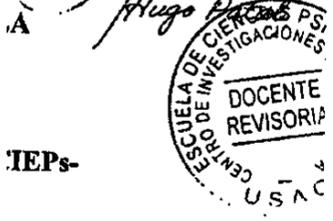


Vozes / Huelman

Lic. Marco Antonio
M. Enriquez



Hugo Pineda



Alcalá
3/11/2020

Amir



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“CAMBIOS DE LA VIDA EN PAREJA Y AUTOPERCEPCIÓN DE MUJERES
SOMETIDAS A CIRUGÍA DE MASTECTOMÍA”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE

CONSEJO DIRECTIVO

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

AURA LIDIA DÍAZ GARCÍA

JENNIFER PATRICIA MORATAYA MOTTA

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADAS

GUATEMALA, NOVIEMBRE, 2020

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA

DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL

SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA

LICENCIADA CLAUDIA JUDITT FLORES QUINTANA

REPRESENTANTE DE LOS PROFESORES

ASTRID THEILHEIMER MADARIAGA

LESLY DANINETH GARCÍA MORALES

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADA LIDEY MAGALY PORTILLO PORTILLO

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
UG
Archivo
Reg. 056-2020
CODIPs.2469-2020

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

26 de octubre de 2020

Estudiantes
Aura Lidia Díaz García de Gonzalez
Jennifer Patricia Morataya Motta
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGÉSIMO SÉPTIMO (27°) del Acta SESENTA Y DOS GUIÓN DOS MIL VEINTE (62-2020), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 23 de octubre de 2020, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO SÉPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“CAMBIOS DE LA VIDA EN PAREJA Y AUTOPERCEPCIÓN DE MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA DE MASTECTOMÍA”**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Aura Lidia Díaz García de Gonzalez
Jennifer Patricia Morataya Motta

CARNÉ: 2520 11260 0101
CARNÉ: 2984 10311 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Ceci Mabel Mejía Sánchez y revisado por el Licenciado Hugo Leonel Patal Vit. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA



/Gaby



UGE-196-2020



Guatemala, 23 de octubre de 2020

Señores
Miembros del Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

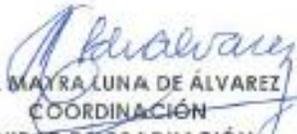
Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, las estudiantes, **AURA LIDIA DÍAZ GARCÍA DE GONZALEZ, CARNÉ NO. 2520-11260-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2002-14039** y Expediente de Graduación No. L-80-2019-C-EPS / **JENNIFER PATRICIA MORATAYA MOTTA, CARNÉ NO. 2984-10311-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2014-07661** y Expediente de Graduación No. L-83-2019-C-EPS, han completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional
- 10 créditos académicos por trabajo de graduación
- 15 créditos académicos por haber aprobado el Ejercicio Profesional Supervisado – EPS-

Por lo antes expuesto, en base al Artículo 53 del Normativo General de Graduación, solicita sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **"NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO E ÍNDICE DE DEPENDENCIA DE LOS BENEFICIARIOS COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 76 A 95 AÑOS, DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR MIS AÑOS DORADOS MAD- ZONA 5 DE MIXCO, COLONIA PRIMERO DE JULIO,"** mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- "Mayra Gutiérrez" el 15 de OCTUBRE del año 2020.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Lucía, G.
CC. Archivo
Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación

ACTO QUE DEDICO

A:

- **DIOS:** Por darme la vida y la sabiduría para llegar a ser quien soy.
- **ESPOSO:** Selvyn González, por su apoyo, esfuerzo, amor, contribución y comprensión en el camino de mi carrera universitaria.
- **HIJOS:** Jeremy Y Nataly González Díaz, porque siempre me apoyaron, ayudaron y comprendieron.
- **MADRE:** Por su infinito amor, por ser una parte fundamental en mi vida, en mi familia, pero, sobre todo, por su ayuda incondicional para que hoy finalice la carrera.
- **HERMANO:** Que siempre me anima a ser una mejor persona y a lograr lo que quiero.
- **FAMILIARES:** Por sus palabras de ánimo cuando las cosas se ponían difíciles.
- **AMIGOS Y AMIGAS:** A todos los que me apoyaron, con los cuales compartí tristezas, alegrías y aprendizaje. Especialmente a Jennifer Morataya por su amistad sincera e incondicional.

Aura Lidia Díaz García

ACTO QUE DEDICO

A:

- **DIOS:** Por ser tan bondadoso al permitirme el privilegio de la vida y la oportunidad de estudiar en esta carrera tan maravillosa y humanista.

- **PADRES:** Por el apoyo incondicional, por su amor y cuidado hacia mi persona; por ser mis pilares de fortaleza y fuente de motivación para seguir adelante.

- **HERMANO:** Por su compañía, ayuda y palabras de ánimo.

- **FAMILIA:** Por formar parte de mi vida, en especial a mi tía Claudia Morataya por su apoyo y cariño.

- **AMIGOS:** Por estar conmigo en las buenas y en las malas, apoyándonos no solo en lo académico sino también en lo personal, por su desinteresada lealtad y por haber vivido conmigo innumerables experiencias que siempre atesoraré.

Jennifer Patricia Morataya Motta

AGRADECIMIENTOS

A:

- **DIOS:** Por la darme fuerzas y derramar bendiciones sobre mí y mi familia.

- **UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA:** Alma mater que me brindó la oportunidad de adquirir los conocimientos necesarios para desempeñarme como profesional.

- **ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:** Por ser parte de mi saber profesional.

- **DOCENTES DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:** Por compartir los conocimientos necesarios para crecer profesionalmente.

- **FAMILIA:** Por ser parte fundamental, para que hoy me encuentre culminando mis estudios universitarios.

- **AMIGOS:** Especialmente a Jennifer Morataya, por ser una persona muy importante en mi vida, ser una excelente amiga, a la que le debo mucho aprendizaje, apoyo y cariño, por haber confiado y aceptado ser mi compañera de tesis, y por tantos años de aventuras en las que nos volvimos inseparables en las prácticas, en las clases, en el EPS, en la tesis y hasta en salidas.

- **LICENCIADA CECI MABEL MEJÍA:** Por brindarnos su apoyo y tiempo desinteresadamente y ser parte importante para lograr alcanzar nuestra meta.

- **A LAS MUJERES:** Que nos dieron su apoyo y testimonio para realizar esta investigación.

Aura Lidia Díaz García

AGRADECIMIENTOS

A:

- **UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA:** Por ser la casa de estudios que me abrió la puerta para formarme como profesional de la salud mental.

- **DOCENTES DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:** Por compartir sus conocimientos y compromiso hacia el estudiante.

- **MSc. ROSA MARÍA GONZÁLEZ:** Por guiarme durante todo el proceso de práctica psicológica, por sus múltiples enseñanzas y acompañamiento.

- **LICENCIADA CECI MABEL MEJÍA:** Por su amable disposición y hacer posible esta investigación.

- **MSc. FRANCISCO JOSÉ URETA:** Por ser un docente comprometido con el aprendizaje del estudiante, por su apoyo y ayuda durante la carrera.

- **AURA LIDIA DÍAZ GARCÍA:** Por ser mi amiga, compañera y confidente durante la carrera, por apoyarnos mutuamente, brindarme tu sincera amistad y afecto.

- **WILLIAM EMMANUEL LÓPEZ CHOJOLÁN:** Por tus múltiples consejos, apoyo incondicional, reuniones de estudio, sincera amistad y cariño durante estos años.

- **MÓNICA ABIGAIL DÍAZ LEMUS:** Por tu amistad, paciencia, lealtad, cariño, apoyo y por todas las experiencias que hemos compartido juntas.

- **LAS MUJERES QUE PARTICIPARON EN ESTE ESTUDIO:** Por compartir ampliamente su experiencia y tener el deseo de ayudar a las demás mujeres que puedan atravesar por la enfermedad del cáncer.

Jennifer Patricia Morataya Motta

Índice

Resumen.....	XIII
Prólogo	XIV
Capítulo I.....	1
1. Planteamiento del Problema y Marco Teórico	1
1.01. Planteamiento del Problema.....	1
1.02. Objetivos.....	2
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	2
2. Marco Teórico.....	3
2.01.1. Antecedentes.....	3
2.01.2. Mastectomía.....	5
2.01.2.1. Mastectomía radical.....	5
2.01.2.2. Mastectomía radical ampliada.....	6
2.01.2.3. Mastectomía superradical.....	6
2.01.2.4. Mastectomía radical modificada.....	6
2.01.2.5. Mastectomía simple.....	7
2.01.2.6. Mastectomía subcutánea.....	7
2.01.3. Sexualidad.....	8
2.01.3.1. Afectividad	9
2.01.3.2. Libido.....	9
2.01.3.3. Acto sexual	10
2.01.4. Cambios de la vida en pareja.....	10
2.01.4.1. Afecciones en la sexualidad de mujeres mastectomizadas.....	11
2.01.5. Imagen corporal y autoestima.....	13
2.01.5.1. La imagen corporal y la mastectomía.....	14
2.01.6. Problemas de auto-imagen.....	17
2.01.7. Estado anímico.....	19
2.01.7.1. Estado de ánimo depresivo o Distímico.....	20
2.01.7.2. Estado de ánimo Eutímico o Neutro.....	21
2.01.7.3. Estado de ánimo elevado o manía.....	21

2.01.8.	Aspectos psicológicos.....	21
2.01.8.1.	Aspecto psicológico emocional.....	22
2.01.8.2.	Aspecto psicológico conductual.....	22
2.01.9.	Afrontamiento.....	23
2.01.10.	Empoderamiento.....	24
2.01.11.	Terapia psicológica.....	24
2.01.12.	Redes de apoyo.....	25
2.01.13.	Grupos de apoyo sociales.....	28
2.01.13.1.	Grupo de apoyo primario: la familia.....	28
2.01.13.2.	Grupo de apoyo secundario: pares y amigos.....	32
2.01.13.3.	Grupo de autoayuda o ayuda mutua.....	33
2.01.13.4.	La comunidad.....	33
2.01.14.	Consentimiento informado.....	34
Capítulo II.....		35
3.	Técnicas e Instrumentos.....	35
3.01.	Enfoque y Modelo de Investigación.....	35
3.02.	Técnicas.....	36
Técnicas de muestreo.....		36
Técnicas de recolección de datos.....		37
Técnicas de análisis de datos.....		39
3.03.	Instrumentos.....	39
3.04.	Operacionalización de Objetivos, Categorías.....	41
Capítulo III.....		44
4.	Presentación, Interpretación y Análisis de los Resultados.....	44
4.01.	Características del Lugar y de la Muestra.....	44
Características del lugar.....		44
Características de la muestra.....		44
4.02.	Presentación e Interpretación de Resultados.....	45
Sexualidad y cambios de la vida en pareja.....		45
Autopercepción.....		47
Aspectos psicológicos conductuales y emocionales.....		51

Afrontamiento.....	56
Autoestima.....	60
4.03. Análisis General.....	63
Capítulo IV.....	66
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	66
5.01. Conclusiones.....	66
5.02. Recomendaciones.....	68
5.03. Referencias.....	70
6. Anexos.....	73
6.01. Consentimiento informado.....	73
6.02. Entrevista.....	76
6.03. Testimonio.....	78

Resumen

Cambios de la Vida en Pareja y Autopercepción de Mujeres Sometidas a Cirugía de Mastectomía

**Autoras: Aura Lidia Díaz García
Jennifer Patricia Morataya Motta**

Posterior al diagnóstico de cáncer de mama, la paciente oncológica atraviesa por un proceso difícil. La intervención quirúrgica y el sometimiento a los tratamientos, producen cambios significativos en la vida de la persona. La relación en pareja, la autopercepción, la autoestima y el estado de ánimo se ven alterados durante el proceso, por lo que esta investigación tuvo por objeto averiguar en qué consisten estos cambios y cómo afrontarlos.

Se utilizó un enfoque de investigación cualitativo con un diseño narrativo de historias de vida. Las participantes que conformaron la muestra de este estudio, fueron mujeres guatemaltecas que se sometieron a cirugía de mastectomía, que ya han pasado uno o más años posterior a la cirugía, comprendidas entre las edades de 39 a 65 años, de etnia maya y ladina, de habla hispana.

Como instrumento, se aplicó una entrevista estructurada y se recobraron testimonios. Los resultados mostraron que la vida en pareja se ve afectada en el aspecto sexual, por la disminución de la libido, lo cual reduce la actividad sexual, y en su lugar prevalece el deseo de supervivencia; la pareja pasa a un segundo plano, y funge como el principal actor de red de apoyo para la paciente oncológica. En cuestión de autopercepción, debido a las alteraciones en la imagen corporal provocadas por la cirugía y los tratamientos, se ve perturbada de forma negativa, lo cual afecta la autoestima y el estado anímico de la paciente, sin embargo, esto se presenta únicamente durante el periodo de enfermedad, ya que posterior a ella, las pacientes demostraron fortalecerse en todos los aspectos, mejorando la capacidad de resiliencia y con una mejor actitud ante la vida.

Prólogo

El cáncer de mama, en la actualidad, es una enfermedad que afecta aproximadamente al 4% de las mujeres guatemaltecas, por lo que, es común conocer o al menos haber escuchado de una persona que lo padece o ha padecido, y de cómo se ve alterada su vida a nivel personal y social. Los cambios físicos provocados por la cirugía y los tratamientos afectan la auto percepción de las mujeres, y de esta forma repercute en su autoestima y estado anímico.

Los objetivos de esta investigación fueron: explorar cuáles son los cambios de la vida en pareja de mujeres sometidas a cirugía de mastectomía, conocer cómo se autopercibe la mujer después de la mastectomía, identificar los aspectos psicológicos conductuales y emocionales alterados de la mujer posterior a la cirugía, también el de indagar cómo la mujer de forma personal y en pareja afronta los cambios provocados por la cirugía de mastectomía y por último, averiguar de qué forma se ve afectada la autoestima y estado anímico de la mujer mastectomizada.

Se pudo entrevistar a ocho mujeres que atravesaron la enfermedad de cáncer de mama, se indagó en todas las categorías propuestas por los objetivos y también en información adicional, como los procedimientos de la enfermedad y qué resultó de la misma; sin embargo, el tamaño de la muestra se vio limitada, ya que fue complicado encontrar mujeres que cumplieran con todos los criterios de inclusión, y que desearan participar. A pesar de las limitaciones, los aportes son significativos, ya que narran la experiencia de estas valerosas mujeres y qué tuvieron a bien contar las implicaciones de este proceso y también los métodos que les fueron útiles para poder sobrellevarla.

El aporte principal va dirigido a aquellas mujeres que recién han recibido el diagnóstico de cáncer de mama, ya que con este estudio podrán adelantarse a lo que les tocará vivir y de qué forma pueden afrontarlo de la mejor manera.

Se agradece de forma especial a las mujeres valerosas que participaron en este estudio, por su buena voluntad y entusiasmo. También se agradece sinceramente el acompañamiento y guía de la licenciada en psicología Ceci Mabel Mejía, quien con profesionalismo y ética puso a disposición sus conocimientos.

Capítulo I

1. Planteamiento del Problema y Marco Teórico

1.01. Planteamiento del Problema

Las mujeres sometidas a cirugía de mastectomía, posterior a la intervención quirúrgica, presentan cambios físicos, dependiendo del tipo de cirugía al que se sometan y por los tratamientos administrados, lo cual, provoca cambios psicológicos emocionales y conductuales, por el proceso de enfermedad y readaptación al nuevo estilo de vida.

Una problemática que surge ante esta situación en cuanto a la autopercepción, es que, como sociedad, existen grandes cantidades de constructos sociales que llevan a la mujer a concebir un “ideal de belleza”, comúnmente en sociedades conservacionistas como la guatemalteca, los senos son parte fundamental del “ser mujer”, no solo de manera sexualizada, sino como la parte que provee vida (al amamantar a sus hijos). Los senos son considerados mundialmente como zona erógena del cuerpo; por lo cual, la ausencia de uno o ambos senos, podría representar un conflicto, que produzca malestar en la mujer mastectomizada.

Al mencionar esta enfermedad, es inevitable desligar el hecho de que, el afrontarla requiere de un proceso difícil y largo para las mujeres, y por supuesto, también para la pareja y familia de quien padece esta condición; considerando que dependerá del tipo de cirugía aplicada a la paciente, el ambiente, condición social y su personalidad, por lo que elegir el método de afrontamiento más indicado puede llegar a representar un gran desafío.

Por lo anteriormente mencionado, se presentan las siguientes interrogantes:

- ¿Qué cambios de la vida en pareja se presentan posterior a la cirugía?

- ¿Cómo se auto percibe la mujer anterior y posterior a la mastectomía? (autoimagen)
- ¿Qué aspectos psicológicos emocionales y conductuales de la mujer se ven alterados en la relación de pareja?
- ¿Cómo afronta la mujer de forma personal y en pareja esta situación?
- ¿De qué forma se ve afectada la autoestima y el estado anímico de la mujer mastectomizada?

1.02. Objetivos

Objetivo general.

Explorar cuáles son los cambios de la vida en pareja de mujeres sometidas a cirugía de mastectomía, que han pasado uno o más años después de la cirugía.

Objetivos específicos.

- Identificar los cambios de la vida en pareja posterior a la cirugía.
- Conocer cómo se autopercibe la mujer después de la mastectomía.
- Identificar los aspectos psicológicos emocionales y conductuales alterados de la mujer posterior a la cirugía.
- Indagar cómo la mujer de forma personal y en pareja afrontan los cambios provocados por la cirugía de mastectomía.
- Averiguar de qué forma se ve afectada la autoestima y estado anímico de la mujer mastectomizada.

2. Marco Teórico

2.01.1. Antecedentes.

Cuando se registró por primera vez información sobre la enfermedad en las mamas fue en el año 1600 a.C. por los egipcios, quienes sobre láminas documentaron información sobre los primeros tratamientos quirúrgicos, los cuales consistían principalmente en la cauterización con fuego o el uso de utensilios filosos para su extirpación.

Dos milenios posteriores a estas primeras aproximaciones sobre la enfermedad mamaria, Francois de la Boe Sylvius, médico francés, implementó un método químico que pretendía la transformación de los líquidos linfáticos.

Varios médicos proponían distintas teorías sobre la etiología de esta enfermedad, como la propuesta de Bernardino Ramazzini que afirmaba que era la falta de sexo la que la ocasionaba, Giovanni Morgagni, pensaba que era la lecha cuajada la que producía la enfermedad en la mama, Johanes de Gorter, planteó que se debía a inflamaciones que acumulaban pus en la mama, Claude-Nicolas Le Cat de Rouen, relacionaba la enfermedad mamaria con los trastornos mentales depresivos, Lorenz Heister, decía que por no haber procreado , y así otros médicos le adjudicaban esta enfermedad a otras causas.

En el año de 1757 Henri Le Dran, otro médico francés sugirió que la extirpación quirúrgica del tumor como tratamiento para el cáncer de mama, siempre y cuando se retiraron los ganglios linfáticos infectados de las axilas. Claude-Nicolas Le Cat argumentó que la terapia quirúrgica era el único método para el tratamiento de este cáncer. Esta propuesta permaneció hasta los principios del siglo XX y llevó a la creación de la mastectomía radical (una extirpación completa de la mama).

Es importante mencionar el hecho de que la anestesia fue implementada en las intervenciones quirúrgicas hasta la segunda mitad del siglo XIX, por lo que podemos concluir que antes de esta fecha, todas aquellas intervenciones eran practicadas deshumanamente, añadiendo los factores de riesgo como las complicaciones postoperatorias, infecciones, o la mala praxis, lo cual conducía indudablemente al avance de la enfermedad o la muerte de la mujer.

Años posteriores se realizaron más descubrimientos sobre la enfermedad mamaria, en 1955, George Crile declaró que el cáncer no es una enfermedad local, sino que, esta podía extenderse por todo el cuerpo.

En 1976, Bernard Fisher publicó resultados utilizando la cirugía conservadora de la mama seguida de radiación o quimioterapia. Él Señaló la eficacia de estos otros métodos para tratar el cáncer de mama, los cuáles eran tan beneficiosos como la extirpación radical de la mama.

Con la llegada de la medicina moderna, en 1995, a menos del 10 por ciento de las mujeres afectadas con cáncer de mama se les realizó una mastectomía. Esta época dio el desarrollo de nuevas terapias para el cáncer de mama incluyendo los tratamientos hormonales, cirugías y terapias biológicas. La mamografía también fue desarrollada para la detección temprana de los cánceres. La reciente aparición de la biopsia del ganglio centinela ha supuesto un avance considerable en el diagnóstico de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Finalmente, los científicos aislaron los genes asociados al cáncer de mama: BRCA 1, BRCA2 y ATM. (Anónimo, 2016)

En la actualidad son varios los tratamientos y los tipos de intervención quirúrgica que se pueden aplicar a las mujeres para esta enfermedad.

Un informe realizado por el departamento de epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia de la República de Guatemala (Sam, 2017), presentó un análisis acerca de las enfermedades no transmisibles, el cual declara que, el país presenta tres casos de cáncer de mama por cada 100,000 habitantes, con distribución similar en los últimos años. El mayor riesgo se identifica en Peten sur occidente con 27 casos por cada 100,000 habitantes, para esta área de salud la diferencia de riesgo comparado con el país es ocho veces más. La distribución no es generalizada en el país. Con base en lo anterior podemos definir que este tipo de cáncer, a pesar de ocupar una tasa porcentual baja (4% de toda la población guatemalteca), es una enfermedad que se suscita a nivel nacional y que amerita ser estudiada, ya que a nivel nacional no se han realizado estudios que posean este carácter investigativo.

2.01.2. Mastectomía.

La mastectomía es una cirugía que consiste en la extirpación de uno o ambos senos. Se realiza como tratamiento o prevención del cáncer de mama.

Existen distintas variaciones, de mayor o menor agresividad en el tratamiento del cáncer de mama, que son las siguientes:

2.01.2.1. Mastectomía radical.

“Ésta se conoce como mastectomía radical de Halsted y de Meyer, es la clásica mastectomía, y consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento axilar completo. Halsted comenzaba la intervención por la mama y terminaba en la axila; Meyer empezaba por el vaciamiento axilar y seguía con los pectorales para acabar con la mama. La incisión empleada era vertical, y los resultados estéticos eran pésimos. Este había sido el tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de mama durante muchísimos años, hasta que fue reemplazado por la cirugía conservadora de mama”. (Cruz & Morales, 2014, pág. 127)

2.01.2.2. Mastectomía radical ampliada.

“En la mastectomía radical se realiza la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, ya sea de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica, la cual se refuerza con fascia lata o mallas. Prácticamente en desuso en la actualidad”. (Cruz & Morales, 2014, pág. 127)

2.01.2.3. Mastectomía superradical.

“A la mastectomía radical ampliada se le asocia la disección de los ganglios supraclaviculares, ya sea de forma discontinua o en mono bloque, extirpando parte de la clavícula y, de la primera y segunda costillas. No tiene indicaciones en la actualidad. A la cirugía superradical, se agrega una desarticulación interescapulotorácica del brazo homolateral”. (Cruz & Morales, 2014, pág. 127)

2.01.2.4. Mastectomía radical modificada.

- a. “Mastectomía radical modificada de Patey. En esta técnica se extirpa la glándula mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo.
- b. Mastectomía radical modificada de Madden y Auchincloss. En esta técnica se extirpa la glándula mamaria sin pectorales, con vaciamiento axilar completo. La incisión empleada es horizontal, con lo cual se mejora el resultado cosmético”. (Cruz & Morales, 2014, pág. 128)

De todas las mastectomías, la mastectomía radical modificada es la que más indicaciones y más se realiza en la actualidad, ya sea en cualquiera de sus 2 variantes, siendo sus indicaciones fundamentales las siguientes:

1. Tumores de más de 3 cm.

2. Tumores multifocales.
3. Algunos sarcomas sin invasión de pectorales.
4. Tumores en estadios I y II.
5. Tumores en estadio III como parte de un tratamiento multimodal.
6. Cáncer de mama durante el embarazo.
7. Recidiva tras cirugía conservadora.
8. Cáncer de mama en el varón.

2.01.2.5. Mastectomía simple.

Según (Angarita & Acuña, 2008) La mastectomía simple consiste en la extirpación de la glándula mamaria, sin vaciamiento axilar, a través de una incisión generalmente horizontal. Este tipo de mastectomía tiene una indicación o finalidad más paliativa que curativa, es decir, de limpieza en la mayoría de las ocasiones. Está indicada en los siguientes casos:

- Lesiones multicéntricas de carcinoma canalicular in situ.
- Cistosarcoma phyllodes y sarcomas invasivos, cuando no están fijados a pared torácica subyacente, fascia o músculo (metastatizan por vía hematológica).
- Lesiones de mama poco frecuentes: melanoma, dermatofibrosarcoma protuberans, linfoma, actinomicosis, tuberculosis, absceso crónico, etc.
- Debe ser valorada como proilaxis en pacientes de alto riesgo.

2.01.2.6. Mastectomía subcutánea.

En este procedimiento quirúrgico, se extirpa la mayor parte de la glándula mamaria conservando la piel, pezón y areola, sin realizar vaciamiento axilar. Este tipo de mastectomía tiene dos indicaciones fundamentales:

1. Mujeres de alto riesgo de desarrollar cáncer de mama.
2. Enfermedad mamaria benigna extensa, que pueda hacer confundir por sus hallazgos en la exploración física o mamográfica.

2.01.3. Sexualidad.

La sexualidad puede definirse como un conjunto de condiciones biopsicosociales, anatómicas y afectivas que suscitan en el individuo según cada etapa de su desarrollo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales".

Según (Torrens & Martínez, 2008) afirmaban que la sexualidad es una dimensión humana de comunicación y de placer, que se vive fundamentalmente en pareja y que en pareja encuentra su más humanizada realización. Actualmente, la OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Cuando hablamos de la sexualidad no podemos desligar de ella elementos importantes como la afectividad, la libido y el acto sexual como tal.

2.01.3.1. *Afectividad*

La afectividad es un término complicado de definir por todo lo que involucra; sin embargo, puede decirse, que la afectividad es un vínculo que se entabla con una persona, donde se combinan emociones, sentimientos y raciocinio, que posee distintos niveles de intensidad y que se forma por experiencias exteriores e interiores vividas con alguien.

Según (González, Juárez, Rodríguez & Velásquez , 2015) la afectividad será aquella capacidad de reacción que presente un sujeto ante los estímulo que provengan del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos y emociones. Es conocido como muestras de amor que un ser humano brinda a las personas que quiere y porque no también a otras especies que también sean parte de su entorno querido.

2.01.3.2. *Libido*

El término libido fue concebido por el psicólogo vienés Sigmund Freud, que dentro de su teoría psicoanalítica definía a la libido como una pulsión o un instinto inconsciente que produce una conducta, haciendo referencia a lo sexual propiamente.

Desde la perspectiva psicoanalítica descrita (Figueroba, 2019) la libido se encuentra contenida en el Ello, una de las tres estructuras de la mente descritas por este autor. Mientras que el Ello representa la parte más básica y primitiva de nuestro ser, el Yo y el Superyó surgen a lo largo del desarrollo para satisfacer las demandas del organismo y del entorno y para proveernos de una conciencia moral, respectivamente. El Ello está regido por el principio de placer; esto significa que dirige el comportamiento hacia la obtención de placer inmediato. Además, esta parte de la psique depende de procesos inconscientes, de modo que frecuentemente no sabemos cuáles son los impulsos que motivan nuestra conducta.

En la actualidad se utiliza el término para medir el nivel de “apetito o deseo sexual” que una persona pueda sentir en un momento determinado, provocado por un estímulo excitante para la persona que lo experimenta.

2.01.3.3. Acto sexual

El acto sexual es cuando las personas tienen relaciones sexuales, siendo esto también parte de las necesidades fisiológicas básicas en el ser humano. Este acto puede darse de distintas maneras y entre diversidad de personas según su orientación o ideología sexual.

Es un encuentro íntimo que puede entenderse como el contacto sexogenital entre los individuos.

Este acto se encuentra motivado por la satisfacción del deseo sexual, sin ser imprescindible que exista o no un vínculo amoroso entre los involucrados.

2.01.4. Cambios de la vida en pareja.

Una vida en pareja es la unión de dos personas que tienen una relación amorosa entre sí y desean compartir un proyecto de vida en común. Esta convivencia puede sufrir de cambios ante distintas situaciones como la enfermedad o los problemas.

Es común que posterior al diagnóstico de la enfermedad, la pareja presente conflictos en su relación de distintos tipos, entre los que podemos mencionar algunos.

Las discusiones se presentan ante el estrés que produce la situación, la modificación en el estilo de vida, los sentimientos de frustración e inutilidad por parte de la persona diagnosticada, problemas económicos, etc.

Cuando los problemas se dan con frecuencia y prevalencia, esto puede provocar una separación, porque ambos no logran llegar a un acuerdo en común, ni encontrar alguna solución

a los conflictos. Al llegar a este punto, las personas pueden llegar a sentirse culpables, tristes o enojados al darse cuenta que esto se debía propiamente al diagnóstico de cáncer de mama, el cual desencadena todo este tipo de alteraciones y no a la relación amorosa que se tenía en un principio.

2.01.4.1. Afecciones en la sexualidad de mujeres mastectomizadas.

Las repercusiones que pueden presentarse posterior a la cirugía de mastectomía en la mujer pueden ser varias y estas afectan en las distintas dimensiones de la sexualidad de la mujer y por ende en su vida en pareja.

Según (Juárez & Landero, 2012, pág. 13) “Tras el diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía, el interés sexual de la mujer puede verse afectado, debido a los sentimientos que pueden darse en algunas mujeres de baja autoestima, pérdida de identidad femenina y disminución del atractivo físico, repercutiendo de esta forma en la actividad sexual de la mujer con su pareja. Finalmente, esta situación vivenciada por la mujer se puede convertir en un bucle entre los sentimientos de cambios en la sexualidad, feminidad, autoconcepto y autoimagen que lleve a provocar disfunción sexual en la mujer, repercutiendo en su relación de pareja”.

La pareja sexual puede experimentar sentimientos negativos o, por el contrario, de empatía en relación con la situación que vive la mujer en su proceso de enfermedad y en el momento concreto del post-operatorio tras la pérdida de la mama, percibiéndose cambios en la relación sexual y afectiva entre ambos miembros de la pareja. En algunos casos, la pareja ha sido considerada como un apoyo importante para la paciente ante la situación de impacto y necesidad de cariño y acompañamiento que tiene, y el compañero ha otorgado mayor relevancia a la curación de la enfermedad que a la alteración de la imagen corporal que conlleva el tratamiento. Sin embargo, en otras ocasiones se han evidenciado cambios en el comportamiento de la pareja

con respecto al antes de la cirugía, afectando a la relación sexual con su pareja, lo que puede manifestarse con una reducción del contacto y las caricias a los pechos de la mujer o reparos al tocar la cicatriz, llegando, en algunos casos, a la evitación de los encuentros sexuales.

La vida sexual de la mujer se ve alterada ya sea porque la pareja no tenga deseo de encuentros íntimos por el cambio físico que sufrió como parte del tratamiento, también por cuestiones propias de la seguridad que tenga la mujer en sí misma y su autoestima, por eso mismo en ocasiones las mujeres prefieren que su pareja no las vea y no serles desagradables o sentirse rechazadas, o que simplemente presenten disminución de la libido.

Otro factor es la posible presencia de disfunciones sexuales; ahora bien, también puede darse el caso de que la pareja evite el contacto sexual por miedo a lastimarla.

Los planes a futuro como pareja de alguna manera se ven modificados ante la enfermedad del cáncer, y se desaparece la ilusión de envejecer juntos, por la noción de la condición que se está viviendo.

En estos casos es de suma importancia que la paciente se sienta cómoda con su relación y con su persona para que puedan tener una buena comunicación y afrontar juntos los cambios e inconvenientes que se puedan dar durante una relación sexual; elementos propios como la comunicación, la confianza y afecto entre la pareja pueden permitir la disminución de inconvenientes en la relación.

En cuanto a los sentimientos de desvalorización personal o inconformidad con el aspecto corporal, también es importante hacer mención de estos problemas, por lo que se definirán a continuación.

2.01.5. Imagen corporal y autoestima.

Podemos definir el término imagen corporal como la forma en que la persona se ve a sí misma y cómo se percibe cuando se mira al espejo, es decir, cómo la persona cree que es. La imagen corporal también se encuentra estrechamente relacionada con los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y dentro de su propio cuerpo.

Ahora bien, la autoestima, aunque es un término estrechamente relacionado con la imagen corporal, es distinto, ya que podemos decir de la autoestima que es el conjunto de valoraciones dirigidos hacia nosotros mismos, estas valoraciones son constituidas por las percepciones que nos formamos en cuanto a cómo somos y cómo deberíamos de ser.

El psicólogo Abraham Maslow decía de la autoestima que es una necesidad básica, ya que todos tenemos el deseo de ser valorados y aceptados por las demás personas y que poder satisfacer esta necesidad de autoestima permite a una persona ser más segura en sí misma, y, por el contrario, si no se obtiene un nivel de reconocimiento, este puede llevar al individuo a experimentar sentimientos de inferioridad o de fracaso.

La autoestima puede medirse por medio de indicios o indicadores, primero podemos señalar a la autoestima alta.

Las personas con alta autoestima, confían en sus juicios y dirigir sus esfuerzos en enfocarse a realizar sus tareas. La actitud positiva permite darse crédito a sí mismas y genera confianza. Estas actitudes facilitan la convicción de que son individuos valerosos y respetables.

Por otra parte, (Pereira, 2007) comenta que, las actitudes y expectativas que dirigen a la persona hacia una alta autoestima, a una mayor independencia y creatividad social, también la

conducen a una acción social más asertiva y vigorosa. Es probable que sea más participativa que pasiva en los grupos de discusión, reporte menos dificultad estableciendo amistades y exprese opiniones aun cuando sepa que éstas pueden llevarla a una recepción hostil.

Hay que aclarar que, la alta autoestima no denota sentirse como el centro del universo o que las capacidades propias son mejores que la de los demás, sino que esta persona con alta autoestima, conoce sus virtudes y sus defectos, sin que esto represente algo negativo, por el contrario, esta se acepta a sí misma y se otorga valor para considerarse como única e irrepetible.

También se puede medir a la autoestima como baja, cuando el individuo demuestra una identidad vulnerable, principalmente ante los escenarios de crítica o rechazo. Sentirse incompetente o devaluado son indicadores de baja autoestima. La percepción sobre sí mismas es negativa.

Nuevamente comenta Pereira, como resultado, se sienten torpes e intranquilas y evitan a toda costa exponerse al ridículo. la autoestima baja puede ser una situación temporal. Sin embargo, para algunas y para algunos la autoestima se puede traducir en otros problemas más serios. Una pobre y persistente autoestima puede estar relacionada con el bajo rendimiento académico, la depresión y otras situaciones como la delincuencia. La seriedad de este problema depende no solo de la naturaleza de la baja autoestima del estudiante o la estudiante, sino también de otras condiciones. Por ejemplo, cuando la baja autoestima se combina con transiciones escolares difíciles o con problemas familiares, los problemas se pueden intensificar.

2.01.5.1. La imagen corporal y la mastectomía.

“Después de un diagnóstico de cáncer, toda la vida y dinámica de la mujer se afecta; su cuerpo e imagen se reconfiguran por las transformaciones a las que se someterá

o sometió, debido al tratamiento para combatir el cáncer. La imagen corporal (IC) es una representación subjetiva del cuerpo que agrupa representaciones derivadas de la autopercepción y valoración de ese cuerpo e incluye la interacción de las medidas antropométricas o cuerpo real, la percepción del cuerpo y el cuerpo ideal o aquel donde se definen los estándares de belleza y salud”. (Figueroa, Valedz, Rivera, & Montes, 2017, pág. 16)

En el contexto guatemalteco, la imagen corporal es un aspecto de suma importancia para el ser humano, ya que estamos constituidos culturalmente por el deseo de querer cumplir con los estándares de belleza que se han construido socialmente. El concepto de “*belleza*”, especialmente en la mujer se relaciona con un cuerpo esbelto, pechos grandes, cabello hermoso, etc. Por lo que puede ser un factor estresante el no cumplir con estos estándares, especialmente en las mujeres mastectomizadas que han quedado sin uno o ambos senos, o sin cabello por los tratamientos de quimioterapia a los que deben someterse.

La imagen corporal puede ser fuente de satisfacción e insatisfacción, así como de preocupación y ansiedad, si no cumple con los ideales sociales, con los que hace una comparación y evaluación cognitiva. La IC está relacionada con la identidad, la autoestima, el sentirse atractivo físicamente, el funcionamiento sexual, la actitud hacia la apariencia física, el estado de salud, el funcionamiento físico normal y la percepción del cuerpo como una totalidad. (Falk, Reinertsen, Nesvold, Fossa, & Dahl, 2010)

Se han formulado diferentes constructos teóricos para explicar la satisfacción y valoración positiva o negativa de las características morfológicas asociadas a la IC para determinar lo que una persona piensa, siente y actúa en relación con su cuerpo, reflejando esto en las creencias sobre la importancia e influencia de la apariencia física en la vida y motivándoles,

si es el caso, a mantener o conseguir una apariencia física atractiva. Acotan que la autovalía, entonces, se conecta con el ajuste a los estándares socioculturales y produce tensión y estrés en las mujeres, cuando hay una discrepancia entre el estándar ideal y lo percibido del cuerpo. (Figueroa, Valedéz, Rivera, & Montes, 2017)

Gran parte de la evaluación personal (autopercepción), dependerá de cómo pensamos que los demás nos ven, de sus comentarios de adulación o rechazo. La capacidad de recibir un comentario como constructivo o negativo ya dependerá del nivel de autoestima de la persona y de su personalidad.

Según (White & Hood, 2011) esquematizan cómo la imagen corporal se transforma cuando el cuerpo real es atravesado por una intervención y se afectan los aspectos de la vida de las mujeres, dadas las circunstancias necesarias, las cuales son percibidas como una mutilación al cuerpo, cuyas cicatrices les recuerdan permanentemente que han padecido esta enfermedad. Hecho que les genera estrés, vulnerabilidad psicológica y problemas de ajuste, pues las inferencias hechas por las mujeres sobre su corporalidad, las llevan a tener conductas compensatorias, como el retraimiento social y la inhibición emocional. Por ejemplo, las mujeres evitarán el uso de la ropa escotada o trajes de baño con los que se puedan exhibir la cirugía.

Es un hecho que, para la mayoría de mujeres, la imagen corporal es de suma importancia ya que la sociedad se ha encargado de hacer que el cuerpo de la mujer sea visualizado como un instrumento y quien no cumpla con los estereotipos o estándares exigidos por la sociedad, esta no encaja o puede percibir actitudes de rechazo. Siendo este fenómeno más difícil de sobrellevar para las mujeres que han pasado por una cirugía en donde uno de los órganos sexuales es mutilado.

2.01.6. Problemas de auto-imagen.

El concepto de imagen corporal es derivado de las diferentes dimensiones en que la gente vive su cuerpo, es decir, que cada quien tiene un concepto distinto de lo que es imagen corporal según su punto de vista y experiencia de vida. Muchos autores han intentado definir el fenómeno de “*imagen corporal*”, la definición más utilizada fue formulada por el neurólogo alemán (Schilder, 1983) que dice, 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.

Analizando las aportaciones de diversos autores (Pruzinsky & Cash, 1990, págs. 337-349) proponen que “realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo”.

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene, es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

- Es un concepto multifacético.

- La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: “Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos”.
- La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
- La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Según (Freinsteinson, Deutsch, Sisk, & Cesario, 2012, págs. 361-369) “en el estudio que analiza la reacción de las pacientes la primera vez que visualizan sus cuerpos delante de un espejo, la alteración de la imagen corporal es sentida por las mujeres desde el postoperatorio inmediato, surgiendo pensamientos, significados y sensaciones en torno a su nueva imagen. Según sus resultados, algunas preocupaciones de estas mujeres versan sobre cómo aceptarán el nuevo pecho sus parejas y cómo podrán disimular, disfrazar u ocultar visualmente la pérdida. Otras mujeres, sin embargo, adoptan una nueva perspectiva más positiva sobre la vida, otorgando poca importancia a la alteración de su imagen y su efecto sobre los demás.

(Casillas & Cervero, 2010), también observan en las mujeres mastectomizadas participantes en su trabajo, que se sienten diferentes y no se llegan a reconocer frente al espejo, por lo que les cuesta mirarse desnudas.

Para cualquier persona es un golpe fuerte sufrir de alguna enfermedad, es aún más complicada la situación para una mujer que pasa por una cirugía de mastectomía, donde se le es removida una parte del cuerpo que representa socialmente un símbolo de sensualidad, una zona erógena y algo que aporta un atractivo físico; es por esto que la auto-imagen puede significar un conflicto en la autopercepción de la mujer mastectomizada, alterando su autoestima y niveles anímicos.

La capacidad de afrontar estas situaciones dependerá de la resiliencia con la que cuenta cada persona, entendiendo la misma como la fortaleza y capacidad con la que cuenta cada individuo para hacer frente a los problemas de la vida.

2.01.7. Estado anímico.

Al enterarse de que se padece de cualquier enfermedad, es normal experimentar angustia y este factor estresante puede provocar el surgimiento de emociones negativas o cierto grado de miedo, depresión y ansiedad; esta situación dependerá de cada mujer, según su capacidad de resiliencia, personalidad y temperamento.

Posterior al tratamiento, es común que surjan preocupaciones a que el cáncer regrese, también se puede estar a la expectativa de que esto le puede afectar a algún miembro de la familia o a amigos, lo cual repercute sobre su vida personal. Otra área que puede provocar estos pensamientos es la económica, ya que, se ve afectada por los costos elevados que el tratamiento confiere; todo lo anteriormente mencionado son factores que pueden alterar el estado de ánimo de la mujer.

Muchas mujeres con esta condición se enfrentan a situaciones adicionales que producen estrés. Por ejemplo, el cambio de apariencia como resultado de la cirugía y el tratamiento, también puede presentar inquietudes sobre la sexualidad. En mujeres más jóvenes que han

padecido de cáncer de seno, también se ven fuertemente afectadas por el pensamiento de comenzar una familia o tener hijos y de cómo el cáncer puede afectar este deseo y para las mujeres que ya tienen una familia, les preocupa el hecho de cómo ellos pueden verse afectados por su condición.

Otro de los problemas que presentan es que la quimioterapia en algunos casos provoca la menopausia temprana, lo cual altera el estado de ánimo y produce muchas molestias.

El estado de ánimo puede clasificarse en:

2.01.7.1. Estado de ánimo depresivo o Distímico.

Este estado de ánimo es representado por los sentimientos de nostalgia, tristeza, ideación suicida, apatía, dolor, etc. este estado se encuentra acompañado de una sensación de pesimismo, cansancio y desvalorización de sí mismo.

(Zúñiga, A., Sandoval, M. & Urbina, C., 2005) El término distimia que proviene del griego “distimia” significa estado de ánimo defectuoso o enfermo y fue introducido en 1980.

Es un trastorno crónico caracterizado por un estado de ánimo deprimido que se mantiene durante la mayor parte del día y la mayoría de los días que no es lo suficientemente grave como para cumplir los criterios de otros episodios depresivos. Según el DSM-IV las características principales del trastorno son los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira, aislamiento social, pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad.

De estos síntomas se pueden desarrollar trastornos, como la depresión, trastornos alimenticios y de sueño.

2.01.7.2. Estado de ánimo Eutimico o Neutro.

Este se caracteriza por una neutralidad, o sea un carácter indiferenciado del humor, que es poco cambiante a pesar de los estímulos habituales.

Un humor totalmente neutro supondría una indiferencia total y no se observa en condiciones psicológicas normales, por ello el término "eutimia" designa habitualmente estados de ánimo normales y excepcionalmente estados de ánimo neutros por ser más infrecuentes, como en esquizofrénicos, donde se observan casos de embotamiento tímico (aplanamiento afectivo), de indiferencia aparente, alternando a veces con unos accesos depresivos o eufóricos.

2.01.7.3. Estado de ánimo elevado o manía.

Este estado de ánimo es excesivamente elevado, de sentimientos eufóricos, y que tiene tendencia a la irritabilidad. En casos extremos, los estados de manía pueden provocar alucinaciones o delirios, pero está caracterizada por la excitación, la aceleración del pensamiento, la hiperempatía y la locuacidad.

(Psichiatrists, 2010), explica que, los estados de manía pueden ser utilizados positivamente, como demuestran algunos actores y artistas, por ejemplo, Stephen Fry, pero también pueden ser increíblemente destructivos, ya que las personas en episodios de manía tienden a no poder controlar su energía desmedida.

Experimentar sentimientos tan intensos puede provocar afecciones en el juicio, y afecta a la autopercepción, por lo que puede conducir a tomar malas decisiones.

2.01.8. Aspectos psicológicos.

Los aspectos psicológicos son aquello que es relativo o que concierne a la psique o psicología.

2.01.8.1. Aspecto psicológico emocional.

Una emoción es un proceso de reacción que se activa ante una situación inesperada, el cual permite al organismo reaccionar de una forma en particular, la cual dependerá de cada individuo según sus experiencias anteriores, la situación y un aprendizaje.

Por ejemplo, podemos mencionar que en el caso de una persona que es diagnosticada con una enfermedad grave, esta puede, ante la noticia, reaccionar de distintas maneras (una emoción): la cual conlleva una serie de comportamientos y actitudes en la persona.

Otro término importante de mencionar para entender el aspecto psicológico emocional, es el sentimiento, el cual es una emoción conceptualizada, es decir que, el sentimiento se forma ante la percepción que la mente forma sobre un estado emocional.

(Calderón, 2018) dice que, las emociones se diferencian de los sentimientos en que éstos no se acompañan de cambios en la esfera corporal (o de producirse, éstos son mínimos), y en que la persistencia o duración de las emociones es mucho más grave. Hay que distinguir las también de las llamadas vivencias emocionales, éstas son experiencias en las que surgen una o más emociones, lo que no es igual a la emoción en sí, que sería más bien producto de esa vivencia, aunque van estrechamente unidas. De este modo, los sentimientos suministran, a cada instante, durante todo el día, datos potencialmente aprovechables. Pero no basta con tener los sentimientos. Es necesario saber reconocerlos y apreciarlos, tanto en uno mismo como en los demás, así como reaccionar a ellos correctamente.

2.01.8.2. Aspecto psicológico conductual.

Este aspecto de la psicología considera que los comportamientos se aprenden de distintas maneras, de forma empírica, por medio de la observación, por el ambiente en que se desarrolla la persona, la cultura, etc. También la conducta puede determinarse por un proceso de condicionamiento clásico u operante.

El ser humano desde la infancia adquiere conocimientos que pueden constituirse en problemáticos o funcionales, que pueden ser modificables.

A través de las experiencias las personas toman diferentes conductas ante la adversidad, la cual determinará su forma de afrontarlo como mejor lo crea conveniente; dependiendo del individuo esta puede ser de forma positiva o negativa.

2.01.9. Afrontamiento.

De acuerdo con (Folkman & Lazarus, 1980, págs. 219-239) “el afrontamiento consiste en todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar, reducir o tolerar las demandas. El afrontamiento busca de algún modo suavizar o atenuar el impacto de las demandas”.

“El afrontamiento eficaz depende de tener determinados recursos preparados para alimentar el esfuerzo. Estos recursos pueden ser rasgos personales, sistemas sociales o atributos físicos. Entre los rasgos personales más importantes se encuentra la autoeficacia, el optimismo, la percepción de control y la autoestima. Los recursos sociales incluyen la familia, los amigos, el trabajo, y los sistemas oficiales de ayuda. Los recursos físicos incluyen una buena salud, adecuada energía física, alojamiento funcional y un mínimo de estabilidad financiera”. (Caballo, 2007, pág. 521)

Cuando se habla de mastectomía la vivencia de las pacientes puede llegar a ser afectada desde varios aspectos en diferentes formas de vida, por lo cual los seres humanos necesitan afrontar durante su vida varios tipos de situaciones es por ello que se menciona a continuación algunos métodos.

2.01.10. Empoderamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define empoderamiento como un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, para ello, los individuos y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan su salud y bienestar.

El empoderamiento aplicado al aspecto de la salud, es un proceso donde el individuo adquiere la capacidad de tomar decisiones que repercuten directamente a su salud, por lo cual es importante que se halle el método más adecuado para lograr alcanzar el objetivo previsto por el tratamiento.

Para las mujeres que han pasado por la cirugía de mastectomía, el empoderamiento es una herramienta que pueden utilizar para enfrentar las complicaciones que esto conlleva, por ejemplo, tener una mejor actitud y enfrentar de manera positiva la situación, otra forma de empoderamiento es el cúmulo de aprendizaje que se adquiere desde la parte religiosa o espiritual.

2.01.11. Terapia psicológica.

La terapia psicológica o psicoterapia, es el acompañamiento psicológico que se le brinda a un individuo que en un momento determinado de la vida se encuentra atravesando una vicisitud. Existen varias corrientes y tipos de terapia que el profesional de la salud mental deberá de implementar buscando el pronto bienestar de los signos y síntomas presentados por el paciente.

Según Wolberg la psicoterapia es el tratamiento que se da por medios psicológicos, que trata problemas de naturaleza emocional, en el que un profesional establece deliberadamente una relación profesional con el paciente, el cual pretende suprimir, modificar o paliar los síntomas

existentes; en segundo lugar, intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad.

2.01.12. Redes de apoyo.

Es muy posible que las mujeres en esta situación se vean afectadas en varias áreas por los motivos que ya hemos mencionado, siendo de suma importancia contar con el apoyo de la pareja, familiares y amigos.

El termino red de apoyo es utilizado desde los años cincuenta y se refiere a una persona, grupo o estructura que brinda algún tipo de contención a algo o a alguien como es el caso de las personas que sufren de algún padecimiento médico. La idea surge de un conjunto de organizaciones o entidades que trabajan de manera unificada para colaborar con alguna causa.

“Tras el estudio de la Antropología, otras disciplinas han considerado y profundizado la temática desde perspectivas analíticas, descriptivas o terapéuticas. Estrechamente ligado al concepto de red, subyace la concepción de la persona como sujeto en interacción con otros, tan capaz de influenciar como de ser influenciado. La confluencia de perspectivas con el objeto de conocimiento del Trabajo Social - el individuo en relación con su contexto- suscita el interés científico en la medida de que, el análisis y el trabajo con redes permitiría superar las falsas barreras entre diversos niveles de intervención, pasando del individuo a la comunidad en un continuo integrado que incluye a la familia, la red de relaciones íntimas, las relaciones informales del contexto grupal y comunitario y los servicios. Por otra parte, permite construir una meta perspectiva en la cual, el sujeto o la familia es o pueden ser significativos en una red de relaciones sociales más extensa, que puede proporcionar apoyo social en forma de recursos materiales o atención psicosocial”. (Campos, 1996, pág. 29)

En el caso de las mujeres que padecen o han padecido algún tipo de cáncer es importante la red de apoyo desde varios entornos como, por ejemplo:

La red de apoyo social está conformada por grupos que prestan su ayuda, asistencia y soporte que tienen algún problema físico o emocional.

Al interior de estos grupos como en cualquier otro se forman relaciones y se crean vínculos sociales y afectivos entre los miembros. Estos grupos comparten características como lo pueden ser los intereses, o formas similares de afrontar los problemas, van en busca de un mismo propósito o meta y tiene como base la reciprocidad. Cuando los miembros fortalecen los vínculos, estos pueden llegar a sentirse acogidos, acompañados y sobretodo comprendidos, lo cual son factores importantes para ser capaces de superar los problemas por los que atraviesan.

Para el paciente que padece de cáncer de mama, como para el cuidador o familiar más cercano, es importante construir relaciones en doble vía, para que ninguna de las partes sienta que da más de lo que recibe o recibe más de lo que da. Como en la relación cuidador-paciente, suele darse sensaciones negativas como la dependencia, el endeudamiento, el agotamiento y la frustración. Al equilibrar el intercambio de apoyos se logra que tanto la paciente como el cuidador estén bien y alcancen efectos positivos.

En las redes el paciente recibe apoyo de diferentes tipos:

El apoyo emocional: está relacionado con la expresión de sentimientos como el afecto, la empatía, el reconocimiento, el acompañamiento y la actitud de escucha ya que, aunque la otra persona no sabe con exactitud el padecimiento del otro, esto ayuda a que el paciente se sienta acompañado en proceso.

El apoyo cognitivo o informativo: se da a través del intercambio de saberes sobre la enfermedad. Esto incluye conocimientos científicos por parte de expertos en el manejo del cáncer y experiencias vividas por pacientes. Los consejos también hacen parte de este tipo de apoyo y pueden darse tanto por médicos como por pacientes. Es de mucha ayuda que el médico tratante sea sincero y explique a la paciente todas las alternativas, opciones o posibles situaciones a las que puede enfrentarse durante el proceso y así sentirse apoyada y menos temerosa de lo que pueda suceder.

El apoyo material: suele ser de tipo económico, la persona que afronta una enfermedad suele verse preocupada o afectada económicamente por el costo de los tratamientos, operación o simplemente porque debe de dejar de trabajar y contar con la ayuda o el apoyo económico le da más tranquilidad y una cosa menos en que preocuparse.

El apoyo espiritual (religión): es más de tipo individual. Tiene como base la fe, las creencias religiosas y espirituales y el refugio que se puede encontrar en estas. Este tipo de apoyo puede contribuir a que las personas logren el fortalecimiento y la tranquilidad. El fortalecimiento individual en una paciente con cáncer de mama es esencial, para superar la enfermedad y adaptarse a los nuevos cambios que experimenta.

La red de apoyo social muchas veces está conformada por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) e instituciones públicas y privadas en las que participan profesionales de la salud expertos en el manejo integral del cáncer de mama.

En estas redes las personas que han sido diagnosticadas con cáncer, sus cuidadores y familiares reciben orientación profesional en la resolución de inquietudes sobre el acceso a los servicios de salud, las barreras y restricciones existentes para acceder a los tratamientos, los derechos y deberes, los cambios en la vida del paciente y en la dinámica familiar entre otros.

El apoyo desde esta red incluye acompañamiento psicológico, emocional, educativo y la orientación legal. Por otra parte, estas redes ofrecen información útil sobre factores de riesgo, identificación de signos y síntomas de alarma, realización de autoexamen y pruebas diagnósticas o exámenes preventivos y consulta médica periódica. Generalmente, dicha información es divulgada a través de medios digitales como las páginas web y las Redes Sociales, y por medio de actividades académicas como simposios, conversatorios, encuentros, talleres y eventos lúdicos y artísticos.

Se espera que las pacientes conozcan el que hacer de estos grupos y se acerquen para recibir el acompañamiento que necesitan desde el diagnóstico hasta su rehabilitación, según sus necesidades.

2.01.13. Grupos de apoyo sociales.

Los Grupos de apoyo sociales se pueden dividir en: grupo de apoyo primario (La familia), secundario (amigos, pares, compañeros de trabajo y vecino) y grupos de ayuda mutua o auto ayuda.

2.01.13.1. Grupo de apoyo primario: la familia.

La familia constituye un soporte emocional fundamental. Por lo general, en su interior se encuentran los cuidadores, es decir, las personas a cargo de atender las necesidades del paciente

de forma continua y durante todo el proceso de la enfermedad, quienes también son afectadas de manera directa ya que a partir del diagnóstico se enfrentan a una serie de cambios en la dinámica familiar.

El apoyo por parte de este grupo inicia desde el momento en que se comunica la noticia, lo cual debe tratar de hacerse en un lenguaje sencillo y concreto para que los integrantes del núcleo familiar logren comprender y asimilar la información de la mejor manera posible.

A continuación, algunas consideraciones a tener en cuenta:

Aunque por lo general las reacciones de los cuidadores y familiares suelen ser negativas y es completamente natural y sano permitir que la emocionalidad se exprese abiertamente, este tipo de sentimientos deben superarse rápidamente para poder brindar el apoyo que el paciente necesite.

A lo largo del proceso la comunicación se convierte en la base de las relaciones. Dialogar permite que el paciente se sienta apoyado, útil y capaz, lo cual hace que las cargas se equilibren y se disminuyan los efectos negativos que la enfermedad puede tener sobre la dinámica familiar, la vida del paciente y la del cuidador.

El paciente debe estar en capacidad de transmitir cuáles son sus necesidades, y cuál es el apoyo esperado por parte de los miembros de su familia. Ellos deben preguntar en qué y cómo ayudar, en vez de asumir que el paciente necesita o requiere asistencia para realizar cada una de las actividades de su rutina diaria.

Es importante involucrar a la pareja en todo el proceso, (citas médicas, procedimientos, cuidados en casa etc.). Si se logra el apoyo deseado por parte de la pareja, se generan sentimientos positivos, interés en la recuperación de la enfermedad, mayor adherencia a los tratamientos y mayor uso de los servicios de salud.

Se ha observado con frecuencia que las relaciones sólidas y sinceras prevalecen y se fortalecen al tener que atravesar por una situación tan dramática como un cáncer.

El cambio en la dinámica familiar obliga a que se dé una reorganización del sistema y de los roles, generando un impacto emocional fuerte. El compromiso de la familia durante todo el proceso es proporcionar apoyo, protección, confianza y solidaridad. Es preciso resaltar el hecho de que probablemente, se tendrán que asumir tareas o funciones que antes no se tenían pero que ahora son necesarias para poder cooperar en la recuperación del paciente.

El paciente debe sentir que las otras personas están para él. Es importante evaluar constantemente la calidad de las relaciones y los vínculos. Un grupo familiar fortalecido logra un apoyo más fuerte a lo largo del tratamiento y la recuperación.

Una red de apoyo familiar sólida constituye una excelente herramienta en la evolución y mejora del paciente. Sin embargo, el hecho de que un paciente o cuidador no cuente con dicha red o no tenga interés en recibir ayuda por parte de otros, no quiere decir que este, no esté en total capacidad de salir adelante y superar la situación.

Es importante recordar que en caso de que se requiera de asistencia y acompañamiento profesional, el grupo familiar puede acudir a redes de apoyo social o prestadores de servicios de salud como psicólogos, psiquiatras o trabajadores sociales.

Es importante, que los pacientes entiendan que lo más importante es velar por su recuperación y que los problemas que surjan durante la enfermedad o durante la recuperación no pueden ser más importantes que su salud.

Los hijos juegan también un rol fundamental. Es importante explicar la enfermedad en términos sencillos y ayudarles a manejar el temor que puedan sentir ante la enfermedad o ante la posible pérdida de la vida de su padre o madre. Esto, en caso de ser necesario, puede hacerse en compañía de un profesional de la salud capacitado para ello. En el caso de los hijos e hijas que han salido de casa, el nivel de involucramiento puede disminuir, sin embargo, es recomendable mantener informada a toda la familia en todo momento y solicitar el apoyo de ellos también.

Compartir información con los más pequeños es necesario. En el caso de los niños pequeños, se recomienda entregar generalidades sin ahondar en la enfermedad; se puede responder a preguntas específicas. En caso de que los hijos sean adolescentes, es fundamental explicarles con mayor profundidad qué es lo que ocurre y animarlos para que continúen con normalidad su rutina, incluyendo el cumplimiento de sus obligaciones académicas y las actividades que realizan diariamente.

En todo caso, es importante construir relaciones de doble vía para que la relación sea balanceada y ninguno de los dos (pacientes y familiares), se agoten y experimenten sentimientos negativos que puedan deteriorar el vínculo.

2.01.13.2. Grupo de apoyo secundario: pares y amigos.

En relación con el apoyo por parte de los pares (personas con las que se pueden compartir algunas características como el nivel socioeconómico, nivel educativo, edad, pertenencia a un grupo étnico, creencias religiosas e intereses similares y que interactúan en un grupo específico), se destacan los compañeros de trabajo y los amigos.

Es importante comunicar el diagnóstico oportunamente a los compañeros de trabajo, especialmente a los que están a cargo de la supervisión de las labores del paciente y aquellos que son más cercanos por simpatía o porque existen lazos creados alrededor del trabajo, pues así podrán conocer y comprender mejor los cambios por los que el paciente atraviesa, sus necesidades particulares y se brindará mayor acompañamiento. Por ejemplo, se podrá generar interés en saber cómo va el tratamiento, y se empezará a valorar las actitudes personales positivas que permiten continuar avanzando hacia la recuperación.

En relación con el círculo de amigos, se ha logrado establecer que este juega un rol importante durante el proceso de diagnóstico y tratamiento. El apoyo recibido por amigos generalmente es de tipo material (que ayuda a aliviar las cargas económicas generadas durante el tratamiento); y de tipo emocional (que ayuda a levantar el ánimo y soportar el malestar físico y emocional que puede producirse después de la aplicación de algunos tratamientos). En algunas ocasiones los amigos también se convierten en cuidadores, se encargan de acompañar al paciente durante el día, antes, durante y después del tratamiento, lo relevan en los quehaceres domésticos y brindan ayuda en las diferentes labores que tienen a su cargo. Percatarse que las personas están

ahí para brindar su apoyo, se constituye en una experiencia enriquecedora para el paciente: se sienten queridos y empiezan a percibirse a sí mismos como personas valiosas, merecedoras de cariño, esto ayuda a minimizar un poco los sentimientos de tristeza, preocupación etc.

2.01.13.3. Grupo de autoayuda o ayuda mutua.

Los grupos de autoayuda o ayuda mutua están conformados por pacientes que padecen la enfermedad y están interesados en compartir su experiencia de vida, generalmente, a pacientes recientemente diagnosticados. En ocasiones, las relaciones se hacen más estrechas porque ellos atraviesan por un momento particular en la vida en el que coexisten sentimientos como el miedo, la ansiedad, la dificultad para manejar una comunicación asertiva con quienes son más cercanos y el interés por retomar el control de la enfermedad y recuperar su salud. Al brindar apoyo de tipo emocional y cognitivo, estos grupos permiten que los pacientes fortalezcan el deseo de querer salir adelante y de seguir viviendo. Ya que en algunos casos cuentan con el apoyo de personas que ya han atravesado el mismo camino y actualmente se encuentran recuperados.

2.01.13.4. La comunidad.

La comunidad está en capacidad de, por un lado, transformar la manera en que se concibe socialmente el cáncer; y, por otro lado, romper con los estigmas que aíslan socialmente a los pacientes con cáncer de mama y les hacen sentir inseguridades que provocan su aislamiento durante la enfermedad. En la actualidad es un tema que muchas personas desconocen.

Algunos pacientes consideran que las personas son indiscretas y “morbosas” con la enfermedad, pues en ocasiones deben enfrentarse a comentarios incómodos, y fuera de lugar, Ese tipo de comentarios no ayudan a la evolución ni recuperación del paciente, y en cambio, sí pueden dificultar el proceso generando o maximizando sentimientos negativos que interfieren en la salud física y emocional de quienes afrontan un cáncer de mama.

Gran parte del bienestar de pacientes con cáncer de mama o de sus cuidadores, está relacionado con el apoyo percibido y la calidad de las relaciones y lazos sociales que se construyen en los diferentes grupos con los que se tiene contacto durante todo el proceso de la enfermedad. Por lo tanto, la principal recomendación es ponernos en los zapatos del otro.

2.01.14. Consentimiento informado.

Para la realización de este estudio, se aplicaron entrevistas y testimonios, las cuales fueron grabadas, por ello y por los demás aspectos generales, se consideraron los siguientes principios éticos:

- **Beneficencia y No malevolencia:** se orienta en la obligación moral de beneficiar a otros, sin representar en ningún momento riesgos o repercusiones en los participantes.
- **Confidencialidad:** los manejos de la información relacionada con las participantes se conservan en estricta confidencialidad. Al hacer referencias sobre alguna participante se utilizaron iniciales o nombres inventados.
- **Voluntariedad:** la participación en esta investigación fue completamente voluntaria. Las participantes podían retirarse en cualquier momento sin que esto representara alguna consecuencia para su persona.

Los principios expuestos con anterioridad se contemplaron en la elaboración del consentimiento informado (anexo 1), que fue entregado antes de realizar cada entrevista, leído y firmado por cada participante, posterior se les entregó una copia de este documento.

Capítulo II

3. Técnicas e Instrumentos

3.01. Enfoque y Modelo de Investigación

Se realizó una investigación de tipo cualitativa con un diseño narrativo, específicamente en una época de vida.

La investigación de tipo cualitativa según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) se basa en la lógica y es un proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas).

También es caracterizado porque la recolección de datos se basa en elementos subjetivos; por lo cual, para este tipo de estudio se adaptó a las necesidades, por su carácter investigativo, ya que se buscó considerar las emociones y las experiencias de las participantes.

El diseño narrativo consiste en que, “El investigador contextualiza la época y el lugar donde ocurrieron las experiencias y reconstruye historias individuales, los hechos, la secuencia de eventos y los resultados e identifica categorías y temas en los datos narrativos, para finalmente entretejerlos y armar una historia o una narrativa general”. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) por lo que, el diseño narrativo fue útil para recopilar y analizar los elementos necesarios para responder a las interrogantes de investigación.

Las categorías analizadas fueron las siguientes:

- Sexualidad: Condiciones biopsicosociales, anatómicas y afectivas que suscitan en el individuo según cada etapa de su desarrollo.
- Cambios de la vida en pareja: Una vida en pareja es la unión de dos personas que tienen una relación amorosa entre sí y desean compartir un proyecto de vida en común. Esta

convivencia puede sufrir de cambios ante distintas situaciones como la enfermedad o los problemas.

- Autopercepción: Forma en la que la persona se percibe a sí misma, por medio de estímulos sensoriales.
- Mastectomía: Es una cirugía que consiste en la extirpación de uno o ambos senos. Se realiza como tratamiento o prevención del cáncer de mama.
- Aspectos psicológicos: Aquello que es relativo o que concierne a la psique o psicología.
- Afrontamiento: Hacer frente a las situaciones que pueden provocar conflictos, que pretende reducir el malestar que es producido por el factor estresante.
- Autoestima: Conjunto de valoraciones dirigidos hacia nosotros mismos, estas valoraciones son constituidas por las percepciones que nos formamos en cuanto a cómo somos y cómo deberíamos de ser.
- Estado anímico: Actitud o disposición en la vida emocional.

3.02. Técnicas

Técnicas de muestreo.

Se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico o dirigida de tipo “muestras de casos tipo”, ya que esto permitió seleccionar a un grupo que proporcionó la información necesaria de forma amplia y profunda.

Se contó con la participación de ocho mujeres comprendidas entre los 39 y 65 años de edad, y que pasaron al menos un año o más posterior a la cirugía.

El muestreo no probabilístico explica (García, 2017) que a diferencia del muestreo probabilístico, la muestra no probabilística no es un producto de un proceso de selección

aleatoria. Los sujetos en una muestra no probabilística generalmente son seleccionados en función de su accesibilidad o a criterio personal e intencional del investigador.

Las muestras de casos o tipo, según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) menciona que “el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización”. Un tipo de muestra que resultó adecuado para el estudio, ya que las participantes comparten una experiencia en común.

Técnicas de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica, las historias de vida, donde se realizó una entrevista semiestructuradas que contenía las categorías pertinentes planteadas en esta investigación.

Las historias de vida, son una técnica de recolección de datos propia de la investigación cualitativa, “cuyo objeto principal es el análisis y transcripción que el investigador realiza a raíz de los relatos de una persona sobre su vida o momentos concretos de la misma”. (Martín, 1995) Se utilizan con el fin de extraer las experiencias de las personas en determinada circunstancia, haciendo que las personas revivan los hechos por medio del relato y de esa forma el investigador pueda hacer uso de la observación, escucha atenta y análisis de los datos. Se considera el hecho de focalizar la atención en la persona y en su contexto; adicional, las historias de vida contribuyen a visualizar, entender e interpretar los relatos.

Las entrevistas semiestructuradas, tiene como base unas preguntas clave y el investigador puede agregar espontáneamente algunas preguntas con completa libertad para poder obtener mayor cantidad de información.

Algunas de las ventajas que podemos mencionar sobre la entrevista según (José, 2018) son las siguientes:

Ventajas de la entrevista abierta frente al cuestionario con preguntas cerradas:

- Permiten más profundidad y aclarar cualquier malentendido.
- Permite ver hasta dónde llega el conocimiento del entrevistado.
- Facilitan la cooperación y la empatía.
- Permiten evaluar mejor que piensa realmente el entrevistado.
- Pueden producir respuestas no esperadas.

Para garantizar el no omitir ningún tipo de información y contar con mayor facilidad, se grabaron las entrevistas con un dispositivo inteligente.

Conjuntamente con la entrevista semiestructurada, las participantes compartieron sus testimonios, que de igual manera fueron grabados.

Según (Hernández, 2014), los testimonios son una estrategia de la investigación cualitativa que origina versiones alternativas de la historia social (hechos humanos), a partir de la técnica de entrevista no estructurada donde se reconstruye las opiniones, experiencias, anécdotas, eventos, costumbres, relatos. El registro se puede hacer por escrito o por vídeo, la transcripción debe hacerse en el lenguaje de la persona entrevistada. Esta estrategia proporciona hallazgos significativos y ayuda a comprender la problemática a estudiar.

Técnicas de análisis de datos.

Se realizó el análisis de contenido establecimiento categorías; las cuales posteriormente serán procesadas cuidadosamente y así se elaboraron conclusiones sobre cada una de ellas.

El análisis de contenido consistió en clasificar, ordenar, cuantificar e interpretar los datos obtenidos por medio de las distintas técnicas e instrumentos. Fue importante describir cada elemento para poder la elaboración de las categorías que permitan el análisis de las relaciones entre las mismas.

Es una técnica útil de la investigación para la descripción del contenido con el que se cuenta, esta puede ser de cualquier tipo, como lo comunicado por las participantes, la conducta o el lenguaje no verbal que puedan presentar.

A través de la transcripción de las entrevistas y las anotaciones realizadas durante las entrevistas se elaboró el análisis de contenido.

3.03. Instrumentos

La entrevista semiestructurada constó de 14 preguntas, la cuales indagaron en las categorías de: la autopercepción, vida en pareja, afrontamiento, estado de ánimo y autoestima de las participantes.

Las preguntas fueron las siguientes: ¿cuál fue su reacción al enterarse de que el cáncer era en la mama?; ¿qué papel le atribuye a la mama? (perspectiva a nivel personal y social); ¿cómo reaccionó a la pérdida del cabello?; ¿cómo se autopercibe físicamente durante la enfermedad y posterior a ella?; ¿cómo era la relación con su pareja, continuó con él después de la mastectomía?; ¿cuál fue la reacción de su pareja ante la mastectomía?; ¿cómo era la vida sexual y cómo siguió después de la cirugía?; como pareja, ¿cómo afrontaron la enfermedad?; ¿cómo era su estado de ánimo durante la enfermedad y posterior a ella?; ¿cómo cree que era su autoestima durante la enfermedad y cómo es ahora?; ¿existió algún tratamiento complementario o

alternativo?; ¿acudió a algún tipo de terapia?; ¿hubo algún factor que haya contribuido a afrontar la enfermedad?; ¿qué resultó de esa enfermedad?

Adicional se les solicitó a las participantes llenar datos generales que se consideraron importantes, como la edad, el tratamiento realizado, la mama afectada y si se sometió a cirugía de reconstrucción de la mama.

Mientras se aplicaron las entrevistas, las participantes compartieron sus testimonios, por lo que se transcribieron de forma literal en un formato.

3.04. Operacionalización de Objetivos, Categorías

Objetivos	Categorías	Indicadores	Técnicas/instrumentos
<p>Investigar cuáles son los cambios de la vida en pareja de mujeres sometidas a cirugía de mastectomía, que han pasado dos o más años después de la cirugía.</p>	<p>-Sexualidad: Condiciones biopsicosociales, anatómicas y afectivas que suscitan en el individuo según cada etapa de su desarrollo.</p> <p>-Cambios de la vida en pareja: Una vida en pareja es la unión de dos personas que tienen una relación amorosa entre sí y desean compartir un proyecto de vida en común. Esta convivencia puede sufrir de cambios ante distintas situaciones como la enfermedad o los problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Afectividad • Libido • Acto sexual • Separación • Disminución de la libido • Discusiones 	<p>-Entrevista a profundidad</p> <p>-Testimonios</p>

<p>Conocer cómo se autopercibe la mujer después de la mastectomía.</p>	<p>-Autopercepción: Forma en la que la persona se percibe a sí misma, por medio de estímulos sensoriales.</p> <p>-Mastectomía: Es una cirugía que consiste en la extirpación de uno o ambos senos. Se realiza como tratamiento o prevención del cáncer de mama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal • Autoestima 	<p>-Entrevista a profundidad</p> <p>- Testimonios</p>
<p>Identificar los aspectos psicológicos alterados de la mujer posterior a la cirugía.</p>	<p>-Aspectos psicológicos: aquello que es relativo o que concierne a la psique o psicología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emocional • Conductual 	<p>-Entrevista a profundidad</p> <p>-Testimonios</p>
<p>Indagar de qué forma la pareja afronta los cambios</p>	<p>-Afrontamiento: Hacer frente a las situaciones que pueden provocar conflictos, que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia psicológica • Redes de apoyo 	<p>-Entrevista a profundidad</p> <p>-Testimonios</p>

provocados por la cirugía de mastectomía.	pretende reducir el malestar que es producido por el factor estresante.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo espiritual (religión) 	
Averiguar de qué forma se ve afectada la autoestima y estado anímico de la mujer mastectomizada.	<p>-Autoestima: Conjunto de valoraciones dirigidos hacia nosotros mismos, estas valoraciones son constituidas por las percepciones que nos formamos en cuanto a cómo somos y cómo deberíamos de ser.</p> <p>-Estado anímico: Actitud o disposición en la vida emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alta • Media • Baja • Depresivo o distímico • Elevado o manía • Eutímico • Irritable 	<p>-Entrevista a profundidad</p> <p>-Testimonios</p>

Capítulo III

4. Presentación, Interpretación y Análisis de los Resultados

4.01. Características del Lugar y de la Muestra

Características del lugar.

La investigación se desarrolló en la clínica psicológica de la licenciada Ceci Mabel Mejía, colegiado activo No. 5424, ubicada en la 6ta. Ave. 9-85 zona 9 Edificio Galerías Tivoli, oficina 306. La cual brinda servicios psicológicos dirigidos a niños, adolescentes y adultos. Las instalaciones cuentan con tres clínicas, una de niños, una para adolescentes y una para adultos, baño y sala de espera.

Características de la muestra.

Las participantes que conformaron la muestra de este estudio, fueron mujeres que se sometieron a cirugía de mastectomía, que ya han pasado uno o más años posterior a la cirugía, comprendidas entre las edades de 39 a 65 años, de etnia maya y ladina, de habla hispana. La mayoría de las participantes se encuentran casadas, a excepción de dos, una estuvo casada y la otra es soltera, el nivel educativo de algunas participantes es medio y otras con un nivel de educación superior, todas pertenecientes a condiciones socioeconómicas distintas, entre nivel bajo-medio a nivel económico alto, algunas participantes son amas de casa y otras laboran en distintas actividades, como auxiliar de dentista, enfermera, comerciante, etc. todas las participantes son creyentes en Dios, algunas profesan una religión, la mayoría profesan la religión católica, seguida de la evangélica.

4.02. Presentación e Interpretación de Resultados

Sexualidad y cambios de la vida en pareja.

La sexualidad y la vida en pareja de las mujeres de este estudio evidenciaron cambios significativos, se pudieron clasificar tres subcategorías:

1. La afectividad, en cuestión del vínculo amoroso, la mayoría de las participantes expresaron que sus relaciones mejoraron de alguna forma, expresada en los testimonios como: “Siento que es como si me amara más”, “Mi esposo si se portó a la altura, creo que él si se tomó muy apecho lo de los votos, de estar en las buenas y en las malas”, “Fue algo que en un principio vino como unirnos un poco más”. El matrimonio jugó un papel importante en esta categoría, seis de las ocho participantes recalcó el hecho de que, tener una relación de casados de más de diez años, hace que la relación se base en el cariño, el respeto y el amor, por lo que la estabilidad se vuelve impecable. Únicamente en una de las participantes se dio una situación de separación, “Él no supo manejar el cáncer”, sin embargo, existían problemas de pareja adicionales, como problemas económicos y antecedentes de infidelidad, lo cual pudo provocar la separación, a pesar de este caso en particular, otra de las mujeres entrevistadas reveló que algunas de sus compañeras si sufrieron de separación, “Varias de mis compañeras que pasan por un proceso así, se quedan solas, el esposo no aguanta el cambio”.
2. Disminución significativa de la libido, el aspecto del apetito sexual se ve muy afectado, las mujeres adjudican la causa a lo agresivo que puede llegar a ser la quimioterapia y la radioterapia, también mencionaron que puede deberse a los medicamentos, y a las secuelas de la enfermedad, como debilidad y dolor de huesos. En todas las entrevistas

destacaron comentarios como “El deseo de estar con su pareja no surge”, “La libido decayó por las quimioterapias, ya que es un proceso bastante desgastante físicamente, o sea yo no quería tener relaciones con él, no tenía ganas”, “Uno no puede ni agacharse, mucho menos estar en esa situación”, “Íntimamente prácticamente se reduce a estar uno solo para que lo cuiden”, “Éramos una pareja activa sexualmente, mucho, mucho, mucho, quizá de los siete días de la semana, teníamos sexo cinco y después de la cirugía, si pesó bastante, o sea, pasó de cinco veces a la semana a una vez al mes o una vez cada dos meses”.

3. Manifestaciones biológicas, esta subcategoría se refiere a la alteración del área biológica producida por el cáncer y los tratamientos del mismo, uno de los más destacables es el de la resequedad vaginal, “¡Es una resequedad vaginal!, sí me he apoyado con lubricantes y todo, pero siempre se siente molesto”, “Las radiaciones si afectan, se queda uno todo reseco”, adicional a la resequedad vaginal, también varias manifestaron haber sentido debilidad y dolor durante el acto sexual, “Pues a la larga el tener relaciones a veces es hasta doloroso no es porque yo no quiera, ni que yo tenga un tabú por estar la con mi pareja“. El cambio corporal, como la pérdida de peso, la pérdida del cabello, la falta del seno o senos, también presentan un factor que produce el pensamiento subjetivo de que pueden no sentirse deseadas por sus parejas, e incluso representaron en algunos sentimientos de vergüenza, “En un principio yo decía que iba a dormir con mi prótesis y mi brasier, porque yo quería que él me viera normal”.

Como factor emergente, durante esta exploración, también surgió la subcategoría de supervivencia ante el deseo sexual; varias de las participantes de esta investigación, hicieron el

comentario de que se enfocaron principalmente en sobrevivir a la enfermedad, por lo que la vida en pareja y las relaciones sexuales como tal, pasan a un segundo plano. “Uno está enfocado en estar bien”, “Yo como mujer no tenía deseo, mi interés era salvar mi vida”.

Autopercepción.

La extirpación parcial o total del seno.

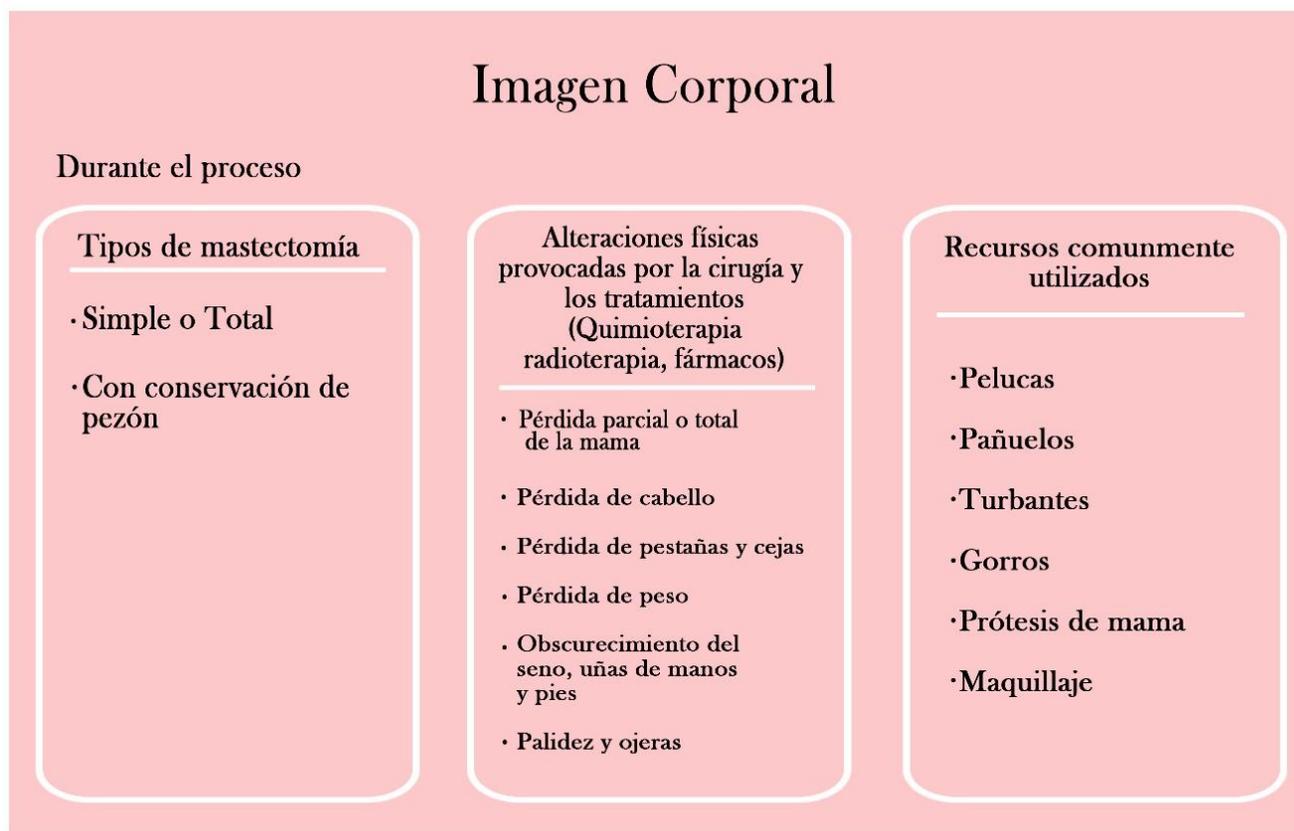
Para comprender el impacto que representa la extirpación parcial o total del seno, primero se indagó sobre el significado que tiene la mama para las mujeres. Existen dos atribuciones principales que fueron mencionadas por todas las participantes, la primera es que conciben a la mama como fuente de alimentación para los hijos, “Para mí, es una parte para amamantar a los hijos”, “Para mí el seno sirve más que todo para amamantar a los hijos cuando nacen”, etc. La segunda atribución de la mama es: Parte de ser mujer, “Tú ves a una mujer y tú sabes que una mujer porque tiene dos pechos, tiene caderas, es como algo muy estético por decirlo así”. A pesar de esta segunda atribución, ninguna se consideró como “menos mujer”, a pesar de ya no tener un seno o de tenerlo de forma parcial, por lo que, se puede concluir que, aunque los pechos son considerados como una parte distintiva de la mujer, que es erotizada, y aporta en cuestión de estética al cuerpo, el ya no contar con él, en ningún momento representa alteraciones en cuanto a la percepción de ser mujer.

“A mi parecer no está como asociado a que si no tienes un pecho ya dejaste de ser mujer, ¡no!, es como un aliciente, como algo extra. La esencia de ser mujer es realmente tu personalidad, cómo eres tú, cómo te comportas, no está delimitado a algo físico”.

Los aspectos relacionados a la categoría de autopercepción, primero se considera únicamente los elementos relacionados con la imagen corporal, ya que la valoración como tal

sobre sí mismas, será expuesta más adelante, cuando se exponga la categoría de la autoestima de las mujeres sometidas a cirugía de mastectomía.

En cuanto a la imagen corporal, se representan los aspectos más relevantes, de forma gráfica en el siguiente cuadro:



Fuente: Elaboración propia con información de los testimonios

Cabe resaltar la distinción sobre la autopercepción de las mujeres según la etapa del proceso que atravesaban, como el cuadro presenta, durante el proceso de tratamiento, las alteraciones físicas son factores que contribuyen a tener una autopercepción negativa, evidenciada en comentarios como “Me afectó mucho, porque yo no quería salir, ni siquiera a la puerta”, “Antes de la enfermedad era normal”, específicamente en este último comentario, se puede marcar la brecha de la autopercepción de la mujer antes y durante la enfermedad,

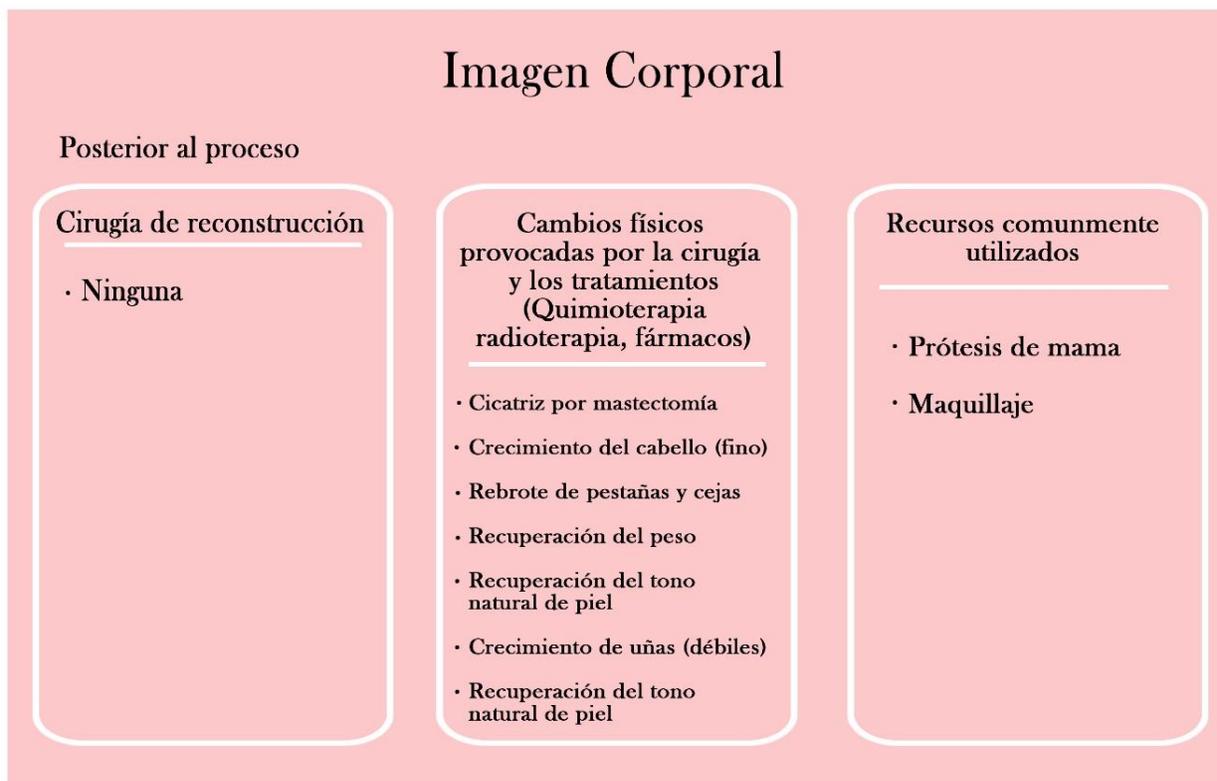
efectivamente, se percibe a sí misma, como diferente, en un sentido negativo, porque luego mencionó: “Rápido piensa uno que será incompleta”.

Adicional a las alteraciones en la imagen corporal, también las sensaciones de debilidad provocaron un desánimo y sentimientos de desesperanza.

“Cuando yo me vi en el espejo, sin ni una ceja, ni una sola pestaña, ni un solo cabello... (Le brotan lágrimas) era ver la enfermedad, era ver el cáncer allí y entender que yo estaba peleando por mi vida”.

Durante las entrevistas, también se mencionó el hecho de que, la sociedad juega un papel importante en su autopercepción, ya que la mayoría de las participantes declararon que se sentían inseguras al salir, “Si salgo a la calle sin brasier, la gente se me queda viendo y dice ¿a esa señora qué le pasa?, creo que la sociedad lastima demasiado”.

A continuación, se presenta un cuadro sobre los aspectos relevantes de la imagen corporal un año o más posterior a la cirugía.



Fuente: Elaboración propia con información de los testimonios

Como se puede contemplar en el cuadro, ninguna de las participantes entrevistadas se realizó una cirugía de reconstrucción, a todas les dieron la opción de que podían realizársela, sin embargo, ninguna recurrió a ella; las razones principalmente identificadas fueron dos, la primera es que sienten no necesitarla, que el hecho de ya no tener un pecho no las hace menos bellas ni menos mujer, también resaltaron el hecho de que algunas casadas, los mismos esposos les dijeron que no era necesario ya que las aceptaban tal y como están. Una de las mujeres expresó: “Recuerdo que llegó una compañera y me dijo, ahora te vas a hacer la cirugía de reconstrucción, mi esposo fue el que le respondió que no, que él me quería tal y como yo era, como yo estaba y que no necesitaba ninguna operación, no tengo ninguna frustración por la falta del pecho”.

La segunda razón, es el factor económico, ya que la cirugía de reconstrucción es bastante costosa. Durante el proceso también se realizan gastos muy fuertes, por los exámenes de laboratorio que deben realizarse, las consultas, la cirugía, las quimioterapias, las radioterapias, etc. por lo que pensar en adicionar el costo de una cirugía de reconstrucción no parece ser factible.

“Incluso el doctor me recomendó que si quería me operaba. - *¿Reconstrucción?*, - ajá, pero eso, le digo yo, y *¿qué tal si yo vuelvo otra vez?*, sería de gusto, de balde va, y es mucho dinero”.

Otras razones mencionadas, que pueden considerarse como secundarias, son por no querer volver a someterse a otra cirugía o por miedo a volver a padecer de cáncer.

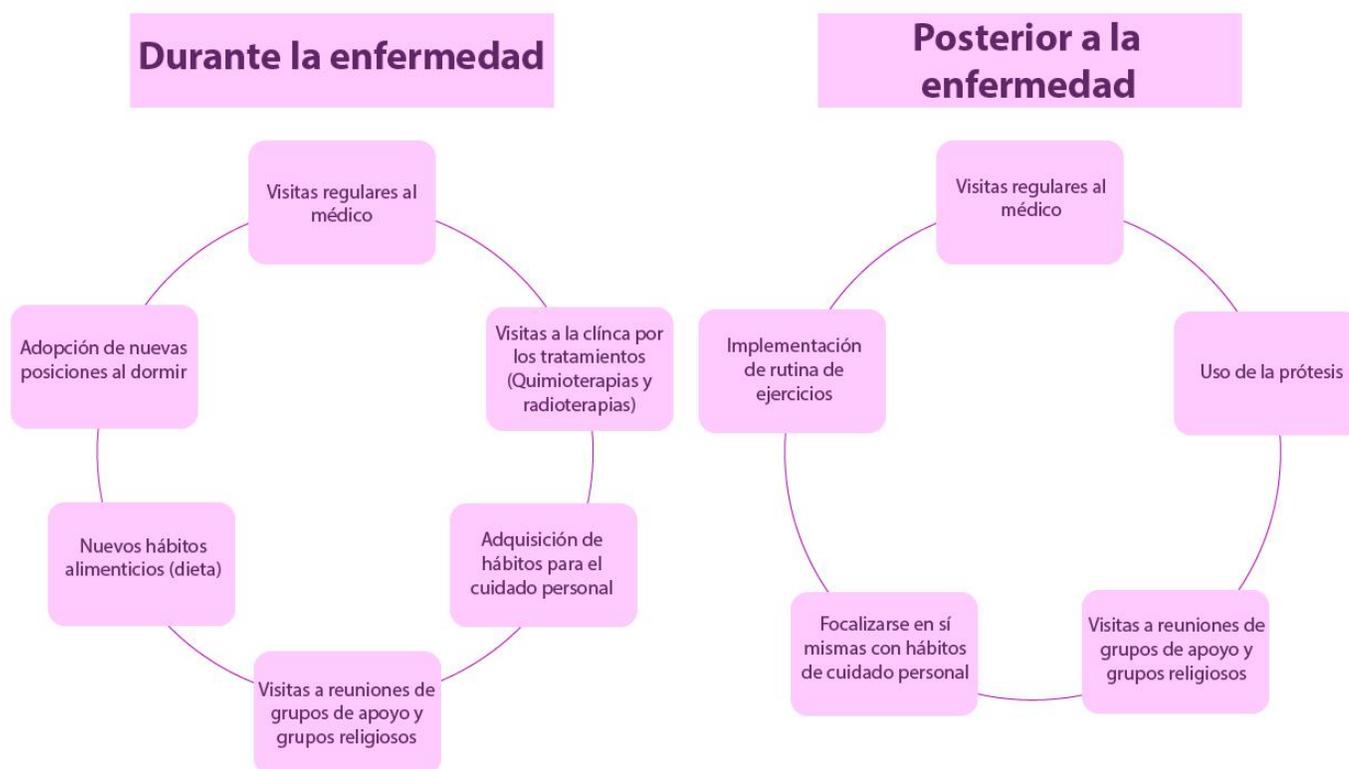
En este apartado se consideró únicamente a la autopercepción en cuestión de imagen corporal, por lo que no se mencionaron todos los cambios y secuelas que esta enfermedad representan.

Aspectos psicológicos conductuales y emocionales.

Conductuales.

Tras el diagnóstico del cáncer es necesario la adopción de nuevos hábitos con el fin de reestablecer la salud, por lo que cada estímulo produce una respuesta como resultado, en el caso de este tipo de enfermedades, se podría traducir a: preocupación por la salud-visita al médico, cirugía-tratamiento, etc. A continuación, se expondrá un diagrama que representa algunas de las

conductas adoptadas por las mujeres sometidas a cirugía de mastectomía durante el proceso de enfermedad y posterior al proceso.



Fuente: Elaboración propia con información de los testimonios

Al menos la mitad de las participantes comentaron que modificaron algunos hábitos de por vida, como dejar de utilizar brasieres con ballena, elaborar sus propios desodorantes con ingredientes naturales e implementar rutinas de ejercicios. Otro aspecto relevante que sobresalió en las entrevistas fue que la mayoría de mujeres declaró que antes de la enfermedad, se descuidaban a sí mismas, que se encontraban tan enfocadas en sus hijos o en su esposo, que descuidaban a su persona, pero que, posterior a la enfermedad se percataron que debían enfocarse más en sí mismas y cuidarse.

Emocionales.

En cuanto al aspecto psicológico emocional, partiendo del principio de que el estado emocional es transitorio y cambiante, se indagó este en tres momentos diferentes, el primer momento sería la reacción ante el diagnóstico del cáncer. El segundo momento es el estado predominante de ánimo durante la enfermedad y el tercer momento sería posterior a la enfermedad.

Primer momento: Reacciones ante el diagnóstico del cáncer. Se identificaron dos reacciones predominantes:

1. Sensación de muerte: Ante el diagnóstico de cáncer, más de la mitad de las participantes declararon sentir que podían morir. “Pensé, no voy a aguantar los tratamientos”, “Era como que el mundo cayera sobre mí, como si se sintiera que todo acabó”, “Para mí ya terminó la vida”; esta sensación aumentaba ante la preocupación de tener hijos pequeños, el saber que alguien depende de ellas fue un factor que contribuyó a que este temor se presentara con mayor fuerza.
2. Negación: Otra de las reacciones predominantes fue la negación. “Uno no cree que sea posible que le pase a uno”, “Yo lo oía (al doctor) y fue una confusión en mi mente, pensando que, de plano, se equivocó”, “Yo le dije (al doctor) usted es un gran mentiroso porque yo me siento sana”. La negación es una forma de querer evitar el confrontamiento con la realidad, esta funciona como mecanismo de defensa ante las amenazas identificadas por el Yo.

Con menor presencia, también se identificó que se puede reaccionar con un llanto espontáneo, esto combinado con la negación y la sensación de muerte.

Un aspecto relevante a destacar, es el hecho de que, dos de las participantes se desempeñan profesionalmente en el sector de la salud, en estas personas la reacción ante el diagnóstico de cáncer de mama, fue más controlado, en el sentido del manejo emocional y la actitud frente a la enfermedad fue más resiliente. Por lo que, podríamos inferir que poseer conocimiento sobre el campo de la medicina influye positivamente ante el diagnóstico de una enfermedad. “Yo no lo tomé tan mal, al mal paso, darle prisa”.

Segundo momento: Estado predominante de ánimo durante la enfermedad. Se identificaron dos factores principales que provocaban un estado de ánimo bajo, el primer factor fue el de modificar la rutina, esto en el sentido de dejar de ser tan productivas como solían ser, la debilidad provocada por los tratamientos, el tener que dejar de realizar algunos trabajos o tareas, les provocaba sentimientos de tristeza. “Era un gran reto para mí el estar encerrada, pues uno llega a deprimirse, el encierro hace que uno esté pensando en lo mismo y lo mismo...”

El otro factor identificado fue la alteración de los cambios físicos, la pérdida parcial o total del seno, la pérdida del cabello, el aspecto físico desgastado por los fuertes tratamientos en general, provocó en las mujeres muchos momentos de tristeza e incluso de desesperanza.

“Sí se bajan los ánimos y cuando la mente se pone a divagar si se pone uno a pensar cosas como ¿qué está pagando uno?, yo decía cuando miraba por la ventada de mi casa y miraba a una persona, yo decía, esa persona tiene derecho a llevar a sus hijos a la escuela, yo no, ellos si tienen pelo, yo no, y cuesta aceptar eso”.

“Hay momentos difíciles, la noche se convierte en día, el día en noche, llega un momento en que uno hasta el olor que emana se siente el olor a los químicos, la ropa es una situación bien

difícil, los meses se sienten como siglos, yo lo he platicado con muchas mujeres, yo creía que era solo yo”.

Varias de las participantes aclararon que estos periodos de desánimo eran más frecuentes durante la semana que les tocaba la quimioterapia, ya que eso les provocaba un desgaste físico y mental muy fuerte. “Solo son como dos semanas cuando uno la pasa mal, luego tiene uno días de vacaciones, antes de que toque la próxima quimioterapia”.

A pesar del fuerte proceso por el que atravesaron, trataron de mantener una actitud positiva, recurriendo a distintas actividades para olvidarse de la enfermedad, “Traté lo más posible de no ponerme mal, yo me iba a fiestas, me ponía mi peluca, me pintaba y me iba a parrandear, yo me distraía tratando de olvidar la enfermedad”.

El cambio de rutina, el desgaste provocado por los tratamientos y las alteraciones corporales son factores propios de la enfermedad que producen periodos de un estado bajo de ánimo, sin embargo, también de forma paralela, surgen otros problemas que provocan una alteración en el estado de ánimo, como los problemas económicos y la angustia que causa el pensar en cómo solventar todos los gastos que conlleva esta enfermedad y también los problemas que provoca con la relación en pareja, una de las participantes incluso declaró que se sentía mal por los problemas en pareja que tenía y no precisamente por el cáncer.

“La parte emocional, cuando empecé a tener ya las sospechas de la infidelidad del papá de mis hijos, entonces esa parte si me afectó bastante, yo ya empezaba a estar triste muchos días, a estar llorando. Quiero dejar muy claro que no fue que la enfermedad me haya tenido triste, no...”

Tercer momento: Estado predominante de ánimo posterior a la enfermedad. Posterior a la cirugía y al proceso de tratamiento, los testimonios de las mujeres marcan una diferencia importante en cuanto al estado de ánimo, los comentarios de cómo se sienten en la actualidad denotan una actitud positiva, “El ánimo de ahora, pues para mí, me siento muy feliz, orgullosa de dar testimonio del milagro que tuve”, “Trato de ser feliz el tiempo que Dios me quiera permitir estar, quiero vivir al máximo”, “La cura más grande es ser positivo, es reírse y siento que eso es parte de mi sanación”.

Pese a las secuelas que deja el cáncer, como la vulnerabilidad de padecer enfermedades, dolor de huesos o muscular, aunque hayan transcurrido inclusive más de diez años de la cirugía, son factores que pueden afectar en cuanto al estado de ánimos de las mujeres, sin embargo, la capacidad de enfrentar los problemas y la adversidad se presenta en gran medida en la vida de estas mujeres.

“Yo sigo con esa mentalidad positiva, obviamente hay días buenos y días malos, pero yo rebien, me siento bastante bien, agradecida con Dios en todo momento, muy motivada a terminar mis proyectos”.

La motivación de continuar con los proyectos personales, se hace más fuerte tras la experiencia de la enfermedad, por lo que, la pasión y entrega de estas mujeres es ingente.

Afrontamiento.

Considerando como afrontamiento a todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar, reducir o tolerar los problemas, según lo planteó Folkman & Lazarus, las participantes

de esta investigación expusieron una gran variedad de métodos que serán expuestos en el siguiente cuadro.

Métodos de afrontamiento



Fuente: Elaboración propia con información de los testimonios

Para sobrellevar una enfermedad como el cáncer, la manera de hacerle frente al problema puede manifestarse de distintas formas y en varios estilos, y que es distinto en cada persona, ya que la personalidad y el ambiente social influyen significativamente en la forma de actuar y de pensar de un individuo, a pesar de ello, las participantes de esta investigación mencionaron métodos en común. Uno que sobresalió y que estuvo presente en todos los testimonios fue el hecho de acercarse a Dios, sin importar la religión a la que pertenecían, todas expresaron que Dios es lo más imprescindible para afrontar la enfermedad. “Los planes de Dios son perfectos y Dios va poniendo todo en el camino por el que nos va a tocar transitar”.

El segundo más destacable fue la familia, especialmente el esposo, quien en la mayoría de los testimonios se hizo presente con comentarios como “Tuve el apoyo de mi esposo, antes,

durante y después, creo que él se tomó muy a pecho lo de los votos, de estar en las buenas y en las malas”, “Para mí fue algo especial mi esposo, que él me apoyó al 100%”.

En cuestión de motivación principal para afrontar al cáncer, las mujeres concordaron que los hijos son esa fuente. “Lo estoy haciendo porque mis hijos me aman”, “Tengo tres hijas, las cuales se afectaron muchísimo verdad, y fueron también mi pilar de fortaleza y mi esposo pues también”.

Sin duda, la red de apoyo más importante es la familia, esta es que la que vela por brindarle a la paciente oncológica apoyo de tipo material, instrumental, emocional y cognitivo.

Otro método de afrontamiento importante, fueron los grupos de apoyo de mujeres con cáncer, seis de las ocho participantes contaron que estuvieron asistiendo a un grupo de apoyo o que, incluso actualmente siguen asistiendo, una de ellas inclusive formó uno.

En estos grupos de apoyo a mujeres con cáncer, se imparten talleres, generalmente por profesionales de la salud mental, donde hablan temas como la autoestima y el manejo de emociones, también se realizan diferentes actividades de convivencia como desayunos u otros talleres, como de maquillaje o cocina, también se mencionó que se realizan actividades para recaudar fondos.

“Tuve este grupo de apoyo maravilloso, que nos llevan psicólogas y nos dan charlas y nos ayudan muchísimo en el aspecto de la autoestima, la depresión; entonces tuve un apoyo, un acompañamiento con ellas”.

Algunos de los grupos mencionados fueron: Amándote y Mujeres tejiendo esperanzas.

También varias recibieron intervención individual por parte de un psicólogo, sin embargo, no en un proceso como tal, sino solo cuestión de uno o dos momentos de intervención.

Los grupos de apoyo religiosos también fueron de beneficio para las mujeres. Las visitas, palabras de aliento, oraciones e incluso en algunos casos ayuda económica, fueron tipos de apoyo brindados por estos grupos. “Él usa a las personas para que a uno lo levanten, para que le den ánimo, para que no se sienta uno solo, y bueno, yo tengo a las personas de la iglesia, que la oración no faltaba nunca de parte de ellos”.

El hecho de compartir su propia experiencia para ayudar a las demás mujeres que están atravesando por el proceso de enfermedad, también fue mencionado como elemento clave para empoderarse, actualmente todas se sienten orgullosas de compartir su testimonio y de acompañar a quienes están en el momento más crítico de la enfermedad. “El ayudar a otras mujeres, el compartir lo que viví, como les digo yo voy a dar conferencia y mi testimonio para que le pueda servir a otras personas”.

Como rasgos personales, los dos elementos destacables fueron el optimismo y la sensación de control. Las mujeres que presentaron mejor actitud ante el cáncer, fueron las que testificaron haber llevado un proceso más satisfactorio e incluso no haber padecido muchos síntomas.

“yo les quiero contar algo que, lo cuento como testimonio de vida, que sé que primero que nada fue Dios, y segundo, creo que creernos nosotras que lo vamos a lograr, Dios me permitió seguir trabajando, yo no tuve ninguna sola nausea, yo no vomité, yo nunca caí en una cama postrada”.

Como lo ilustra el cuadro expuesto con anterioridad, las estrategias de evitación también benefician a la salud mental; distraerse leyendo, saliendo a pasear, ver programas de televisión, tener una afición, son actividades que pueden ser terapéuticas. Una de las mujeres entrevistadas destacó que por comenzar haciendo una manualidad, esta se convirtió en proyecto, y que creció a manera de emprendimiento. “Mi terapia fue el emprendimiento de las bolsas de papel, eso me ayudó muchísimo”.

Por último, también se mencionó el uso de recursos estéticos para hacer más llevadera la enfermedad y dar solución a las alteraciones físicas provocadas por la cirugía y los tratamientos. El uso de prótesis, pelucas, maquillaje, etc. les proporcionaban seguridad y mayor confianza para salir a la calle.

Autoestima.

La autoestima de las mujeres sometidas a cirugía de mastectomía se ve afectada durante el proceso de enfermedad. Como se mencionó anteriormente, debido a los cambios físicos provocados por la cirugía y por los tratamientos, la imagen corporal de las mujeres sufre de diversos cambios, como la ausencia parcial o total del seno, la pérdida del cabello, pestañas y cejas, el oscurecimiento de las uñas, etc.

“Cuando me metí a bañar se me cayó todo el pelo, pero no me miraba el cuerpo de la cantidad de pelo que se me estaba cayendo a tanates, me empecé a sentir mal, mal psicológicamente... cuando llegaba a casa y me quitaba la peluca y me miraba al espejo, yo lloraba”.

Durante este proceso, el problema de la autoestima baja, no afecta a todas las mujeres de la misma forma, ya que, dependiendo de la personalidad, esta puede ser de mayor impacto para

una, que para otra. Las mujeres que se autodescriben como *coquetas* o *vanidosas*, fueron las que declararon haberse sentido peor durante este proceso, en cuestión de autoestima.

“Yo soy una mujer muy coqueta la verdad y este pecho yo decía que era el más lindo... Si me afecta bastante porque ya empecé a usar chalecos, porque se nota, yo tengo que usar brasieres que tengan esponjita o algo, para que el seno se vea bien, no uso prótesis porque no me la quitaron toda”.

Uno de los aspectos más complicados posterior a la cirugía, es el hecho de adaptarse a la ausencia total o parcial del seno. “Si surge algo de baja autoestima, tengo ese problema de uno más pequeño y uno más... o sea, hay diferencia con el tamaño”.

Otro factor que influye reciamente en la autoestima, es la sociedad. Las participantes expusieron también que, se sintieron juzgadas por las personas, y que el sentir las miradas puestas sobre ellas, causa inseguridad.

“Que la gente lo vea a uno, es muy difícil, que lo miren a uno raro. Tenía que ir a actividades de mis hijos, del colegio con peluca y sin prótesis, pues sobrellevar eso, fue algo difícil”.

Sin embargo, existen varios recursos que las mujeres pueden utilizar para mejorar en el aspecto corporal, estos recursos proporcionan seguridad y contribuyen a mantener la autoestima estable. Uno de los más importantes, son las prótesis y las pelucas. El problema con estas alternativas, es el acceso a las mismas, ya que suelen tener costos elevados. “Ahí sí que, la autoestima es cuestión de dinero, porque con dinero se soluciona el problema”.

Cabe resaltar que, todas las mujeres utilizaron distintos recursos, sin importar el nivel socioeconómico al que pertenecían, recursos como las pelucas, brasieres especiales, prótesis, los

obtuvieron por donación en algunos casos; sin duda el uso de estos recursos contribuye significativamente a mejorar la autoestima de la paciente oncológica. “Me regalaron una prótesis, que no era de mi talla, no me quedaba bien, pero eso me dio más seguridad”.

Existe una marcada diferencia entre la autopercepción de las mujeres durante el proceso de enfermedad y posterior a ella. Después de haber transcurrido al menos año y medio de la enfermedad, la percepción sobre sí mismas es considerablemente diferente. Haber atravesado por este proceso tan complicado y duro, representó para estas mujeres una oportunidad de fortalecer su persona.

“Ahora, después de todo el proceso, que ya llevo un año de estar en remisión, creo que estoy con mi autoestima mucho más fuerte”.

“Ahora yo me veo al espejo, me quito el brasier y me veo linda, esa cicatriz la llevo cerca de mi corazón, y eso me hace mujer, sigo siendo una vencedora, lo que diga la sociedad, no importa”.

El paso de aceptarse a sí misma, es la vía para mejorar la autoestima.

4.03. Análisis General

En Guatemala muchas mujeres sufren de cáncer de mama, sin embargo, no existen muchas investigaciones o estudios sobre el tema de forma contextualizada.

Tras el diagnóstico del cáncer, la vida torna un giro importante no solo para quien lo padece, sino también para la familia, este tipo de enfermedad representa un fuerte desafío y un camino largo hasta esperar el mejor pronóstico; los obstáculos y las experiencias del proceso son numerosas y se ven implicadas en todas las esferas del individuo.

Uno de los aspectos que afectan sobremanera, es la economía, ya que, si bien se cuenta en el país con un hospital de cancerología, la atención no siempre es la deseada por las pacientes, obligándolas a recurrir a lugares privados, donde las tarifas son elevadas, no solo por la cirugía, sino que también por la quimioterapia y radioterapia; posterior de la cirugía, es necesario contar con una prótesis para cubrir o disimular la falta de la mama, ya que la prótesis es de mucha importancia, esta brinda seguridad y a que las mujeres se sientan bien ante los ojos de la sociedad, por el hecho de que la prótesis ayuda a disimular la falta de mama, esto contribuye a la autoestima, siendo este un factor imprescindible para la recuperación; sin embargo, por los gastos realizados durante la enfermedad, a varias se les dificulta optar a una cirugía reconstructiva, ya que el costo es demasiado alto, o porque bien no desean someterse nuevamente a cirugía, por lo cual acuden a la compra de prótesis, que también es de difícil acceso por los costos elevados.

Después de ser diagnosticadas las personas con cáncer deben de enfrentarse a un panorama desalentador, no solo por el factor económico, sino también por el aspecto físico y mental. En lo que al físico se refiere se ven expuestas a medicamentos que dañan al cuerpo, pero son necesarios para eliminar las células cancerígenas, estos medicamentos que son suministrados

durante la quimioterapia, causan la pérdida del cabello, náuseas, dolores, molestias estomacales, entre otros síntomas; estos tratamientos llegan a ser tan aversivos que inclusive algunas personas piensan en abandonar el tratamiento.

Durante los días que logran sentirse mejor, y optan por salir para distraerse o llevar a cabo sus distintas actividades, deben lidiar con su físico, el cual ha cambiado drásticamente en pocos meses, esto también repercute en el aspecto psicológico, afectando así la autoestima, la autopercepción, el estado anímico y la relación con sus familiares; adicional a ello, de forma latente, prevalece la preocupación de que el cáncer no desaparezca.

Mantener una actitud positiva y contar con el apoyo incondicional de familiares y amigos son elementos imprescindibles para sobrellevar los tratamientos y la enfermedad en general.

Para todas las participantes en esta investigación fue mencionado y destacado el papel que juega la fe, la religión y la iglesia, el cual benefició de gran manera a las mujeres y a los familiares quienes también llevan una gran responsabilidad y sufren al lado de la persona que se encuentra en el proceso de enfermedad.

Uno de los objetivos que esta investigación se planteó, fue el de identificar los cambios de la vida en pareja provocados por el proceso de enfermedad. Se reveló que, cuando se trata de relaciones matrimoniales extensas y consolidados, las parejas sentimentales optan por tomar la iniciativa de acompañar y hacer sentir bien a la paciente, dejándoles en claro que el hecho de ya no contar con un seno o que la vida sexual se vea afectada, estos no son factores que deban hacerles sentir vergüenza, miedo o preocupación por la relación; sin embargo, esto no sucede siempre, ya que algunas mujeres (ajenas a las participantes de esta investigación)

lamentablemente han testificado que si se puede dar la ruptura de la relación o complicaciones en la misma.

Es importante mencionar también que, estas complicaciones suscitan únicamente durante un periodo de tiempo, y que, en la mayoría de los casos, posterior a la cirugía logran recuperar la normalidad en la vida en pareja con ayuda de comprensión, paciencia y recursos como los lubricantes para mejorar la vida sexual.

A pesar de ser un proceso complicado, lo que resulta de esta enfermedad son cosas positivas, como una capacidad mayor de resiliencia, enfocarse en sí mismas y tomar una mejor actitud ante la vida, fortalecer los lazos de amistad y vínculos familiares, también tener más contacto con la espiritualidad que incide en el bienestar emocional.

Capítulo IV

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.01. Conclusiones

Con base en la investigación realizada, se concluye que:

- Respecto a la vida en pareja, se puede concluir que, la relación se ve afectada en el aspecto sexual, por la disminución considerable de la libido. La ausencia parcial o total de la mama, no produce en la pareja falta de deseo sexual. Sin embargo, la vida en pareja pasa a un segundo plano y la pareja funge como red de apoyo principal, y la visión se dirige principalmente a la pronta recuperación de la paciente.
- Las personas sometidas a mastectomía sin reconstrucción optan por la adquisición de prótesis o brasieres especiales, esto les brinda mayor seguridad para lucir distintas blusas y salir con más confianza a la calle, sin embargo, el acceso a estos recursos es difícil, ya que en Guatemala los costos son muy elevados.
- Para la mayoría de las participantes después de pasar todo el proceso de la enfermedad, coinciden que, la pérdida de la mama es lo de menos, y que es más importante la vida.
- El cáncer de mama afecta a un gran grupo de mujeres en nuestro país, a pesar de ello, las mujeres que atraviesan por el proceso de cáncer, incluso años después, por la falta de consideración e ignorancia de la sociedad, se suscitan actos de discriminación, concebidos por los mitos y falta de información sobre la enfermedad.

- La mejor manera para enfrentar el diagnóstico de cáncer de mama es una actitud positiva; las personas entrevistadas que presentaron una actitud positiva ante la enfermedad, sufrieron menos síntomas a la hora de ser sometidas a los tratamientos, también se recuperaron con mayor facilidad.

- Se concluye que, para enfrentar la enfermedad, las principales redes de apoyo son la familia y los amigos.

- Las relaciones familiares, se fortalecieron en todos los casos. Aspectos como la comunicación, la convivencia y la confianza fueron consolidados durante el proceso de enfermedad.

- Todas las mujeres optaron por acercarse a Dios y encomendarse a Él. La fe jugó un factor primordial para la recuperación y fortalecimiento de las pacientes.

- Un factor que influye de manera drástica en la autoestima y la autopercepción de las mujeres, es la pérdida del cabello ya que esto fue lo que les causó mayor impacto durante el proceso de la quimioterapia.

- Se puede concluir que para las mujeres es importante el apoyo de la pareja para recuperar la seguridad en sí mismas, y poder continuar con una relación de pareja saludable.

5.02. Recomendaciones

A las mujeres:

- Se recomienda a todas las mujeres realizarse chequeos médicos constantes como método de prevención y para poder detectar a tiempo cualquier anomalía, que pudiera ser maligna o cancerígena.

- Se le recomienda informarse sobre el tema al momento de ser diagnosticada, para saber a qué se van a enfrentar con esta enfermedad y así evitar que algunas situaciones que las tomen por sorpresa y poder enfrentarlas de manera correcta.

- Se recomienda a las mujeres recién diagnosticadas, tomar una actitud positiva y no desistir de la quimioterapia o radioterapia para salir adelante ante la enfermedad.

- Se recomienda a las mujeres que han pasado por el proceso de cáncer continuar con los chequeos médicos y tomar todas las recomendaciones brindadas por los profesionales de la salud.

- Se recomienda a las mujeres recién diagnosticadas, que consideren el hecho de pertenecer a un grupo de apoyo de mujeres con cáncer, ya que estos han demostrado ser de mucho beneficio como acompañamiento durante este duro proceso, asimismo asistir a un proceso de psicoterapia individual.

Familiares de pacientes oncológicas:

- Se les recomienda a los familiares informarse acerca de la enfermedad para poder brindar el apoyo más oportuno a la persona diagnosticada.
- Se les recomienda a los familiares ser pacientes y comprensivos con la paciente oncológica, especialmente la semana que se les administran los tratamientos, ya que, al ser demasiado agresivos, desgastan a la paciente de forma física y emocional, por lo que necesitan de más apoyo.

Instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector salud:

- Se les recomienda a las autoridades institucionales realizar campañas informativas sobre el tema del cáncer y así poder desmentir los mitos que giran en torno a esta enfermedad, de forma que puedan brindar accesibilidad a dicha información a manera de prevención.
- Se les recomienda a las autoridades institucionales implementar programas de apoyo, que permitan la accesibilidad para realizar las cirugías y tratamientos a bajo costo, asimismo a proporcionar recursos como las prótesis, pelucas, etc. a bajo costo y de esta forma garantizar la accesibilidad a todas las pacientes oncológicas.

5.03. Referencias

- Angarita, F., & Acuña, S. (03 de 07 de 2008). Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. *Universidad medica*, 49, 344-372.
- Anónimo. (29 de Octubre de 2016). *Narraciones de Mastectomía*. Obtenido de Wordpress: <https://narracionesdemastectomia.wordpress.com/2016/10/29/capitulo-14-historia-de-la-mastectomia/>
- Branden, N. (1995). Los seis pilares de la autoestima. En N. Branden, *Los seis pilares de la autoestima* (págs. 21-22). Barcelona: Paidós.
- C., T. S. (2001). Mujer en edad Fertil. *Enfermería de la mujer*.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). España: Siglo veintiuno de España Editores, S.A.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable . *Individuo y sociedad*, 58.
- Calderón, A. (2018). *Qué es el ámbito emocional-Psicología de la personalidad* . Madrid: Equipo editorial.
- Campos, J. (1996). *Redes y El Trabajo Social*. España: Taula, quaderns de pensament.
- Casillas, M., & Cervero, S. (26 de Noviembre de 2010). *Rua Universidad de Alicante*. Obtenido de Rua: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44810>
- Cruz, L., & Morales, E. (2014). Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 127-129.
- Cruz, Luis & Morales, Eduardo. (2014). Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 127 a129.
- Falk, C., Reinertsen, K., Nesvold, I.-L., Fossa, S., & Dahl, A. (2010). A Study of Body Image in Long-Term BreastCancer Survivors. *American Cancer Society*.
- Feldman, R. (2010). *Psicología con aplicaciones de países de habla hispana*. México: McGraw-Hill Education.
- Figuroa, M., Valedéz, M., Rivera, M., & Montes, R. (2017). Evaluación de la imagen corporal en cáncer de mama: Una revisión sistémica. *Universitas Psychologica*, 16(4). Recuperado el 2019
- Figueroba, A. (14 de Junio de 2019). *Psicología y Mente*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/psicologia/libido>
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). Un análisis de afrontamiento en una mediana edad. *Revista de salud y comportamiento social*, 219-239.

- Freinsteinson, W., Deutsch, L., Sisk, W., & Cesario, S. (2012). The Experiencie of Viewing Oneslf in the Mirror After a Mastectomy . *Oncology Nursing*, 361-369.
- García, L. (2 de Febrero de 2017). *Muestreo probabilístico y no probabilístico* . Obtenido de Gestipolis : <https://www.gestipolis.com/muestreo-probabilistico-no-probabilistico-teoria/>
- González, Juárez, Rodríguez & Velásquez . (2015). *La afectividad*. Trujillo: UPAO.
- Hernández. (2014). *Estrategias de la Investigación Cualitativa*. Venezuela: Maracaibo.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill Education.
- HERNÁNDEZ-PILICASTRO, L. M., & NAZAR-BEUTELSPACHER. (2016). Riesgo y vulnerabilidad social en el trabajo infantil femenino en Tuxtla Gutiérrez,. *Papeles de Población*, 73-98.
- J.A., B. (1954). *Class And Commite in a Norwegian Island Parish*. Humans Relations.
- José, B. (9 de Diciembre de 2018). *Traduciendo la investigaicón en acción*. Obtenido de Proverty Acción Lab: <https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/D%C3%ADa%202%20-%20Indicadores%20y%20Medici%C3%B3n%20-%20Anotaciones%20sobre%20M%C3%A9todos%20Cualitativos.pdf>
- Juárez, D., & Landero, R. (2012). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova scientia*, 4(7).
- Marcela Aracena, R. C. (2000). Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos... *Revista de Psicología*, 9(1), 0.
- Martín, A. (1995). Fundamentación teórica y uso de las historias y relatos de vida como técnicas de investigación en pedagogía social. *Aula*, 42.
- Medero, F. (1999). Sexualidad, educación sexual y género. *Programa de Educación Afetivo Sexual. Educación Secundaria*, 15.
- Mella. (2000). *Grupos Focales ("Focus Groups") Técnica de Investigación Cualitativa*. Santiago : CIDE.
- Ordóñez, C. (2006). Condiciones infantiles y laborales:trabajo de niños y niñas, vendedores y lustrabotas. *Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 97-128.
- Pereira, M. (2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educacion*, 0.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. *The Guilford Press*, 337-349.

- Psichiatrists, R. c. (2010). Trastorno Bipolar. *Sociedad Española de Psiquiatria*, 0.
- Ramos, O. J. (2010). Trabajo infantil, pobreza y desarrollo local en el municipio de Buenaventura. Un estudio de caso. *Entramado*, 113-115.
- Rivera, F. T. (1992). *Cirujia del cancer de mama*. Diaz de santos, S.A.
- Salomón Magendzo, M. B. (2005). Los niños(as) en el espacio del centro comercial. estudio comparativo de la conducta de niños(as) pobres y niños(as) acomodados. *Investigación & Desarrollo*, 13, 2-31.
- Sam, B. (2017). *Análisis de Situación: Enfermedades No Transmisibles 2017*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Schilder, P. (1983). La imagen y apariencia del cuerpo humano: estudios en las energías constructivas de la psique. Barcelona : Paidós.
- Sosenski, S. (2015). Enseñar historia de la infancia a los niños y las niñas: ¿para qué? *Revista Tempo e Argumento*, 7(14), 132-154.
- Torrens, R., & Martínez, C. (2008). *Enfermería de la mujer*. Madrid: Universitaria Ramón Areces.
- White, C., & Hood. (2011). *Body image issues in oncology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Zúñiga, A., Sandoval, M. & Urbina, C. (2005). Los trastornos del estado animo. *Revista digital universitaria UNAM*, 0.

6. Anexos

6.01. Consentimiento informado

Investigadoras: Aura Lidia Díaz García, Jennifer Patricia Morataya Motta
Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Cambios de la vida en pareja y autopercepción de mujeres sometidas a cirugía de mastectomía”

Nombre: _____ **Edad:** _____

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “Cambios de la vida en pareja y autopercepción de mujeres sometidas a cirugía de mastectomía”, con la finalidad de contribuir a la realización de un estudio nuevo a nivel nacional que ayudará a comprender de mejor manera la experiencia del proceso que conlleva esta condición de salud.

Antes de tomar la decisión de participar lea atentamente este documento.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivos explorar cuáles son los cambios de la vida en pareja de mujeres sometidas a cirugía de mastectomía, que han pasado dos o más años después de la cirugía, conocer cómo se autopercibe la mujer después de la mastectomía, identificar los aspectos psicológicos conductuales y emocionales alterados de la mujer posterior a la cirugía, indagar cómo la mujer de forma personal y en pareja afrontan los cambios provocados por la cirugía de mastectomía y averiguar de qué forma se ve afectada la autoestima y estado anímico de la mujer mastectomizada.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar se le realizará una entrevista la cual será grabada (audio) con un dispositivo inteligente.

Riesgos: La participación para este estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para Ud.

Costos: Los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación serán financiados por las investigadoras, por lo cual su participación no representará ningún costo para Ud.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento, y de ser parte de un estudio pionero a nivel nacional, su participación será de gran utilidad para futuras pacientes que puedan padecer cáncer de mama y que desconozcan los métodos más adecuados de afrontamiento.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los supervisores de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima. Al hacer referencia de su información se utilizarán nombres inventados o iniciales.

Información adicional: Ud. será informada si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo a cualquiera de las investigadoras, sin que ello signifique modificaciones en el estudio o represiones de ningún tipo hacia su persona.

Complicaciones: Durante la narración de su experiencia puede que reviva recuerdos que no fueron agradables para usted, por lo cual, pudieran desencadenarse emociones y sentimientos encontrados; sin embargo, será entrevistada por profesionales en formación de la psicología, por lo cual contará con el apoyo necesario, para cualquier tipo de intervención ante alguna crisis emocional.

Derechos del participante: Ud. recibirá una copia de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigadoras: Aura Díaz, 5958-8227 o Jennifer Morataya, 5634-7295.

Conclusión: Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto “*Cambios de la vida en pareja y autopercepción de mujeres sometidas a cirugía de mastectomía*”.

Participante

Aura Díaz
Tesista

Jennifer Morataya
Tesista

6.02. Entrevista



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”



ENTREVISTA

“Cambios de la vida en pareja y autopercepción de mujeres sometidas a cirugía de mastectomía”

Edad: _____ **Tratamiento realizado:** _____

Mama afectada: _____ **Reconstrucción de la mama:** _____

1. ¿Cuál fue su reacción al enterarse de que el cáncer era en la mama?
2. ¿Qué papel le atribuye a la mama? (perspectiva a nivel personal y social)
3. ¿Cómo reaccionó a la pérdida del cabello?
4. ¿Cómo se autopercibe físicamente durante la enfermedad y posterior a ella?
5. ¿Cómo era la relación con su pareja, continuó con él después de la mastectomía?
6. ¿Cuál fue la reacción de su pareja ante la mastectomía?
7. ¿Cómo era la vida sexual y cómo siguió después de la cirugía?
8. Como pareja, ¿Cómo afrontaron la enfermedad?

9. ¿Cómo era su estado de ánimo durante la enfermedad y posterior a ella?
10. ¿Cómo cree que era su autoestima durante la enfermedad y cómo es ahora?
11. ¿Existió el uso de algún tratamiento complementario o alternativo?
12. ¿Acudió a algún tipo de terapia?
13. ¿Hubo algún factor que haya contribuido a afrontar la enfermedad?
14. ¿Qué resultó de esa enfermedad?

6.03. Testimonio



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”



TESTIMONIO

Persona entrevistada: _____

Fecha: _____

Transcripción: