

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-**  
**“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA Y SU  
ABORDAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO”**

**WILBER EBERSON CHUN PÉREZ**

**GUATEMALA, JULIO DE 2014**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-**  
**“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA Y SU  
ABORDAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO”**


**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE  
CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR  
WILBER EBERSON CHUN PÉREZ**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO**

**GUATEMALA, JULIO DE 2014**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a figure on horseback, surrounded by various heraldic symbols like castles, lions, and columns. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

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

**Licenciado Abraham Cortez Mejía**

**DIRECTOR**

**Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina**

**SECRETARIO**

**Licenciada Dora Judith López Avendaño**

**Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez**

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

**Licenciado Juan Fernando Porres Arellano**

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**

C.c. Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
Reg. 263-2012  
CODIPs. 1468-2014

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

31 de julio de 2014

Estudiante  
Wilber Eberson Chun Pérez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO SEGUNDO (12º) del Acta TREINTA Y DOS GUIÓN DOS MIL CATORCE (32-2014), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 31 de julio de 2014, que copiado literalmente dice:

**“DÉCIMO SEGUNDO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **“MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA Y SU ABORDAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**Wilber Eberson Chun Pérez**

**CARNÉ No. 2006-18167**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado José Raúl Argueta Esquit y revisado por el Licenciado Pedro José de León. 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”

  
Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina  
SECRETARIO



/Gaby



UGP: 137-2014  
REG: 263-2012  
REG: 665-2013

INFORME FINAL

Guatemala, 28 de Julio 2014

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Pedro José de León ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA Y SU ABORDAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO"**


ESTUDIANTE:  
**Wilber Ebersson Chun Pérez**

CARNE No.  
**2006-18167**

**CARRERA: Licenciatura en Psicología**

El cual fue aprobado el 22 de Julio del año en curso por la Docente encargada de esta Unidad. Se recibieron documentos originales completos el 25 de Julio del 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
M.A. Mayra Friné Luna de Álvarez  
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL  
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. "Mayra Gutiérrez"  


c.c archivo  
Andrea





UGP. 137-2014  
REG 263-2012  
REG 665-2013

Guatemala, 28 de Julio 2014

Licenciada  
Mayra Friné Luna de Álvarez  
Coordinadora Unidad de Graduación  
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

**"MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA Y SU ABORDAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO".**

ESTUDIANTE:  
Wilber Eberson Chun Pérez

CARNÉ No.  
2006-18167

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 22 de Julio 2014, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

Licenciado Pedro José de León  
DOCENTE REVISOR



Andrea/archivo

Guatemala, 28 de abril de 2014

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Coordinadora de la Unidad de Graduación

Centro de investigaciones en

Psicología –CIEP´s – “Mayra Gutiérrez”

CUM

Estimada Licenciada Luna de Álvarez:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado “MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA Y SU ABORDAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO” realizado por el estudiante: WILBER EBERSON CHUN PÉREZ, carné: 200618167.

El trabajo fue realizado a partir del 06 de mayo de 2013 hasta el 28 de abril de 2014.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEP´s por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,



Lic. MSc. José Raúl Argueta Esquit  
Psicólogo  
Colegiado No. 7554  
Asesor de contenido

## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Guatemala, 10 noviembre año 2014

Licenciada

Mayra Luna de Alvarez

Coordinadora de la Unidad de Graduación

Centro de Investigaciones en Psicología

CIEPs- "Mayra Gutierrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Licenciada Alvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante: Wilber Eberson Chun Pérez, carne 200618167, realizó en esta institución 10 entrevistas semi-estructuradas y 10 aplicaciones del test 16pf y un taller de inducción a pacientes sobrevivientes de Cáncer de mama como parte del trabajo de investigación titulado: "Mujeres sobrevivientes al Cáncer de mama y su abordamiento psicoterapéutico" en el periodo comprendido entre el 24 de septiembre al 9 de octubre año 2013 en horario de 7 a 10 horas.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo cual agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,



Licda. Ana Beatriz López



Encargada del Programa de Atención Psicológica a Mujeres con Cáncer de mama

Consulta Externa, 1ra. Cirugía de Mujeres

Tel. 52414747



**PADRINOS DE GRADUACIÓN**

**HECTOR RODOLFO CHUN PÉREZ**

LICENCIADO EN ARQUITECTURA

COLEGIADO 2,559

**JOSÉ RAÚL ARGUETA ESQUIT**

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

COLEGIADO 7,554

## DEDICATORIA:

- **A DIOS:** eterno dador de la sabiduría. Gracias por tu amado hijo Jesucristo, mi amigo fiel en la angustia, luz en la oscuridad. De tu mano todo fue posible, gracias.
- **A mis padres:** Carlos y Bertita (Q.E.P.D), gracias por su incontable esfuerzo, amor, comprensión y por darme un hogar lleno de amor, disciplina y perseverancia. Los amo, no sé como agradecerles. Papi y mami, lo logramos.
- **A mis hermanos:** Rolando, Héctor, Iván, Luis, Claudia y Lilian, gracias por su amor, ejemplo y por ser mis mejores amigos. Los amo.
- **A mi tía Chenta (Q.E.P.D):** lamento que no estés a mi lado para festejar este logro con una taza de café. Gracias por darme la oportunidad de ser también tu hijo. Te amo.
- **A mis cuñadas y sobrinos:** gracias por su apoyo, su amor y su confianza, que el Señor los bendiga.
- **A mi novia Ruth:** gracias cielo por ser mi confidente, mi apoyo, mi amiga. Gracias por creer siempre en mí. Te amo.
- **A mi familia en general:** abuela, tíos, tías, primos, primas y cuñados. Gracias por su apoyo y afecto.
- **A mi hogar espiritual:** gracias iglesia por brindarme de tu abrigo espiritual. Gracias pastor Montes por su apoyo.
- **A mis amigos y compañeros de estudio:** Grecia, Lili, Liseth, Clarivel, Jaqueline, Marleny, Rebeca, Jennifer Castillo, Brenda, Gaby, Jennifer y Dinely. Gracias por compartir conmigo este largo camino.
- **A todas las mujeres que han padecido y padecen cáncer de mama:** no se rindan, sigan luchando.

## **AGRADECIMIENTOS:**

- **A la Universidad de San Carlos de Guatemala:** por brindarme la oportunidad de ser parte de su grandeza.
- **A la Escuela de Ciencias Psicológicas:** por abrigarme en sus aulas y brindarme el conocimiento.
- **A mi asesor de tesis:** Lic. Raúl Argueta, gracias por darme la mejor enseñanza, el amor al conocimiento.
- **Al Doctor Sergio Ralon y Licenciada Ana Beatriz López:** por brindarme su confianza, apoyo y abrirme las puertas del hospital San Juan de Dios para realizar esta investigación.
- **Al Doctor Rony Ríos y Licenciado Mariano González:** por su colaboración en la realización de esta investigación.
- **A las pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y familia:** por brindarme su confianza y abrirme las puertas de su corazón para contribuir con esta investigación.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	1
<b>PRÓLOGO</b>	2
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema y marco teórico	
1.1.1 Planteamiento del problema	4
1.1.2 Marco teórico	
1.1.2.1 Antecedentes	7
1.1.2.2 Cáncer en el mundo y Guatemala	10
1.1.2.3 Cáncer	11
1.1.2.4 Tipos de cáncer	12
1.1.2.5 Cáncer y sus orígenes	13
1.1.2.6 Cáncer de mama	15
1.1.2.7 Origen del cáncer de mama	17
1.1.2.8 Tipos de cáncer mama	19
1.1.2.9 Otros tipos de cáncer	20
1.1.2.10 El diagnóstico de cáncer de mama	20
1.1.2.11 Tratamientos para el cáncer de mama	21
1.1.2.12 Repercusiones psicológicas del cáncer de mama	26
1.1.2.12.1 El diagnóstico	27
1.1.2.12.2 El tratamiento	29
1.1.2.12.3 Reinserción a la vida cotidiana	31
1.1.2.13 Repercusiones sociales	32
1.1.2.14 Repercusiones familiares	33
1.1.2.15 Reacción psicológica al cáncer de mama	37
1.1.2.16 Aproximación al abordaje psicoterapéutico de las mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama	38
1.2 Delimitación	38

<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>	
2.1 Técnicas e instrumentos	40
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	
3.1 Características del lugar y de la población	
3.1.1 Características del lugar	43
3.1.2 Características de la población	43
3.2 Análisis e interpretación de resultados	44
3.2.1 Análisis global	58
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
4.1 Conclusiones	61
4.2 Recomendaciones	63
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	64
<b>ANEXOS</b>	

## **RESUMEN**

### **MUJERES SOBREVIVIENTES AL CÁNCER DE MAMA Y SU ABORDAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO WILBER EBERSON CHUN PÉREZ**

La investigación buscó establecer las bases para el abordamiento psicoterapéutico de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, para que el profesional de la salud mental comprenda las necesidades psicológicas específicas de las pacientes, a fin de mejorar el estilo de vida de la referida población y por consiguiente las de sus familias.

Por lo anterior la indagación partió de las siguientes interrogantes: a) ¿Cuáles son las necesidades psicológicas de las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama?, b) ¿Qué rasgos de la personalidad son recurrentes en las pacientes?, y c) ¿Qué medidas de afrontamiento utilizaron las pacientes para sobrellevar el proceso de erradicación de la enfermedad en sus cuerpos?. La ejecución de la investigación, tuvo lugar en la ciudad de Guatemala en el año 2013, en la “clínica de mama” del Hospital General San Juan de Dios; con diez mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, no importando su estado civil o que fueran madres y con diagnóstico libre de cáncer en los últimos 10 años. La edad de las pacientes se estableció a partir de los 30 años.

La investigación, tuvo como objetivos específicos: determinar las necesidades psicológicas de la población en mención, describir los principales y recurrentes rasgos de la personalidad de las sobrevivientes, e identificar las medidas de afrontamiento utilizadas por las pacientes para sobrellevar el proceso de erradicación de la enfermedad, por lo tanto, se concluyó que las necesidades psicológicas que deben ser atendidas psicoterapéuticamente en las sobrevivientes al cáncer de mama son: inseguridad en sí misma, soledad, ansiedad y baja autoestima entre otras. Asimismo algunos rasgos de la personalidad predominantes en la población son: mostrarse como personas emocionalmente inmaduras (infantiles), lentas en sus conductas (lentas) entre otras. Finalmente, las principales medidas de afrontamiento utilizadas por las pacientes son el apego a la fe y la conciencia de sí mismas. Para recabar la información necesaria se emplearon técnicas e instrumentos como la entrevista semiestructurada y la aplicación de un test psicométrico (16 PF).



## PRÓLOGO

Con los resultados obtenidos en la investigación, se establecen las bases para el abordamiento psicoterapéutico de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, para que el profesional de la salud mental pueda atender las necesidades psicológicas específicas de las pacientes, a fin mejorar el estilo de vida de la referida población y sus familias. La indagación se realizó en la ciudad de Guatemala en el año 2013, en la “clínica de mama” del Hospital General San Juan de Dios; con mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, no importando su estado civil o que fueran madres, con edad mayor de 30 años y con diagnóstico libre de cáncer en los últimos 10 años.

La investigación contribuye con material científico que sirve como base para la elaboración del plan psicoterapéutico, adecuado a las características y necesidades de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, en el contexto de Guatemala. El material que brinda información de este tipo de pacientes es casi inexistente o carente, por lo que se estableció un aporte a esta necesidad.

La indagación insta a que se establezcan planes psicoterapéuticos con orientación de los distintos modelos de psicoterapia, ya que por lo menos se han establecido las bases para ello, y además permite, que a partir de los presentes resultados se generen futuros estudios con índole psicológica para estudiar adecuadamente a la población enunciada.

Al haber originado esta investigación, que promueve el abordaje de la salud mental en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, se disminuye el riesgo de que las problemáticas o secuelas psicológicas puedan agravarse y afecten

no solo a las pacientes sino a sus familias y por consiguiente a la sociedad en donde están inmersas. Lo anterior causado por el tratamiento riguroso y/o violento para contrarrestar el cáncer en las mujeres que lo padecen; situación que es generadora de un estado constante de inestabilidad emocional en las pacientes, desde el diagnóstico hasta la última etapa del tratamiento y posterioridades.

Por lo tanto las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, con esta investigación, obtienen las bases para un plan terapéutico acorde a la complejidad de su problemática y sus necesidades psicológicas; y el profesional de la salud mental, la guía de atención si presentara la necesidad de atender un caso específico.

El autor expresa un sincero agradecimiento a las autoridades respectivas del Hospital General San Juan de Dios, por haber permitido la práctica de la investigación en las instalaciones de mencionada institución.

# CAPÍTULO I

## I. INTRODUCCION

### 1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

#### 1.1.1 Planteamiento del Problema

Las mujeres que son declaradas como pacientes con cáncer mama, se ven sometidas a múltiples estados de estrés y angustia, que ponen en peligro la salud mental de la paciente y su familia. Estos múltiples estados de estrés y angustia se desarrollan en tres grandes momentos de la enfermedad: el diagnóstico, el tratamiento y reinserción a la vida cotidiana.

Durante el diagnóstico de la enfermedad las mujeres reciben un impacto psicológico, al saber que padecen una enfermedad que anualmente cobra miles de vidas en todo el mundo. El cáncer suele asociarse a un concepto de muerte segura. En ocasiones por la carencia de un proceso educativo y de protocolo durante la comunicación de la noticia; las pacientes se enfrentan a sentimientos de desaliento y fatalismo ante la posibilidad de morir.

Por consiguiente el tratamiento para la erradicación de la enfermedad en sus primeras instancias incluye el procedimiento quirúrgico conocido como “mastectomía”, que es “la extracción del tumor cancerígeno situado en la mama de la mujer y de los tejidos que son vecinos; en ocasiones es necesario quitar toda la mama de la mujer”<sup>1</sup>. La mujer es despojada de un órgano que está relacionado psicológicamente a la femineidad, maternidad y gratificación sexual; generando así un nuevo estado de estrés y de angustia en la mujer, producido por la expectativa a las consecuencias interiores, sociales y familiares que le

---

<sup>1</sup>FRIEDEWALD, V, et. al. *Cáncer de seno: todo lo que usted debe saber*. Colombia: Norma, 1997. Pp. 51-59.

traerá este procedimiento quirúrgico. Además de la cirugía se presenta el proceso de quimioterapia y radioterapia; tratamientos que son invasivos y rigurosos debido a sus efectos secundarios, tal es el caso de la quimioterapia, que produce la caída parcial o total del cabello de la mujer, otro golpe psicológico a la mujer en relación a su femineidad y atractivo social.

“La reinserción a la vida cotidiana es un también un proceso que genera estrés y angustia a la mujer que sufrió de cáncer de mama; sobre todo por la expectativa y el temor permanente de que la enfermedad pueda reaparecer”.<sup>2</sup>

Ante lo expuesto, la problemática se enmarcó, en la “posibilidad de que tales mujeres sobrevivientes a la enfermedad de cáncer, puedan ser víctimas de las secuelas psicológicas que se han producido en todo el desarrollo y erradicación de la enfermedad, a causa del riguroso y/o violento tratamiento al que se ven sometidas”.<sup>3</sup>

Por lo anterior se pretendió establecer las bases para el abordamiento psicoterapéutico de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, para que el profesional de la salud mental pueda atender las necesidades psicológicas específicas de las pacientes, a fin de tener en cuenta o mejorar el estilo de vida de la referida población.

Esta indagación pretendió responder a las siguientes interrogantes: a) ¿Cuáles son las necesidades psicológicas de las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama?, b) ¿Que rasgos de la personalidad son recurrentes en las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama? y c) ¿Qué medidas de afrontamiento

---

<sup>2</sup> AUSTRICH, E, GONZALES, M. *Una oportunidad de vida: el papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama*. 2da. Edición. Colombia: Editorial Norma, 2008. Pp. 41-42.

<sup>3</sup> GARCIA, F., RINCON, P. Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: Un modelo de intervención narrativo, *Terapia Psicológica*, Diciembre 2011, Volumen 29, No. 2, P. 176.

utilizaron las pacientes para sobrellevar el proceso de erradicación de la enfermedad en sus cuerpos?.

Las interrogantes se procuraron responder durante el año 2013, en la ciudad de Guatemala con diez mujeres declaradas como sobrevivientes de cáncer de mama en los últimos 10 años, en las instalaciones de la “Clínica de Mama” del Hospital General San Juan de Dios.

La investigación se desarrolló con base a los constructos y principios del enfoque conductual-humanista y se estimó que por medio del método científico con los aspectos cualitativos y cuantitativos de investigación, se pudiera responder a las interrogantes emergentes.

Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la entrevista semiestructurada, que se empleó con cada una de las mujeres participantes, en una sesión de 35 a 45 minutos de duración. Durante las sesiones las pacientes manifestaron su sentir, grabado, para el posterior análisis de contenido de cada respuesta. Consecuentemente se procedió a la aplicación del test psicométrico 16 PF, en sesiones que fueron programadas para cada una de las pacientes, las anteriores con duración aproximada de 25 a 35 minutos. Brindando a cada paciente el cuadernillo de cuestionamientos con su respectiva hoja de respuestas y además en un ambiente de confort y empatía ante las dudas emergentes por parte de la población durante la aplicación del test.

## 1.1.2 Marco Teórico

### 1.1.2.1 Antecedentes

Previo a realizar la investigación, se indagó a nivel internacional y nacional en búsqueda de trabajos investigativos con similitudes o alcances pares al del presente trabajo de tesis. A nivel internacional en el país de Chile, se encontró un estudio con el nombre de: *“Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: un modelo de intervención narrativo”*; en dicha investigación llega a la conclusión siguiente: *“se logró determinar que un programa narrativo fue eficaz para la reducción de la sintomatología postraumática y otras variables relacionadas en mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama.”*<sup>4</sup>

El estudio resalta la posibilidad de que haya más riesgo de encontrarse un estado de estrés postraumático en las pacientes que se han sometido a una serie de ciclos de quimioterapia. Este tratado se realizó con pacientes con reciente diagnóstico y antes de que fueran sometidas al tratamiento. Dicho estudio tuvo como limitante, el haberse desarrollado inmediatamente después de que las mujeres recibieran el diagnóstico y sin haberse sometido a la totalidad del tratamiento. Por otra parte no se puede establecer si sobrevivieron al cáncer, por consiguiente no experimentaron los efectos que consigo trae esta etapa en las pacientes. La investigación reveló lo beneficioso que puede ser una intervención psicoterapéutica reconstructiva después del diagnóstico, más no mostró si es efectiva después de las quimioterapias, radioterapias y de la etapa de reinserción social.

---

<sup>4</sup> Ídem. Pp. 175-183.



En el 2003 en la Habana Cuba, se publicó el libro titulado “*Discapacitados físicos, su rehabilitación psicológica, familiar y social*”<sup>5</sup> por Mario Colli Alonso; en el libro se desarrolla un capítulo titulado “*Aspectos psicológicos y psicoterapéuticos en la rehabilitación de la paciente de mama*” en donde el autor relata los hallazgos encontrados bajo su experiencia con pacientes de cáncer de mama y comprueba las reacciones psicológicas ante la mastectomía radical y también da los pormenores de la atención psicoterapéutica. Colli recomendó que las pacientes sobrevivientes, nunca se debieran de dar de alta y atenderse periódicamente, ante el temor existente en las pacientes de una recaída y sobre todo porque la mutilación es irreversible (mastectomía). Los hallazgos realizados por Colli, fueron un aporte importante para la presente investigación, ya que marcó el camino a lo que posiblemente se establezca en el contexto guatemalteco.

En lo que respecta en el ámbito nacional, no se encontró grandes similitudes entre los estudios con enfoque psicológico; sin embargo el que se aproxima es el trabajo de tesis con el título: “*Enfoque logoterapéutico para el cultivo de la salud mental en paciente con cáncer*”<sup>6</sup>; el estudio logró concluir que la logoterapia puede ser efectiva para el fortalecimiento de la salud mental en el paciente de cáncer. La tesis se desarrolló con pacientes con cáncer y no con sobrevivientes a dicha enfermedad, incluyendo todo tipo de cáncer y no solamente el cáncer de mama, como se realiza en la presente investigación.

---

<sup>5</sup> COLLI, M. *Discapacitados físicos: su rehabilitación psicológica familiar y social*. La Habana: Editorial Félix Varela, 2003. Pp. 113- 125.

<sup>6</sup> LOPEZ, J. *Enfoque logoterapéutico para el cultivo de la salud mental en pacientes con cáncer*, Tesis inédita, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 2003.

Otro trabajo de tesis encontrado, es el que lleva por nombre: “*La importancia del tratamiento psicológico en el enfermo canceroso. (INCAN 1981)*”<sup>7</sup>, este tiene como objeto de estudio, demostrar la importancia del tratamiento psicológico para el enfermo canceroso. La investigación concluyó, que con el tratamiento psicológico terapéutico en los pacientes participantes, en los cuales se observó una mejoría en su proceso de recuperación. Además se enunció en el trabajo, que es indispensable que el paciente con cáncer reciba tratamiento psicológico adecuado con el propósito de superar los conflictos emocionales generados por el cáncer.

Al igual que las anteriores la investigación no tuvo una población específica de pacientes de cáncer, ya que abarco todas las manifestaciones o tipos de cáncer y no solamente en pacientes con cáncer de mama como en la presente investigación. Además pretendió comprobar la importancia del tratamiento psicológico para una recuperación integral del paciente, mientras tanto la presente investigación trabajó específicamente las instancias reestructurativas psicológicas de las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama.

Teniendo en consideración lo anterior, podemos manifestar que el cáncer es una enfermedad que afecta a toda la población del mundo, tanto a hombres, mujeres y niños, ricos y pobres. La organización Mundial de la Salud (2013) afirmó en febrero de 2013 en su página web oficial, estadísticas que revelan la gravedad del desarrollo de la enfermedad en todo el mundo.

---

<sup>7</sup> LEON, A, et al. *La importancia del tratamiento psicológico en el enfermo canceroso. (INCAN 1981)*, Tesis inédita, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1981.

### 1.1.2.2 Cáncer en el mundo y Guatemala

Se ha encontrado, que solo “en el 2008 causó 7.6 millones de muertes, lo que corresponde al 13% del total muertes en el mundo. Los tipos de cáncer que causan más muertes son: el cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. Un dato interesante es que los tipos de cáncer con más frecuencia en hombres y mujeres son distintos.”<sup>8</sup>

En los hombres los tipos de cáncer más frecuentes son “de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En las mujeres los más frecuentes son mama, colon y recto, cuello uterino, pulmón y estomago.”<sup>9</sup>

Los factores de riesgo que “causan aproximadamente el 30% de las muertes por cáncer son: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.”<sup>10</sup>

Se estima “para el año 2030, las muertes originadas por cáncer, alcancen y superen a los 13.1 millones.”<sup>11</sup>

Anteriormente se refiriere a datos relacionados al cáncer a nivel mundial, específicamente en Guatemala, existe el Registro del Cáncer del INCAN (Instituto de Cancerología), el cual es un programa que la Liga Nacional contra el cáncer de Guatemala ha desarrollado. En dicho registro se encuentran estadísticas relacionadas a la realidad guatemalteca.

Solamente en el Instituto de Cancerología y hospital “Dr. Bernardo del Valle” de la ciudad de Guatemala, “en el año 2011 se detectaron 3,210 nuevos casos de algún tipo de cáncer. Los tipos de cáncer más frecuentes en hombres fueron:

---

<sup>8</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer: nota descriptiva no. 297. OMS. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>. [Consulta: 22/mayo/2013].

<sup>9</sup> Ídem.

<sup>10</sup> Ídem.

<sup>11</sup> Ídem.

otros tumores de la piel, estómago, próstata, sitio primario desconocido e hígado y vías biliares. En mujeres los más frecuentes fueron: cáncer de cérvix, mama, otros tumores de la piel, estómago y en los ovarios. “<sup>12</sup>

En el 2012 “se atendieron a 4,636 pacientes; de los cuales 2,812 fueron hombres y 1,824 mujeres. Durante el mismo año asistieron a primera consulta 5,970 personas. En el área de encamamiento 94 personas fallecieron.” <sup>13</sup>

### **1.1.2.3 Cáncer**

En el cuerpo humano habitan millones de células; en ellas es donde tiene origen la enfermedad conocida como cáncer.

Para la adecuada descripción de la enfermedad es necesario enunciar el proceso de origen de dicha enfermedad.

“Existe un orden para la vida de las células sanas, crecen, se dividen y mueren, todo bajo un estricto orden. Las células tienen la virtud de permanecer en el lugar u órgano en donde crecen, estas no pueden migrar a otras partes del cuerpo, cada una según su tipo, cumple una función en el organismo; como ejemplo se menciona a las células cardiacas que se sitúan en el corazón.

La división de la célula es regulada por la información genética del ADN. La información es específica, cuando inicia la división y en qué momento debe detenerse. Al resultado de la pérdida de armonía en el proceso de división, es lo que conocemos como cáncer; es decir la propagación de células en forma desorganizada.

---

<sup>12</sup>REGISTRO DEL CÁNCER DEL INCAN-GUATEMALA-Registro Hospitalario 2011. REGCANGUA. 2013. Disponible en: <http://regcangua.zzl.org/boletin/cuaygra-cn-2011.pdf> [Consulta: 24/mayo/2013].

<sup>13</sup>UNIDAD ESTADÍSTICA HOSPITALARIA (REGISTRO DEL CÁNCER). Estadística hospitalaria del INCAN año 2012. REGCANGUA. 2013. Disponible en: <http://regcangua.zzl.org/boletin/estadistica-incan2012.pdf> [Consulta: 24/mayo/2013].

La vida de la célula termina bajo un mecanismo que indica el momento preciso, que es necesario y común para el balance o equilibrio del funcionamiento del organismo. Un tumor cancerígeno es el resultado de la propagación si medida de las células que pueden invadir al órgano continuo o vecino a donde se originó; este proceso lleva por nombre *carcinogénesis*.

Una célula para considerarse como cancerosa tiene que sufrir una mutación en la información genética contenida en el ADN. Esto puede durar años. Este procedimiento de mutación puede repetirse varias veces hasta que la célula son totalmente mutantes, es decir pierden la capacidad de frenar su multiplicación o bien se adquiere la mayor capacidad de multiplicarse sin medida.

Las células cancerosas pueden regarse en todo el cuerpo humano; esto debido a que existen dos mecanismos: la invasión que es cuando la célula cancerosa invade a los tejido vecinos al origen; y en segundo lugar se encuentra la metástasis, mecanismo en donde las células patológicas migran y se instalan en un órgano lejano de donde se originó.”<sup>14</sup> En resumen: “El cáncer se define como el crecimiento incontrolado de células”.<sup>15</sup>

#### **1.1.2.4 Tipos de Cáncer**

“El cáncer puede desarrollarse en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo del ser humano; existen más de cien tipos de cáncer”.<sup>16</sup> GLOBOCAN (2008) afirma “los tipos más comunes de cáncer en el mundo son: labio, cavidad oral, nasofaringe, esófago, estómago, colon y recto, hígado, vesícula biliar, páncreas,

---

<sup>14</sup> MACARULLA, T, et al. *Comprender el Cáncer*. Barcelona: Editorial Amat, 2009. Pp. 11-19.

<sup>15</sup> *Idem*. P. 10.

<sup>16</sup> OMS. 10 datos sobre el cáncer. OMS. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/es/index.html> [ Consulta: 21/mayo/2013]

laringe, pulmón, melanoma de la piel, pecho (mama), cuello uterino, cuerpo del útero, ovario, próstata, testículos, riñón, vejiga, cerebro, el sistema nervioso, tiroides etc.”

#### **1.1.2.5 Cáncer y sus orígenes**

Cada uno de los tipos de cáncer mencionados, tiene su factor de riesgo (situación que aumenta la posibilidad de padecer una enfermedad), aún así no es una regla o algo estrictamente establecido. No todos los fumadores desarrollan un cáncer, sino que vendrá acompañado de otros factores.

“Existen varios factores de riesgo, en esta oportunidad se enunciarán los que comúnmente son asociados al cáncer.

#### **Factores tóxicos:**

##### **El tabaco:**

4,000 agentes químicos y 60 sustancias carcinógenas poseen el humo del cigarrillo. Al tabaco se le atribuye el desarrollo de cáncer de pulmón, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, vejiga urinaria y pelvis renal. No se ha determinado que cantidad de cigarrillos debe fumar la persona para poder desarrollar dicha enfermedad.

##### **El alcohol:**

El alcohol es el responsable de tumores en: la cavidad oral, laringe, esófago e hígado. El alcohol y el tabaco son factores prevenible, con campañas de concientización de sus efectos en el cuerpo humano.

##### **Agentes ocupacionales:**

Se han identificado a determinados oficios ocupacionales con agentes cancerígenos. Como ejemplo: El polvo de la madera se ha asociado con el



desarrollo de cáncer en la cavidad nasal, y también la exposición a rayos X se ha relacionado con los tumores de la piel.

**Dieta:**

Se cree que una dieta que contenga equilibrio, variación y con una ingesta calórica adecuada es preventiva de una enfermedad cancerosa.

**Ejercicio físico:**

El sedentarismo es un factor precipitante para el desarrollo del carcinoma, por ejemplo el cáncer de colon. El ejercicio regular reduce la obesidad, factor relacionado al desarrollo de tumores.

**Exposición solar:**

La radiación del sol se ha estimado como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer en la piel o lesiones que pueden más tarde ser lesiones cancerígenas. La exhibición al sol contenida no es dañina para el bienestar del humano. Las personas sensibles a la luz solar deberán tomar sus medidas de precaución ante las posibles quemaduras, evitar periodos prolongados al sol en horas meridianas. Uso de protector solar etc.

**Radiaciones ionizantes:**

Las radiaciones ionizantes producidas en el examen de radiografías son a las que comúnmente están expuestas las personas. Estas radiaciones son asociadas al desarrollo de tumores malignos; aún así no es necesario negarse a la exposición cuando es necesario.

**Agentes infecciosos:**

El 15 % de tumores malignos están atribuidos con la exposición a agentes infecciosos, sobre todo en los países catalogados como subdesarrollados.

Algunos de ellos son:

- **Virus de la hepatitis B y C:** virus que se relacionan con el daño crónico en el hígado comúnmente llamado cirrosis, y luego desarrollo de tumores malignos situados en el hígado o hepatocarcinoma.
- **Virus de papiloma:** el tumor de cérvix está relacionado con el virus de papiloma 16 y 18. Enfermedad que es de transmisión sexual. Este virus es detectado por medio del reconocido examen de Papanicolaou.
- **VIH (virus de la inmunodeficiencia humana):** se relaciona que las personas VIH positivas desarrollan cáncer con mayor frecuencia.

#### **Riesgo hereditario:**

Determinadas familias poseen un gen cancerígeno que provoca el desarrollo de determinados tumores. Así se demuestra que la herencia puede tener un papel importante para el desarrollo de cáncer. El cáncer de mama, ovario y colon, se ha relacionado con la herencia. El 5 y 10 % de los tumores de mama son hereditarios.”<sup>17</sup>

#### **1.1.2.6 Cáncer de mama.**

Para la especificación necesaria de la investigación se determinó trabajar con pacientes sobrevivientes al cáncer de mama.

A continuación se describe específicamente este tipo de cáncer, como marco referencial de los casos que se estudiaron en esta investigación.

#### **Constitución física de la mama:**

---

<sup>17</sup> MACARULLA, T, et al. op.cit. Pp.21-33

Se es necesario tener claro el área física que compone la mama en la mujer, por lo que Friedewald, et al (1997, pp. 5-6) afirman “El tejido de los senos va más o menos desde la clavícula hasta la costilla más baja, y del esternón hasta el área debajo del brazo. Aunque en tamaño y la forma de los senos varía ampliamente de persona a persona, esta diferencia física no tiene absolutamente nada que ver con el cáncer.

Más o menos en el centro de cada seno se halla el pezón y la zona de color más oscuro llamada aréola.

Debajo de la piel, el seno se halla conformado por varios tipos de tejido. La mayoría es grasa, la cual da a los senos su forma y tamaño. En el interior de este tejido adiposo las glándulas productoras de leche se despliegan como una red ferroviaria. Los lóbulos son grupos de glándulas individuales productoras de leche, llamados bulbos, y se parecen a pequeñísimos racimos de uvas. Estos lóbulos desaguan en los ductos, que son tubos delgados que llevan la leche al pezón.

La mayoría de cánceres de seno empieza en el interior de estos lóbulos y ductos.

Los senos también contienen tejido conectivo llamado *fascia*, el cual cubre y sostiene las glándulas productoras de leche. Hay vasos sanguíneos que irrigan los senos con nutriente y oxígeno, y nervios, encargados de producir sensaciones.

Debajo de cada seno se encuentran dos grandes músculos planos, los pectorales, que ayudan a mover los brazos, y debajo de estos se hallan las costillas.

Por último, a todo lo largo del seno corre una vasta red de vasos linfáticos, que se conectan con los tres grupos de ganglios o nódulos linfáticos: los ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo); los ganglios linfáticos supra claviculares (debajo de la clavícula) y los ganglios linfáticos paraesternales (o nódulos mamarios internos), a lo largo del esternón.

La función del sistema linfático es drenar el líquido y los desechos desde los tejidos del seno hasta los ganglios linfáticos, como una especie de aseo local. Desde los ganglios linfáticos el torrente sanguíneo se lleva la linfa para destruirla y sacarla del cuerpo.”<sup>18</sup>

Teniendo en claro la constitución física del seno o mama, como fue llamado en esta investigación, es momento de describir el cáncer de mama específicamente.

Se comprendió como cáncer de mama a *todo tumor maligno o cancerígeno que se origina en las partes físicas que componen la mama, desde la clavícula hasta la última costilla y del esternón hasta debajo del brazo. Esto debido a la multiplicación sin medida de células mutantes que dan como resultado los tumores en mención. Estas células puedan propagarse a otros órganos o tejidos del cuerpo, por medio del mecanismo llamado Metástasis.*

#### **1.1.2.7 Origen del cáncer de mama**

Como es sabido son muchos los factores de riesgo que pueden desencadenar el cáncer, pero existen algunos que comparte la mayoría de mujeres con cáncer de mama.

---

<sup>18</sup> FRIEDEWALD, V, et. al, *op. Cit.* Pp. 5-6.

**“Edad:** el riesgo aumenta con la edad; tres cuartas partes de mujeres por encima de los 50 años, y más de la mitad en mujeres con 65 años suelen padecer la enfermedad. También las jóvenes suelen contraer la enfermedad pero no es frecuente, mujeres debajo de los 30 años.

**No haber tenido hijos:** las mujeres que no han concebido a un hijo, aumentan sus probabilidades de contraer cáncer, comparadas con las que han tenido uno o más hijos.

**Edad tardía para el primer embarazo:** existe mayor riesgo si el primer embarazo en la mujer se da después de los 30 años. <sup>19</sup>

**“Antecedentes en la familia:** las mujeres quienes su madre, hermana o hija han sufrido cáncer aumentan su riesgo de padecerlo en 2 a 4 veces más que el promedio. Es también riesgoso si una pariente padeció la enfermedad a edad temprana (antes de la menopausia) o si se desarrolló en ambas mamas o se ha presentado en varias generaciones.”<sup>20</sup>

**“Menarquía temprana/ menopausia tardía:** la menarquía antes de los 12 años y la menopausia arriba de los 55 años, aumenta el riesgo de la enfermedad. Esto se debe a mayores ciclos menstruales en la mujer y mayor contacto con el estrógeno, que aumenta la oportunidad que las células muten.

**Padecimiento anterior de cáncer:** el haber padecido algún otro tipo de cáncer diferente al de mama, aumenta las posibilidades de padecerlo. Como ejemplo el cáncer de colon, o de útero.”<sup>21</sup>

**“Padecimiento de enfermedades benignas en la mama:** en varios casos aunque no tan comunes, el haber padecido alguna enfermedad benigna (no

---

<sup>19</sup> Idem. P. 9.

<sup>20</sup> AUSTRICH, E, GONZALES, M. Op. Cit. Pp.18-19.

<sup>21</sup> FRIEDEWALD, V, et. al, op. Cit. Pp. 10-11

cancerosos) no aumenta considerablemente el riesgo de padecer cáncer de mama.”<sup>22</sup>

### 1.1.2.8 Tipos de cáncer de mama

Existen “dos principales formas de cáncer de mama: el cáncer adenocarcinoma ductal que en el 80 % de las veces la célula que lo forma es de los ductos lácteos. Con un 10 % de frecuencia el cáncer inicia en una célula que forma los lóbulos de formación de la leche, es decir el adenocarcinoma lobular.”<sup>23</sup>

Los tumores también se clasifican por otras características, que describen cómo y en dónde crecen estos. Esto es vital para la toma de decisión del tratamiento a emplear.

**“Carcinoma Ductal in Situ (CDIS):** es el cáncer en su estadio primario y que se sitúa en un solo lugar, es decir en los ductos, aunque este se puede expandir a una zona mayor de la mama. Estos se localizan por medio de mamografía, como pequeñas manchas y sin abultamiento. Asimismo se puede dividir en *comedo* que es el más grave y *no comedo*.

**Carcinoma Ductal Infiltrante:** cáncer que se filtra en las paredes de los ductos e invade a los tejidos vecinos, es el más común con 80% de los casos. Este forma una protuberancia que es visible en la mamografía. Este tipo de cáncer tiene varias formas con los nombres de: *comedocarcinoma, medular, tubular, mucoso y no especificado.*”<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> AUSTRICH, E, GONZALES, M. Op. Cit. P. 19.

<sup>23</sup> FRIEDEWALD, V, et. al, op. Cit.Pp. 14-15.

<sup>24</sup> Idem, Pp. 15-16.

**“Carcinoma Lobular Infiltrante:** a este tumor se le atribuye un 5 o 10% de los casos de cáncer en la mama, y de producirlo en ambos. Poco más arriba que los de la variedad ductal. Estos atraviesan las paredes del lóbulo y se expanden a los tejidos vecinos. Produce masificación pero no de abultamiento sino alargadas difícilmente se logran palpar en un examen.”<sup>25</sup>

#### **1.1.2.9 Otros tipos de cáncer**

Otros tipos de cáncer son los menos comunes, como ejemplo:

**“Carcinoma inflamatorio de mama:** la apariencia inflamada de la mama, suele asemejarse a la cascara de una naranja, por eso se le da el nombre de “piel de naranja”.

**Enfermedad de Paget:** consiste en la comezón o un salpullido en el pezón o la aréola, y solamente en una mama, en el cual puede existir sangrado.

**Cistosarcoma Filodes:** es el tumor menos agresivo y se presenta con tumores benignos grandes y recurrentes. Muy rara vez se convierte en maligno.”<sup>26</sup>

#### **1.1.2.10 El diagnóstico de cáncer de mama**

Actualmente existen varias formas para la detección y diagnóstico del cáncer de mama. Tres son las principales y las más comunes, entre de ellas está la **“mamografía,** que consiste en el uso de Rayos X para tomar una imagen del seno. Este examen puede detectar canceres demasiados pequeños y que en ocasiones no son palpables. Se recomienda que las mujeres de 50 años o más se sometán al examen de mamografía a cada año. En estas imágenes el cáncer

---

<sup>25</sup> Idem, P. 16.

<sup>26</sup> Idem, P. 18.

suele parecerse a una masa irregular con extensiones en forma de dedos. Lo tumores más pequeños aparecen como pequeñas partes de calcio. Otro vía para el diagnóstico es la realizada por un profesional de la salud es decir **el examen médico**; el profesional explora con cuidado la mama, al hacerlo el médico buscará cambios en tamaño, simetría, color y contorno de las mamas. Estos cambios no todas las veces indican cáncer pero se someterá a exámenes más rigurosos para descartarlo. Por último se encuentra el **autoexamen** de mamas. Es recomendable que a partir de los 20 años, las mujeres por lo menos una vez al mes deberán de examinarse las mamas. Con el objetivo de detectar cualquier anomalía visible o no visible.”<sup>27</sup>

Cuando la mamografía y los exámenes exploración no convencen al médico, es necesario recurrir a otros métodos de diagnóstico. Entre los cuales está, “**el ultrasonido**, el cual consiste en emitir ondas sonoras, que reflejan en una imagen la parte estructural interna de la mama. Otras técnicas visuales son la resonancia *magnética (RM)* y la *tomografía de emisión de positrón (TEP)*. La **biopsia** es otro de los métodos para el diagnóstico del cáncer, la cual consiste en retirar una muestra del tumor o del tejido afectado, para luego enviárselo al patólogo quien con microscopios estudiará la muestra y realizara un informe con la información necesaria para determinar la existencia de un tumor maligno.”<sup>28</sup>

#### **1.1.2.11 Tratamientos para el cáncer de mama**

Existen varios tratamientos para la erradicación del cáncer. La cura de la enfermedad dependerá considerable de cuan avanzado se encuentre el cáncer,

---

<sup>27</sup>AUSTRICH, E, GONZALES, M. Op. Cit. Pp. 20-21.

<sup>28</sup>FRIEDEWALD, V, et al, Op. Cit. Pp. 31-36.



o que órganos o tejidos a invadido por medio de la metástasis. Además de la edad del paciente y otros factores. Esto se logra mediante una clasificación de 5 estados donde puede encontrarse el cáncer. En qué estado se encuentra el cáncer, determina qué medidas de tratamiento se tomarán.

**“Estado 0:** es el cáncer en estado temprano. No ha invadido ningún tejido vecino. Este estado no es considerado como cáncer pero existe la alta posibilidad que se convierta en él.

**Estado I:** el tumor es menor a 1 cm y no se extendido a ninguna zona.

**Estado II:** el tumor es de 1 a 4 cm de tamaño, y puede haberse extendido a los nódulos linfáticos debajo del brazo. Este estado se puede clasificarse en A y B según que nódulo linfático esté implicado.

**Estado III:** el tumor es grande de 4 o más cm de diámetro, y se ha extendido a los nódulos linfáticos y a otros tejidos cercanos a la mama. A la vez este se puede clasificar en IIIA si el tumor se encuentra en nódulos linfáticos y en IIIB si se ha instalado a tejidos vecinos.

**Estado IV:** este es el cáncer que ha hecho metástasis y que se ha desarrollado más allá de las mamas. Comúnmente se aloja en los pulmones, hígado o los huesos. <sup>29</sup>

Los tratamientos son variados y en ocasiones se complementan entre sí, es decir el paciente se somete a varios tipos de tratamiento en conjunto para un resultado positivo.

Actualmente se han desarrollado nuevos tratamientos y otros están bajo pruebas para verificar su eficiencia. Los más comúnmente utilizados son los que

---

<sup>29</sup> Idem, Pp. 41-42.

a continuación se enlistaran. El someterse a dichos tratamientos en ocasiones no tiene los resultados que se esperan, debido a los factores que antes se mencionaron.

“**La cirugía:** permitirá extraer el tumor; existen varios tipos de procedimiento quirúrgicos para la erradicación del cáncer en la mama.

- a) *Extirpación del tumor:* consiste en extraer solamente el tumor sin extraer parte de la mama, y en ocasiones algunos ganglios linfáticos para verificar que no se ha expandido. Este procedimiento se recomienda cuando el cáncer no es múltiple y no existe demasiada expansión en la mama.
- b) *Mastectomía parcial:* este tipo de procedimiento se aplica frecuentemente en el estado I y II, en dicho procedimiento se extrae un cuarto de la mama. Luego de la cirugía y recuperación de la paciente se aplica terapias de radiación.
- c) *Mastectomía radical modificada:* en este procedimiento se extirpa toda la mama, así como los ganglios linfáticos y los recubrimientos de los músculos del pecho; si el cáncer está demasiado avanzado es posible que se extraía también los músculos. Por lo general no se administra radioterapias debido a la agresividad de la cirugía y por ser extensa y profunda evita la nueva aparición del cáncer.
- d) *Mastectomía radical o de Halsted:* en esta cirugía se elimina toda la mama, los músculos del mismo, ganglios linfáticos de la axila, una parte pequeña de grasa y piel de alrededor de las mamas. Esta se practica en casos muy raros, solamente en donde los tumores son excesivos. La cicatriz en resultado es larga y depresiva del pecho. Esta cirugía puede producir

hinchazón en el brazo (linfedema) del lado en donde se realizó la cirugía. Se pierde la fuerza del brazo, movilidad del hombro, adormecimiento del brazo. En esta cirugía una reconstrucción es mucho más difícil.

e) Mastectomía total (Simple): esta es una versión menor que la radical modificada. En esta práctica solo se extrae la mama y algunos ganglios linfáticos para examinar la posible expansión del cáncer. En este caso si se puede aplicar radioterapia. Es utilizada solo en casos en que los tumores son muy pequeños, no invasivos y poco probables de extenderse más allá de la mama.”<sup>30</sup>

“**La radiación:** es otro tipo de tratamiento para erradicar el cáncer de mama en muchas de las ocasiones es coadyuvante de la cirugía. La radiación consiste en aumentar de 500 á 1000 veces la energía que se usa para tomar películas de rayos X, y se proyecta en la parte afectada, en donde penetrara la piel, músculos y grasa sin daños trágicos o severos, rara vez produce dolor. La radiación mata las células cancerosas y su ADN, evitando así que se vuelvan a reproducir. En este proceso se eliminarán células normales pero estas serán recuperadas. Puede ser aplicada en los estados 0, I y II. En los estados III y IV se administrara antes o después de la quimioterapia y la cirugía. También es utilizado en estadios más avanzados del cáncer como tratamiento paliativo es decir para hacer menos severo el estado. Los efectos secundarios serán fatiga, problemas de la piel (irritación, sequedad de la piel y enrojecimiento) e hinchazón.”<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Idem, Pp. 51-59.

<sup>31</sup> Idem, Pp. 66-76.

**“La quimioterapia:** para recurrir a esta terapia, el especialista tendrá el análisis del caso para saber si el cáncer se ha expandido a otras partes del cuerpo, si la respuesta es positiva se tendrá que recurrir a las quimioterapias. Terapia que consiste en el uso de drogas y/o químicos que son nocivas para las células cancerígenas, que pudieron escapar de la radioterapia o de la cirugía y en el caso, como se dijo anteriormente, cuando el cáncer ha migrado a otras partes del cuerpo (metástasis). Las drogas o químicos atacan a las células malignas, en el desarrollo de su ciclo de vida y otras atacan al ADN para impedir su reproducción. En este proceso células normales también se ven afectadas y por consiguiente se producen efectos secundarios. La administración de estas drogas o agentes químicos, es a través de vía oral, en el caso de las tabletas, que el paciente puede tomar en su hogar; la vía intravenosa es la otra modalidad de administración. Este procedimiento lo realizará el médico en un consultorio o en una institución dedicada a este tratamiento. La administración dura varias horas, y esta puede repetirse a cada cierto número de semanas, según la planificación del médico y dependiendo del caso de la paciente. Los efectos secundarios comunes son: náuseas y vómitos, pérdida del cabello, anemia, un estado sensible a las infecciones y reacciones alérgicas y resequeidad en la piel.”<sup>32</sup> Algunos de estos efectos secundarios se pueden presentar inmediatamente de la administración y otros tendrán lugar a los dos o tres días de realizado el tratamiento. En el caso de la caída de cabello se presentará aproximadamente después de la tercera o cuarta aplicación de quimioterapia, o como se suele llamar, “ciclos”. En la actualidad se han

---

<sup>32</sup> Idem, Pp. 82-98.

desarrollado medicamentos que se utilizan para contrarrestar los efectos secundarios, en la mayoría de los casos son efectivos.

Se han presentado los tratamientos más comunes y utilizados para erradicar el cáncer de mama, como se mencionó al inicio, existen nuevas modalidades de tratamiento, algunos en pruebas de su eficacia. Los presentados son utilizados con mayor frecuencia por su eficiencia, en la mayoría de los casos y también los más accesibles económicamente para la mayoría de la población, aún así un “ciclo” o una quimioterapia, puede costar más de Q2,000.00.

#### **1.1.2.12 Repercusiones psicológicas del cáncer**

“El ser humano al verse contagiado con una gripe común, la interpreta como una amenaza para su estabilidad mental y por consiguiente conductual, reconoce que al padecer una enfermedad, no estará en total capacidad para desenvolverse de una manera adecuada en su contorno. En el caso de una enfermedad grave que requiere hospitalización, someterse a tratamientos poco conocidos o desconocidos, a la lejanía de los seres amados, de la seguridad que representa el hogar y la tranquilidad que emite el saber que todo marcha “normal”, es lo que repercute en la salud mental del paciente que es portador de alguna enfermedad.

Si bien todo paciente se adaptará o reaccionará de forma diferente debido a su contexto bio-psico-social,”<sup>33</sup> “todas las personas con alguna enfermedad que atenta con la vida o próximas a someterse a una intervención quirúrgica, se ven inmersas al temor de la muerte, a la invalidez y la desfiguración. Por lo anterior

---

<sup>33</sup> BELLAK, L. *Psicoterapia breve y de emergencia*, 2da. Edición, México: Pax, 1988. P. 307.

se pueden describir tres categorías que pueden considerarse como críticas en la vida: las que involucran violencia y ocasionan temor por la propia vida, salud y sentido de sí; la pérdida del autoestima y en último caso la pérdida del amor o de los seres queridos.”<sup>34</sup>

Los pacientes con cáncer en ocasiones tienen que ser hospitalizados para recibir tratamientos especiales (ejemplo: quimioterapia y cirugía mayor o menor) que solo se pueden desarrollar por personas capacitadas, y en instituciones que tengan el equipo adecuado. Hospitalización puede asimilarse a lejanía de los seres queridos y pérdida de la seguridad que da el hogar.

“La hospitalización es fuente de crisis de la autoestima. Sin aparente aviso el paciente será inválido, desprotegido, necesitado y en ciertos casos violentado por la vergüenza e insensibilidad producida por el personal médico; desencadenando así la ansiedad, enojo o depresión.”<sup>35</sup>

“Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, u otro tipo de cáncer, están expuestas a las anteriores consideraciones y aún más grave a distorsiones y ansiedades particulares.”<sup>36</sup>

Se ha pensado que existen tres grandes momentos que generan crisis psicológica en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

#### **1.1.2.12.1 El diagnóstico.**

“El cáncer puede ser silencioso y en ocasiones no presenta síntomas específicos que se le atribuyan a los tipos de cáncer, pero se puede generar inquietud en el

---

<sup>34</sup> Idem, P. 297.

<sup>35</sup> <sup>36</sup> Idem, P. 298.

médico de un posible diagnóstico de cáncer después de la recurrencia de un síntoma específico.”<sup>37</sup>

Puede ser que una mujer acuda a un examen anual de rutina; su médico en el examen general se detiene y expresa en su rostro sospecha o duda, con respecto a una parte en particular del cuerpo. Solamente en este pequeño momento se puede desencadenar angustia en la paciente.

Otra situación que puede ocurrir cuando la misma paciente ha detectado anomalías en su cuerpo, en un caso específico, una de las mamas. Ese instante puede producir pensamientos caóticos y fatalistas. Lo que nunca se esperaba que pudiera pasar, pareciera que esta por ocurrir, el ser paciente de cáncer de mama.

Las dos escenas ficticias pueden desencadenar y pueden coincidir en un fin último, que puede ocurrirle a toda persona que pueda estar en alguna de estas situaciones. “Coinciden en *la incertidumbre y la angustia* que generan las sospechas de padecer un cáncer de mama. Incertidumbre y angustia que se desvanecen con la confirmación de los exámenes. Estos pueden ser los primeros malestares psicológicos que puede experimentar la paciente, solamente en la espera de la confirmación de los exámenes, que puede durar horas o algunos días; según lo afirma algunos testimonios de las pacientes.”<sup>38</sup>

Como se resaltó anteriormente, verse sometido en una situación donde la misma vida está en peligro, genera una *crisis* en la persona; los pensamientos, emociones, conductas y relaciones interpersonales se ven afectadas y parecen ser una revuelta en la mente del paciente. “Esta crisis se desencadena cuando

---

<sup>37</sup>MACARULLA, T, et al. Op cit. P.44.

<sup>38</sup>AUSTRICH, E, GONZALES, M. Op Cit. Pp.33-35.

se es consciente de que los planes, metas, aspiraciones y objetivos a corto o mediano plazo, tendrán que ser puestos en pausa y en lista de espera, a la paciente le espera una situación física y emocional desconocida, productora de un estado de *desesperanza*. Seguido de esto la paciente puede caer en la *negación y rechazo* del diagnóstico, que puede durar, según las experiencias clínicas entre siete y diez días, aunque esto no es estable y puede variar en las personas.”<sup>39</sup>

#### **1.1.2.12.2 Él tratamiento**

Después que el diagnóstico es aceptado y los exámenes respectivos para elaborar el plan de tratamiento, “la paciente tendrá que enfrentar el tratamiento y en su mente cuestionamientos nuevos tendrán lugar, los más recurrentes serán: “¿Lograré sobrevivir?”, “¿el tumor desaparecerá?”, “¿Qué efectos secundarios tendré por el tratamiento?”, “¿Cuánto tiempo dura el tratamiento?” y “Cómo irá a quedar mi cuerpo?”. En esta etapa la paciente vivirá los efectos secundarios (nausea, vomito, fatigo dolor, perdida del cabello, cambios en la rutina familiar etc.) producidos por la cirugía, quimioterapia, y radioterapia.”<sup>40</sup>

El orden y la necesidad de la aplicación o ejecución de los tratamientos dependerán de cada caso, pero las situaciones psicológicas que genera cada tratamiento serán particulares y angustiantes.

“*La cirugía*. Puede ser el primer paso en muchos de los casos. La cirugía o mastectomía o cualquier intervención quirúrgica, puede constituir un trauma tanto físico como psicológico. Es vital que el paciente sea informado de los

---

<sup>39</sup> Idem. Pp. 35-36.

<sup>40</sup> Idem Pp. 37-38.



procedimientos que se realizarán, es recomendable que psicólogo pueda acompañar a la paciente y familia en este proceso. En ocasiones algunos pacientes se niegan a saber los detalles o información básica. El apoyo psicológico puede ser vital en esta etapa y una relación firme preoperatoria entre el psicólogo y paciente, puede dar como resultado un estado médico apto para la cirugía. El apoyo psicológico debe ser continuo en la fase postoperatoria. La familia deberá ayudar a la paciente en su adaptación y recuperación, para evitar la fatiga física y psicológica.”<sup>41</sup>

*“La quimioterapia y radioterapia.* En varios de los casos, la incertidumbre acerca de cómo es el procedimiento de aplicación de estas terapias, es uno de los primeros síntomas psicológicos que se generan previos a estos tratamientos. Para algunas personas solamente el nombre de las terapias puede ser productor de ansiedad, debido a los mitos o ideas erróneas que puedan poseer algunas personas cercanas a la paciente; en esta situación es necesaria también la fase de educación y de información, ya sea por el médico encargado del caso o por el psicólogo si se tiene acceso.

Un temor muy recurrente en las pacientes con cáncer de mama, es la pérdida del cabello producido por las quimioterapias, esto puede ser traumático, ya que está apegado a la apariencia y feminidad de la mujer, de igual forma es cuando se realiza la mastectomía.”<sup>42</sup>

*“La ansiedad y la depresión* pueden estar presentes en esta etapa del tratamiento, acompañada de rabia y temor. Son comunes también la incertidumbre del futuro, la soledad y la preocupación por la familia. Los efectos

---

<sup>41</sup>BELLAK, L. Op Cit. P. 310-312.

<sup>42</sup> FRIEDEWALD, V, et al, Op Cit. P. 121.

secundarios de la radioterapia se pueden ver ayudados con la debilidad y malestar general e insomnio que producen la ansiedad y depresión.”<sup>43</sup>

### **1.1.2.12.3 Reinserción a la vida cotidiana**

“La ansiedad y los cambios que enfrenta la paciente desde el diagnóstico hasta el termino del tratamiento son muchos, inclusive mucho tiempo después de finalizar los tratamientos.”<sup>44</sup>

Al parecer el diagnóstico y los tratamientos son los dos grandes momentos productores de crisis psicológica, pero también en esto se encuentra “la vuelta a la vida cotidiana después de finalizados los tratamiento. Ya no hacer uso de la rutina que incluía visitas al médico, a la institución para el tratamiento, las enfermeras e incluso los cuidadores o familiares, tampoco es fácil. Los sentimientos de ansiedad, temor, rabia y depresión serán constantes en esta situación. En ocasiones los pacientes presentan desordenes emocionales después del cáncer.”<sup>45</sup>

“Para la paciente, conocer que la enfermedad ha cedido y ha entrado en la etapa de *remisión* (los signos y síntomas de cáncer han desaparecidos desde el punto de médico) es también entrar a una etapa de *confusión y ambivalencia*. Al parecer las pacientes agradecen ya no padecer la enfermedad aún así la incomodidad está presente por lo seguimientos que se deberán hacer a cada cierto tiempo, para evitar un nuevo brote de la enfermedad. Lo anterior suele ser por el temor del recuerdo de la experiencia traumática, aunque está presente continuamente al observar las cicatrices de mastectomía y el cambio en la imagen

---

<sup>43</sup> Idem. P. 121.

<sup>44</sup> BARTHE, E. *Cáncer: enfrentarse al reto*. Barcelona: editorial Robin Book, 1997. P. 130.

<sup>45</sup> FRIEDEWALD, V, et al. Op Cit. P. 134.

corporal. La pacientes también tienden a tomar dos acciones: un apego casi obsesivo a los médicos, o bien olvidarse completamente de ellos y de los exámenes periódicos. La mujer sobreviviente al cáncer de mama debe encontrar un equilibrio entre volver al goce de la vida y el seguimiento de la enfermedad para evitar lamentablemente una posible reaparición del mal. La adaptación emocional es vital para retomar la vida cotidiana.”<sup>46</sup> Esto se podrá lograr con la ayuda del psicólogo terapeuta.

### **1.1.2.13 Repercusiones sociales**

Las repercusiones del cáncer de mama en la paciente a nivel social, se manifestaran sobre todo en la etapa final del tratamiento y cuando la paciente debe de retomar sus actividades cotidianas.

“La paciente de mama antes de ser sometida a la cirugía o mastectomía, tendrá un constate temor a la mutilación de la mama enferma, acompañada de una emotividad relacionada con la perdida de la femineidad, el goce sexual y el *poder* de atracción sobre el sexo opuesto. Su atractivo será disminuido.”<sup>47</sup>

Lo anterior es debido a que “en las sociedades el pecho o mamas de las mujeres son símbolo de femineidad y sexualidad, por lo consiguiente la mujer ve en peligro su apariencia y en el peor de los casos su rol de *mujer* en la sociedad.”<sup>48</sup>

El rol de mujer en la paciente mastectomizada se ve en peligro por los significados psicológicos que tiene la mama los cuales son:

---

<sup>46</sup> AUSTRICH, E, GONZALES, M. Op Cit.Pp. 41-42.

<sup>47</sup>COLLI, M. Op cit. P. 115.

<sup>48</sup> FRIEDEWALD, V, et al. Op Cit. P. 121.

- “Es donde brota la gratificación de las necesidades más primarias del ser humano; es símbolo de la maternidad y la relación de dependencia en sus inicios, pero luego es afectiva.
- Ante la pubertad, las mamas se convierte en la manifestación de la femineidad y están relacionadas con la sexualidad, por ser fuentes de autoerotismo y estímulo para el sexo opuesto.
- Será la plataforma de la femineidad y será atacada gravemente en las mujeres narcisistas y tendrá repercusiones a nivel de esquema corporal y de la identidad; para las con madurez será una pérdida parcial.”<sup>49</sup>

“La vida social tendrá que ser retomada; la paciente sentirá ser rechazada por la enfermedad. Esto es debido a que después de la cirugía de mama se pierde autoestima, que desencadena inhibición en los grupos sociales. Todo se verá apoyado por existir siempre en los grupos, personas mal informadas o temerosas, o sencillamente no aptas para poder hablar del tema.”<sup>50</sup>

#### **1.1.2.14 Repercusiones familiares**

“La paciente de cáncer de mama en la mayoría de los casos será miembro de una familia, en donde tendrá diferentes roles y responsabilidades que cumplir; sin duda alguna ante la presencia de la enfermedad estos roles y responsabilidades se vean afectadas o alterados.”<sup>51</sup> Es pertinente pensarlo por las razones antes expuestas, es decir las mamas son asociadas a la femineidad, la sexualidad y maternidad.

---

<sup>49</sup> COLLI, M. Op cit. P.117

<sup>50</sup> FRIEDEWALD, V, et al. Op Cit. P. 129.

<sup>51</sup> AUSTRICH, E, GONZALES, M. Op Cit. P. 75.

“La adaptación a la enfermedad por parte de la familia será acompañada de retos continuos. En la mayoría de las veces será difícil de hablar entre los miembros de la enfermedad. Es un reto para la familia el mantenerse unida. Los miembros de la familia serán sometidos a la flexibilidad, por la imposición de nuevos roles o responsabilidades.”<sup>52</sup>

El impacto en la familia dependerá de ciertas características de la misma familia, estos son algunos factores que determinarán el impacto en la misma:

- “Características familiares: etapa del ciclo vital (pareja recién casada; hijos pequeños o mayores, o la pareja es de adultos mayores), el rol que desempeña la paciente y el funcionamiento general de la familia (comunicación afectiva o violenta).
- Características de los miembros: es decir la personalidad, edad, sexo, contar con recursos personales para enfrentar la situación, experiencias anteriores con la enfermedad y de qué tipo, nivel de madurez, capacidad intelectual, educación, estilo de vida, religión y filosofía de vida.
- Características de la enfermedad: se encuentra avanzada, significado de la enfermedad (reto o castigo), expectativas, progresión de la enfermedad, dolor en el paciente, deterioro físico y/o mental de la paciente y la magnitud de los efectos secundarios.
- Factores socioeconómicos: recurso financieros con los que cuenta la familia, ocupación y situación laboral de la paciente y familiares, tipo de servicio médico (privado o público) y fuentes de apoyo económico alternativos.

---

<sup>52</sup> Idem, P. 76.

- Fuentes adicionales de estrés: otros factores que generen inestabilidad y agraven la situación como ejemplo: reciente divorcio, otros miembros enfermos, pérdida de trabajo, muerte ser querido, cambio de residencia, etc.”<sup>53</sup>

Existen también algunas reacciones que pueden ser tomadas como típicas en las familias ante la enfermedad, sin embargo no es un orden establecido, puede ser alternante, en base a la etapa de la enfermedad. “La *desorganización* es la que genera el diagnóstico, negación y evitar la confrontación de la situación son recurrentes. La etapa de *recuperación* se genera cuando la familia logra apropiarse la situación de la enfermedad. Y por último la etapa de *reorganización*; la familia adopta la enfermedad y genera cambios y adecuaciones en los roles de los miembros.”<sup>54</sup>

### **El rol de esposa en la paciente con cáncer de mama (sexualidad)**

“La mayoría de las personas tienen dificultad con las relaciones sexuales durante y terminado el tratamiento contra el cáncer. La problemática sexual tiene su principio en las emociones, ninguna de las personas podrá sentirse como atractiva luego de superar la enfermedad del cáncer. Las pacientes con cáncer de mama se sentirán heridas y mutiladas por la mastectomía. Es normal sentir tristeza por la pérdida de una parte del cuerpo, inclusive cuando ha sido interno el malestar está presente.”<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Idem, P.75.

<sup>54</sup> Idem, Pp.79-80.

<sup>55</sup> KENT, A. *Y la vida continúa: como enfrentar positivamente el diagnóstico de un cáncer y seguir adelante*. Colombia: Editorial Norma, 1997. Pp. 64-67.

“En el caso de la mayoría de las pacientes con cáncer de mama, serán sometidas a la mutilación de alguna de las mamas. Anteriormente se ha descrito el simbolismo de las mamas en la mujer, la femineidad, la maternidad y sexualidad. No es un secreto que la sexualidad tiene un papel importante en la relación de pareja, la ausencia de las relaciones sexuales durante y posterior al tratamiento puede ser un agravante más de la problemática del padecimiento del cáncer de mama. Todo tiene origen en lo pensamientos o prejuicios que se puedan originar en la pareja.

La paciente luego de la cirugía sentirá haber quedado desfigurada o perdido su atractivo, la acción tomada será el rechazo y la protección de su cónyuge. Todas las pacientes necesitarán ayuda para aceptar la transformación de la imagen y tendrán que aprender a amarse en una nueva ocasión, esto permitirá posteriormente a superar el trauma. Las parejas en esta etapa se harán más fuertes, en el mejor de los casos se podrá valorar verdaderamente a la otra persona. En el caso opuesto será un precipitante para que el matrimonio se desestabilice, será muy difícil la valoración del uno y el otro. En mucho de los casos, en los meses más intensos y posteriores del tratamiento, cada uno de la pareja puede asumir que el otro no esté interesado en las relaciones sexuales. La mayoría de las mujeres mastectomizada se dan cuenta que sus parejas emiten mucha menos importancia de lo que creían a la cirugía.”<sup>56</sup>

También se pueden enlistar otras de “las reacciones psicológicas asociadas a la sexualidad de parte de la mujer mastectomizada:

---

<sup>56</sup> Idem, Pp. 68-75.

- Temor a ser rechazadas, desencadena angustia. Sentirse poco atractivas.
- Sentimientos de venganza al mostrarse desnudas, debido a los sentimientos de pérdida del atractivo.
- Evitan las relaciones sexuales, para no mostrar la cicatriz de la cirugía.
- Experimentan menos satisfacción sexual, menos deseo sexual, relaciones menos frecuentes, presencia de disfunciones sexuales (falta de deseo y ausencia de orgasmo).
- Menos importancia en las mamas como zona erógena.
- Las reacciones en las mujeres mastectomizada son resultado de la poca seguridad e inquietud que reciben de su pareja al descubrir la amputación.”<sup>57</sup>

#### **1.1.2.15 Reacción psicológica al cáncer de mama.**

Las principales o frecuentes reacciones psicológicas de la paciente son las siguientes:

- “Inaceptación o negación de la enfermedad
- Temor por la muerte.
- Reacciones psicológicas en relación a la sexualidad.
- Ansiedad, cuadros depresivos, acompañadas en muchos casos de irritabilidad o de tristeza.
- Temor a la nueva presencia de la enfermedad.
- Temor a la pérdida del rol de mujer (femineidad).”<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> COLLI, M. Op cit. P. 118.



Como se puede apreciar hay estados que se describieron en la etapa del diagnóstico, durante el tratamiento y posteriores al tratamiento o reinserción a la vida cotidiana.

#### **1.1.2.16 Aproximaciones al abordaje psicoterapéutico de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.**

Existen propuestas de intervención psicoterapéutica para las pacientes de cáncer de mama, realizadas en otros países y en base a la experiencia clínica. Por lo que se enlistan “cinco momentos de intervención para las pacientes con cáncer de mama.

- a) Al momento del diagnóstico, apoyo al paciente y a los familiares.
- b) Previo a cirugía, apoyo para el paciente.
- c) Apoyo en la recuperación posquirúrgica y rehabilitación de la paciente.
- d) Apoyo durante el desarrollo del periodo de las quimioterapias.
- e) Cierre del trabajo psicoterapéutico.”<sup>59</sup>

Estos momentos de intervención, han servido como pautas para la elaboración y elección de las técnicas e instrumentos a utilizar, y así recabar la información necesaria y poder concretar los objetivos que fueron propuestos para esta investigación.

## **1.2 Delimitación**

La investigación se realizó en las instalaciones del Hospital General San Juan de Dios en la ciudad de Guatemala, en el período comprendido entre el 24 de

---

<sup>58</sup> Idem. Pág. 118.

<sup>59</sup> Idem. Pág. 119.

septiembre al 9 de octubre de 2013. En el estudio se tuvo la participación de diez pacientes sobrevivientes al cáncer de mama, que asisten a su control periódico, luego de haber sido declaradas como sobrevivientes al cáncer de mama. Con la indagación se pretendió determinar las necesidades psicológicas de las pacientes, sus rasgos de la personalidad más frecuentes o recurrentes y por último, las medidas de afrontamiento utilizadas para sobrellevar el padecimiento de mencionada enfermedad.

## CAPÍTULO II

### II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La población que formó parte de la investigación, contó con las siguientes características generales: mujeres que padecieron cáncer de mama, y sometidas a tratamiento para erradicar la enfermedad de sus cuerpos (mastectomía, quimioterapia, radioterapia etc.), haber sido declaradas como sobreviviente en los últimos 10 años, mujeres mayores de 30 años, no importando su estado civil o que sean madres. Finalmente que residieran en la ciudad capital de Guatemala. Las 10 mujeres participantes, fueron seleccionadas mediante la técnica de muestreo por “conveniencia”, se tuvo acercamiento con ellas, cuando asistieron a su cita de control periódico en la clínica de “mama” de Hospital General San Juan de Dios; en dicho momento se concretó una cita para la aplicación de los instrumentos designados, conforme a los deseos y horarios disponibles de cada paciente.

#### **2.1 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para el alcance de los objetivos, se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

**Entrevista Semiestructurada (1era. 2da. y 3era. Fase).** Previo a realizar la entrevista semiestructurada, en la primera semana de asistencia a las clínicas de consulta externa, se pudo obtener contacto con las pacientes que asisten a su control periódico, luego de haber sido declaradas como sobrevivientes de cáncer de mama. En este período se pudo constatar cómo las pacientes son evaluadas físicamente por el personal médico, gracias a la autorización y

sugerencia del médico encargado de la “clínica de mama”. Durante este lapso de tiempo, se estuvo presente junto a la psicóloga encargada del programa de atención psicológica a mujeres con cáncer de mama, quien brinda acompañamiento psicológico durante estos momentos, y quien está presente al comunicar algún nuevo caso de cáncer de mama entre las pacientes asistentes. Luego de la consulta médica, la psicóloga refería al investigador las pacientes que pudieran participar en la investigación, ya que contaban con las características designadas para la muestra. En estas instancias se estableció el primer contacto directo con la población, a quien se le comunicaba el motivo de la referencia y luego de establecer rapport, se brindaba la invitación a ser participante del estudio, lo anterior se realizó en los pasillos del hospital, ante la carencia de espacio para poder realizar este tipo de actividades. Las pacientes referidas en su totalidad accedieron a participar en el estudio, pero algunas se retiraron porque no contaban con el tiempo, la cercanía o los recursos para asistir a las 3 sesiones que comprendían el estudio, fue así como se obtuvo la cantidad de diez mujeres sobrevivientes que pudieran asistir a las sesiones programadas para la aplicación y ejecución de las técnicas e instrumentos.

Al inicio de la segunda semana de asistencia al hospital, se procedió a entrevistar a las pacientes, según el día y hora acordada con cada una. Con base a la guía de pautas se entrevistó, utilizando la grabación de voz para recabar lo expresado acorde al estímulo o pregunta realizada. En dicha entrevista se recabó la experiencia de la paciente, cuando padeció cáncer de mama, desde el diagnóstico hasta ser declarada como sobreviviente. Lo anterior con el objetivo de “determinar las necesidades psicológicas de las pacientes

sobreviviente al cáncer de mama” y también para “identificar las medidas de afrontamiento designadas por las pacientes, para sobrellevar el proceso de erradicación de la enfermedad en sus cuerpos”.

**Test Psicométrico 16 PF.** Posteriormente de la ejecución de la entrevista a cada una de las pacientes, en la tercera semana, se procedió a la aplicación del test 16 PF. En cada sesión, a la participante se le proporcionó el cuadernillo de cuestionamientos y la hoja de respuesta respectiva, esto se realizó en una mesa ubicada en la biblioteca del hospital, sin tener límites de tiempo como lo determina el test. Al finalizar la aplicación del test, se brindó el agradecimiento a cada paciente por su participación en el estudio. Lo anterior mencionado, se realizó con el objetivo de poder llegar a “describir los principales y recurrentes rasgos de la personalidad en las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama, como base la formulación del abordamiento psicoterapéutico”.

**Taller de Inducción.** Por motivo de la celebración de la lucha contra el cáncer de mama en octubre, la psicóloga encargada del programa de atención para pacientes con cáncer de mama, solicitó al investigador que ejecutará un taller de inducción, que respondiera la interrogante: ¿cómo enfrentar la ansiedad ante el diagnóstico del cáncer de mama?. Dicho taller se desarrolló en el lobby del hospital, con una asistencia total de 20-25 pacientes. Al término del taller se brindó un trifoliar a las personas asistentes, con información concerniente al tema, y además se dejó el formato para que se pudiera reproducir en futuras ocasiones si así se deseara.

## **CAPÍTULO III**

### **III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **3.1 Características del lugar y de la población**

##### **3.1.1 Características del lugar**

La clínica de “mama” o clínica 31, se encuentra situada en el Hospital General San Juan de Dios, y se atiende a mujeres que asisten a la consulta externa del hospital; es en este lugar donde también se realiza el seguimiento de caso o control periódico de las mujeres que se ha declarado como sobrevivientes al cáncer de mama. El mencionado lugar cuenta con varias camillas y equipo necesario para poder examinar a las pacientes y llevar el control periódico. Los días de atención son de lunes a viernes de 7: 00 am - 12:00 pm.

Juntamente con el personal médico, se encuentra una psicóloga, que brinda soporte psicoterapéutico cuando es necesario notificar un diagnóstico de cáncer de mama entre las pacientes, posteriormente la misma profesional lleva el seguimiento de caso durante la etapa de tratamiento. La profesional no cuenta con una clínica que le pueda brindar las condiciones mínimas para la atención psicológica.

##### **3.1.2 Características de la población**

La población asistente a la clínica en su mayoría es de clase socioeconómica media, media baja y baja. Todas son mujeres de acuerdo a la especialidad de la clínica, la edad de las asistentes oscila entre los 25 y 70 años. Específicamente para el estudio, las participantes fueron diez pacientes que asisten a su control periódico, luego de haber sido declaradas como sobrevivientes al cáncer de

mama, las cuales cumplieron con las características generales según la técnica de muestreo designada.

### **3.2 Análisis e interpretación de resultados**

En seguida a la aplicación de las técnicas e instrumentos designados, se transcribió cada ítem resultante de las respuestas de las pacientes, que fue recabado a través de la grabación de voz, esto fue en el caso de las 10 entrevistas semiestructuradas.

a) La entrevista semiestructurada se analizó de dos formas y se describen a continuación:

**Primero:** se ejecutó un *análisis global de la personalidad de las pacientes*, que se obtuvo por medio de la lectura global de las respuestas obtenidas en la entrevista semiestructurada. Con base a las respuestas de cada entrevista se realizó una descripción de la personalidad para cada paciente. Con cada descripción de la personalidad, se elaboró el conteo de frecuencia de cada característica de la personalidad. Aquellas características de la personalidad que no fueron destacables debido a su baja frecuencia se omitieron, y solamente son presentadas para su conocimiento y posterior análisis, las características con mayor frecuencia en la "Tabla No. 1", la cual se presenta a continuación:

**Tabla No. 1**

<b>Característica psicológica (análisis de global de la personalidad)</b>	<b>Frecuencia de característica Psicológica (%)</b>
Emocionalmente afectada	10 (100%)
Soledad	7 (70%)
Empatía	7 (70%)
Insegura	7 (70%)
Altruista	6 (60%)
Sensible	6 (60%)
Desvaloriza- baja autoestima	6 (60%)
Negación de la realidad	6 (60%)
Duelo incompleto	5 (50%)
Ansiosa	3 (30%)
Estricta en norma	3 (30%)
Activa	3 (30%)

**Fuente:** datos obtenidos del análisis global de la personalidad en las entrevistas semiestructuradas, realizadas a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, en el hospital San Juan de Dios de Guatemala, en el año 2013.

La tabla muestra que la población en estudio, al analizar globalmente sus respuestas, presentan predominantemente característica de la personalidad que la hacen manifestarse como: emocionalmente afectadas, con tendencias a la soledad, empáticas, inseguras, altruistas, sensibles emocionalmente, desvalorizadas o con baja autoestima, con tendencia a negar la realidad entre otras.



**Segundo:** para el siguiente análisis se procedió a tomar cada ítem resultante de la entrevista semiestructurada y este se categorizó tomando por completo el párrafo que comprende la respuesta de las pacientes. Al obtener cada categoría resultante, se vació en un cuadro de resumen, es decir se obtuvieron en total 10 cuadros de resumen. Los anteriores en su mayoría con 48 categorías resultantes.

Al haber obtenido los 10 cuadros, se procedió hacer el conteo de frecuencia de cada categoría resultante; y cada una de las anteriores con mayor frecuencia se vació en un cuadro de resumen llamado “cuadro 11” (ver anexos). Las categorías resultantes, fueron posteriormente utilizadas para la formulación de matrices que dieron como resultado final los códigos o categorías que nos mostraron las principales necesidades psicológicas de las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama.

b) Teniendo los dos análisis resultantes de la entrevista semiestructurada, fue necesario la calificación del test psicométrico 16 PF, que mostró los rasgos sobresalientes que permitieron la formulación completa de las matrices mencionadas y, que se presentan posteriormente; sin embargo, el test por sí mismo brindó los datos necesarios para *establecer los rasgos de la personalidad recurrentes en las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama*. Los resultados se presentan en la tabla siguiente:

**Tabla no. 2**

Factor de la personalidad evaluado y recurrente en la población	Puntaje	Descripción del rasgo recurrente en las pacientes sobreviviente al cáncer de mama
<p>B) Inteligencia (Lento Vs. Rápido)</p>	<p>2 (bajo)</p>	<p><i>Lento:</i> la población evaluada obtuvo una calificación baja en este factor, lo que manifiesta que las mujeres tienden a ser lentas en sus conductas, en su percepción y en su actividad mental. Son de poca energía y demoran para aprender. Tienen poco gusto y poca capacidad para las formas altas de conocimiento y tienden a ser rústicas y burdas.</p>
<p>C) Fuerza del Yo (Infantil Vs. Maduro)</p>	<p>4 (bajo)</p>	<p><i>Infantil:</i> las pacientes obtuvieron una calificación baja en este factor, y señala que las mismas tienden a ser emocionalmente inmaduras, débiles para tolerar frustraciones, evasivas, de nervios fatigados, que fácilmente se enojan con las cosas y la gente. Generalmente se encuentran insatisfechas y poseen varios síntomas neuróticos, tales como: fobias, perturbaciones del sueño o problema psicossomáticos.</p>
<p>E) Dominancia (Sumiso Vs. Dominante)</p>	<p>4 (bajo)</p>	<p><i>Sumiso:</i> el puntaje bajo en este factor, indica que las pacientes tiende a ser un seguidoras de los demás, a depender de otras personas, a ir con el grupo, a someterse. Generalmente son de corazones suaves, tiernos y expresivos pero, se disgustan con facilidad.</p>
<p>G) Lealtad grupal (variable Vs. Constante)</p>	<p>6 (alto)</p>	<p><i>Constante:</i> el puntaje alto indica, que las pacientes poseen un carácter fuerte, responsable, decidido, enérgico, bien organizado. Generalmente son conscientes y</p>

		emocionalmente maduras. Tienen un gran respeto por los principios morales y prefieren a los eficientes que a cualquier otra persona.
H) Aptitud situacional (Tímido Vs. Aventurado)	3 (bajo)	<i>Tímido:</i> el puntaje bajo, indica que las pacientes tienen tendencias a la timidez, a ser cautelosas, fugitivas. Generalmente tienen complejos de inferioridad. Con lentitud a expresarse; prefieren uno a dos amigos íntimos; no son capaces de mantenerse en contacto con todo lo que está sucediendo a su alrededor.
I) Emotividad (Emocional Vs. Racional)	4 (bajo)	<i>Emocional:</i> la baja calificación, indica que las pacientes tienen la tendencia a ser muy tiernas, imaginativas, artísticas, soñadoras. Algunas veces exigentes y poco prácticas. Entran en conflicto con las personas ordinarias y los trabajos pesados. Tienen a alterar la moral de los grupos con comentarios negativos.
O) Conciencia (Inseguro Vs. Confiado)	3 (bajo)	<i>Inseguro:</i> la baja calificación indica que las pacientes tienden a padecer depresiones, estar preocupadas, evitar a la agente. Generalmente viven muy preocupadas de los cambios de su estado de ánimo. Están inclinadas a tener sentimientos de ansiedad. No se sienten aceptadas por los grupos ni con espíritu para participar dentro de ellos.
Q3) Autoestima (Controlado Vs. Descontrolado)	4 (bajo)	<i>Descontrolado:</i> la calificación baja indica que las pacientes tienden a ser poco controladas y de carácter disparejo. Irrespetuosas con las demás personas. Son explosivas y poco cuidadosas.

**Fuente:** datos obtenidos de la calificación e interpretación del test 16 PF, aplicado a mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, en el hospital San Juan de Dios de Guatemala, en el año 2013.

Los factores presentados anteriormente son destacables, debido a que obtuvieron calificación baja (puntaje 1-4) o bien calificación alta (puntaje 6-10). Considerando su puntaje alto o bajo, se situaron en la polaridad correspondiente. Los 8 factores restantes, obtuvieron una calificación con puntaje medio (5), es decir los rasgos se presentaron en algunas pacientes con calificación baja y en otras con calificación alta. Los factores con puntuación media son:

Factor A) *Expresividad emocional* (Retraído Vs. Sociable), Factor F) *Impulsividad* (Taciturno Vs. Entusiasta), Factor L) *Credibilidad* (sospechosos Vs. Confiable), Factor M) *Actitud Cognitiva* (excéntrico Vs. Convencional), Factor N) *Sutileza* (Simple Vs. Sofisticado), Factor Q1) *Posición Social* (Rutinario Vs. Innovador), Factor Q2) *Certeza individual* (Dependiente Vs. Autosuficiente), Factor Q4) *Estado de ansiedad* (Tenso Vs. Estable).

Para comprobar la confiabilidad de las categorías encontradas en los dos tipos de análisis de la entrevista semiestructuradas, se procedió a la elaboración de *matrices*. Dichas matrices contienen las categorías resultantes del Análisis global de la personalidad, las categorías resultantes del análisis de cada ítem y los factores mostrados por el 16 PF.

A continuación se presentan las matrices elaboradas, que contienen las categorías que concretaron el hallazgo de *las necesidades psicológicas de las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama*. Entre paréntesis se muestra la frecuencia o intensidad de las categorías evaluadas.

		Matriz No. 1	
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Aptitud situacional(H)	Tímido (3)	Soledad (10)	Soledad (7)
	Aventurado		
Expresividad emocional (A)	Retraído (5)		
	Sociable (5)		

El análisis indica, que las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama en ocasiones pueden manifestarse como tímidas y en otras no, por ser la "soledad" un rasgo de la personalidad presente en las pacientes evaluadas, y se muestran en el test 16 PF, con los rasgos Aptitud situacional (H) y Expresividad Emocional (A) que mostraron que las pacientes se ubican en la polaridad de *tímido* en cuanto a la Aptitud Situacional (Tímido vs. Aventurado), y con una intensidad *media* respecto a la polaridad llamada Expresividad emocional (retraído vs. sociable); lo anterior se confronta y se afirma con el código resultante del análisis por cada ítem y el análisis de la personalidad global del instrumento.

		Matriz No. 2	
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Actitud cognitiva(M)	Excéntrico (5)	falta de empatía (8)	empatía (7)
	Convencional (5)		
Credibilidad (L)	Sospechoso (5)		
	Confiable (5)		

El análisis evidencia que las pacientes se muestra en ocasiones empáticas y en otras parecen no ser correspondidas de la empatía que desean. El test 16 PF mostró los rasgos de la personalidad, Actitud Cognitiva (M) y el Rasgo Credibilidad (L) con una intensidad *media*, es decir las pacientes participantes en ocasiones presentaron rasgos excéntricos y en otros convencionales, en

ocasiones con rasgos sospechosos y en otros casos con rasgos de la personalidad confiables. Lo anterior al contrastarlo con el análisis de respuesta por cada ítem y el análisis de personalidad global se afirma, y se respalda por lo emitido por el test psicométrico 16 PF.

Matriz No. 3			
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Estado de Ansiedad (Q4)	Tenso (5)	Segura de si misma (8)	Insegura de si misma (7)
	Estable (5)		
Credibilidad (L)	Sospechoso (5)		
	Confiable (5)		

El análisis revela que las pacientes en ocasiones tienden a manifestarse seguras de sí misma y en otras a sentirse inseguras de sí mismas. Lo que hace pensar que en ocasiones las referidas pacientes se mostrarán seguras de sí; pero pareciera ser que en su interior carecen de seguridad. El test 16 PF en los rasgos de la personalidad Estado de Ansiedad (Q4) y Credibilidad (L) se muestran en una intensidad *media*; lo anterior se contrasta y se afirma con el análisis de cada ítem del instrumento y el análisis de personalidad global.

Matriz No. 4			
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Autoestima (Q3)	Descontrolado (4)	Solidaridad (6)	Altruista (7)
	Controlado		
Impulsividad (F)	Taciturno (5)		
	Entusiasta (5)		

El análisis manifiesta que las pacientes pueden o no presentar el sentido de solidaridad o altruismo hacia las demás personas, y cuando este se manifiesta, es sobre todo en la etapa de reinserción a la vida cotidiana. Por ello se detecto este código o variable con alta frecuencia en el segmento de ítems que

evaluaban a las pacientes en la etapa de reinserción a la vida cotidiana. Se afirma con los rasgos de personalidad Autoestima (Q3) e Impulsividad (F), evaluados por el 16 PF, que se muestran en una intensidad *media*, y es respaldado al contraponerlo con el análisis de cada ítem y el análisis de personalidad del instrumento.

Matriz No. 5			
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Emotividad (I)	Emocional (4)	Autocompasión (7)	Sensible (6)
	Racional		

El análisis muestra, que las pacientes en estudio, en su mayoría son de carácter emocional, es decir, las pacientes poseen una tendencia al sentirse con autocompasión, debido a su sensibilidad o emocionalidad manifiesta.

Lo anterior se revela en el rasgo de la personalidad registrado por el 16 PF como Emotividad (I), que obtuvo un puntaje *bajo*; afirmando así los expresado anteriormente y se respalda al contraponerlo con los códigos encontrados en el análisis por cada ítem y el análisis global del instrumento.

Matriz No. 6			
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Estado de Ansiedad (Q4)	Tenso (5)	Ansiedad (6)	Ansiosa (3)
	Estable		

En el análisis se aprecia que las pacientes se muestran ansiosas, sobre todo cuando se encuentran en la etapa de reinserción social; el test 16 PF lo afirma en la polaridad Estado de Ansiedad (Q4) con una tendencia *media*, es decir que

las pacientes en estudio, con respecto a la ansiedad, pueden ser Tensas o Estables. Contrapuesta al análisis de cada ítem y análisis de personalidad global del instrumento se muestra que, las pacientes pueden o no manifestar su ansiedad, por lo que se respalda lo encontrado con el 16 PF.

		Matriz No. 7	
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Posición Social(Q1)	Rutinario (5)	cambio personal (9)	Estrictas en Normas (3)
	Innovador (5)		

El análisis indica que las pacientes pueden o no mostrar tendencia al cambio, según el rasgo de la personalidad registrado por el 16 PF como Posición Social (Q1), el que obtuvo un puntaje *medio*. Lo anterior al contraponerlo con los códigos encontrados en el análisis por cada ítem y el análisis global del instrumento, difiere levemente; ya que las pacientes en el código de análisis de personalidad global, se mostraron con un nivel bajo para presentarse como estrictas en normas o adquirir cambios en su vida, y en el análisis por cada ítem en el código cambio personal, las pacientes se mostraron como adquirientes de un cambio de la personalidad en sus vidas, después de padecer la enfermedad. En síntesis, las pacientes según el 16 PF pueden o no ser innovadoras o adquirir cambios en su vida, por lo contrario en el instrumento se muestra que las pacientes han adquirido un cambio personal a raíz de la enfermedad y que muy pocas veces serán estrictas a las normas o lo esperado dentro de la sociedad o la vida.



Matriz No. 8			
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Conciencia (O)	Inseguro (3)	Depresión (7)	Activas (3)
	Confiado		

En el análisis se muestra que, las pacientes en estudio poseen la tendencia a presentar inseguridad o estados depresivos, el test 16 PF lo mostró en la polaridad Conciencia (O) una tendencia *baja*. Contrapuesta al análisis de cada ítem y análisis de personalidad global del instrumento se muestra que, las pacientes efectivamente se muestran poco activas y como anuentes a padecer depresión, sobre todo en la etapa del tratamiento. Por lo anterior se respalda lo encontrado en el 16 PF.

Matriz No. 9			
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Fuerza del Yo (C)	Infantil (4)	Sentimientos de minusvalía (7)	Emocionalmente afectada (10)
	Maduro		

En el análisis revela, que las pacientes tenderán a presentarse como personas infantiles, emocionalmente inmaduras y débiles para tolerar las frustraciones, se afirma con el factor Fuerza del Yo (C) con una tendencia *baja*. Lo anterior al contraponerse con los códigos de análisis (por cada ítem y global de la personalidad), muestra que las pacientes sobrevivientes efectivamente tenderán a presentar sentimientos de minusvalía y mostrarse por consiguiente como personas emocionalmente afectadas, al considerar que el cáncer de mama afecto algún área de su vida.

Matriz No. 10			
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Autoestima (Q3)	Descontrolado (4)	autoestima inadecuada (9)	Desvalorizada/autoestima inadecuada (6)
	Controlado		

En el análisis se muestra que, las pacientes en estudio poseen la tendencia a presentar descontrol en sus emociones, reflejado en un carácter disparejo, según lo manifiesta el test 16 PF en la polaridad Autoestima (Q3) con una tendencia *baja*. Contrapuesta al análisis de cada ítems y análisis de personalidad global del instrumento se muestra que, efectivamente las pacientes se muestran con una autoestima inadecuada y como anuentes a sentirse desvalorizadas, sobre todo al recordar su padecimiento de cáncer de mama.

Matriz No. 11			
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Posición Social (Q1)	Rutinario (5)	Negación (9)	Negación de la realidad (6)
	Innovador (5)		

El análisis indica que las pacientes pueden o no mostrar tendencias opositoras al cambio o aquellas situaciones nuevas, como lo muestra el rasgo de la personalidad registrado por el 16 PF como Posición Social (Q1), que obtuvo un puntaje *medio*. Lo anterior al contraponerlo con los códigos encontrados en el análisis por cada ítem y el análisis global del instrumento, difiere; ya que las pacientes en el código de análisis de personalidad global, se mostraron con un nivel alto para presentarse como personas que niegan su realidad, y en el

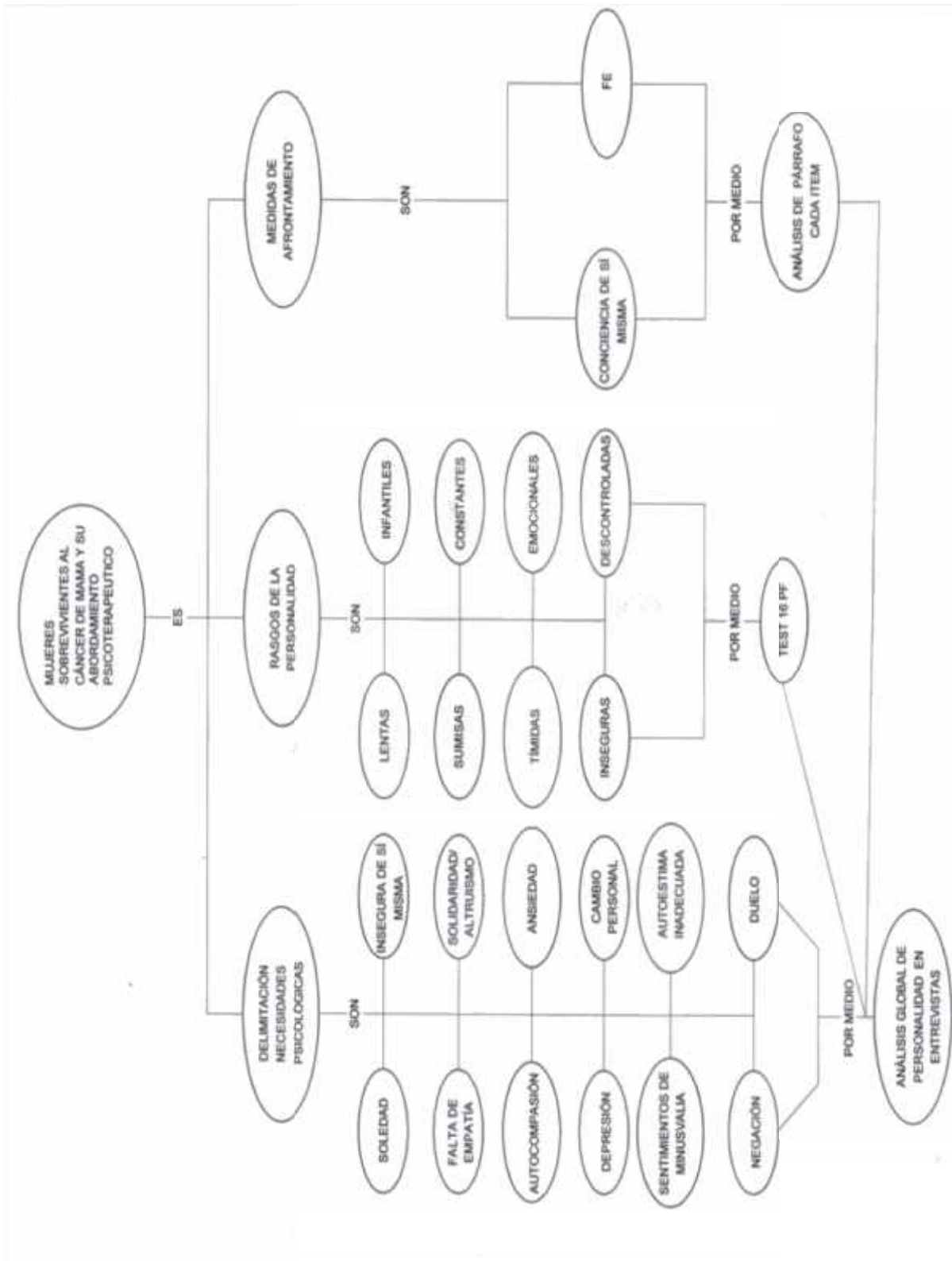
análisis por cada ítem en el código negación, las pacientes se mostraron con sentimientos de negación a su realidad, relacionada al cuestionarles si el cáncer de mama cambio algún área de su vida. En síntesis, las pacientes según el 16 PF pueden o no rechazar cambios en su vida, por lo contrario en el instrumento se muestra que las pacientes efectivamente niegan que su vida haya sido afectada o cambiada a raíz de la enfermedad, no aceptando así el cambio causado por la enfermedad.

		Matriz No. 12	
Test 16 PF		Entrevista Semiestructurada	
RASGO DE PERSONALIDAD		CODIGO/CATEGORIA	
		Código (análisis por cada ítem)	Código (análisis de personalidad global)
Estado de Ansiedad (Q4)	Tenso (5)	Duelo (5)	Duelo incompleto (5)
	Estable (5)		

En el análisis revela que las pacientes en estudio poseen la tendencia a presentar o no presentar tensión emocional, impaciencia o bien nerviosísimo, el test 16 PF lo muestra en la polaridad Estado de Ansiedad (Q4) con una tendencia *media*. Contrapuesto al análisis de cada ítems y análisis de personalidad global del instrumento se muestra que, las pacientes efectivamente se muestran o no, en cantidades por igual, con una tensión emocional ocasionada por algún tipo de duelo relacionado con la enfermedad. Por lo anterior se respalda lo encontrado en el 16 PF.

Lo anterior comprueba la confiabilidad de las categorías encontradas en los dos tipos de análisis, que se realizó con las respuestas emitidas por las pacientes a los cuestionamientos de la entrevista semiestructurada. Se hizo necesario el

recuento gráfico de los datos encontrados, para la comprensión del análisis realizado, el cual se muestra en el siguiente mapa conceptual:



### 3.2.1 Análisis Global

Con los resultados obtenidos y mostrados anteriormente, se observó lo siguiente:

Las necesidades psicológicas identificadas y que se deben atender psicoterapéuticamente en las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama son:

**la soledad** (sentirse sola, sin apoyo moral o familiar, con deseos de compañía),

**falta de empatía** (necesidad de comprensión, cariño, afecto, de correspondencia a los sentimientos emitidos o deseos de emitirlos y no lograrlo),

**insegura de sí misma** (necesidad de capacidades que puedan permitirle dirigirse en su entorno, o bien que son ignoradas) **autocompasión** (auto

percepción de ser víctima de la enfermedad y el entorno), **solidaridad/altruismo**

(deseos de mostrar apoyo moral a las pacientes recién diagnosticadas o que están en tratamiento contra el cáncer), **ansiedad** (inquietud por el porvenir,

inestabilidad emocional por la posible reaparición del mal en sus cuerpos)

**cambio personal** (poseer o deseos de concretar un cambio personal o interior gracias al haber padecido cáncer mama), **depresión** (deseos de abandono

personal, de inactividad, de no ejecutar responsabilidades, tristeza o nostalgia)

**sentimientos de minusvalía** (sentimiento incapacidad física, de no poder realizar ciertas actividades físicas, de no poder interactuar con su entorno

como se solía hacer), **autoestima inadecuada** (baja autoestima relacionada a la autoimagen distorsionada negativamente, insatisfacción del aspecto corporal),

**negación** (disconformidad al querer aceptar cambios personales a raíz de padecer cáncer de mama) **duelo** (duelo incompleto o no resuelto por la pérdida

de la mama, a causa de la mastectomía, o bien por el padecimiento de la enfermedad).

Por otro lado las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama, comparten rasgos de la personalidad, que las hacen manifestarse como personas: **Lentas** (personas que tienden a ser lentas o despaciosas en sus actos, en su percepción y en su actividad mental. Manifestarán poca energía y demoran para aprender. Tienen poco gusto y capacidad para las formas altas de conocimiento y tienden a ser en cierta forma rústicas y burdas), **Infantiles** (personas que tienden a ser emocionalmente inmaduras, débiles para tolerar las frustraciones, evasivas, de nervios fatigados, que fácilmente se enojan con las cosas y la gente. Generalmente son insatisfechas y poseedoras de varios síntomas neuróticos, tales como fobias, perturbaciones del sueño o problemas psicosomáticos), **sumisas** (tienden a ser seguidoras de los demás, dependientes de otras personas, a ir con el grupo y someterse. Generalmente son de corazón suave, tierno y expresivo; pero se disgustan con facilidad) **constantes** (poseen un carácter fuerte, responsable, decidido, enérgico, bien organizado. Generalmente son conscientes y emocionalmente maduras. Tiene un gran respeto por los principios morales y prefieren a los eficientes que a cualquier otra persona), **tímidas** (personas con tendencia a la timidez, a ser cautelosas, fugitivas. Generalmente tienen complejos de inferioridad. Tienen la tendencia a expresarse con lentitud, prefieren uno a dos amigos íntimos y no muchos; no es capaz de mantenerse en contacto con todo lo que está sucediendo a su alrededor), **emocionales** (pacientes con tendencia a ser muy tiernas, imaginativas, artísticas, soñadoras. Algunas veces exigentes y poco

prácticas. Le chocan las personas ordinarias y los trabajos pesados. Tienden a alterar la moral de los grupos con comentarios negativos), **inseguras** (tienden a padecer depresiones, estar preocupadas, y evitar la compañía. Generalmente viven muy preocupadas de los cambios de su estado de ánimo. Están inclinadas a tener sentimientos de ansiedad. No se sienten aceptadas por los grupos, ni con espíritu para participar con ellos), y **descontroladas** (personas que tienden a ser poco controladas y de carácter disparejo. Irrespetuosas con las demás personas. Son explosivas y poco cuidadosas).

Por último se observó que las medidas de afrontamiento utilizadas con mas frecuencia por las pacientes fueron: la **fe** (ideas referentes a un Ser supremo que brinda guía, seguridad, esperanza, protección, sabiduría, fortaleza y un propósito en la vida) y la **conciencia de sí mismo** (insight o percepción del valor de las propias condiciones físicas, mentales y sentimentales, y además de los entes que las rodean).

## CAPÍTULO IV

### IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1 Conclusiones

- Al abordar psicoterapéuticamente a una mujer sobreviviente al cáncer de mama, se debe considerar la presente detección de las necesidades psicológicas, los rasgos de la personalidad y las medidas de afrontamiento utilizadas por las pacientes durante la etapa del diagnóstico hasta la etapa de reinserción social. Y por consiguiente se obtendrá y se ejecutará un plan psicoterapéutico que pueda atender las necesidades psicológicas específicas de las pacientes.
- Las necesidades psicológicas identificadas y que se deben atender psicoterapéuticamente en las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama son: **soledad**, **falta de empatía**, **la inseguridad de sí misma**, y **autocompasión**, la necesidad de mostrarse con **solidaridad/altruismo**, **la ansiedad**, necesidad de concretar un **cambio personal**, **la depresión**, los **sentimientos de minusvalía**, **la autoestima inadecuada**, la **negación** y el **duelo** no resuelto o incompleto.
- Las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama, comparten rasgos de la personalidad, que las hacen manifestarse como personas: **Lentas** en su actuar, en su percepción y su actividad mental, **Infantiles** o inmaduras para tolerar frustraciones, **sumisas** o seguidoras y dependientes de otras personas o asistir con grupos, **constantes** o de carácter fuerte, responsables, dedicadas, enérgicas y bien organizadas y preferentes de la gente eficiente, **tímidas** o con tendencia a ser cautelosas, fugitivas y



que prefieren a uno o dos amigos y no muchos, **emocionales** o tiernas, imaginativas, artísticas, soñadoras, exigentes y poco prácticas y que le disgustan las personas ordinarias, **inseguras** o con tendencia a padecer depresión, a estar preocupadas, a evitar a la gente y que generalmente viven preocupadas de su estado de ánimo, y por último **descontroladas** o que tienden a ser poco controladas y de un carácter disparejo, con tendencia a ser poco cuidadosas.

- Las medidas de afrontamiento frecuentemente utilizadas por las pacientes son: la **fe** (idea referente a un Ser supremo que brinda guía, seguridad, esperanza, protección, sabiduría, fortaleza y un propósito en la vida) y la **conciencia de sí mismo** (insight o percepción del valor de las propias condiciones físicas, mentales, sentimentales y además de los entes que las rodean).

## **4.2 Recomendaciones**

### **A los psicólogos:**

- Deberán implementar o incluir en su plan terapéutico la vía multidisciplinaria o atención integral de las pacientes (bio-psico-social), considerando y priorizando las necesidades descritas en esta investigación, con la aplicación de técnicas y métodos específicos para la atención de las mencionadas necesidades.
- Considerar los rasgos de la personalidad que pueden ser recurrentes en las pacientes, aprovechando así las potencialidades y debilidades de la misma, para la creación del plan terapéutico.
- Dentro del trabajo multidisciplinario, se deberá incluir la asistencia de un guía espiritual acorde a las creencias y convicciones de la paciente; debido a que la fe, es una medida de afrontamiento frecuentemente utilizada por las pacientes.

### **Al hospital General San Juan de Dios:**

- Es imprescindible el acompañamiento o la atención de un psicólogo, al momento de comunicar el diagnóstico, durante del tratamiento y recuperación de las pacientes con cáncer de mama.

### **A la Escuela de Ciencias Psicológicas:**

- Promover la realización de este tipo de estudios, con pacientes que padecen diversas enfermedades consideradas como crónicas, en búsqueda de mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON, G. *¿Qué hacer frente al cáncer?: las 50 cosas esenciales*. Colombia: Editorial Planeta, 2002. Pp.216.
- AUSTRICH, E., GONZALEZ, M. *Una oportunidad de vida: el papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama*. 2da. Edición, Colombia: Editorial Norma, 2008. Pp. 173.
- BARTHE, E. *Cáncer: enfrentarse al reto*. Barcelona: Editorial Robin Book, 1997. Pp.214.
- BELLAK, L. *Psicoterapia breve y de emergencia*. 2da. Edición, México: Editorial Pax, 1988. Pp.405.
- COLLI, M. *Discapacitados físicos: su rehabilitación psicológica familiar y social*. La Habana: Editorial Félix Varela, 2003. Pp. 161.
- CORNIE, W., CORNIER, S. *Estrategias de entrevista para terapeutas*. 3era Edición, España: Editorial DESCLEÉ de Browwer, 2000. Pp. 723.
- DICAPRIO, N. *Teorías de la personalidad*, 2da. Edición, México: McGrawHill, 2007. Pp. 557.
- DORSCH, F. *Diccionario de psicología*. Barcelona: Editorial Herber, 1991. Pp.1030.
- FRIEDEWALD, V. et. al. *Cáncer de seno: todo lo que usted debe saber*. Colombia: Norma, 1997. Pp.158.
- GARCIA, F., RINCON, P. *Prevención de sintomatología postraumática en mujeres con cáncer de mama: Un modelo de intervención narrativo, Terapia Psicológica*, Diciembre 2011, Volumen 29, No. 2, Pp. 175-183.
- HERNÁNDEZ, R., FERNANDEZ, C., BAPTISTA, P. *Metodología de la investigación*. 5ta. Edición, México: McGrawHill, 2010. Pp. 612.
- HERNÁNDEZ, R., FERNANDEZ, C., BAPTISTA, P. *Metodología de la investigación*. 3ra. Edición, México: McGrawHill, 2003. Pp. 705.
- KENT, A. *Y la vida continua: como enfrentar positivamente el diagnóstico de un cáncer y seguir adelante*. Colombia: Editorial Norma, 1997. Pp. 207.
- LEVIN, J. *Fundamentos de estadística en la investigación social*. México: HARLA, 1979. Pp. 305.
- MACARULLA, T. et al. *Comprender el Cáncer*. Barcelona: editorial Amat, 2009. Pp. 118.

MERANI, A. *Diccionario de psicología*. 3era. edición. México: Ediciones Grijalbo, 1996. Pp. 270.

PINEDA, E., ALVARADO, E., CANALES, F. *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. 2da. Edición. Washington D.C: OPS, 1994. Pp. 225.

RUIZ, J. *Metodología de la investigación cualitativa*. 3ra. Edición. España: Universidad de Deusto, 2003. Pp. 344.

### **Páginas Web:**

Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el cáncer. OMS. 2013.

Disponible en:

<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/es/index.html> [Consulta: 21/mayo/2013]

Organización Mundial de la SALUD. Cáncer: nota descriptiva no. 297. OMS. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>. [Consulta: 22/mayo/2013].

Registro del cáncer del INCAN-Guatemala-.Registro Hospitalario 2011.

*REGCANGUA*. 2013. Disponible en:

<http://regcangua.zzl.org/boletin/cuaygra-cn-2011.pdf> [Consulta: 24/mayo/2013].

Unidad Estadística Hospitalaria (Registro del cáncer). Estadística hospitalaria del INCAN año 2012. *REGCANGUA*. 2013. Disponible en:

<http://regcangua.zzl.org/boletin/estadistica-incan2012.pdf> [Consulta: 24/mayo/2013].

ANEXOS

**“CUADRO 11”**

Discriminación del problema	Focalización del problema	Amplitud del problema	Ganancia secundarias	Grado de deterioro de vida	Nec. Psicológicas diagnóstico	Nec. Psicológicas Tratamiento	Nec. Psicológicas Reinserción	Vida Sexual	Medidas de Afrontamiento	Destrezas Sociales
1. Enfermedad (9) 2. Duelo (5) 3. Entusiasmo (10) 4. conciencia de sí mismo (9)	5. auto compasión (10) 6. soledad (10) 7. Baja autoestima (9)	10. Sentimientos de minusvalía o enfermedad (7) 13. Negación (7) 14. Fe (6) 15. Auto rechazo (5) 16. Comprender (5)	17. Cambios personales (9)	18. autocompasión/ resignación (7) 20. Mecanismo de defensa. Racionalismo (7)	21 y 22. miedo y ansiedad (8) 23. Resignación y fe (10) 24. racionalización/ Responsabilidad (5) 25. confusión (2) 26. apoyo psicológico (10) 27. apego/ autoimagen Deteriorada (4)	28. quimioterapia (7) 29. depresión (7) 30. molestias (8) 31. Cambio actitud (6) 32. Reflexión (8) 33. darse cuenta/valor 34 y 35. Falta de empatía y empatía (8)	36. ansiedad (6) 37. auto motivación (9) 38. confusión (5) 39. renacer (9) 40. agradecimiento (7) 41. felicidad (10) 42. compartir (8) 43. solidaridad (6)	44. disfunción sexual (5) 45. orientación sexual (5) 46. falta de apoyo pareja (6)	47. conciencia de sí mismo y Fe (9)	48. Sentirse útil tener un propósito (10)

**Nota:** El numeral indica el ítem dentro de la entrevista semiestructurada, en donde encontró la categoría. El número dentro del paréntesis indica la frecuencia o intensidad de la misma.



Guía de Pautas  
Entrevista Semiestructurada

**Previo:** Buen Día, Sra. \_\_\_\_\_, quiero agradecerle por el tiempo e interés que muestra por formar parte de esta investigación, por medio de esta entrevista. La información que usted brinde será confidencial y con usos profesionales. Desde ya agradecemos su colaboración y la información que nos proporcionara, ya que esta será importante para este trabajo de investigación.

**Datos generales:**

- ¿Cuántos años tiene?
- ¿De dónde viene?
- ¿Tiene Hijos?    ¿Cuántos?
- ¿A qué se dedica?
- ¿Qué le preocupa actualmente?
- ¿Cuál es su motivación día a día?
- ¿Qué hace en su tiempo libre?
- ¿Cuáles considera sus defectos?
- ¿Cuáles considera sus cualidades?

Segmento	Pregunta
<b>1era. Fase.</b> Discriminación del problema	1. ¿Cuál ha sido el acontecimiento más estresante o doloroso para usted en los últimos tiempos? De las vivencias que ha tenido en los últimos tiempos: 2. ¿Cuáles cree que merecen atención psicológica? 3. ¿Cuánta alegría sería para usted, poder regresar al pasado y evitar la situación? 4. ¿Qué cree que pasaría si no se recibe atención

	psicológica, para emendar algunos aspectos de esta situación?
Focalización del problema	<p>5. ¿Qué sentimientos suele tener cuando, recuerda su padecimiento de cáncer de mama?</p> <p>6. ¿Qué otros sentimientos suele tener cuando..... (Sentimiento enmascarado)?</p> <p>7. ¿Qué sensación en su cuerpo experimenta cuando recuerda su padecimiento de cáncer de mama?</p> <p>8. ¿Qué hace cuando experimenta estas sensaciones en su cuerpo?</p> <p>9. Podría describir ¿qué tipo de pensamiento o imágenes pasan en su mente cuando recuerda su etapa de enfermedad?</p>
Amplitud del problema	<p>10. ¿Considera que el haber padecido cáncer de mama afecto algún área de su vida?</p> <p>11. Si es afirmativo ¿Cuál de ellas principalmente?</p> <p>12. ¿Por qué razón cree que esta área de su vida fue la más afectada?</p> <p>13. ¿de qué manera afecto en la área antes mencionada</p> <p>14. ¿Qué hizo al respecto?</p> <p>15. ¿Qué le hubiera gustado recibir o que ayuda le hubiera querido recibir?</p> <p>16. ¿Actualmente esto le afecta?</p>
Ganancias secundarias	17. ¿Cree que el haber padecido de cáncer de mama le produjo algún beneficio?
Grado de deterioro de vida por Cáncer de Mama.	<p>18. ¿Qué tanto interfiere en su vida actual, el haber padecido de cáncer de mama?</p> <p>19 ¿Por qué razón?</p>



	<p>20. ¿Con que frecuencia considera que le afecta el haber sido paciente de cáncer?</p>
<p><b>2da. Fase.</b> Necesidades Psicológicas durante el Diagnóstico</p>	<p>21. ¿Qué sentimientos se presentaron en su vida, cuando recibió el diagnóstico de cáncer de mama?</p> <p>22. ¿Recuerda que sucedió en su cuerpo cuando recibió la noticia del diagnóstico?</p> <p>23. ¿Qué acciones tomó para enfrentar ese momento?</p> <p>24. ¿Qué imágenes o pensamientos vinieron a su mente en ese momento?</p> <p>25. ¿Lo que vivió al recibir la noticia del diagnóstico, lo había experimentado en algún otro momento?</p> <p>26. ¿Qué necesitó en ese momento y no pudo recibir para enfrentar esta noticia?</p> <p>27. ¿Que recibió en ese momento y que cree fue importante para sobrellevar el impacto del diagnóstico?</p>
<p>Necesidades psicológicas durante el tratamiento</p>	<p>28. ¿Qué etapa del tratamiento considera que fue más difícil de sobrellevar?(quimioterapia, Radioterapia, Mastectomía)</p> <p>29. ¿Qué sentimientos se presentaron en su vida, cuando se encontraba en su tratamiento de cáncer de mama?</p> <p>30. ¿Recuerda que sucedió en su cuerpo cuando recibía su tratamiento?</p> <p>31. ¿Qué acciones tomó para enfrentar ese momento?</p> <p>32. ¿Qué imágenes o pensamientos vinieron a su</p>

	<p>mente en ese momento?</p> <p>33. ¿Lo que vivió en ese momento, lo había experimentado en algún otro momento?</p> <p>34. ¿Qué necesitó en ese momento y no pudo recibir para enfrentarlo?</p> <p>35. ¿Que recibió en ese momento y que cree fue impórtate para sobrellevar el momento del diagnóstico?</p>
<p>Necesidades psicológicas durante el proceso de reinserción a la vida cotidiana.</p>	<p>36. ¿Qué etapa de retomar la rutina de la vida cotidiana considera que fue el más duro de sobrellevar?</p> <p>37. ¿Qué sentimientos se presentaron en su vida, cuando fue informada de esta libre de cáncer?</p> <p>38. ¿Recuerda que sucedió en su cuerpo cuando recibía esta noticia?</p> <p>39. ¿Qué acciones tomó para enfrentar ese momento?</p> <p>40. ¿Qué imágenes o pensamiento vinieron a su mente en ese momento?</p> <p>41. ¿Lo que vivió en ese momento, lo había experimentado en algún otro momento?</p> <p>42. ¿Qué necesito en ese momento y no pudo recibir para enfrentar este momento?</p> <p>43. ¿Que recibió en ese momento y que cree fue impórtate para sobrellevar el momento de poder volver a su vida sin cáncer?</p>
<p>Vida sexual</p>	<p>44. ¿Considera que su vida sexual se vio afectada por el padecer Cáncer de mama?</p> <p>45. Sí le afecto: ¿Qué necesitó en su vida y no pudo</p>

	<p>recibir para enfrentar este momento?</p> <p>46. ¿Que recibió en ese momento y que cree fue sobrellevar esta situación?</p>
<b>3era. Fase.</b>	
Medida de Afrontamiento	47. ¿A que recurrió o que acción tomó para prepararse y enfrentar el cáncer de mama?
Destrezas conscientes y utilizadas	48. ¿Qué virtudes o cualidades de su persona, cree que le ayudaron para enfrentar el cáncer?