente, al inicio de la entrevista percibí, cierto temor por parte de los sujetos de estudio en función de la ansiedad sin embargo, con la continuidad de la entrevista el nivel de la ansiedad disminuyó.

El comportamiento durante la entrevista varió de acuerdo con la característica de cada sujeto de estudio y ciertamente de la etapa en que se encontraban y de cómo convivían con la situación. Dos fueron los

comportamientos identificados:

- Interés en demostrar relajación, aceptación de la problemática y demostrar que habían superado la fase inicial de negación y que convivía con la situación con naturalidad.
- Nerviosismo, tensión y dificultad en hablar al respecto de lo que estaban sintiendo.

Durante la entrevista se utilizaron estrategias útiles como son las tácticas de animación, elaboración y aclaración. Con la primera se pretendió transmitir el interés por parte nuestra por lo que el entrevistado iba contando y se consiguió mediante expresiones como “ya”, “ah”, afirmar con un movimiento de cabeza, etc. Las segundas fueron muy útiles para que el entrevistado clarificara y ampliara la información, se utilizaron formas verbales como: ¿podría decirme más sobre eso? ¿Quiere añadir algo más? Con la tercera, se pedía constantemente a los entrevistados que clarificaran lo que habían dicho, hasta que estábamos seguros de lo que el sujeto de estudio quería decir exactamente.

En algunos momentos, sentí la necesidad de estimular a los sujetos de estudio para hablar más sobre determinados aspectos por ellas abordados y necesidad de traer nuevamente la pregunta norteadora para que continuasen a hablar de su historia. Algunas personas necesitan solo de un impulso y de un oído atento para traer su historia de vida hasta el fin. Sin embargo otras necesitan de preguntas periódicas para continuar a contar su historia (66).

El entrevistador “no debe traer a flote ningún tema que no haya sido mencionado por el entrevistado”. Caso el entrevistado aborde determinado asunto superficialmente, el entrevistador debe estar atento y estimular a hablar más sobre el asunto.

La duración de las entrevistas no fue estipulada rígidamente, durante la realización de las mismas verifiqué que la duración varió entre 20 minutos a 40 minutos. No hay duración límite para que la entrevista transcurra, pudiendo variar de acuerdo con la persona que cuenta la historia y acaba cuando el sujeto de estudio no tiene más nada que acrecentar. Algunas veces, hay circunstancias que prevalecen y pueden limitar una entrevista (64).

Al encerrar el proceso de entrevista, agradecí muy especialmente la participación de los sujetos de estudios y comentaba cuanto había sido importante y significativo para mí la experiencia de poder compartir con ellos su historia de vida.

También, pude observar que los sujetos de estudio estaban felices y que toda la angustia y ansiedad inicial habían sido sustituidas por tranquilidad. Algunas, incluso, agradecieron la oportunidad de hablar, refiriendo que la entrevista para ellos había servido como un desahogo. Para la gran mayoría de las personas, dividir las historias de vida es cualquier cosa que ellas realmente quieren hacer. Todo que las personas necesitan es de alguien para escucharlas o alguien que muestre interés en sus historias.

Después de cada entrevista, preguntaba a los sujetos de estudio si les gustaría oír la cinta o leer el material después de transcritos para ver si alguna cosa necesitaba ser agregada u omitida, conforme recomienda Atkinson. Ninguna de mis sujetos de estudio solicitó escuchar la entrevista (66).

Las entrevistas fueron grabadas, después de la autorización de los pacientes, garantizándose el anonimato recomendado en una investigación científica, las mismas fueron transcritas textualmente. El audio se utilizó a fin de obtener mayor fidelidad de los datos ya que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones son menos confiables. La transcripción

de las entrevistas ocurra inmediatamente, lo que permitirá al investigador organizar las ideas en relación a cuestionamientos y al punto de saturación (58).

Después de la transcripción, el entrevistador deje las preguntas y comentarios del entrevistador y otras repeticiones fuera y que solamente las palabras de las personas que cuentan la historia permanezca, de modo que ella se torne más fluente (66).

Sin embargo recomiendan que el escrito sea la reproducción fiel de lo hablado. El discurso así realizado reproduce fielmente el discurso registrado, con sus repeticiones, y sus eventuales errores de lenguaje, las pausas, suspiros, etc. Las interpretaciones o preguntas del entrevistador son igualmente anotadas con fidelidad, en el momento en que ocurrieron. Cada entrevista se le coloca la fecha y se señala su duración.

Después de cada transcripción de las cintas magnéticas, escuche nuevamente la grabación mientras lea la transcripción, para tener certeza de que no hubo omisión, que a través de la reescucha, nos aseguramos de que el escrito es la reproducción fiel de lo hablado. Además cuanto más próximo el entrevistador este del propio texto más fácil será para identificar las categorías interpretativas y entender, mejor el modo como la historia fue contada (67).

En el análisis sobre la historia de vida de las mujeres sometidas a la mastectomía nos permitió encontrar bases para determinar el referencial teórico que respondiese el contenido de los relatos, pues en el método Historia de vida el referencial teórico es determinado a partir de las historias de vida. A veces el referencial teórico cambia en función del análisis de los relatos (64).

### **3.6 Análisis de los datos**

El análisis de los datos se inició después de la transcripción de cada

entrevista, en caso de duda sobre la palabra debido a una falla en la grabación la misma fue omitida y representada por puntos suspensivos.

El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones con vistas al análisis e interpretación de los resultados.

Se describió, inicialmente, la dinámica de tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo categorial temático, por considerar una técnica que permitió la descubierta de “núcleos de sentido”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico escogido (68).

Fue procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efectos didácticos porque algunas de ellas, en la práctica, pueden ocurrir simultáneamente:

- a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas.
- b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito.
- c) Lectura de los relatos de cada paciente sujeto de estudio sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus hablas.
- d) Destaque de las ideas centrales traídas por los entrevistados, relacionadas a cada cuestión, que se identificaran a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante registrar que para agrupar las categorías, utilizaremos una técnica de sub lineado colorido computacional, que garantizara credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitara la identificación de las ideas centrales.

Esto equivale decir que construirá un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitirá la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se estará con las unidades de registro configurándose de esa forma, la determinación de las categorías de análisis.

e) Consistió en el recorte de las informaciones que compondrán las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

Después de la sistematización de las informaciones obtenidas, el análisis de los datos e interpretación de los resultados fueron realizadas a través de la articulación entre los datos identificados en el material empírico y el referencial teórico de la investigación, en ese sentido el método historia de vida es bastante flexible y no impone ningún método específico para el análisis de contenido.

En concordancia con la modalidad de life story, no hubo necesidad de comprobar los datos relatados, pues es importante en este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando a individualidad y la especificidad del actor social, bien como su veracidad conforme es relatada e interpretada por el propio sujeto de estudio (58).

Las categorías emergieron del propio relato de los sujetos de estudio, o sea, fueron construidas configurando las temáticas encontradas y respetando la veracidad de las historias de vida narradas. Los datos surgidos en las entrevistas deben ser agrupados en categorías de análisis o núcleos temáticos, ellos son productos de los relatos por lo tanto no son pre establecido por el investigador (64).

Los núcleos temáticos van surgiendo a partir de las “verdades individuales” de la persona y representan la totalidad del grupo. Se toma en cuenta que el individuo es producto de su medio y acaba siendo el reflejo individual de una realidad colectiva. Por ello afirman lo siguiente “Es por lo tanto a través de los relatos de historias de vida que se puede caracterizar la práctica social de un grupo” (57).

Inicialmente, a partir de la lectura exhaustiva de los relatos y escucha de las hablas, se buscó identificar en las hablas de los sujetos de estudio aspectos destacados en el texto considerados relevantes y, entonces, se pasó a buscar en las entrevistas, partes de los relatos que se aproximaban, siendo realizado, por lo tanto la codificación, lo que originó tres categorías preliminares o unidades temáticas.

Después de haber realizado la codificación, varias lecturas de las entrevistas fueron realizadas, buscando asociarlas a las unidades temáticas siendo reagrupadas, considerándose la convergencia y divergencia del significado. Este proceso es denominado, como análisis comparativo por temas (58).

De esta forma a partir de la decodificación surgieron 03 categorías temáticas o categorías analíticas con sus subcategorías:

**1. Enfrentando cambios en mi imagen corporal:**

- 1.1. Positivas
- 1.2. Negativas

**2. Reacciones frente a su enfermedad**

- 2.1. Frente a su enfermedad un halo de esperanza.
- 2.2. Sintiendo el valor de la familia
- 2.3. La importancia del compañero o pareja.
- 2.4. Reacciones frente al trabajo

- 2.5. Reacciones frente a mis hijos, el temor a enfermarlos por lo que tengo.
- 2.6. Reacciones de los padres.
- 3. **Reacciones frente al entorno**
  - 3.1. Agradeciéndole a Dios por mi salvación.
  - 3.2. Aceptando el tratamiento y combatiendo el cáncer de seno.
  - 3.3. No quería creerlo porque a mi esta enfermedad.
  - 3.4. Estrategias de afrontamiento al estrés.
  - 3.5. Aprendiendo de las demás personas con la misma enfermedad.

## **IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO**

La investigación cualitativa estuvo basada en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la Investigación. Considerándose los siguientes criterios (65):

### **4.1 En relación al rigor:**

#### **4.1.1 Credibilidad:**

Es el incremento de la posibilidad de reducir los resultados a través del compromiso del investigador con el informante en el transcurso de la investigación. Se dio cumplimiento a dicho criterio al analizar a profundidad los datos recopilados de la información brindada por los entrevistados y se obtuvieron resultados confiables, rescatándose lo esencial de los testimonios.

#### **4.1.2 Aplicabilidad:**

Se busca aplicar los hallazgos significativos en otros contextos donde se encontrarán personas pasando por experiencias semejantes.

La presente investigación servirá como referencial en otras investigaciones donde se aborden temas relacionados al contenido temático y por tratar un fenómeno prevalente en nuestra sociedad cumpliéndose de ésta manera la aplicabilidad presente en toda investigación científica.

#### **4.1.3 Audibilidad:**

Referida a la comprensión de los diferentes momentos y la lógica del trabajo de investigación por otros lectores o investigadores.

Este criterio en el presente proyecto de investigación se cumplió en la medida que se describa detalladamente el abordaje metodológico con los éxitos y limitaciones hallados en el trabajo de campo y en el momento del análisis de los datos.

#### **4.1.4 Confirmabilidad:**

Garantiza que los hallazgos, conclusiones y recomendaciones estén apoyados por los datos y que exista la evidencia actual, al mismo tiempo se debe apoyar en la opinión de expertos.

La confirmabilidad fue aplicada en el momento de elaborar las conclusiones finales, tomándose en cuenta los hallazgos basados en el previo análisis de los datos; contándose además con la asesoría de docentes expertos en este ámbito de investigación.

## **4.2 En relación a la ética:**

### **4.2.1 Consentimiento Informado:**

Para la realización del estudio se solicitara autorización al sujeto de la investigación para la realización del estudio; en el cual deberán constar las firmas del entrevistado, investigadores y asesor de la investigación.

Se cumplió con este criterio en el momento que se solicitó las firmas de los sujetos de estudio que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

### **4.2.2 Privacidad:**

Se mantendrá el anonimato de las entrevistas desde el inicio de la investigación. Este criterio fue cumplido al no revelarse los nombres de los entrevistados.

### **4.2.3 Confidencialidad:**

Se refiere a que los secretos expuestos por las colaboradoras no pueden ser revelados y las grabaciones serán confidenciales, utilizadas sólo para fines de investigación.

Los testimonios de las pacientes mastectomizadas fueron grabados, y se manejó confidencialmente, usándose sólo para fines de investigación.

## V. ANÁLISIS TEMÁTICO:

### 5.1 Enfrentando cambios en mi imagen corporal

#### 5.1.1 Enfrentando cambios en mi imagen corporal positivamente:

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, para toda mujer, no sólo desde el punto de vista físico, sino 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 paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal, sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva en su vida diaria frente a los cambios que supone la mastectomía, decidiendo entre morir sin intentarlo a la solución que supone una mastectomía o esperar que esta enfermedad avance sin posibilidad de una vida segura, muchas veces es duro admitirlo y luego interiorizarlo.

La Imagen corporal es la representación mental que tenemos del cuerpo. Esta podemos dividirla en varios componentes: nivel perceptivo, cognitivo/afectivo, y conductual. En este último la persona actúa o se comporta de muy diversas formas: puede desarrollar hábitos adecuados o inadecuados, afrontar o evitar determinadas situaciones sociales, rechazar mirarse al espejo, etc. “La imagen del cuerpo humano tiene como significado la foto de nuestro propio cuerpo que nos formamos en nuestra mente, esto quiere decir la manera en que nos vemos a nosotros mismos” (71).

1.1 Así como se evidencia en la siguiente entrevista:

*“En realidad físicamente no me siento tan afectada, físicamente” Que me hayan sacado un seno no me afecta mucho, me afecta de una u otra manera pero no es lo que más me prevalece eso tanto nunca he sido*

*una mujer exhibicionista con mi cuerpo y no he necesitado mostrar para que alguien se fije en mí, me han querido sin que yo tenga que mostrar físicamente mi cuerpo, sé que en algún momento va a crecer el cabello”* (Margarita).

*“Me cortaron mi seno y bueno como yo no soy tan vanidosa de verme mi cuerpo si esta bonito o esta feo realmente a mí no...un seno más que me corten que no es importante para mí porque para mí la vida es que dios me ha dado una segunda oportunidad eso es lo más importante para mí”* (Rosa).

Las mujeres que han sufrido de extirpación mamaria tienen diferentes reacciones, algunas le dan más importancia a la vida, pero en su mayoría sufren del trastorno de la imagen corporal por lo que se hace necesario que el profesional de salud participe de su atención desde el diagnóstico hasta la recuperación; el personal de enfermería es el idóneo para poder brindarle este tipo de atención su preparación así lo amerita.

Las personas tienen diferentes ideas sobre la vida después de la muerte, la creencia en milagros y otras creencias religiosas. Tales creencias se pueden basar en el género, la educación y el origen étnico.

Muchos pacientes de cáncer dependen de las creencias y prácticas religiosas o espirituales para ayudarlos a hacer frente a su enfermedad. Esto se llama afrontamiento espiritual. Muchas personas a cargo del paciente también dependen del afrontamiento espiritual. Cada persona puede tener diferentes necesidades espirituales, según sus tradiciones culturales y religiosas.

### **5.1.2 Enfrentando cambios en mi imagen corporal negativamente.**

Todas las caracterizaciones del cáncer lo describen como lento, que estropea la vitalidad, apaga el deseo y desexualiza, y así fue usado por primera vez como metáfora. La mastectomía radical ocasiona en la paciente pérdida de su femineidad. Por consiguiente, las mujeres con cáncer de mama experimentan durante el tratamiento diferentes momentos acompañados de incertidumbre, cambio en su imagen corporal percibidas como mutilaciones y desfiguración.

Así como lo expresan los siguientes testimonios *“Para mi tener cáncer y hacerme la mastectomía pues es que me quedaba incompleta (risas), en lo físico, ¿no?; pero en si era, entre quedar incompleta y el perder la vida”* (Amapola).

*“Después de que me operaron me miré al espejo y dije Dios mío era una persona completamente diferente a lo que era yo, toda sin ganas de vivir en realidad”* (Acacia).

Entre los medios más conocidos y utilizados en el tratamiento para el cáncer se encuentra la quimioterapia, que produce como efecto secundario la caída del cabello, interpretándose esto como una pérdida de identidad. Para ellas, la alopecia las intimida y despiertan un sentimiento de complejo lo cual se les hace difícil aceptar este cambio, no solo por la ausencia del cabello en la cabeza sino en las cejas y pestañas e inclusive se les hace difícil asimilar la caída de las uñas, sintiéndose avergonzadas por la nueva imagen, como lo expresa claramente la siguiente informante:

*“Ya me habían adelantado lo que iba a pasar que se me iba a caer el cabello las uñas se me ponían moradas y yo sentada ahí en la sala de quimio me puse a llorar”* (Rosa).

No cabe duda de que los cambios debidos al cáncer y sus tratamientos influyen negativamente en la imagen que las pacientes tienen

de su propio cuerpo, provocando desórdenes afectivos, así como cambios en la sexualidad y en la autoestima (72,73).

La mastectomía ha sido señalada como aquella opción terapéutica que genera un mayor deterioro en la imagen corporal y en el nivel de funcionamiento sexual de las pacientes, situación manifestada por nuestra siguiente informante (73).

*“No sé si mi esposo continuará conmigo él me ha hecho sentir mejor que antes. Él ha sido fundamental para mi autoestima que sigue siendo la misma. Es complicado explicarlo; me ha hecho sentir que estoy igual de atractiva. Es difícil claro está, para una mujer no es bonito que te extirpen un seno”*

En la cultura occidental la mujer valora mucho el aspecto físico centrándose en las caderas y el busto sobre todo cuando últimamente la información publicitaria relaciona lo femenino a partes corporales específicas, además la preocupación se dirige a la importancia que le da el varón al busto y por esta razón muchas mujeres se sienten disminuidas a perder una mama.

*“Lo único de malo... es que bueno, no poder usar la ropa un poco escotadas, al principio se nota un poquito, uno está más hundido que el otro, que bueno (titubeo), se mueve un poquito la prótesis ¿no?. Pero de allí eh, nada no? pero si eh ¿qué le puedo decir, claro que a veces uno se quiere poner toda mona, una cosa escotada y no poderlo hacer”* (Amapola).

“Como consecuencia de ello, se ha generalizado la idea de que la deformación o pérdida de un seno es equivalente a la pérdida de la atracción sexual, de la femineidad, o de ambos, fenómeno que se amplifica para muchas mujeres al asociarse con el desvanecimiento de la frescura juvenil” (73).

Lo que resulta más difícil para las mujeres que han perdido una mama es el hecho de que relacionan la feminidad a una parte del cuerpo, por lo que ellas se describen como si ya no fueran mujeres o en su defecto se sienten preocupadas porque sus parejas ya no van a sentir la misma atracción sexual como antes de la intervención.

Para los pacientes sometidos a tratamiento de cáncer, la ansiedad también puede aumentar la expectativa de dolor, otros síntomas de sufrimiento y perturbaciones del sueño, y puede ser un factor importante de náuseas y vómitos anticipatorios. La ansiedad, independientemente de su grado, puede interferir sustancialmente en la calidad de vida de los pacientes de cáncer y de sus familias, y se debe evaluar y tratar.

Las mujeres tratan de encontrarle aspectos positivos a la extirpación del seno tienden a aceptar el problema que representa su pérdida, estas mujeres con imagen corporal con conflicto profundo tienden a emitir un mayor número de respuestas de afrontamiento potencialmente disfuncionales.

La edad, de la paciente representa un papel muy importante en el bienestar emocional con cáncer de mama. Las mujeres más jóvenes presentan mayor distres, peor bienestar emocional, mayores niveles de ansiedad, mayores necesidades de encontrarse a sí mismas, y mayores preocupaciones sobre los ingresos, el trabajo y la autoimagen que las mujeres más mayores.

## **5.2 Reacciones frente a su enfermedad:**

### **5.2.1 Frente a su enfermedad un halo de esperanza**

El cáncer no es una sentencia de muerte. Las tasas de curación continúan mejorando a medida que se descubren nuevos medicamentos y tratamientos. Algunos tipos de cáncer tienen mejor pronóstico que otros, pero, en general, las personas con cáncer están viviendo más que antes.

Sánchez H. (74), manifiesta que el nivel espiritual de los pacientes es alto ya que ratifica el vínculo entre la espiritualidad, la experiencia y el significado de la vida con especial impacto en la dimensión existencial de la espiritualidad. Señala que a partir del diagnóstico, se siente la necesidad de encontrar significado en las vivencias; a través de la dimensión Espiritual los pacientes encuentran apoyo significativo dentro de la vivencia de su situación .

La enfermedad crónica afecta la capacidad de las personas para realizar sus actividades cotidianas es decir habrá diversas modificaciones en su vida diaria y habrá cambios drásticos para poder adaptarse a su situación y aprender a manejar las diferentes los momentos en las que se va enfrentar día a día (75).

En esta categoría todas las mujeres manifestaron un gran temor a la enfermedad surgieron miedos a la muerte, abandonar a su familia pero a la vez surgió un halo de esperanza, como lo demuestran los siguientes discursos:

*“Estoy con esperanzas porque yo pensé que mi situación era más grave a mí me salía metástasis”* (Margarita).

*No me voy a morir, no me voy a morir, ya pasé lo peor, ¡aquí estoy! Vivita y coleando” “Doy gracias a dios porque me ha dado una segunda oportunidad”* (Amapola).

En aquella época hablar de cáncer era algo que no era normal, sinónimo de muerte en realidad *“Dios creo que me ha dado mucha fuerza espiritual para afrontarlo”* (Acacia).

*“Al conocer mi diagnostico esa enfermedad me deprimí mucho sentí que el mundo se me caía encima no encontraba salida y me preguntaba por mil veces porque yo por que pase por todo esto me*

*cure esa oportunidad que me dio dios para seguir adelante y luchar”*  
(Rosa).

*“Yo confié mucho en Dios todopoderoso eso me hace fuerte”* (Aleli).

Un diagnóstico de cáncer puede presentarse de diversos y profundas emociones como miedo a la muerte, ira, esperanza, culpa, negación, tristeza, soledad o ansiedad, estas emociones son reacciones naturales ante un cambio importante. Un diagnóstico de cáncer afecta a las relaciones con la familia, amigos y cuidadores, y cada persona tiene su propia forma de enfrentarse a él.

El dolor y la depresión, suelen estar presentes en los pacientes con cáncer y la relación entre ambos ha generado un interés creciente en los últimos años. Los estudios epidemiológicos han demostrado que ambos, depresión y dolor, se presentan juntos con mucha frecuencia (76).

Para cada mujer el cáncer tiene un diferente significado en su vida pero se ha evidenciado que aunque ha tenido cierto impacto en su vida tanto físico, familiar y social han tratado de adaptarse y sobrellevar cada cambio. En algunos casos la falta de información ha provocado el estigma de la palabra cáncer y mencionan haber pasado un mal momento en su vida tanto como por la enfermedad como por el tratamiento que les esperaba, el cáncer de mama evidentemente tuvo un gran impacto en sus vidas, haciéndolas sentir en un primer momento angustiadas, tristes y desoladas, pero que con el tiempo y el apoyo de la familia les ayudó a ver esta enfermedad como algo que podía curarse y darle un nuevo rumbo a sus vidas.

### **5.2.2 Sintiendo el valor de la familia**

En esta categoría las mujeres coincidieron en manifestar su agradecimiento frente a su familia. El apoyo familiar, es fundamental en la adaptación psicosocial de la paciente con diagnóstico de cáncer de seno y según

su funcionalidad interactúa en su tratamiento oncológico de manera positiva o negativa durante el proceso.

El cáncer afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta de la familia a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma (77). Y en muchos casos, a nivel estructural y dinámico del núcleo familiar, así lo demuestran los siguientes testimonios:

- *“Mis hermanos son muy buena gente muy buenos hermanos, me apoyan la familia es un alivio siempre está la familia, ahí a tu lado para apoyarte, pero en mi caso yo me siento muy agradecida con Dios y con mis hermanos”* (Margarita).
- *“Por actitudes de la familia en cambio, no muy bien, el trato, el todo, están pendientes” “me sentía cansada, con ganas de dormir y gracias a Dios tuve mucho el apoyo de mi prima, que más que prima ella fue mi madre, ella me ayudaba hasta bañar, y todo, estaba al cuidado de todo lo que yo necesitaba, y eso me ayudó bastante”* (Amapola).
- *“Mi familia que siempre andaba detrás de mí, mi esposo trabajaba, mis hijos estudiaban, mi esposo mis hijos que siempre me daban fuerza en realidad, entonces en ningún momento me abandonaron, jamás me abandonaron, porque como quiere que sea ésta es una enfermedad no solo de uno sino del esposo y los hijos, es una enfermedad familiar”* (Acacia).
- *“Bueno mi familia me apoyó económicamente en los gastos que tenía en mi tratamiento, prácticamente cubrieron parte de mi tratamiento, tuve el apoyo de mi familia, tanto moral, psicológico y económico que es lo más importante que un paciente con cáncer pueda tener”* (Rosa).

Los familiares en cada una de las mujeres participantes han logrado ser un estímulo contextual positivo, logrando ayudar a que cada mujer se adapte al cambio físico presentado en su vida. En la mayoría de los casos sus hijos o hijas fueron su mayor motivación para salir adelante. Se debe mencionar también que este tema al momento de la entrevista fue el más emotivo pues aseguran que su familia es el mejor apoyo y que sin ellos no habrían podido salir del estado devastador en el que estaban debido a la mastectomía.

La persona es un ser holístico y adaptable que interactúa constantemente con el entorno cambiante. Por ello todas las condiciones circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo consta de ambientes internos y externos. Uno de esas influencias más grandes que se presenta externamente es la familia, en el caso de las pacientes que fueron mastectomizadas, la familia juega un papel muy importante puesto que puede influir de manera positiva y negativa. En nuestra investigación podemos decir que efectivamente la familia influyó de manera positiva pues ayudó a que cada mujer se adapte al cambio físico presentado en su vida y en la mayoría de los casos sus hijos o hijas fueron su mayor motivación para salir adelante.

### **5.2.3 La importancia del compañero o pareja**

Las pacientes mastectomizadas tienen una especial preocupación por la opinión de la pareja sobre su aspecto físico y esperan interés y apoyo total de parte él. Para ellas es muy importante y alentador que el esposo se encuentre pendiente de ellas para que puedan sobrellevar la situación.

“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 percepción del cáncer de mama que tienen los familiares es vista como un presagio, no solo de la muerte y de un proceso doloroso hacia ella, sino también de mutilación” (78).

Lo antes mencionado, se relaciona con lo demostrado por Auba E. (79), donde las familias con un nivel de cohesión muy bajo, tras el diagnóstico, se constatan un empeoramiento de la relación conyugal.

En esta categoría tres de nuestras informantes tenían pareja o esposo y se definió como el conjunto de las relaciones psicosociales con la pareja surgidas durante el tratamiento. Las dos mujeres que tenían pareja manifestaron que los sentimientos de sus parejas hacia ellas fue apoyo y comprensión por el estado de su salud, así lo demuestran los siguientes testimonios:

*“Mi esposo mis hijos, que siempre me daban fuerza en realidad entonces en ningún momento me abandonaron, esta es una enfermedad no solo de uno sino del esposo, eso te une o deshune y de verdad que esto nos unió mucho más”* (Acacia).

El compañero sentimental juega un papel importante en ellas, porque sienten la necesidad de apoyarse en el cónyuge y esperan a su vez apoyo incondicional por parte de ellos, para que la estructura familiar siga funcionando de forma armoniosa y positiva.

En cada uno de los integrantes de la familia, se espera el calor afectivo, la satisfacción sexual, la sensación de seguridad y la comprensión por parte del esposo, que son herramientas necesarias para el desarrollo normal dentro del proceso de superación de la enfermedad.

Pero en contraste con esta situación, en una de las mujeres entrevistadas su relación con la pareja se afectó considerablemente ante el poco o nulo apoyo, inclusive la relación terminó así como lo evidencia el siguiente testimonio:

*“El decidió retirarse por mi bienestar porque si él seguía acá de repente iban a ver otros problemas grandes y como yo necesitaba tranquilidad, estar bien tanto psicológicamente, el decidió retirarse y llamarme por teléfono y nos comunicábamos, fue un problema porque cuando la familia piensa que por un momento él no me había cuidado cuando me había salido una cosa así”. Bueno en realidad la separación con mi esposo fue una cosa muy dolorosa” la mujer tiene un cambio en la necesidad de estar acompañada pues la compañía mitiga el dolor al recibir palabras de comprensión” (Rosa).*

Siendo los esposos los que se esfuerzan y sobrellevan la situación como una manera de apoyar a la paciente que si se llega a dar una separación, generalmente es porque la mujer fue la que tomó la decisión, basada en su estado de salud y el si su acompañante es perjudicial para ello (80).

*“A mi esposo lógicamente le chocó peor que yo porque no sabía ni que hacer entonces más bien yo le di el ánimo para poder seguir adelante con esta enfermedad” (Acacia).*

Es importante considerar la edad de los hijos cuando se tienen, ya que no es lo mismo el que sean niños (lo cual implica un mayor grado de dependencia y cuidados) o un adolescente (que puede apoyar más en el momento de la repartición de los roles) o una persona adulta; sin olvidar el tomar en cuenta el tipo de relación que hay entre los miembros de la familia. Será equivalente, de alguna manera, al auxilio, así como apoyo que recibirá el compañero en la realización de las nuevas tareas que no puede llevar a cabo la paciente oncológica.

Muchas parejas experimentan incertidumbre, sentimientos de impotencia o fracaso, ira, problemas sexuales, soledad, alteraciones del sueño y dificultades en el trabajo. Son reacciones normales, y suelen ser más intensas al principio, tras conocer el diagnóstico.

#### 5.2.4 Reacciones frente al trabajo

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 (81).

La vida laboral se define en el contexto de lo cotidiano para las pacientes incluidas en el grupo de investigación con la finalidad de definir, desde el punto de vista productivo y de relaciones interpersonales laborales, algún grado de afectación o cambio; lo anterior se puede observar en los siguientes relatos:

*“Bueno mientras yo estaba enferma tenía un descanso médico que me dieron hasta por un año y entonces casi fue 8 meses para cada más de un año entonces renuncié de una, bueno me volvieron a tomar en otra empresa, pero tenía mucha presión, estrés y el doctor me dijo que eso no era conveniente para mí, después paso todos mis chequeos de mi enfermedad y me retiré voluntariamente ahora estoy trabajando en una empresa también porque me llamaron por la experiencia que tengo pero ahí no tengo mucha presión, ni estrés, algo que sé que tengo que trabajar, cumplir una meta pero ya no tanto la presión como tenía antes” (Acacia).*

*“Bueno uno está acostumbrada a trabajar, trabajo desde muy joven, trabajo para apoyar mi casa y uno se acostumbra a este modo de vida quizás haciendo al tiempo...proyectos de vida para una mejor vida y ahorita no lo estoy haciendo, ahora dependo de mis hermanos y tengo más de medio año que no trabajo, pero creo que ya no será lo mismo, porque ya estaba muy... cómo te puedo decir, con un horario muy exigente a mi trabajo: de tal hora a tal hora, de tal día a tal día, entonces yo sé que por mi salud yo no voy a poder seguir con ese ritmo de trabajo que yo llevaba” (Margarita).*

*“Porque en realidad en mi vida solo me preocupaba de mi trabajo, lo que yo podía ganar, lo podía comprar tener y poder tener otras cosas no me importaba nada, ya que mi familia depende económicamente de mis ingresos” (Rosa).*

Considerando que el cáncer es una enfermedad que afecta todos los aspectos de la vida, conversar y evaluar la importancia del trabajo es muy importante en este momento. Hoy en día, con los avances de la medicina más enfocados a dar calidad de vida a los pacientes con cáncer, podemos decir que éstos ya pueden escoger entre trabajar o no durante su tratamiento.

Existen pacientes que, por razones financieras, prefieren seguir trabajando. Otros, al sentirse bien y con voluntad de hacerlo, trabajan también. Otros, por indisposición física, deciden apartarse del trabajo, aunque sea temporalmente. Estas decisiones y actitudes varían mucho de paciente a paciente y de caso a caso. Independientemente de su decisión, lo importante es que tenga usted conciencia de que serán necesarios algunas adaptaciones y cambios en sus actividades diarias.

Claramente reflejan que al alejarse de la ocupación profesional que ejercían en el momento anterior al cáncer fue relacionado a la sensación de disminución de su capacidad productiva y a la incomodidad suscita por la idea de estar sobrecargando a los familiares y amigos.

#### **5.2.5 Reacciones frente a mis hijos, temor a informarles de la enfermedad**

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 materna.

La confirmación del diagnóstico en las pacientes del estudio las hizo pensar, sobre el sufrimiento que les causaría la noticia como se puede apreciar en la siguiente entrevista:

- *“Como le afectó a mi hijo, si, hizo problema de depresión”. “Recibió terapia psicológica, porque él dejó la universidad” (Amapola).*
- *“Tengo dos sobrinos pequeños todavía y un jovencito de 18 años que pregunta, de alguna otra forma les afecta y como están en el colegio también conversan de estos temas y no es algo que uno desea para ellos” (Rosa).*
- *“Dios mío yo tengo que ser fuerte y salir adelante porque en realidad eso es lo que me levantó, mis hijos” (Acacia)*

*“Trataba de no quejarme y aparentar que estaba bien más que todo por mi hija, y ella es mi motivo para seguir adelante” (Alelí).*

Los estudios conducidos con hijos/as ya sea infantes, pre-adolescentes y/o adolescentes han demostrado que éstos/as se ven afectados de diversas formas al tener un padre o madre con cáncer. Algunos estudios reportan que los/as hijos/as de los pacientes/ sobrevivientes exhiben mayores niveles de depresión y ansiedad (82).

Lo que diga específicamente a sus hijos dependerá de muchas cosas, como sus edades, personalidades y lo que sabe sobre el tratamiento. Requerirá determinar un equilibrio entre demasiada información, lo cual podría abrumar al niño, y muy poca información, que podría ocasionar incertidumbre. El objetivo es decir la verdad de una manera que los hijos puedan entender y les permita prepararse para los cambios que se avecinan. Después de hablar sobre lo que el cáncer es y el lugar en donde se encuentra, se deberá decir a los niños cómo podría esto afectarles. Esta conversación deberá incluir cómo podría ser que sus vidas cambien a

consecuencia de su tratamiento, y los preparativos que se harán para asegurar que los niños serán atendidos sin importar lo que pase.

### **5.2.6 Reacciones de los padres**

La primera reacción de los padres ante un diagnóstico de la enfermedad es de una gran conmoción, que se manifiesta en respuestas de shock, incredulidad y aturdimiento. El miedo es otro sentimiento significativamente presente entre los familiares, en el momento del descubrimiento de la enfermedad por lo mismo que tiene el significado del cáncer.

Es válido afirmar que cuando el cáncer es diagnosticado, el paciente y su familia quedan confusos y en estado de choque. Reunirse y organizarse para decidir cómo actuar en los momentos siguientes da seguridad a la familia y la ayuda a recomponerse (83). Lo cual podemos evidenciarlo en los siguientes relatos:

*“Con mi madre por la forma como quizás nos ha criado como nos ha dado ejemplo y me siento muy apoyada muy consolada de esa parte no todos tienen esa suerte de tener el apoyo moral y económica de tus hermanos, tu madre, gracias a Dios cuento todavía con ella que me ayuda me apoya” (Margarita).*

*“El hecho de haber recibido la terapia en la primera etapa de la enfermedad en otro lugar, haberla hecho en otra parte fuera de aquí de la casa, también ha sido una ayuda tremenda ¿no?, mis hermanas se hubieran deprimido, mi madre tan viejita también se hubiera deprimido y eso no me hubiera ayudado en nada”. (Amapola)*

*“Mi mamá me acompañaba a tratamiento que lo hacía en la ciudad de Lima, bueno como paciente en realidad veía que mi mamá a escondidas siempre lloraba” (Acacia).*

*“Esta enfermedad es tan dolorosa que involucra a toda la familia, mis padres sufren mucho, ellos lloran a escondidas, pero yo percibo el dolor y el sentimiento que aqueja a ellos y eso me pone muy triste, pero a la vez me dan fuerzas para seguir luchando” (Alelí).*

Todos los padres parecen experimentar conmoción, incredulidad, miedo, culpabilidad, tristeza, ansiedad y enojo. En esta situación, prácticamente cualquier sentimiento que surja puede considerarse normal entre los padres y los familiares.

Ninguna persona está preparada jamás para escuchar que su hija tiene una enfermedad que atenta contra su vida. Al principio, puede que los padres teman que su hija vaya a sufrir o morir quizás. Lo mínimo que saben ciertamente es que su familia pasará por grandes cambios y contratiempos. Algunos se verán aturridos como si hubieran recibido un golpe en la cabeza. También dicen sentirse confundidos o incapaces de oír, recordar o pensar con claridad cuando el médico proporciona la información acerca del diagnóstico o plan de tratamiento de su hija, lo cual es normal. Este aturdimiento les ayuda lentamente a prepararse para los sentimientos dolorosos. Les da el tiempo para asimilar y confrontar las emociones fuertes, al igual que las decisiones difíciles.

Cuando los padres son informados por vez primera sobre el cáncer de su hija, la noticia pudiera parecer increíble. Puede que su hija no esté ni luzca lo suficientemente enfermo para padecer una afección así de grave. Puede que cuestionen si el laboratorio ha cometido algún error o si los resultados realmente son de otro paciente. Puede que quieran consultar la reputación del personal o centro médico. Puede que se pregunten si el personal médico sabe tanto como deberían, y puede que opten por buscar una segunda opinión (lo cual siempre es una buena idea).

### 5.3 Reacciones frente al entorno

#### 5.3.1 Agradeciéndole a Dios por mi salvación

La vida espiritual proporciona un mecanismo de esperanza para la sanación en cada una de las informantes; se evidenció que la religión es muy importante porque representa una esperanza para la salud y de apego a la vida. Diversos estudios han demostrado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad (84).

Así como entre bienestar espiritual y calidad de vida, y entre bienestar espiritual y ajuste a las situaciones que supone la enfermedad el ser humano busca su equilibrio emocional, Carmen A. (85).

La búsqueda de sentido de la vida hace referencia a la dimensión espiritual de la persona hacen énfasis en la necesidad de tener en cuenta conductas espirituales y religiosas en las intervenciones psicológicas, especialmente en el campo de la salud (86).

Se encontraron los siguientes testimonios:

*“Escuché y me dijo el médico que me está viendo que tengo buena reacción con las quimioterapias y que tengo que seguir mi tratamiento muy bien gracias a Dios” (Margarita).*

*“En lo que he podido hacer si, como yo dije Dios mío, si tú me has puesto esta prueba es porque crees y quieres que yo apoye, y en la medida que yo he podido y he sido afectada” (Amapola).*

*Siempre que recibía mi quimio y mi radio decía Dios mío ayúdame, cúrame, cúrame, cúrame y así fue” (Acacia).*

*“Mi mayor consuelo era aferrarme a Dios el me daba el poder, me daba la fuerza para salvarme, ir adelante” (Rosa).*

*“Solo en este proceso de mi enfermedad me he aferrado a Dios para que de mucha fortaleza y me ayude a salir adelante” (Alelí).*

En efecto todos los testimonios son una clara demostración que todas las mujeres afectadas con el cáncer se aferran a la voluntad divina teniendo la esperanza de la salvación.

La capacidad de un individuo de generar esperanza en tiempos adversos, dependerá de su personalidad de base, de su historia de vida, de su situación vital actual (incluida la gravedad de su enfermedad), de su familia o personas cercanas, y también de la relación médico paciente. Además, sus creencias o fe, también influyen aquí. Sí existiría una retroalimentación positiva este nivel ya que la capacidad de re significar la vida y de cambiar las metas a lograr. Permite a su vez volver a tener esperanzas de cumplir estos nuevos objetivos. La esperanza puede orientarse espontáneamente o de forma guiada hacia cuestionamientos existenciales permitiéndole al paciente encontrarle un sentido espiritual a su vida.

### **5.3.2 Aceptando el tratamiento y combatiendo el cáncer de seno**

La quimioterapia (a veces abreviada como "quimio") es el nombre que reciben los medicamentos encargados de destruir las células que se dividen de forma descontrolada en el cáncer. A diferencia de las células sanas, las células cancerosas se reproducen de forma continua porque no responden a los signos que controlan el crecimiento celular normal. La quimioterapia actúa interrumpiendo la división de las células cancerosas y destruyéndolas activamente. Mientras que la radioterapia destruye las células cancerosas en un área específica del cuerpo, la quimioterapia actúa para tratar el cáncer en todo el organismo.

En esta categoría se describe sobre el tratamiento en base a la quimioterapia (quimio) definida como un tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se pueden administrar por vía intravenosa (inyectados en la vena) o por vía oral. Los medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas en la mayoría de las partes del cuerpo.

La quimioterapia se administra en ciclos, de manera que cada período de tratamiento va seguido de un período de recuperación. Por lo general, el tratamiento dura varios meses dejando en el tiempo secuelas como la pérdida del cabello, úlceras en la boca, pérdida o aumento del apetito entre otras. Situaciones presentadas según los siguientes testimonios en que todas las mujeres coinciden en que este procedimiento es terrible e incómodo.

*“Las primeras quimioterapias las primeras que me dieron si fueron fuertes” (Margarita).*

La quimioterapia puede acarrear grandes cambios a su vida. Puede afectar su estado general de salud, amenazar su sensación de bienestar, interrumpir su rutina diaria e imponer una carga en sus relaciones con los demás. Así como lo expresa el siguiente testimonio:

*“La quimioterapia fue un poco terrible, porque la primera semana, baja las defensas, causa un poco más de estragos que me hace mal, que si afecta el gusto, afecta el olor, afecta todo” (Amapola).*

*“Pasé por 8 quimios, me pinchaban cada 21 días que se hacían las quimios, no dejé ponerme un catéter que siempre ponen en el pecho más arriba del corazón para que no te estén inyectando cada 21 días para buscar tu vena” (Acacia).*

*“Recibí mis 04 quimioterapias rojas que eran las más fuertes y la verdad desde el momento que entre a la sala de quimioterapia me parecía imposible ver a tanta gente ahí con esa enfermedad “(Rosa).*

*“la quimio es dura, te salen llagas, mata lo malo pero también lo bueno” (Aleli).*

Es común encontrarnos frente a pacientes que cuando están llevando el tratamiento contra el cáncer de mamas demuestran sentir rabia, molestia, sentimientos encontrados sobre los resultados, se sienten angustiadas y con falta de confianza, es aquí en donde se pone a prueba su fuerza para sobreponerse a la enfermedad. Sin embargo cuando el personal que las atiende les brinda las mejores opciones de tratamiento para afrontar la enfermedad, las emociones antes presentadas van diluyéndose. Como lo refieren en la siguiente entrevistada:

*“Como a los 3 meses como mi cáncer es hormonal la oncóloga me dio una cita para el ginecólogo porque tenían que sacarme los ovarios para que el cáncer no avanzara y mi segunda operación fue sacarme los ovarios, me sacaron mis ovarios” (Rosa).*

*“Cuando iba a cumplir 5 años de superar esa enfermedad de la primera mama pues me cogió en la otra mama yo a nadie le avisé, solita me fui al médico pero ya iba con la idea que era lo mismo de lo anterior y efectivamente era lo mismo de lo anterior ahí ya no necesite que me hagan biopsia sino de frente me operaron, igual me sacaron los ganglios y todo eso me voy a un chequeo cada 4 meses a Lima para saber si no afectado a otro sitio, siempre previniendo, pero en realidad me curé esa oportunidad que me dio Dios para seguir adelante y luchar”.*

*“Posteriormente yo estaba echada en mi cama en realidad convaleciente, porque a la vez que me operaron, me encontraron positivo en el Papanicolaou entonces me dijo el doctor que tenía que hacer la histerectomía y me la hicieron, todo salió negativo pero ya automáticamente me sacaron todo, por precaución porque era algo circulante, la mama, el ovario” (Acacia).*

Es necesario el afrontamiento a la cirugía y la quimioterapia o radioterapia. Se ha de llevar a cabo una adecuada preparación para cada uno de los tratamientos antineoplásicos, basándose en la comunicación, el entrenamiento en el manejo de las emociones y los síntomas físicos colaterales, así como los cambios que implican en la imagen corporal, roles sociales y laborales, y el funcionamiento familiar.

La vida puede quedar muy afectada debido a la presencia de pensamientos rumiativos de victimización, minusvaloración personal y estados de tristeza y ansiedad, así como debido a los cambios que se producen en las actividades de la vida diaria.

El temor a las recaídas y las revisiones afecta a los de pacientes de cáncer, se sienten altamente preocupadas por una posible recidiva, y las revisiones periódicas se viven con gran ansiedad. La recidiva constituye un hecho traumático, que se vive como un fracaso de los tratamientos anteriores y que provoca una perspectiva de indefensión o desesperanza de cara al futuro. Enseñar a afrontar el temor a la recidiva y a hacer frente a una recaída del cáncer es parte fundamental de la intervención psicológica.

### **5.3.3 No quería creerlo porque a mi esta enfermedad**

“El diagnóstico de cáncer es uno de los momentos de mayor tensión, difícil emocionalmente, es el momento donde se confirma la sospecha y la persona se identifica con su papel de enfermo. Preguntas como ¿por qué

a mí?, ¿por qué me pasa esto ahora?, ¿qué he hecho?, etc., suelen ser frecuentes en estos momentos” (87).

Así lo observaremos en los siguientes testimonios:

*“Bueno es que uno a veces ve esta enfermedad como algo tan distante que no te toca tú piensas que no va a tocar tu casa”. (Margarita)*

*“Al principio sí porque se me caía la casa encima, pero después ya no” (Amapola)*

*“No quería creer y lo que me pasaba no podía creerlo” (Rosa).*

*“Me moría de miedo, me eché a llorar” (Aleli)*

“La enfermedad crónica hace impacto en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su autoestima, sus sentimientos y dominio personal. Puede llevar un incremento de la ansiedad, desesperación y sometimiento al sufrimiento debido a las creencias amenazantes del cáncer de mama. Entre las reacciones que se presentan frente al diagnóstico de cáncer de mama son: negación, pérdida, abatimiento y confusión” (87).

#### **5.3.4 Estrategias de afrontamiento al estrés**

El estrés es la respuesta general del organismo ante un estímulo agobiador o situaciones de amenaza física. No existe una fórmula sencilla e infalible que pueda "curar" el estrés. Se requieren acciones diversas que permitan reducir las situaciones de sobrecarga. Algunos huyen lejos de una situación estresante, otros pelean por cualquier cosa pequeña, cuando estos signos ocurren necesitas descansar, retirarte, relajarte. Otros buscan ayuda psicológica.

Las mujeres entrevistadas buscaron sus propias formas de afrontar su situación en su mayoría recurrieron a terapias así lo manifiestan en los siguientes testimonios:

*“Y ¿cuál fue mi terapia?, mi terapia mía, fue agarrar decir oye vámonos acompañame a ir a la calle, mi terapia era ir a ver tiendas, ver gentes, ver qué novedades” (Amapola).*

*“Me orientó un psicólogo clínico, que te orienta para esa parte para que no te puedas deprimir, me dijo bien claro si yo me deprimía entonces todas las células buenas que tenía, porque de por si la enfermedad y el tratamiento te bajaba defensas entonces peor si me deprimía” (Acacia).*

*“Pasé por tres psicólogos que me aconsejaban hasta que seguí con mis quimios” (Rosa).*

Ante esta situación atribulada, el paciente despliega una serie de esfuerzos tanto cognitivos como conductuales y dependerá del significado subjetivo que tiene para él la enfermedad y la realidad de la misma, para que la tensión se canalice positiva o negativamente, por ende el afrontamiento al estrés tiene un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud (88).

### **5.3.5 Aprendiendo de las demás personas con la misma enfermedad**

El club de la mama es una organización sin fines de lucro promotor de campañas de prevención y detección temprana del cáncer de mama en el Perú. Generador de programas y proyectos a favor de las pacientes con cáncer de mama. Es fundado en el año 2006 por la Dra. Tatiana Vidaure Rojas médico oncólogo y directora de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

La organización agrupa a sobrevivientes de cáncer de mama voluntarias que ayudan con su experiencia a otras pacientes. Colaboran activamente en el apoyo emocional, social y psicológico de los pacientes y familiares.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas tiene este club funcionando como un lugar que le brinda tranquilidad y fortaleza tal como lo expresa la informante:

*“Escuchar a una persona que tiene una enfermedad que la estás padeciendo tú, o que la has padecido, ver a la persona que te transmite esa positividad, creo que es bueno” (Alelí).*

*“Cada vez que yo veo una, ¡adelante! ¡Vamos oye! Oye tú eres de mí mismo club, el club de las destetadas de las sintéticas” (Amapola).*

*“Hago voluntariado tenía 3 personas con cáncer no apoyo mucho a las personas para que de bajos recursos para conseguir algo mejor, encaminarla y levantarles el ánimo sobre todo porque el cáncer te deprime” (Acacia).*

Se ha demostrado que este tipo de ayuda favorece que la mujer asuma su condición con la esperanza como una oportunidad de vida, en donde las pacientes 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.

## **VI. CONSIDERACIONES FINALES:**

### **6.2 Conclusiones:**

Existe una percepción desfavorable hacia su imagen corporal, se sienten menos femeninas por la falta de una mama, en el aspecto psicologico y sentimental piensan que la relación con su pareja se va a ver perturbada, en relación al aspect social ya no les agrada recibir visitas de amigos, les cuenta insertarse nuevamente a la vida social.

Por lo contrario existe un porcentaje menor que presenta una percepción favorable a la falta de una mama, se preocupan por su aspecto personal, se preocupan por mejorar su apariencia, aceptando la pérdida de una mama, no temen al rechazo de su pareja y en lo social no tienen problemas de relacionarse con sus amistades.

Mencionan muchas de ellas, que es difícil iniciar con las actividades que regularmente realizaban, sienten que son menos capaces de poder hacerlo bien, en su mayoría no logran ocuparse en una actividad fuera del hogar por lo que tienen mucho tiempo y lo utilizan en tener sentimiento pesimistas sobre el futuro que les espera, aún más cuando se guían de comentarios escuchados en salas de espera cuando acuden a sus controles.

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 positivas sin afectar el equilibrio y la dinámica familiar.

Las consecuencias sociales, estas están relacionadas con la parte económica y de exclusión. Más de la mitad manifestó tener dificultades económicas tras la mastectomía. Una se consideró moderadamente afectada. Además, otra sintió rechazo de su pareja. En mayor proporción percibieron cambios en las relaciones con su pareja con respecto a su sexualidad.

Aunque se reconoce la carga psicológica que acarrea una mastectomía, se hace necesario que el personal de salud haga énfasis no solo en el diagnóstico o procedimiento quirúrgico, sino en abordajes desde el punto de vista psicológico, antes, durante y después del procedimiento, que favorezcan un buen resultado en el procedimiento, la rehabilitación y el proceso de duelo.

Como hemos podido observar, el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama se ve afectado tanto por la enfermedad como su tratamiento, apareciendo comúnmente síntomas depresivos y ansiosos. Nuestro trabajo consiste en analizar las variables que influyen en dicho bienestar, para poder trabajar sobre ellas y facilitar a las pacientes una mayor calidad de vida.

Como hemos podido observar, el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama se ve afectado tanto por la enfermedad como su tratamiento, apareciendo comúnmente síntomas depresivos y ansiosos. Las percepciones negativas en la imagen corporal que presentan las mujeres con cáncer de mama se relacionan con la mastectomía radical, una menor edad, no poseer apoyo social y la quimioterapia. Sabemos que la imagen corporal es relevante porque forma parte de la valoración social y es un componente importante de la identidad personal.

En relación a la capacidad de afrontamiento de la familia de las mujeres que sufrieron mastectomía, lograron adaptarse a la situación realizando actividades como diálogo con los médicos sobre todo para conocer exactamente la dimensión del problema, reuniones con toda la familia para organizarse y poder ayudar a los familiares inmersos en esta situación.

## **6.2. Recomendaciones:**

1. Implantar protocolos que logren orientar a las mujeres mastectomizadas sobre el proceso de la enfermedad, algunas estrategias para mejorar su situación física, emocional y social en donde exista una participación activa del personal de Enfermería y garantizar la calidad de atención.
2. Las autoridades del hospital Santa Rosa de Piura especialmente el departamento de Enfermería deben realizar capacitaciones al personal de enfermería sobre intervenciones en las mujeres mastectomizadas y mejorar el proceso de recuperación en el aspecto emocional y social.
3. Elaborar trabajos de investigación cualitativa con la finalidad de conocer aspectos más profundos sobre el tema, específicamente sobre la imagen corporal que servira Para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante el tiempo que demore su recuperación.
4. Promover en los hospitales de nuestra región la creación de grupos de apoyo con acompañamiento psicológico y familiar con el fin de que las mujeres puedan expresar de manera adecuada sus sentimientos y compartan experiencias posteriores al proceso.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) The Lancet Oncology Comisión. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *Lancet Oncol* 2013;14:1-52.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Control del Cáncer: aplicación de los conocimientos; Guía para desarrollar programas eficaces; módulo 6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. El cáncer en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud; 2012.
- (4) Simon S. Características clínicas y resultados del tratamiento de las mujeres brasileñas con cáncer de mama tratadas en instituciones -el público y privado de proyectos AMAZONE del grupo de estudio de cáncer de mama de Brasil (GBECAM). San Antonio Breast Cancer Symposium; San Antonio, TX, USA; Dic 9–13, 2009. Abstr 3082.
- (5) Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Dirección General Adjunta de Epidemiología. México, 1993–2004.
- (6) Mohar A. Available resources for the treatment of breast cancer in Mexico. *Salud Publica Mex* 2009; 51p: 263–9.
- (7) Organización Mundial de la Salud. La mastectomía: una vía extrema para evitar el cáncer de mama. Argentina: Organización Mundial de la Salud; 2013
- (8) Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas eficaces. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2007 p. 16

- (9) Peru21.pe.Actualidad - Incidencia de cáncer de mama aumenta entre mujeres jóvenes [sede Web] - [publicada el 13 de Octubre del 2015]. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/incidencia-cancer-mama-aumenta-entre-mujeres-jovenes-2227336>
- (10) Medina E. Registro de cáncer Poblacional de Arequipa 2004-2007. Arequipa: Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur; 2011.
- (11) Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC / OMS). la Asociación Internacional de Registros de cáncer. La incidencia de cáncer en cinco continentes, Vol. IX. IARC: Lyon; 2007.
- (12) Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas eficaces. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2007.
- (13) Aguilar J. Ruiz L. Ciencia Ginecológica, 2004; 8 2 P. 94-101.
- (14) Irvine D. Ajuste psicosocial en mujeres con cáncer de mama. 1991; 67:1097-117
- (15) Hopwood P. Problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer Br J Psychiat 1988; 153(S2):47-50.
- (16) Matheson G. La preparación psicológica del paciente para la reconstrucción mamaria. Ann Plast Surg 1990; 24 (3):238-47
- (17) Mezquita E. Influencia de la Mastectomía en los roles de la mujer y la familia Tesis Maestral) – Brasil; 2002.
- (18) Fernández M. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el hospital general, hospital

San Vicente de Paul e instituto de cancerología de la clínica las Américas- Medellín 1999.

- (19) Parra C. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Medellín Colombia, 2010.
- (20) Saenz L. Control percibido y afrontamiento del estrés en el cáncer de mama. Facultad de Psicología Universidad de Salamanca, 1999.
- (21) Sirgo A. Control de emociones y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Facultad de Psicología de la universidad Complutense de Madrid, 1998.
- (22) Valderrama E. Relación entre la Imagen Corporal y las Estrategias de Afrontamiento en Mujeres Mastectomizadas, Facultad de Psicología de la UNMSM, 2003.
- (23) Escobar E. Percepción del paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en Lima. 2008.
- (24) Carrasco G. Vivencias de mujeres con cáncer de mama distrito de Guadalupe, 2011.
- (25) Zapata K. Develando las vivencias de las mujeres mastectomizadas en el Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo Diciembre 2009 – Febrero 2010.
- (26) Vidal G. Psiquiatría Editorial Médica Panamericana 1986 Pág. 340-342.
- (27) Álvarez C. Cáncer de mama, Psicología Cotidiana- 2008.

- (28) Valenzuela C. Cáncer de Mama: toda la información que necesito saber; 2005-2007.
- (29) Berbés asociados. La detección del cáncer de mama en sus fases iniciales y los nuevos tratamientos han elevado notablemente la tasa de curación de la enfermedad.. Consultores de Comunicación. España. 2001-2013.
- (30) Maisto A. Psicología 10<sup>o</sup> Edición, editorial prentice may- Mexico 2001.
- (31) Plutchik R. Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis. New York: Harper and Row. 1980.
- (32) Darwin Ch. The expression of emotions in animals and man. N.Y.: Appleton. Traducción al castellano en Madrid: Alianza, 1984.
- (33) Ekman P. Are there basic emotions. Psychological Review, 1992 p. 99, 550- 553.
- (34) Solana A. Aspectos Psicológicos en los pacientes supervivientes. Oncología Barcelona v.28 n.3 Madrid mar. 2005.
- (35) Tizon JL. Pérdida, pena, duelo. Vivencias investigación, asistencia. Barcelona, Fundación Vidal y Barraquer, 2004.
- (36) Ferrero J. El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer, Valencia, Ed. Promo libro, 1993.

- (37) Grossarth M. psicología médica y psicosomática V 25 N 4 2004 p.28.
- (38) Arbizu J. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento anales del Sistema Sanitario de Navarra 2001.
- (39) Matías J. Psico oncología. Manual del Residente de Psiquiatría de la Sociedad Española de Psiquiatría.
- (40) Montes M. Aspectos psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización. Manual del Residente de Psiquiatría de la Sociedad Española de Psiquiatría, 1996.
- (41) Seifert C. Efectos psicológicos en la paciente con cáncer ginecológico. Revista de Psicooncología, 2000.
- (42) Rowland J.H. Intrapersonal resources: Coping. En J.C. Holland y J.H. Rowland (dir), Handbook of Psychooncology. New York: Oxford University Press. 1990.
- (43) García P. Reacciones psicológicas en pacientes somáticos. Conducta de enfermedad. Manual del Residente de Psiquiatría de la Sociedad Española de Psiquiatría (1996)
- (44) Howard C. Cultura: Un enfoque narrativo de pensamiento, psicología intercultural, y la psicoterapia. American Psychologist ,991p.46, 187-197.

- (45) Álava M.J. La dificultad de la víctima. En J. Montilla (coord.), No sólo duelen los golpes: palabras contra la violencia de género Córdoba: Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2008 p. 67-76.
- (46) Vidal Gómez J. Apuntes de Psiconeuroinmunología. Barcelona: Ediciones UB. 2000.
- (47) Monsalve B. Diseño de un juego basado en experiencias para el desarrollo del pensamiento lateral. Universidad Nacional de Colombia. 2003.
- (48) Conde M. ¿Qué es y cómo funciona el pensamiento? Departamento de Psicología Básica. . 2002.
- (49) Vidal M. La consulta psicooncológica: La depresión en cáncer de mama. Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 1999.
- (50) Polo L. Los sentimientos humanos. Procede de un coloquio en el centro cultural Carel [Perú] en 1998, editado en La capellanía informa Piura X.1999.
- (51) Mira E. El pensamiento. Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1966.
- (52) Schachter S. La interacción de determinantes cognitivos y fisiológicos del estado emocional. En Avances en Psicología Social Experimental, ed. L. Berkowitz, New York.1964 p. 49-79.
- (53) Charles D. Basic emotions, relations among emotions, and

motioncognition relations. *Psychological Review*, 1990 p. 99, 561-565.

- (54) Morillo B. et al. *Adaptación Cognitiva y Complejidad Cognitiva: Una medida en padres que enfrentan la experiencia de un hijo con retardo mental*. Tesis de Magster, Universidad Rafael Urdaneta. Publicaciones de la Universidad Rafael Urdaneta. 1996. p 64.
- (55) Callista Roy modelo de adaptación junio. 2012.
- (56) Ludke M. Andre E. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- (57) Glat R. *Somos iguais a vocês. Depoimentos de mulheres com deficiência mental*: Agir; 1989.
- (58) Bertaux D. *L'approche biographique: sa validé methologique, ses potentialités*. *Cahiers internationaux de sociologie*, n. 69, p. 197-225, 1980.
- (59) Camargo A. *Os usos da história oral e da história de vida. Trabalhando com elites políticas*. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 1984. p.5 a 28.
- (60) Kolhi M. *Biografía: relato, texto, método*. In: BERTAUX, D. *Biography. Society*. Beverly Huis, c. USA: Publications. Inc, 1981. p, 61-75.
- (61) Minayo M. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- (62) Rodriguez G. et al. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2. ed. México Interamericana, 1999. p. 57-61

- (63) Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais .4ª ed. São Paulo:Cortez, 2000.
- (64) Santos O. método de historia de vida na pesquisa em educacao especial. Rev. Bras., Marilia. Maio-ago. 2004, v.1, n 2, p. 235-250. Edicao especial
- (65) Augras M. Prefácio Em Glat, R: Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1989.
- (66) Atkinson R. The life story interview. Thousand oaks: Sage University Paper series on qualitative researchs methods, v. 44, 1998
- (67) Rada D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. [Documento en internet]. [Citado 2012 Ene. 21]. [11 páginas] Disponible en URL: [www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc](http://www.redem.org/boletin/files/Dora%20Magaly%20Rada%202.doc)
- (68) Arcila D. Imagen corporal y calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria. México, DF. 2002, pág 30.
- (69) White C. A. Dimensiones del cuerpo de imagen y el cáncer: Un modelo cognitivo-conductual heurística. Psico- Oncología 2000, 9, 183-192.
- (70) Hopwood P. & Maguire G. P. Problemas de imagen corporal en pacientes con cáncer. British Journal of Psychiatry, (1998) p.153, 47-50.
- (71) Muñoz A. La calidad de vida durante el tratamiento en mujeres jóvenes con cáncer de mama. Breast Cancer Research y Tratamiento.

(2010). P.123, 75- 77.

- (72) Kushne R. Breast Cancer. Harcourt Bruce, New York 1975.
- (73) Robinson N. Mastectomía, Guía para la paciente operada de mama. Ed. Lidium. Buenos Aires 1981.
- (74) Sánchez H. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. Rev. Investigación y Educación en Enfermería, 2009; XXVII (1): 86-95 Universidad de Antioquia. Colombia. (Consultado 2010 Nov. 15).
- (75) Onitilo A. Efecto de la depresión en todas las causas de mortalidad en adultos con cáncer y efectos diferenciales de la localización del cáncer. Gen Hosp Psychiatry. 2006; p. 28:396-402.
- (76) Foley. KM. Pain assesment and cancer pain syndromes. In Textbook of palliative medicine 2nd edition Edited by: Doyle D, Hanks G, MacDonald N Oxford: Oxford University Press. 1998.
- (77) Haber S. Cáncer de mama: Manual de Tratamiento Psicológico. España: Ed. Paidós; 2000. p. 144.
- (78) Bonadonna G. Manual de oncología médica. La Habana: Editorial Científico- -Técnica; 1985: 418-42.
- (79) Aubá E. Estudio de la Dinámica familiar en la adaptación del cáncer de mama”. Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar. Clínica Universitaria de Navarra. 2006; 5 p. [Internet] D i s p o n i b l e e n : h t t p : / / w w w . c u n . e s / l a - clinica/noticia/peligra-matrimonio-pacientescancer- mama-nivel- cohesion-familiar-bajo (Consultado 2009 Jul 25).

- (80) Heiney S. Impact of parental anxiety on child emotional adjustment when a parent has cancer. *Oncology Nursing Forum*, (1997). p. 24(4), 655- 661.
- (81) Melo EM. *Processo adaptativo da familia/trabajo frente à mastectomia*. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Fortaleza; 2001.
- (82) Mueller P. 2001; Mytko y Knight, 1999)
- (83) Cotton L. Brady, Peterman, Fitchett, Mo y Cella, 1999.
- (84) Burkhart. Solari T. 2001; Ferrer, 2001; Gotterer, 2001; Hardy, 1979; Monge Sánchez y Benito Melero, 1996. Godoy (1999) y Fernández-Ríos y García-Fernández (2000).
- (85) Carmen A. *Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención*. Madrid – España. Ed: Interpsiquis. 2006
- (86) Barreto M.P. Ferrero J. y Toledo M. (1993)
- (87) Alamo.A. *Monografias.com*. [Online].; 2011 [cited 2015 octubre 28. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos84/atencion-psicologica-familia-enfermo-oncologico/atencion-psicologica-familia-enfermo-oncologico.shtml>.
- (88) Bayés (1985). Bayés R. (1994). *Psicología oncológica*. 2da ed. Edi. Martínez Roca S.A. Barcelona



**ANEXO**  
**01**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

**ESCUELA POST GRADO**

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DE LAS MUJERES SOMETIDAS A MASTECTOMIA**

**PIURA, 2014**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:**

---

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Grado de instrucció=\_\_\_\_\_n: \_\_\_\_\_

Ocupació=\_\_\_\_\_n: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

- Hable de lo que usted considera importante respecto de su Vida y que tenga relación con la mastectomía que le realizaron:

---



**ANEXO**  
**02**

**TERMINO DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO**

Vivencias de las mujeres sometidas a mastectomía, es un estudio, que está siendo realizado por la Licenciada en enfermería Teofila Laura Capcha, bajo la orientación de la Ms Sonia Aleida Rubio Rubio. Los objetivos de la investigación son:

Analizar la vivencias de las mujeres sometidas a mastectomía **Piura, 2014.**

El estudio contribuirá para potenciar la calidad de cuidado, brindando un cuidado humanizado con cierto criterio científico. Para la recolección de la informaciones se realizará una entrevista individual abierta, la cuál será grabada en cinta magnetica, a las mujeres sometidas a mastectomía.

Luego las entrevistas serán transcritas en su totalidad para el análisis respectivo. A los participantes que desean participar en el estudio, se les garantizará el derecho a la identidad e intimidad; además de esclarecimiento respectivo antes, durante y después del desarrollo de la investigación sobre cualquier duda referente al estudio.

---

Lic. Enf. Teófila Laura Capcha

Yo:.....mediante los  
esclarecimientos arriba citados, acepto participar de la entrevista.

---

Firma de la entrevistada