

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

La importancia del apoyo psicológico y su influencia en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama de 40 a 55 años del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán

**Autor: Alejandra Ibañez Arreygue
y Laura Patricia Garza Carreón**

**Tesis presentada para obtener el título de:
Li. en Psicología**

**Nombre del asesor:
Laura Patricia Garza Carreón**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“LA IMPORTANCIA DEL APOYO PSICOLÓGICO Y SU INFLUENCIA EN
LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE 40
A 55 AÑOS DEL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA DE
MORELIA MICHOACÁN.”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA DE PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**ALEJANDRA IBÁÑEZ ARREYGUE
LAURA PATRICIA GARZA CARREÓN**

ASESORA DE TESIS:

LIC. EVELYN CABALLERO DURÁN

RVOE LIC031211

CLAVE 16PSU0004J

MORELIA, MICHOACÁN NOVIEMBRE DEL 2008

INDICE.

Resumen.

| | |
|---|----|
| Introducción. | 1 |
| Justificación. | 4 |
| Importancia del estudio. | 6 |
| Planteamiento de la investigación. | 7 |
| 1. Objetivos. | 7 |
| 2. Problema de investigación. | 8 |
| 3. Preguntas de investigación. | 8 |
| 4. Ejes temáticos. | 9 |
| Antecedentes. | 10 |
| Capítulo I. Marco teórico. | 11 |
| 1. Cáncer de mama. | 11 |
| 1.1. Definición de cáncer. | 11 |
| 1.2. Cáncer de mama. | 13 |
| 1.3. Clasificación. | 14 |
| 1.4. Etapas. | 16 |
| 1.5. Detección temprana. | 18 |
| 1.6. Incidencias y factores de riesgo. | 20 |
| 1.7. Perfil de riesgo. | 22 |
| 1.8. Tratamiento médico. | 24 |
| 1.8.1. Quimioterapia. | 24 |
| 1.8.2. Radioterapia. | 27 |
| 1.8.3. Terapia hormonal. | 28 |
| 1.8.4. Terapia adyuvante. | 29 |
| 1.8.5. Procedimientos quirúrgicos. | 29 |

| | |
|--|------------|
| 2. Etapas del desarrollo del adulto. | 32 |
| 2.1. Adulto temprano. | 32 |
| 2.1.1. Área biológica. | 33 |
| 2.1.2. Área psicosocial. | 34 |
| 2.1.3. Sexualidad. | 39 |
| 2.1.4. Área cognoscitiva. | 41 |
| 2.1.5. Área laboral. | 44 |
| 2.2. Adulto intermedio. | 45 |
| 2.2.1. Área biológica. | 46 |
| 2.2.2. Área psicosocial. | 50 |
| 2.2.3. Pareja y sexualidad. | 65 |
| 2.2.4. Área cognoscitiva. | 69 |
| 2.2.5. Área laboral. | 71 |
| 2.3. Adulto tardío. | 73 |
| 2.3.1. Área biológica. | 74 |
| 2.3.2. Área psicosocial. | 76 |
| 2.3.3. Sexualidad. | 85 |
| 2.3.4. Área cognoscitiva. | 86 |
| 2.3.5. Área laboral. | 88 |
| 2.4. Resumen de características. | |
| Generales del desarrollo del adulto. | 91 |
| 3. Del apoyo psicológico a la calidad de vida. | |
| 3.1. Los senos. | 94 |
| 3.1.1. Características de la mujer con cáncer de mama. | 96 |
| 3.2. El diagnóstico. | 98 |
| 3.3. Después del diagnóstico. | 102 |
| 3.3.1. Duelo ante pérdidas parciales. | 102 |
| 3.4. Apoyo psicológico. | 105 |
| 3.4.1. Técnicas. | 108 |
| 3.5. Calidad de vida. | 109 |
| Capítulo II. Metodología. | 113 |
| 2.1. Tipo de investigación. | 113 |
| 2.2. Técnicas de recolección de datos. | 114 |
| 2.3. Participantes. | 115 |

| | | |
|---|--|------------|
| 2.4. | Escenario. | 115 |
| 2.5. | Procedimiento. | 116 |
| Capítulo III. Resultados. | | 117 |
| 3.1 | Resultado de las entrevistas. | 118 |
| 3.1.1. | Descripción de las entrevistas. | 118 |
| 3.1.2 | Resultados de las entrevistas. | |
| | Paciente por paciente. | 121 |
| 3.2. | Resultados del cuestionario de calidad de Vida. | 126 |
| 3.2.1. | Gráficas pretest grupo control. | 126 |
| 3.2.2. | Gráficas postest grupo control. | 133 |
| 3.2.3. | Descripción de las graficas del grupo control. | 139 |
| 3.2.4. | Graficas pretest grupo estudio. | 141 |
| 3.2.5. | Gráficas postest grupo estudio. | 147 |
| 3.2.6. | Descripción de las graficas del grupo estudio. | 154 |
| 3.2.7. | Resultados comparativos pre test - pre test. | 155 |
| 3.2.8. | Descripción de graficas comparativas Pretest – postest. | 157 |
| 3.2.9 | Resultados comparativos generales. | 157 |
| 3.2.10. | Descripción de graficas comparativas Generales. | 158 |
| Capítulo IV. Discusión y Conclusiones. | | 159 |
| Limitaciones y sugerencias. | | 166 |
| | Limitaciones. | 166 |
| | Sugerencias. | 167 |
| Referencias bibliográficas. | | 168 |
| Anexos. | | 173 |
| Anexo # 1 | Evaluación de calidad de vida (cuestionario). | 174 |
| Anexo # 2 | Cronograma del taller "Aprendiendo a vivir diferente". | 177 |
| Anexo # 3 | Ficha clínica. | 179 |

RESUMEN.

El presente trabajo estudia la importancia del apoyo psicológico en la calidad de vida en paciente con cáncer de mama, como medio se utiliza la aplicación del taller "Aprendiendo a vivir diferente" así como de la prueba psicométrica evaluación de calidad de vida del doctor Fuentes de la Peña en mujeres con cáncer de mama de 40 a 55 años de edad del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, Michoacán. Se formaron dos grupos de seis pacientes donde se les aplicó un pretest, a un grupo se le brindó el taller (grupo estudio) y al otro no (grupo control), cuatro meses después de este se les aplicó un postest. Los teóricos principales que sustentan este trabajo son: Cameron, Varonesi, Erikson, Papalia, Warner, Dicaprio, Austrich, González Maraña, Haber, y Middeleton.

Palabras clave: cáncer de mama, calidad de vida, adulto y apoyo psicológico.

DEDICATORIA.

Siempre decías que quien fallecía se convertía en una estrella, pero era pequeña y no lograba entenderlo, gracias abue, porque aunque hoy no estas, eres la estrella más importante que ahora llevo conmigo.

Porque se lo difícil que ha sido ser mamá, gracias por enfrentar la vida, por tu amor, por siempre empujarme a la vida aún con mis miedos y hacer de mi la mujer que soy.

Tía Fi y tía Gaby por creer en mí, por apoyarme siempre incondicionalmente, por ser mi familia. Adrián porque aunque no te lo diga, eres el mejor hermano que la vida me dio.

Por darme la vida y porque con tu ausencia me has hecho crecer y me has enfrentado a quien soy, gracias papá.

A mis tíos y primos que han sido parte de mi, gracias por estar siempre pendientes aún en la distancia.

A la Fra por ser auténticamente quienes son, por enseñarme a compartir las sonrisas, pero sobre todo por enseñarme lo que es un amigo en el llanto. Gracias Adri por convertirte en una hermana, por ser cómplice y amiga.

Nena gracias por el abrazo siempre en el momento justo, por el trabajo constante en este proyecto, por la paciencia y la complicidad en estos años.

A quienes durante mi camino sin proponérselo me han hecho crecer, gracias.

Ale

DEDICATORIA.

En las etapas de mi vida fáciles, difíciles, tristes o alegres siempre he contado con Dios que me ha dado la fuerza y el espíritu necesario para cruzarlos y dos ángeles, uno que me ha dado amor, paciencia confianza, además de haber entregado su tiempo, esfuerzo y todo lo que lleva de vida por que hizo de mi una mujer íntegra, profesional y valiosa... el otro me ha enseñado un nuevo y hermoso camino en esta vida... el ser madre. Gracias mamá, gracias Danalyh por ser ustedes esos lindos ángeles.

Mamá, por tu entrega, amor, dedicación.

Mima, por tenerme siempre en tus oraciones, por tu paciencia y mucho amor.

Vicky y Chava, por estar siempre a mi lado apoyarme y brindarme todo su amor pero sobre todo por ver a mi hija como propia. Vania y Abelardo, por enseñarme a luchar contra las adversidades de la vida, a superar cualquier obstáculo y siempre estar unidos.

A todos mis tíos y primos por estar siempre conmigo.

A la tía Fi, Gaby y Ale por quererme como su hija, pero sobre todo darme su amor, cariño y comprensión tanto para mi como para Dana. Las quiero mucho

La Fra, por compartir momentos agradables y tristes en mi vida pero sobre todo a Adrianita por extenderme siempre sus manos y levantarme en todo momento.

Alita, por permitirme realizar este proyecto contigo, aguantarme tanto tiempo pero sobretodo por tu confianza y amor depositados en mí.

A todos ustedes les dedico esta tesis en la que puse todo mi empeño y amor.

Lalish.

Evelyn:

Por el apoyo, la orientación cuando sentíamos que no sabíamos por donde ir, por que creíste y nos enseñaste a creer en lo que éramos capaces de dar, Gracias.

Ale y Lalish.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer es una enfermedad tan antigua como el hombre. Según Hipócrates el término cáncer, por la semejanza con las patas de cangrejo. Es un padecimiento que se origina en cualquier tipo de célula y en cualquier tejido corporal produciendo formas distintas, en las mujeres, el cáncer tiene mayor prevalencia en mortalidad en lo que es cáncer cervicouterino y de mama.

En los últimos años, diversas instituciones de la salud como el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicio Social para Trabajadores del Estado (ISSTE), la Secretaría de Salud (SSA), han dado a conocer cifras estadísticas que demuestran que el cáncer de mama en México se ha incrementado en los últimos 30 años, al pasar del decimoquinto lugar en el año 2000 al primero en el 2006 como principal causa de fallecimientos en mujeres mayores de 30 años.

Hoy en día sabemos que el cáncer de mama afecta principalmente a las mujeres que están alrededor de los 40 años de edad, lo que incluye al 25% de todas las mujeres de México, el cual cuando se atiende a tiempo, es decir, en las primeras etapas de la enfermedad, el 75% de estas mujeres evoluciona favorablemente, según estadísticas del INEGI (2007). Por lo que la presente investigación pretende conocer los cambios que enfrenta la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

Asi mismo, las mujeres entre los 40 a 60 años ocupan el primer lugar en decesos por esta enfermedad, lo que representa un grave problema de salud pública, se reveló que la tasa de mortalidad del cáncer mamario, de acuerdo con estudios de mujeres del D.F. se incrementó en el periodo 2000-2006 de 14.6 defunciones por cada 100 mil mujeres de 40 años a 23.1 fallecimientos, según el INEGI (2007). En la ciudad de Morelia, Michoacán, en el 2005, el

cáncer de mama ocupó el 2º. lugar de casos de cáncer tratados en el Centro Estatal de Atención Oncológica (CEAO), el cual reporta que el nivel de muertes ha ido en aumento hasta llegar al 16% por año, en las pacientes de dicho centro, y el de pacientes tratadas con quimioterapia y radioterapia es de el 70%, con los cuales se controló la enfermedad, o se redujo el tumor para posteriormente ser operado, dependiendo de la fase de la enfermedad (INEGI 2007).

El impacto psicológico que genera un diagnóstico de cáncer de mama es importante, a esto se le agrega la idea mítica del cáncer, la falta de una situación propicia para que la paciente se viva contenida, así como la ausencia de quien responda sus preguntas, pueden ser tan dañinas que lleve a que la paciente como la familia de la misma, a no saber que medidas o decisiones tomar en la lucha contra el padecimiento.

Entre los sentimientos más comunes en mujeres diagnosticadas con esta enfermedad encontramos la amenaza a la pérdida de la vida, de la integridad corporal, al dolor, así como ansiedad, angustia, miedo, tristeza y reacciones de incredulidad o negación ante el diagnóstico.

El objetivo principal de abordar la calidad de vida es primordialmente lograr integrar la experiencia subjetiva de la mujer con cáncer de mama durante el proceso de la enfermedad desde un entendimiento biológico, psicológico y social; para así poder mejorarla.

Por ello en el capítulo uno del marco teórico explica la parte biológica correspondiente a la información médica de la enfermedad; ya que el cáncer es hoy en día uno de los focos rojos de la salud pública en nuestro país, debido a su mortalidad y morbilidad que se genera a raíz de este padecimiento, así como también el costo económico, sanitario y humano que genera a partir de la enfermedad así como de sus tratamientos.

En el capítulo dos se aborda la evolución psicológica del adulto, es decir, se busca entender desde la parte psicológica a la mujer en edad adulta, analizando cada proceso de vida desde el aspecto cognitivo, psíquico, físico entre otros. Así como la relación con el cáncer y el desarrollo de la mujer adulta intermedia, ya que esta es la población estudiada.

En el capítulo tres se trabaja en como la paciente es capaz de hacer reajustes en su vida, después de saber su diagnóstico, a través del apoyo psicológico, de esta manera poder elaborar su duelo por la pérdida de una parte de su cuerpo y la de su propia salud. Incluyendo en ocasiones el acompañamiento de la familia en el proceso de la enfermedad; ya que las consecuencias psicológicas de esta enfermedad interfieren negativamente en la calidad de vida y en la capacidad de recuperación y adaptación de la mujer en su vida cotidiana.

En lo que respecta al estudio de campo se trabajó con un grupo control y uno de estudio con pacientes que tienen el mismo diagnóstico, todas sometidas a mastectomía, cada grupo con seis pacientes, se les aplicó un pretest de evaluación de la calidad de vida de Fuentes de la Peña, este test hecho para pacientes con cáncer, al grupo estudio, se le aplicó el taller "Aprendiendo a vivir diferente", a ambos grupos después de 4 meses se les aplicó un posttest, y se analizaron los resultados.

Por lo que se espera que después del trabajo realizado con el grupo estudio, las pacientes que tomaron el taller "Aprendiendo a vivir diferente" pueden tener una mejora significativa en su calidad de vida, teniendo conciencia de su enfermedad; así como de lo que implica tanto para ella como para su entorno todo el proceso tanto físico como emocional de la misma.

JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de mama es un problema que se ha convertido en un fenómeno mundial que sigue incrementándose día con día en nuestra sociedad, causando un impacto a la persona que lo padece en las esferas biológica, psicológica y social.

Los tumores malignos se mantienen como la segunda causa de muerte en México y se siguen incrementando cada año, se registran 61 mil decesos y se diagnostican 100 mil nuevos casos. Entre los hombres los tumores malignos más comunes son los de tráquea, bronquios y pulmón, próstata y estómago. En tanto, las mujeres mueren principalmente por cáncer cérvicouterino y mamario.

A nivel mundial, cada año se tiene un registro de 22 millones de casos. En ese mismo período se diagnostican 10 millones de nuevos casos, mientras que 6.2 millones de personas pierden la vida (Secretaría de Salud 2006 citado por el INEGI 2007).

Debido a que la mama es un órgano con una carga afectiva, el impacto psicológico que se genera en la mujer con este diagnóstico, y durante su tratamiento afectan a la mujer en diferentes áreas; por ejemplo en el área biológica, se ve modificada su simetría corporal y su función materna. El cambio físico en estas mujeres, afecta el establecimiento de relaciones interpersonales, en especial con la pareja, como resultado de los cambios que genera la enfermedad y el mismo tratamiento, no solo físicamente sino emocionalmente también.

Se sabe que la interacción entre las emociones y el funcionamiento físico del organismo es cada vez más clara, esto debido a que cada vez es más

evidente que el funcionamiento del sistema nervioso central, el sistema inmunitario y el sistema endocrino están entrelazados. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en las enfermedades.

Este padecimiento ha generado diversos cuestionamientos y preocupaciones a la sociedad y al sector salud, así mismo como el impacto a nivel emocional en el paciente y en su familia.

Por todo ello creemos que es de suma importancia estudiarlo, con el propósito de poder aportar alternativas efectivas a las pacientes para que sepan hacerle frente a las diversas situaciones y cambios que se generan a partir de una enfermedad como es el cáncer de mama, haciendo consciencia de su enfermedad. Ya que el mejorar la calidad de vida de los pacientes va a facilitar la reinserción familiar, social y laboral.

Así mismo consideramos que esta investigación es oportuna debido a que existe mucha investigación de sobre como es el estilo de vida de las mismas, pero poca investigación, acerca de que hacer para la mejora de la calidad de vida de estas pacientes. En este proceso se cuenta con el apoyo de la institución, así como también con las instalaciones adecuadas para llevarla acabo, y con la autorización de las pacientes.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Tomando en cuenta que el cáncer es la segunda causa de muerte en México y poco se hace en las instituciones de salud pública a nivel estatal, en cuanto al área emocional de las pacientes que padecen un cáncer mamario, se cree importante brindar un apoyo psicológico de tal manera que esto contribuya a promover alternativas efectivas que ayuden a la paciente a afrontar su nuevo estilo de vida, a recuperar su estabilidad emocional, tomando herramientas desde la perspectiva propia para que le ayuden a enfrentar esta enfermedad y las consecuencias que de esta se generen.

Por otro lado a nivel estatal existe poca investigación en cuánto al cáncer de mama y la psicología, es por ello que queremos darle mayor importancia a estas dos acotaciones, ya que el simple hecho de que a estas mujeres se les diagnostique un cáncer, le produce mucha ansiedad y confusión en su vida, así como un cambio radical en su estilo de vida. Desde la psicología se puede acompañar a las mujeres en el proceso de su enfermedad y sus propios duelos derivados de la misma, y a la vez contribuir un poco a la investigación de ésta área.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

1. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la importancia del apoyo psicológico en mujeres con cáncer de mama de 40 a 55 años del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia Michoacán para la mejora de su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar a las pacientes con cáncer de mama de 40 a 55 años de edad.
- Brindar la información necesaria para un mejor conocimiento de la enfermedad partiendo de la información médica y el apoyo psicológico, por medio del taller "aprendiendo a vivir diferente".
- Promover alternativas efectivas para afrontar los cambios derivados del cáncer de mama.
- Describir la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama de 40 a 55 años de edad.
- Brindar un medio de contención para elaborar las emociones, pensamientos y conductas que la mujer con cáncer de mama desarrolla y que repercuten en el equilibrio de la misma.

- Acompañar a las pacientes en el proceso de duelo que viene en consecuencia de las pérdidas parciales que enfrenta.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Ante toda esta información se ha llegado a establecer la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la importancia del apoyo psicológico para la calidad de vida en pacientes de con cáncer de mama de 40 a 55 años de edad del Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, Michoacán?.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Es posible promover alternativas efectivas para afrontar los cambios derivados del cáncer de mama?
- ¿Se puede brindar la información necesaria para un mejor conocimiento de la enfermedad partiendo de la información médica y el apoyo psicológico, por medio del taller "aprendiendo a vivir diferente?"
- ¿Es posible determinar como es la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama de 40 a 55 años de edad?
- ¿Es factible acompañar a las pacientes en el proceso de la realización de los duelos que vienen en consecuencia de las pérdidas parciales que enfrenta?

- ¿Se puede brindar un medio de contención para elaborar las emociones, pensamientos y conductas que cada mujer con cáncer mamario desarrolla y que repercuten en el equilibrio de la misma?

4. EJES TEMATICOS:

1. Cáncer de mama.

¿El cáncer de mama se encuentra en el seno derecho?

¿El cáncer de mama se encuentra en el seno izquierdo?

2. Alteraciones del sueño.

¿Existen alteraciones en el sueño?

3. Alteraciones del apetito.

¿Existen alteraciones en el apetito?

4. Las relaciones interpersonales.

¿Cómo es la relación con los padres?

¿Hay agresión explícita o implícita en sus relaciones interpersonales?

¿Son buenas sus relaciones de pareja?

5. Miedos y fantasías.

¿Hay miedos a partir del padecimiento?

¿Hay fantasías derivadas de la enfermedad?

ANTECEDENTES.

Como antecedentes existen tres tesis que hablan en común del cáncer y sus consecuencias en el área psicológica, las cuales abordan las siguientes temáticas:

"Calidad de vida y sus repercusiones psicológicas". Esta tesis busca analizar las repercusiones psicológicas que tiene la calidad de vida de un grupo de pacientes oncológicos del departamento de atención domiciliaria de enfermos crónicos del instituto mexicano del seguro social. Realizado por Parrish de la Universidad Latina de América de Morelia Michoacán, en el año de 2005.

"Sexualidad y cáncer de mama". Esta investigación da a conocer los cambios que enfrenta la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama que son sometidas a una cirugía en donde se les extirpa toda o parte de la mama; donde se abarca la autoestima, la imagen corporal y la vida en pareja. Realizado por Torres De la Universidad Latina de América, de Morelia, Michoacán en el año de 2005.

"Psicooncología de cáncer de mama" en dicha tesis se realiza primero una descripción un área de la psicología poco mencionada como es la psicooncología, su campo de estudio, sus enfoques principales e historia. La finalidad de es una revisión crítica e integrativa de los hallazgos publicados en psicooncología del cáncer mamario, es una investigación de carácter bibliográfico que busca abarcar una gran cantidad de aspectos de la enfermedad y de fuentes disciplinarias de investigación. Esta investigación se realizó en la Universidad de Chile en la facultad de ciencias sociales del departamento de psicología por Bañados y Tamblay en el 2004.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta el marco teórico desde una postura biológica, psicológica y social, dejando claro el abordaje para la facilidad del entendimiento del presente.

1. CÁNCER DE MAMA.

"Conoce tu cuerpo, no lo evadas.

Disfrútalo no lo castigues.

Condúcelo, no lo abandones.

Edúcalo, no lo sometas.

Compréndelo, no lo juzgues".

Anónimo.

1.1. DEFINICIÓN DE CANCER.

El cáncer es un padecimiento que se ha estudiado desde los inicios de la medicina existiendo referencia a esta patología desde Hipócrates y Galeno. Hacia finales del siglo XIX reaparecieron manifestaciones del interés científico por los aspectos psicológicos y sociales vinculados con el cáncer. Alrededor de 1915 se encuentran las primeras divulgaciones relativas a la educación pública con fines de lograr una detección precoz de los signos que conlleva esta enfermedad (Holland, 2002). A través de años de investigación, se logró llevar a cabo una definición general de lo que es el cáncer.

Para comenzar, los tumores pueden ser tanto benignos como por ejemplo las verrugas, fibromas, entre otros., o bien malignos que son los que conocemos como cánceres. Entendiendo por tumor a una masa anormal de tejido corporal, la palabra vienen del latín tumor, significa masa extraña o bulto.

Guy (1984) citado por Parrish (2005), mencionó que el termino cáncer provienen de la palabra latina que significa cangrejo. Parece ser que fue Hipócrates el primero en utilizar esta palabra para describir un cáncer de seno que deformaba el pecho como si hubiese sido presa de las tenazas de un cangrejo, que hubiera plantado sus patas en la carne viva.

Más recientemente, Bustamante (1989) explica que el cáncer surge cuando una célula acumula varias mutaciones, usualmente a lo largo de varios años, y al final escapa de las restricciones de la proliferación. Las mutaciones permiten a la célula y sus descendientes acumular alteraciones adicionales y perpetuarlas en un número creciente de células que posteriormente forman tumores.

Entonces el cáncer es definido mundialmente como "una enfermedad maligna, caracterizada por el crecimiento rápido y desordenado de células que llegan a formar tejidos irregulares conocidos con el nombre de tumores, que pueden llegar a crearse en cualquier parte del cuerpo" (Carswell 2002).

Es importante el mencionar la diferencia entre cáncer y neoplasia; como ya se mencionó el cáncer es un órgano o tejido que tiene un crecimiento por una multiplicación descontrolada y desordenada de células, y la neoplasia; viene del término neo que significa nuevo, y del griego plasma que quiere decir formación, por tanto indica la formación de células nuevas sin orden ni control. (Doll y cols. 1989).

En lo que respecta a los tumores malignos, que es lo que estudiaremos, se conocen por su capacidad para invadir y destruir tejidos y órganos, tanto los que están cerca como los que están lejos del tumor original. La metástasis se produce cuando la propagación del cáncer daña de tal manera los tejidos y los órganos vitales, que no pueden funcionar. Las células del cáncer atacan el tejido sano y nunca dejan de multiplicarse.

De esta manera el hablar de cáncer estamos hablando de un grupo de células que, si bien antes formaban un tejido sano que se dividía y regeneraba ordenadamente para renovar cada parte del cuerpo, ahora las células empiezan a crecer sin control provocando un daño irreparable en el órgano en el que se aparece.

1.2. CÁNCER DE MAMA.

El cáncer de mama es la consecuencia de la aparición de un grupo de células mamarias incontroladas que se utilizan toda la energía que les llega en reproducirse, el proceso pasa inicialmente por una fase de crecimiento local en donde las células alteradas se desarrollan desenfrenadamente.

El crecimiento y extensión del cáncer de mama depende del tipo de células malignas que lo conformen. Si el cáncer se detecta antes de que se haya extendido a los ganglios o a otras partes del cuerpo, la posibilidad de controlarlo es de 90%, lo que significa seguir viva y sin tumor cinco años después del tratamiento.

Es un cáncer que se extiende a través del sistema linfático (sistema vascular accesorio al sanguíneo), por lo que siempre deben revisarse y en ocasiones extraerse los ganglios de la axila y del cuello para comprobar si el cáncer no se ha extendido.

1.3 CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.

Según DeVita y cols. (1988), clasifica los tumores de mama en dos tipos: maligno y benigno.

Entre los tumores benignos, están:

- Abscesos: proceso inflamatorio, infeccioso de la glándula mamaria que puede tener una inflamación aguda o crónica.
- Fibroadenoma: el más común, es sólido, formado por tejido fibroso glandular, es común que haya más de un fibroadenoma en la misma mama y el que existan en ambas no es infrecuente. No suele doler aunque pueden causar molestias cuando crecen de forma rápida.
- Quistes: son bolsas llenas de líquido que se desarrollan en la mama y que pueden palparse con facilidad. La presencia de uno o más quistes no siempre favorece la aparición de tumores malignos.
- Displasia mamaria: son un conjunto de protuberancias en el seno, formadas por el tejido fibroso de la glándula mamaria, que con el paso de los años van teniendo mayor dureza y que dan origen a la aparición de quistes.

Dentro de las tumoraciones malignas existen varias, por lo que solo describiremos los tumores más frecuentes en mama:

- Carcinoma lobular in situ: es un indicador de riesgo alto de desarrollar cáncer de mama invasivo. Esta anomalía por lo general está ampliamente distribuida en toda la mama y con frecuencia se presenta en ambos senos simultáneamente, se origina en las glándulas mamarias, generalmente aparece antes de la menopausia. Es importante tenerlo vigilado por el médico, pues tiende a avanzar, con este tipo de carcinoma por lo que hay que tener un buen control.
- Carcinoma ductal infiltrante: es el cáncer de mama invasivo más común, y representa el 70 % de los casos. Un bulto muy duro que tiene bordes irregulares y parece estar anclado en los tejidos circundantes, es la forma característica del carcinoma ductal infiltrante, se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y puede pasar a otros órganos del cuerpo.
- Carcinoma lobular infiltrante: comienza en las glándulas mamarias, el tumor crece en el terminal (la última parte) de los lóbulos donde se produce la leche. Es difícil de detectar por medio de mastografía, y al palpar se puede sentir como un engrosamiento del cuadrante superior del seno, según se va infiltrando. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 45 a 56 años de edad. Este tipo de tumor se presenta en el 10 % de los cánceres malignos.
- El carcinoma ductal in situ: se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios, aún no se ha extendido. Es el diagnóstico clínico más temprano que se puede hacer de cáncer de mama y con frecuencia se diagnostica con una mamografía de detección que ha detectado pequeñas áreas de calcificación en el seno. Raramente las

pacientes sospechan que tiene cáncer de mama. Si este tipo de cáncer no recibe tratamiento, aproximadamente el 30 por ciento de las pacientes desarrollarán cáncer de mama invasivo en un promedio de 10 años a partir del diagnóstico inicial.

Sin importar el diagnóstico los tumores pueden haberse extendido a través de cualquier vaso sanguíneo o mediante los vasos linfáticos, y originan una metástasis, es decir, el cáncer se propaga a algún otro órgano distante al que en este caso es la mama.

Al tratar el tema de cáncer se deben de conocer las etapas de evolución de la enfermedad, ya que es importante para los servidores de la salud estar al tanto de las fases en el cual se encuentra el paciente y los tratamientos que implica dicha etapa, para lograr hacer una mejor intervención.

1.4. ETAPAS.

El cáncer de mama se divide en las siguientes etapas según Veronesi, (1991).

Etapa 0 (carcinoma in situ) Hay dos tipos de carcinoma mamario in situ:

Carcinoma ductal in situ (CDIS) es un cáncer de mama muy precoz que puede desarrollarse en un tipo invasivo de cáncer mamario (es decir, cáncer que se ha esparcido desde el conducto a los tejidos circundantes).

Carcinoma lobular in situ (CLIS) no es cáncer, más bien un marcador o

indicador que identifica a una mujer con un riesgo incrementado de padecer cáncer de mama invasivo (es decir, cáncer que se ha esparcido a los tejidos circundantes). Es común que ambas mamas estén afectadas.

Etapa I

En la etapa I, el cáncer tiene un tamaño no mayor a 2 centímetros (aproximadamente 1 pulgada) y no se ha diseminado fuera de la mama.

Etapa IIA

El cáncer tiene un tamaño no mayor a 2 centímetros (aproximadamente 1 pulgada) pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), o tiene entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Etapa IIB.

El cáncer tiene un tamaño entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), o tiene un tamaño mayor a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.

Etapa IIIA

El cáncer tiene un tamaño inferior a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), y los ganglios linfáticos están adheridos entre ellos o

a otras estructuras, o tiene un tamaño mayor a 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos pueden estar adheridos entre ellos o a otras estructuras.

Etapa IIIB

El cáncer se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluidos las costillas y los músculos pectorales), o se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de la pared pectoral a lo largo del esternón.

Etapa IV

El cáncer se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, más a menudo los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro, o se ha diseminado a los ganglios linfáticos en el cuello, cerca de la clavícula.

1.5. DETECCIÓN TEMPRANA.

Para Durán-Sacristán (1996) la detección masiva consiste en exámenes físicos y mastográficos de cáncer de mama de mujeres asintomáticas. Esta prevención ayuda a combatirlo con mayor facilidad.

El examen físico de mastografía son necesarios para lograr resultados de máximos programas de detención, cerca de 35% a 50% de cánceres mamarios tempranos pueden descubrirse mediante el estudio de mastografía y el otro 40% puede detectarse únicamente por la palpación.

Las mujeres de 20 a 40 años de edad deben someterse a un examen mamario como parte de los cuidados médicos regulares cada 2 o 3 meses. Mujeres mayores de 40 años deben tener el examen mamario cada año, por medio de la mastografía como medio de control y prevención.

Sabiendo que la mastografía es un estudio de rayos X de las mamas en donde se toma una serie de placas que son interpretadas por el médico especializado. Esta detecta con claridad las formaciones extrañas de tan sólo un milímetro de diámetro, lo cual es imposible de detectar por medio del autoexamen.

AUTOEXPLORACIÓN:

Las mujeres a partir de los 20 años deben revisar sus mamas mensualmente 7 a 8 días después de su periodo menstrual, como se describe a continuación.

1er. Paso: OBSERVACIÓN

Para empezar debe la persona colocarse frente a un espejo y observar sus mamas con los brazos a los lados del cuerpo. Continuar observando sus senos con sus brazos sobre la cabeza. Con los brazos en sus caderas presionar hacia abajo e inclinarse hacia delante.

Aquí puede observar:

- Asimetría del tamaño de las mamas.
- Desviación de la dirección de alguno de los pezones.
- Retracción del pezón o de alguna otra área cutánea.
- Edema de la piel.
- Ulceraciones o excoiaciones.

- Salida de secreción por el pezón.
- Enrojecimiento o cualquier cambio con relación al examen previo.

2º. Paso Palpación: TOCAR.

La persona debe de explorarse acostada y con una almohada bajo el hombro derecho, colocar el brazo derecho detrás de la cabeza así explorar el seno derecho con los dedos de su mano izquierda.

Durante la exploración, la presión es firme y pareja. En movimientos circulares. Alrededor de la mama y llegando hasta la axila y la parte media del esternón.

Debe de examinarse toda el área con movimientos verticales de los dedos hacia arriba, y repetir el examen completo en el seno izquierdo de la misma forma.

Se puede encontrar:

- Tumores (bolitas del tamaño de un frijol hasta de una naranja).
- Zonas induradas (partes duras).
- Aumento en la noloridad o sensibilidad (dolor).
- Cambios en relación con los exámenes previos.

1.6. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGOS.

Según Robbins (1995) las mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron cáncer de mama tienen una probabilidad tres a cuatro veces mayor que otras de desarrollar la enfermedad.

Otros de los factores importantes en éste tipo de cáncer son:

1. Raza blanca: las personas blancas tienen más posibilidades de desarrollar este tipo de cáncer.
2. Edad 40-61 años : De acuerdo a las estadísticas en nuestro país, el más alto índice de Cáncer de Mama se encuentra en el rango de edad comprendido entre los 40 y 49 años.
3. Genética: el gen BRCA1- BRCA 2, es un factor predisponente a desarrollar cáncer de mama.
4. Historia médica previa: como cáncer endometrial.
5. Historia menstrual (menarca temprana, antes de los 12 años, y menopausia después de los 45 años de edad) : la importancia que se puede considerar dentro de este dato es el estímulo constante de los niveles de estrógenos que propician la estimulación constante en el tejido mamario que lo hace susceptible para el padecimiento de cáncer.
6. Nulípara: en las mujeres que no han tenido hijos y que nunca se han embarazado se ha encontrado que aumenta el riesgo de padecer cáncer mamario por la continua estimulación de las hormonas para el desarrollo de esta enfermedad.
7. Primer embarazo tardío: En esta situación se puede mencionar que las mujeres que tienen un embarazo a término en edades entre los 19 y 21 años les confiere una cierta protección en el riesgo de padecer cáncer mamario. En cambio las mujeres mayores de 30 años que han

tenido un embarazo a término después de esta edad les incrementa el riesgo de padecerlo.

8. Madre, y/o hermana que hayan padecido cáncer de mama: En este grupo se ha encontrado que más del 30% de las mujeres que cuentan con este antecedente pueden manifestar Cáncer de Mama en forma temprana.
9. Antecedentes de patología mamaria benigna: De acuerdo a los estudios realizados en otros países se encontró que algunas enfermedades, sobre todo la hiperplasia de la mama, se encuentran situadas como un escalón antes del cáncer, por lo que es importante considerar a aquellas mujeres que han padecido esta enfermedad como de alto riesgo para padecer cáncer mamario.
10. Obesidad: Los estudios han demostrado que a partir del tejido graso se forman componentes estrogénicos que facilitan la estimulación de la glándula haciéndola más susceptible para la enfermedad maligna.

1.7 PERFIL DE RIESGO.

El siguiente cuadro es un test realizado por la clínica de prevención del ISSSTE (2002); en el cual se identifican claramente los factores de riesgo para desarrollar un cáncer de mama; en el cual se palomean los recuadros que indican algún factor que la paciente tenga, al finalizar se realiza una suma del puntaje, para conocer el grado de probabilidad de desarrollar un cáncer de este tipo.

| FACTORES DE RIEGO | PUNTAJE |
|--|----------------|
| Edad: mayor de 50 años. | 4 |
| Edad: de 40 a 49 años. | 3 |
| Edad: de 35 a 39 años. | 2 |
| Edad: menor de 35 años. | 0 |
| Antecedentes de cáncer de mama en madre, abuela, tía o abuela. | 2 |
| Primer embarazo a término después de los 30 o ningún parto. | 1 |
| Menopausia después de los 50 años. | 1 |
| Menarca antes de los 12 años. | 1 |
| Aumento de volumen de la mama. | 1 |
| Alteraciones de la forma. | 2 |
| Alteración del pezón. | 2 |
| Fístulas o heridas. | 1 |
| Trastorno inflamatorio de la mama. | 2 |
| Escurrecimiento hemático. | 2 |
| Escurrecimiento no hemático. | 1 |
| Displasia benigna. | 2 |
| Masa no especificada. | 3 |
| | |
| TOTAL | |

PUNTAJE:

- 21-30 muy probable que se desarrolle un cáncer de mama.
- 6-20 probable que se desarrolle un cáncer de mama.
- 1-5 poca probabilidad que se desarrolle un cáncer de mama.

1.8. TRATAMIENTO MÉDICO.

Para Cameron (1994), el tratamiento puede ser curativo o paliativo. Entendiendo por tratamiento paliativo al centrar la atención en disminuir el dolor y el sufrimiento al proporcionar a los pacientes medicación para el alivio de sus síntomas; y el curativo busca erradicar la enfermedad.

- El tratamiento curativo se recomienda para tratar las etapas clínicas I y II.
- El tratamiento paliativo es apropiado para todos los pacientes con enfermedades en etapa IV y para los tratados antes que se desarrolle metástasis distantes o que tiene cáncer local no extirpable.

La quimioterapia y la radioterapia son tratamientos utilizados tanto paliativos como curativos.

1.8.1. QUIMIOTERAPIA.

Para Cameron (1994) la quimioterapia son fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas. Existen más de 50 medicamentos diferentes para combatir la enfermedad, la multiplicación y diseminación de las células malignas.

La quimioterapia puede administrarse por vía oral (en forma de pastilla, cápsula o solución bebible), sin embargo el sistema digestivo no siempre los puede absorber, por lo que puede recurrirse también a inyecciones intramusculares o intravenosas. No se limita a actuar en un área concreta

sino que llega a diversas partes del organismo, donde se hayan extendido las células malignas.

Algunos de los factores que pueden afectar al paciente que recibe quimioterapia son:

- Mujeres con tendencia a padecer náusea y vómito en su vida.
- Cuando se es mayor de 40 años.
- Mujeres con antecedentes de vómito y malestares matutinos durante el embarazo.

Según Torres (2005) algunas de las consecuencias de este tratamiento son:

- El vómito es natural, sirve para expulsar sustancias nocivas. Es el más común de los síntomas, es el resultado de un reflejo complejo coordinado por el centro de vómito en la formación reticular.
- Náusea: consiste en una sensación desagradable en la parte de atrás de la garganta y el estómago. La sensación puede ocasionar vómitos o no.
La náusea produce más saliva, mareos, aturdimiento, dificultad para digerir los alimentos, cambios en la temperatura de la piel y aceleración del ritmo cardiaco.
- Diarrea o estreñimiento.
- Anemia como consecuencia de la pérdida de apetito, ya que las pacientes reportan mal sabor de boca e insipidez en los alimentos que ingieren.
- Caída de cabello: La pérdida de pelo por quimioterapia sucede porque la acción de algunos medicamentos contra el cáncer es la de matar células cancerígenas de crecimiento rápido. Destruye el folículo piloso. Por esto, aproximadamente a las dos o tres semanas de iniciar

el tratamiento se aprecia, también puede presentarse esto en la radioterapia.

- Hemorragias.
- Prurito.
- Mayor predisposición a enfermedades virales por las bajas defensas.
- Fatiga o falta de energía.

Existen algunas alternativas para disminuir el malestar presentado por este tratamiento como lo son:

- Llevar un diario de su náusea y vómito para comprobar en que momento empeora el problema.
- Evitar las frituras y las grasas.
- Evitar alimentos condimentados.
- Comer siempre a la misma hora.
- Reposar después de la comida.
- Si se tiene náusea por la mañana intentar comer galletas saladas antes de levantarse.
- La paciente no debe comer cuando haya vómito, tiene que esperar hasta que pase.
- Evitar el contacto con personas resfriadas.
- Cuidar la higiene personal.
- No cortar la cutícula de sus uñas.
- Evitar estar el riesgo de caídas o golpes.

Sin embargo todos estos cuidados pueden variar de persona a persona, pues solo el paciente sabe que es lo que puede tolerar y que no.

1.8.2. RADIOTERAPIA.

Para Sabiston (1999) dice que la radioterapia consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca). Se desarrolla a lo largo de unos 20-30 días (los que el oncólogo y el radiólogo hayan creído convenientes), y la paciente va de forma ambulatoria a la clínica o sala donde se realice la radioterapia; no tiene que estar hospitalizada para ello.

En sí, el tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una radiografía sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada. Lo que se consigue con la radioterapia es disminuir el tamaño del tumor, para luego retirarlo quirúrgicamente o, una vez realizada la intervención, limpiar la zona de células malignas.

Los efectos secundarios de este tratamiento son: cansancio o fatiga, inflamación y pesadez en la mama, enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar), que suelen desaparecer tras seis o 12 meses.

Aunque sean sometidas a dosis pequeñas de radiación alteran su funcionamiento hormonal, provocando esterilidad y/o pérdida de la producción de hormonas, sin embargo no se aplica en todos los casos.

La acción de los aparatos suele estar muy focalizada de manera que sus efectos suelen ser breves y, generalmente, bien tolerados por las pacientes. Una buena combinación de descanso, actividad física y prendas delicadas puede atenuar estas molestias.

1.8.3. TERAPIA HORMONAL

Según DeVita y cols. (1988). La terapia hormonal es útil para el control y tratamiento de tumores con resultados positivos en análisis de receptores de estrógeno o progesterona. Estos tumores utilizan hormonas para estimular su crecimiento. El bloqueo de las hormonas limita el crecimiento de estos tipos de tumores.

Si se ha determinado que el tumor es un positivo receptor hormonal; entonces utiliza estrógeno o progesterona para desarrollarse el tratamiento hormonal, puede utilizarse solo o junto con quimioterapia. Entre los ejemplos de terapia hormonal utilizada como terapias adyuvantes tenemos el tamoxifeno, anastrozol (Arimidex), letrozol (Femara) y exemestano (Aromasin).

Según Robbins (1995) el tamoxifeno es un medicamento que los investigadores han estudiado durante más tiempo para su uso como terapia hormonal. Bloquea el estrógeno e impide su fijación a las células tumorales. Ha resultado ser efectivo para reducir el riesgo de recurrencia en la mama tratada, el riesgo de desarrollar cáncer en la mama opuesta y el riesgo de desarrollar cáncer en mujeres sin antecedentes de la enfermedad, pero que tienen riesgo superior al promedio de desarrollar cáncer de mama. Las investigaciones actuales muestran que no hay beneficios en el uso de tamoxifeno más de cinco años.

Los efectos secundarios del tamoxifeno incluyen sofocos, pequeño aumento del riesgo de cáncer de útero y sarcoma uterino y aumento en el riesgo de coágulos sanguíneos. El tamoxifeno puede ser efectivo para las mujeres tanto premenopáusicas como posmenopáusicas.

1.8.4 TERAPIA ADYUVANTE.

Para Doll y cols. (1989) adyuvante significa "de ayuda", y estas terapias se aplican además de la cirugía o la cirugía más la radioterapia para disminuir el riesgo de que reaparezca el cáncer de mama. Las terapias adyuvantes incluyen radioterapia, quimioterapia y terapias hormonales.

Están diseñadas para eliminar toda célula cancerosa de la mama que permanezca en el cuerpo. La terapia adyuvante disminuye el riesgo de recurrencia, pero no lo elimina.

1.8.5. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

Para Veronesi (1991) hay tres tipos de mastectomía. El médico es quien puede explicar los beneficios y los riesgos de cada tipo:

- La mastectomía total (o simple).
- La mastectomía radical modificada.
- La mastectomía radical.
- Reconstrucción mamaria.
- Lumpectomía.

Durante una mastectomía total (o simple), el cirujano extirpa todo el seno (incluyendo el pezón, la areola y la mayoría de la piel sobrepuesta al mismo) y puede también extirpar algunos de los nódulos linfáticos de la axila, también llamados las glándulas axilares linfáticas.

Los nódulos linfáticos en forma de fríjol de la axila drenan los vasos linfáticos de las regiones del antebrazo, la mayoría del seno, la nuca y la axila. El

cáncer del seno frecuentemente se propaga a estos nódulos linfáticos, entrando así al sistema linfático y permitiendo que el cáncer se propague a otras partes del cuerpo.

Durante una mastectomía radical modificada, el cirujano extirpa todo el seno (incluyendo el pezón, la areola, y la piel sobrepuesta al mismo), algunos de los nódulos linfáticos de la axila, y el revestimiento de los músculos del pecho. En algunos casos, parte de los músculos de la pared torácica también se extirpan.

Durante una mastectomía radical, el cirujano extirpa todo el seno (incluyendo el pezón, la areola, y la piel sobrepuesta al mismo), los nódulos linfáticos de la axila, también llamados las glándulas linfáticas axilares y los músculos del pecho. Por muchos años, esta fue la operación estándar.

Y para Durán-Sacristán (1996), la lumpectomía es uno de los tipos de cirugía que se pueden realizar para la resección de un tumor de mama. Corresponde al tipo de cirugías conservadoras, es decir, en donde no se reseca la totalidad de la mama (mastectomía). Esta cirugía consiste en resecar todo el tumor que se identifica ya sea por palpación o por estudios de imagen, como mamografía o ecografía. En cualquiera de los casos, en esta cirugía se debe quitar alrededor del tumor 1 cm. de tejido sano para poder evitar que exista una reaparición del tumor.

Cuando no se logra quitar 1 cm. de tejido sano, en la revisión histológica solo 3 mm. de tejido sano son suficientes para considerar un buen margen de resección.

En la reconstrucción mamaria, por lo general, para realizar una cirugía de este tipo, la mujer tiene que pasar dos veces por el quirófano, una para la mastectomía y otra para la implantación de la prótesis.

Generalmente no se suele realizar al mismo tiempo que la cirugía donde se les extirpa la mama, porque puede haber complicaciones relacionadas a la anestesia ya que están mucho tiempo bajo ella, por lo cual optan los médicos hacerla en intervenciones distintas. No existe ningún inconveniente para que la paciente se intervenga cuando ella lo crea conveniente. El implante suele ser de silicona o de suero salino. No todas las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía radical quieren realizarse un implante de prótesis. El hecho de pasar por un quirófano y someterse a una anestesia y cirugía con la posterior recuperación, hace que algunas opten por las prótesis externas (Diana citada por Bañados y col. 2004).

2 . ETAPAS DEL DESARROLLO DEL ADULTO.

"Tú eres lo que es el profundo deseo que te impulsa.

Tal como es tu deseo, es tu voluntad.

Tal como es tu voluntad, son tus actos.

Tal como son tus actos, es tu destino".

Brihadaranyaka Upanishad

A continuación se aborda el desarrollo del adulto, con la intención de entender el proceso de vida y su impacto o relación con el cáncer.

2.1 ADULTO TEMPRANO.

La etapa del adulto temprano comienza a los 20 años concluyendo a los 40 años aproximadamente, durante este periodo se toman decisiones que le traerán beneficios o le afectarán durante su vida.

Esta etapa esta marcada por una serie de acontecimientos, los principales son: el final de la escuela, trabajar y ser económicamente independiente, vivir fuera de la casa de los padres, la vida en pareja y la paternidad. (Villanueva, 1985).

Al adulto temprano se le puede entender desde varias áreas las cuales son:

2.1.1 ÁREA BIOLÓGICA.

Según Hansen (2003) el 90 % de la población no padece enfermedades, por lo general están en el punto máximo de salud, fuerza, energía y resistencia, así como de su funcionamiento sensoriomotor. La mayoría no padece enfermedades crónicas.

Por lo que las principales causas de fallecimientos, a diferencia de otras etapas de vida en las cuales son las enfermedades, aquí son los accidentes automovilísticos, seguida de suicidio, homicidio, cáncer de linfoma y enfermedades del corazón (INEGI, 2007).

En lo que respecta a la visión, audición, olfato y gusto generalmente permanecen intactos hasta la llegada de la madurez, donde empiezan a declinar.

Las enfermedades más comunes son los problemas digestivos, gastritis y dolor de espalda. Lo que probablemente se relaciona con el estrés laboral.

El adulto que es físicamente activo recibe muchos beneficios. Además de ayudar a mantener un peso corporal deseable, la actividad física constituye músculos fuertes, fortalece el corazón y los pulmones, disminuye la presión sanguínea, con lo que previene enfermedades del corazón, y hace los huesos más fuertes (Weiten, 2006).

Las mujeres saben más que los hombres, tienen mayor conciencia de las enfermedades, mayor conciencia de los síntomas y de como prevenirlas.

México se encuentra en los primeros lugares de obesidad en el mundo, ya que la dieta es alta en carbohidratos y grasas; esto afecta a la persona en el área no solo física, sino también emocional y social (Hansen, 2003).

Otro de los problemas comunes en esta edad es el alcohol, el adulto joven ingiere bebidas embriagantes para tener aceptación de la sociedad otras veces lo ven como un escape. La drogadicción generalmente a esta edad va en decremento con respecto a lo que consume el adolescente, sin embargo no desaparece por completo.

Las enfermedades de transmisión sexual son un punto importante en esta edad, por la falta de información que se tiene sobre éstas, o bien por tabús culturales los cuales no permiten que se acuda a revisión con el médico.

La infertilidad que entendemos como la incapacidad de concebir bebés después de intentarlo por un período de 12 meses; también es un problema físico usual en esta etapa de vida, la fertilidad de la mujer comienza a disminuir durante los 30, para los hombre a principios de los 40. (Papalia y cols. 2005).

2.1.2 ÁREA PSICOSOCIAL.

La sexta etapa del desarrollo psicosocial de Erikson (1978), es el tema principal de la edad adulta temprana, a la que llama intimidad vs. Aislamiento, donde la virtud buscada es el amor.

Cuando el ser humano se ha enfrentado a sus atributos de libertad y responsabilidad, ha logrado superar su crisis de identidad, y sus metas, los valores, y creencias se encuentran bien establecidas, es momento para reconocer y aceptar su separatividad. (Bugental citado por Villanueva, 1985). En cuanto reconozco que es él y nadie más, deberá enfrentarse en esta etapa de la vida a las necesidades primordiales de relación y arraigo, que solo pueden ser satisfechas verdaderamente mediante el amor y la fraternidad. (Fromm citado por Hansen, 2003).

Si durante la infancia de una persona, éste no vio satisfechas sus necesidades de ser querido, o no logró sentirse lo suficientemente reconocido, y todo esto había quedado como asunto no resuelto, el individuo se engañará a si mismo pensando que en verdad quiere una relación madura, cuando lo que desea es ser querido y reconocido, según Villanueva (1985) no se reconoce como una entidad separada de la madre, la familia, el estado, etc. Se apoya, se siente enraizado con ellos, siente su identidad como parte de ellos y no como un ser separado de ellos, por lo que difícilmente se separará.

Cuando el adulto joven ha aceptado su separatividad, comienza a sentir la necesidad de relacionarse profundamente con otro, ésta listo para amar en una forma íntegra. Sin embargo no solo necesita haber pasado exitosamente las etapas evolutivas anteriores, sino encontrar a una persona con las mismas condiciones de desarrollo psicológico, que tenga metas fundamentales en la vida compatibles con las suyas, lo cuál no es sencillo.

Muchos adultos pasan por la vida sin lograrlo, negando su individualidad, y con ello su separatividad, y su responsabilidad personal, continúan huyendo toda su vida de su individualidad, entre más tratan de escaparse de sus angustias existenciales, más las incrementan. (Villanueva, 1985).

La resolución de esta etapa como ya se mencionó produce la virtud del amor, la devoción mutua entre dos compañeros que han decidido compartir sus vidas, según Erikson (1978) la decisión de no cumplir con el impulso natural de procreación tiene serias consecuencias para el desarrollo; de este modo su teoría a sido criticada por excluir a los homosexuales, padres solteros y célibes.

En la transición de los 30 años, el hombre revalora su estructura de vida y busca mejorarla, la fase culminante de la edad adulta temprana, hecha raíces. La manera en que maneje los problemas de esta fase afectará la transición de la edad madura. (Cueli y cols. 1972).

Las crisis no son el resultado de alcanzar cierta edad, sino de la época y ocurrencia inesperada de los eventos de vida. Si los eventos ocurren a tiempo, el desarrollo procede sin complicaciones, de no ser así probablemente venga el estrés. Este estrés viene de un evento inesperado, que sucede a destiempo o a que no suceda el evento esperado.

Las personas aquí pueden permanecer solteras, vivir con una pareja de cualquier sexo, divorciarse, casarse de nuevo, ser madres o padres solteros, todo ello con menor prejuicio social que en tiempos anteriores.

Actualmente las personas se casan más grandes, si es que lo hacen, es mayor el número de individuos que tienen hijos sin estar casados, así como también más gente se divorcia.

Los que deciden casarse generalmente lo hacen en esta etapa de vida, tiene una incidencia en la felicidad y satisfacción de los individuos, en ello influye el sentido de compromiso que se tengan en la pareja, la manera en la que se comunican, toman decisiones y como se manejan los conflictos.

Para Dicaprio (2003) con la formación de la pareja viene también la oportunidad de ser padres, lo cual implica desde el familiarizarse con la idea de serlo, lo cual muchas veces va desde juegos de roles, hasta elaborar los sentimientos ambivalentes respecto a ser padre. Pues el ser padre o madre conlleva a cambiar la imagen de ser hijo a ser padre o madre de un hijo.

Quien será nuevo padre tiene una serie de expectativas acerca de cómo será como padre, las cuales se irán modificando con la experiencia, para volverse más realistas con el paso del tiempo.

Tanto los hombres como las mujeres tienen sentimientos encontrados acerca de tener un hijo, tiene entusiasmo a la vez que ansiedad por la responsabilidad de tener a alguien a quien cuidar.

En la actualidad los padres participan más que antes en la vida de sus hijos, aún así no están tan involucrados como la madre; sin importar que esta trabaje o no, generalmente es la principal cuidadora en la mayor parte de las familias. Conforme sus hijos se desarrollan y crecen también lo hacen los padres. Posibilita una mejor comprensión de la pareja al vivir juntos la experiencia de la paternidad y maternidad.

Al ser padre se amplían las relaciones sociales, en función de los hijos. Ofrece la posibilidad de identificarse con los propios padres, prepararse para las etapas que vienen, por lo que la paternidad es una fuente de gratificación muy grande.

Muchos individuos en esta etapa permanecen solteros, ya sea porque no han encontrado una pareja que satisfaga sus necesidades, o por elección. Los solteros por elección actualmente quieren ser libres para poder correr riesgos, experimentar y hacer cambios, viajar, vivir en distintos países o lugares, continuar estudiando, todo ello sin preocuparse por el otro; aquí el posponer el matrimonio o la vida en pareja tiene un sentido, generalmente no es solitaria, se mantiene ocupada y activa y se siente segura de sí misma, (Hansen, 2003).

Según Papalia y cols. (2005) y Warner (2003), los jóvenes solteros confían más en las amistades que los casados o los que son padres, las mujeres tienen sus necesidades sociales en el compartir, tener en quien confiar, platicar sus conflictos emocionales; los hombres comparten generalmente actividades pero no confidencias con sus amigos.

La relación con los propios padres en ésta etapa mejora ya que el joven adulto comprende más a estos, más aún si este es padre o madre, entonces comprende el porqué de sus actitudes o normas de las cuales se quejaba en la adolescencia, y que causaban conflicto familiar. Comienza a disfrutar a sus padres haciendo consciencia que no los tendrá toda la vida con ellos.

Por otro lado durante esta etapa los amigos tienden a centrarse en el trabajo, las actividades referentes al cuidado de los hijos y en el compartir con alguien confidencias. Algunos de los amigos tienen muchos intereses en común otros se basan en una sola actividad.

Los amigos reales tienden a ser más estables que los vínculos con un cónyuge. Generalmente tienen un beneficio importante para la salud, ya que el apoyo emocional de otra persona contribuye a minimizar los efectos del estrés.

Probablemente los lazos de amistad establecidos en esta etapa durarán a lo largo de la vida.

IMAGEN CORPORAL.

En esta etapa se tiene generalmente una idea clara de quién se es, qué roles quiere adoptar o formar, en como se viste y se actúa, todo esto en congruencia con la propia manera de expresar la masculinidad y feminidad

de cada individuo, la imagen corporal y el grado en que ésta concuerda con la percepción interna de ser mujer o ser hombre se encuentra muy probablemente definida en esta etapa. (Ortiz, 2003).

La autoimagen depende más del propio ideal de cada hombre o mujer que del exterior. Se cuenta con mayor independencia y libertad de realizar acciones que comprometan los ideales propios, a diferencia de etapas anteriores como en la adolescencia en donde el ser humano se ve influenciado por la sociedad y principalmente los amigos.

AUTOESTIMA.

Para Weiten (2006), durante esta etapa de vida, la autoestima puede verse afectada o favorecida por el hecho de que ocurran o no los eventos esperados en la vida de cada individuo, y de la manera en como cada ser humano los enfrente.

Es decir en el cumplimiento de cada una de sus metas propuestas, desde la elección y estabilidad de la pareja, la soltería, la paternidad o maternidad, así como de sus metas profesionales y económicas, todo ello contribuye a favorecer o no la autoestima del adulto joven.

2.1.3 SEXUALIDAD.

La sexualidad aquí se vive sin culpas, los individuos conocen su cuerpo y cómo siente, pueden hablar sobre las relaciones sexuales sin conflictos, hacer acuerdos y expresar sus deseos. Comprenden la diferencia entre fantasía y realidad, son responsables del cuidado de su cuerpo y apoyan el cuidado de su pareja, (Weiten, 2006).

Es muy probable que se tengan conductas autoeróticas y relaciones sexuales, aunque no todos los adultos tempranos viven la sexualidad en esta forma ideal.

El nivel de actividad sexual en el adulto joven es importante, pues es la etapa reproductiva. El pico de la capacidad sexual en la mujer es hacia los 30 años, cuando está en máxima capacidad reproductiva y en estas circunstancias el deseo es mutuo.

Para Ortiz, (2003) en esta etapa pueden presentarse las disfunciones sexuales, es decir, problemas relacionados con el deseo sexual, con la capacidad para excitarse y tener orgasmos, dolor en las relaciones sexuales, imposibilidad de relajar la vagina para permitir una penetración o angustia extrema que dificulta el intento de la relación sexual.

Aunque no siempre sucede así, la mayoría de estos problemas sexuales en los primeros años de la adultez tienen que ver más con factores psicológicos y de aprendizaje que con deficiencias fisiológicas o alteraciones anatómicas. La angustia y la depresión son trastornos frecuentes asociados a las disfunciones sexuales. En las mujeres, los síndromes más frecuentes son la dificultad para tener orgasmos y la disminución del deseo sexual. En los hombres, la dificultad para controlar la eyaculación y para lograr la erección. Mientras más avanza la edad, la posibilidad de encontrar factores orgánicos en las disfunciones sexuales aumenta considerablemente. En su expresión saludable los individuos tienen una gran capacidad de intimar.

2.1.4 ÁREA COGNOSCITIVA.

Utilizando el sentido común un adulto piensa diferente a un niño o un adolescente, ya que los adultos pueden tener diversas clases de conversaciones, comprender material muy complicado y resolver problemas más allá de las capacidades de la mayoría de los niños.

Mairer (1989) afirma que el desarrollo intelectual esta en relación con el reconocimiento que las personas hacen de lo que es importante y significativo para sus vidas. Propuso las etapas del modelo del desarrollo cognitivo entre las cuales el adulto temprano se encuentra en la etapa de los logros donde la persona adquiere conocimientos para su propio beneficio, esto le sirve para poder alcanzar una independencia y ser más competente en la vida, de esta manera poder lograr sus metas enfrentando una gran responsabilidad ante los demás.

Por otro lado se cuenta con tres elementos de la inteligencia propuestos por Sternberg citado por Weiten (2006) también citado por Hansen (2003), los cuales pueden ser utilizados en situaciones específicas; el primer elemento es el componente que permite analizar y procesar la información de manera adecuada, el segundo es la experiencia que compara la nueva información que ya tenemos almacenada y de esta forma integra nuevos datos, y por último la contextual que es la relación personal con el entorno, el como hacer frente a situaciones especiales y decidir sobre estos.

Piaget citado por Dicaprio 2003 consideró que el elemento más importante del pensamiento eran las operaciones lógicas. El pensamiento posformal se caracteriza por la capacidad para manejar la incertidumbre, la inconsciencia, la contradicción imperfección y el compromiso No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras que

van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite al pensamiento posformal (Dicaprio, 2003 y Mairer, 1989).

La madurez de pensamiento se refleja en la capacidad de combinar lo objetivo (elementos lógicos o racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o basados en la experiencia personal). Esto ayuda a que las personas tengan en cuenta sus propias experiencias y sentimientos.

Otra característica de esta etapa es el pensamiento dialéctico que es la capacidad de encontrar puntos de vista distintos al de uno mismo, aceptando su existencia de contradicciones, permitiendo la integración entre la creencia y la experiencia, favoreciendo así, la existencia de otro punto de vista los cuales deben de ser actualizados constantemente. Los adultos que alcanzan este nivel de pensamientos son más susceptibles a aceptar sus errores y poder modificarlos.

Los jóvenes adultos a la edad de los 20 años están en su mayor apogeo de inteligencia, pero después de esta edad comienza a disminuir su habilidad cognitiva, aun así llegan a dividir su atención entre diversos estímulos (Papalia y cols. 2005 y Weiten, 2003).

Sin embargo, el desempeño intelectual superior de la gente joven puede no significar que la inteligencia disminuya con la edad, sino que la gente joven de hoy ha tenido experiencias diferentes y, por consiguiente, ha desarrollado sus habilidades intelectuales más que la gente nacida en generaciones anteriores.

En cuanto a la memoria tienen una buena capacidad a corto y largo plazo; en cuanto a la resolución de problemas en esta edad tiene una disminución pero va aumentando con la edad ya que se va teniendo más experiencia.

La inteligencia fluida parece alcanzar su desarrollo completo en los últimos años de la adolescencia y comenzar a declinar en los primeros años de la vida adulta. (Dicaprio, 2003 y Mairer, 1989).

A pesar de que la condición socioeconómica puede afectar el acceso a una educación superior, muchos estudiantes aventajados obtienen becas.

Un buen número de estudiantes van a facultades o universidades durante cuatro o cinco años; un número más pequeño, generalmente estudiantes de desempeño académico y nivel socioeconómico más bajos, asisten a escuelas vocacionales o técnicas. Las instituciones públicas atraen a la mayoría de los estudiantes por las bajas cuotas de colegiatura, pero existen instituciones de renombre que son codiciadas por algunos estudiantes (en algunos casos es más motivante por sus padres quienes prevén situaciones futuras).

Cuando un joven acude a la universidad normalmente lo hace para descubrir su intelecto y por crecimiento personal. La edad tradicional del estudiante de universidad es el que se encuentra en transición de la adolescencia a la vida adulta, tomando en cuenta que en la actualidad muchas mujeres en edad adulta intermedia retoman sus estudios para poder salir adelante económicamente. La universidad ofrece la oportunidad de cuestionar suposiciones sostenidas en la niñez, que pueden de otra manera interferir con el establecimiento de la identidad del adulto. (Warner, 2003)

Los retos académicos y sociales que se encuentran en la universidad a menudo llevan al crecimiento personal moral e intelectual. Hoy en día

existen diversas formas de estudio como el aprendizaje a distancia donde ya no es necesario presentarse en un aula y estudiar, si no que vía internet, teléfono, correo electrónico o video, puedes estudiar ahorrándose tiempo y dinero.

2.1.5 ÁREA LABORAL.

Mairer (1989) menciona que la elección de carrera es muy difícil para el adulto ya que tiene la influencia de los padres y de la sociedad. La presión que ejerce la familia puede ser directa o indirecta pero siempre influyendo en la vida del joven.

Algunos adultos jóvenes no terminan sus estudios universitarios por la necesidad de trabajo, pero esto a la larga no le impide que retomen su carrera para obtener mayor remuneración económica. Según Day y Newburger, mencionados por Papalia y cols. (2005), un graduado en la universidad puede obtener durante toda su vida, un ingreso que duplica al obtenido por alguien que solo tiene el diploma de bachillerato. Pero en México podemos observar que no es así, la mayoría de los grandes empresarios no tienen ni siquiera el título universitario, logrando de esta manera tener grandes fortunas; en la actualidad existen muchos universitarios que son egresados que no pueden encontrar trabajo y buscan en otras ciudades e incluso fuera del país ya que en el extranjero les dan mejor oportunidades que en su propio país.

Cada vez más adultos se están auto empleando, trabajan en casa, son teletrabajadores teniendo horarios flexibles o actúan como contratistas independientes. Llegando a una complejidad sustantiva, entendiéndose por esta el grado en que el trabajo de una persona requiere pensamiento y juicios independientes (Hansen, 2003 y Warner, 2003).

El dinero no es la única recompensa que ofrece el trabajo, por medio de este pueden surgir amistades, adquisición del poder, resolver problemas interpersonales y se crean bienes y servicios valiosos para cubrir sus necesidades y cumplir uno que otro capricho.

Existen trabajadores que de verdad aman su trabajo y no lo cambiarían por nada, como el de una ama de casa que hace el aseo y no es remunerado por ningún miembro de la familia.

El ser autónomo en el trabajo implica un pensamiento innovador y que permite una gran libertad para tomar decisiones.

2.2. ADULTO INTERMEDIO.

El punto 2.2 comprende el abordaje de la etapa como tal, relacionada con el cáncer de mama con la finalidad de entender el fenómeno a mayor profundidad de acuerdo a la población estudiada.

La etapa adulta es una etapa donde los procesos afectivos, cognitivos, emocionales, físicos, sociales, biológicos, se concretan y llegan a su punto máximo de esplendor, donde todos estos procesos al conjuntarse de una manera armoniosa llegan a crear el clímax en la persona y el equilibrio con el medio y con las demás personas, y le permite a la persona seguir creando el sentido de identidad. Estrada (1997).

Las teorías humanistas como la de Abraham Maslow y Carl Rogers consideraron que la madurez es una oportunidad para el cambio positivo. De acuerdo con Maslow, la autorrealización sólo puede venir con la

madurez Para Rogers el funcionamiento humano pleno requiere un proceso constante y permanente de poner el Yo en armonía con la experiencia (Dicaprio 2003, Papalia y cols. 2005).

2.2.1. ÁREA BIOLÓGICA.

El adulto intermedio se da cuenta que su cuerpo ya no es lo mismo que antes, aparecen las arrugas, los hundimientos y los dolores musculares agudos, señales que lo aproximan a la vejez.

En esta etapa se enfrenta a diversos cambios físicos como son los visuales, auditivos y gustativo, aumento de peso, sus movimientos ya no son tan rápidos como solía realizar sus actividades. El olfato es el último de los sentidos que disminuye. La motricidad va disminuyendo tanto en fuerza como en coordinación, sin embargo aún no es muy notoria.

A nivel orgánico los cambios que se dan son la disminución de bombeo de la sangre, disfunción en los riñones, tendencia a la indigestión y estreñimiento, debilitamiento del diafragma, eso puede variar según su estilo de vida. (Papalia y cols. 2004)

Esta etapa supone para la mujer el final de su productividad, en lo que se refiere a ser madre, según Weiten (2006) la menopausia es uno de los cambios biológicos que se pueden considerar normativos en la madurez, y de mayor influencia en la mujer de esta edad. La edad media en que las mujeres tienen su última menstruación es entre los 45 y 55 años de edad.

Entendemos por menarca el principio del ciclo menstrual, cuando la glándula pituitaria libera la hormona estimulante del folículo (FSH), que hace que maduren las células que rodean el óvulo. El óvulo y los folículos producen las hormonas denominadas estrógenos y progesterona. Llega un momento

en el que el folículo crece tanto que se rompe y libera el óvulo. Los altos niveles de estrógeno y progesterona producidos por la ruptura del folículo impiden que se sigan liberando FSH. Si no tiene lugar la fertilización, la producción de estrógenos progesterona disminuye, y empieza a aumentar FSH y el ciclo menstrual comienza de nuevo.

El cese de la menstruación hace la transición desde el estadio productivo al no reproductivo. Es un proceso gradual que comienza mucho antes de que la mujer lo note ya que a partir de los 30 años una mujer empieza a tener ciclos menstruales en los que no se produce óvulo, conforme se acercan a los 50 años van aumentando los ciclos en los que no se producen óvulos y la producción de hormonas disminuye, se liberan menores cantidades de FSH en un intento de estimular los folículos, pero los folículos no responden y la menstruación cesa de pronto.

Aunque la menopausia es un acontecimiento fisiológico universal, son sorprendentes las variaciones culturales e individuales en las respuestas y los síntomas de las mujeres. Desde la perspectiva psicología esta etapa de vida en una mujer se conoce como climaterio.

Gallar (2001) dice se tiene la idea estereotipada de que la menopausia se acompañe inevitablemente de sudores, sofocos, sequedad vaginal, así como irritabilidad, aumento de peso, insomnio, mareos, entre otros. En respuesta a esta programación social, a los estilos poco sanos de vida, en conjunción a los cambios hormonales de la etapa del climaterio, cerca del 20 % de mujeres en esta etapa reportan síntomas psicogénicos como falla de la memoria, insomnio, fatiga, depresión, miedo al envejecimiento y a volverse un estorbo para su familia.

La experiencia actual de la menopausia es para la mayoría de las mujeres y en algunos aspectos, mucho más positiva de lo que afirma la creencia

popular. Según Avis citado por Warner (2003) y Hansen (2003) la menopausia ocurre en un momento en que las mujeres están experimentando otros cambios vitales como es el hecho de que los hijos abandonen la casa y que los propios padres envejecan y necesiten ayuda. Las mujeres que tienen buenas redes de apoyos sociales reportan menos síntomas menopáusicos. Sin embargo, el cáncer complica estos aspectos positivos por los efectos de la enfermedad y sus tratamientos.

Generalmente en esta edad en las mujeres presentan sentimientos de inadecuación con los cambios de su cuerpo, temor de ser poco "útiles", miedo al rechazo, de sentirse que estorban; así como una baja de libido. El cáncer de mama tiene efectos similares, por lo que estos aspectos de la personalidad femenina se acrecientan ante un diagnóstico como el cáncer y durante esta etapa de vida.

Por otro lado los acontecimientos vitales estresantes como pueden ser la muerte de alguno de los padres, la viudez o el divorcio se han asociado con tasas más altas de síntomas psicológicos. Los factores psicosociales que se han encontrado explican más variación del ánimo deprimido entre las mujeres en el momento de la menopausia que la menopausia en sí. (González, 2000).

Existen algunos factores tales como los procedimientos de intervención médica relacionados con el alumbramiento, la terapia hormonal sustitutiva en el momento de la menopausia, entre otras, que también tienen efectos a largo plazo sobre la salud en esta etapa; por ejemplo, es común que las pacientes reporten insomnio en esta etapa, sin embargo, las dificultades de sueño son crecientes con frecuencia durante el envejecimiento. Las quejas de insomnio de una mujer menopáusica, por tanto, pueden deberse al aumento de edad más que a la menopausia.

Las respuestas en las mujeres en su etapa menopáusica combinada con un diagnóstico de cáncer mamario, varían enormemente de una a otra por los diferentes factores biológicos, psicológicos y socioculturales, ya sean positivos o negativos que la han rodeado en el pasado y la rodean en el presente como por ejemplo si tiene alguna otra enfermedad, uso o bien el abuso de ciertos fármacos como antidepresivos, antiulcerosos, ansiolíticos, somníferos; así como los estilos de vida como el exceso de comida o mala alimentación, una vida sedentaria, el uso continuo de alcohol o cigarro.

Para Gómez (2007) las mujeres a quienes se les tiene que someter a tratamiento de quimioterapia, es necesario explicarles con anticipación que se les va a presentar la menopausia, por cuánto tiempo aproximadamente y cuáles serán los síntomas que pueden esperar y qué hacer ante ellos.

Como ya se ha hablado la mujer con diagnóstico de cáncer mamario sufre un choque emocional muy fuerte y pasa por estados de angustia, ansiedad, estrés, depresión, miedo, irritabilidad e insomnio que la desgastan física y emocionalmente. Todo esto puede unirse a los sentimientos provocados por el climaterio, lo cual le agrava su perspectiva de sí misma y sus relaciones amorosas, familiares, laborales. Su pareja y núcleo familiar también experimentan sentimientos de angustia por largos períodos.

Sin embargo las diferentes historias y circunstancias de vida de estas mujeres que pasan por el climaterio con un diagnóstico de cáncer de mama, deben ser tomadas en cuenta, pues cada una reaccionará distinto y con diferente intensidad a los cambios por afrontar.

2.2.2. ÁREA PSICOSOCIAL.

Los investigadores estudian tres tipos de cambio de desarrollo psicosocial: cambios relacionados con las necesidades o tareas de la maduración;

cambio relacionado con roles respaldados culturalmente o con eventos históricos que afectan a una población en particular; y cambio relacionado con experiencias inusuales o con la ocurrencia de los eventos de la vida en un momento inusual.

La madurez empieza para Warner y cols. (2007), alrededor de los 40 años y continúa alrededor de los 55 y 60 años; sin embargo algunas personas han entrado completamente a la madurez a los 35 años, mientras que otras aún a los 40 siguen implicadas en las tareas normativas de la juventud.

Para Jung citado por Dicaprio (2003), Papalia y cols. (2005) hablan sobre el adulto, el cual, según éste necesita individuación, entendiendo esto como el surgimiento necesario del verdadero Yo a través del equilibrio o integración de las partes en conflicto con la personalidad que los ayudará a alcanzar metas externas.

En la teoría de Erikson (1978), éste señala que la madurez es una etapa en la que las personas se enfrentan al dilema de la generatividad frente al estancamiento. Donde la generatividad se toma como un concepto amplio que engloba la paternidad entendiendo por esto el tener y educar a los hijos; y mucho de lo que consideramos como productividad y creatividad. Donde la virtud que se tiene es la preocupación por los otros.

Hoy con el aumento de las expectativas de vida, las familias reducidas y el hecho de tener los hijos con poca distancia temporal entre sí, la pareja media puede esperar vivir por lo menos 20 años después de que el último hijo se haya ido de casa, a diferencia del siglo pasado en el que las mujeres tenían como media 55 años cuando su último hijo se casaba y en la mayor parte de los casos antes de esto se encontraba viuda, ya que la mayoría de las personas fallecían antes o durante lo que hoy llamamos etapa de madurez.

La mujer aspira ser lo mejor posible como madre, esposa, trabajadora, ciudadana, etc. Las mujeres en la etapa de la madurez son las que cuidan a los hijos que han engendrado, el trabajo que han producido y el bienestar de los otros en la sociedad en la que viven. Si fracasa en su intento de generar entonces en su lugar existe una cualidad negativa que Erikson (1978) llamó estancamiento acompañada generalmente de sentimientos de frustración, devaluación y/o depresión.

En la actualidad el matrimonio maduro es muy diferente de lo que solía ser cuando las expectativas de vida eran más cortas, eran raras las parejas que permanecían por más de 25 años juntos. Ahora, más matrimonios terminan en divorcio. En casi todos los estudios, la satisfacción matrimonial según Anderson citado por Papalia y cols. (2005) sigue una curva en forma de "U", pues después de los primeros años de matrimonio la satisfacción parece disminuir y luego en algún momento de la edad madura, vuelve a aumentar hasta la primera parte de la edad adulta tardía.

Las mujeres en esta etapa son madres e hijas a la vez; ayudar a sus padres que van envejeciendo a adaptarse a una nueva vida que puede que cambie su ritmo de vida tan rápido como la vida de los adolescentes, los hijos van asumiendo responsabilidades y tienen una perspectiva de independencia económica.

Cuando los hijos maduran aparece lo que Estrada (1997) refiere como "nido vacío", es el momento en el que los hijos adultos se van de casa para establecer sus propias familias, es un momento especialmente crítico para las mujeres, ya que las estadísticas señalan que es difícil pasar del papel de madres al de matrimonio sin hijos.

Cuando el matrimonio se enfrenta a una situación de cáncer, se añade una situación estresante en esta etapa de la vida para la vida de la pareja, suelen aparecer sentimientos de confusión y sensación de inutilidad, ya que presentar una enfermedad de éste tipo supone una inversión de roles en el matrimonio, y en muchas ocasiones él que es el sano tiene que hacerse cargo de cuidar del hogar o de los hijos si aún están en casa. Todo esto acompañado muchas veces de un sentimiento de frustración e impotencia pues la comunicación es difícil ya que la mujer esta pasando por una etapa nueva en su matrimonio, un cambio de roles en casa, y él que es la miembro de la pareja sano físicamente no sabe que hacer para ayudarla o entenderla.

La perspectiva del "nido vacío" hipotetizaría que aquellas mujeres con una fuerte dedicación psicológica al rol de madres tendrían más posibilidades de verse afectadas, por otro lado las madres con una dedicación psicológica en roles fuera de la familia como sería el hecho de tener un trabajo, serían menos vulnerables a los factores estresantes de ser padres de un adolescente.

Por otro lado también se habla de que los padres y en éste caso las madres experimentan un nuevo sentido de libertad y de sus posibilidades de realización. Si se enfrentan al cáncer de mama, la pareja ve incierta estas posibilidades de nueva realización, los planes de vida son inciertos o quedan suspendidos cuando el tratamiento no termina.

Para la mayoría de las mujeres adultas la maternidad es un papel que dura toda la vida; lo que cambia según Papalia y cols. (2005) a menudo durante la madurez son los requisitos conductuales de la maternidad y la naturaleza de la relación cuando los hijos crecen.

Actualmente las madres durante la madurez tienen hijos adolescentes que están en proceso de convertirse en físicamente maduros como socialmente

activos y psicológicamente independientes; este desarrollo en el adolescente se ha relacionado con el distanciamiento en la relación madre – hijo, lo que no sucedía el siglo pasado, ya que como se mencionó en esta etapa los hijos ya habían salido de casa.

Según Silverberg y Steinberg citados por Warner (2003) y Kolodny (1989), la cuestión en sí es, como la búsqueda del adolescente por su identidad y su lucha por la autonomía afecta las autopercepciones y el bienestar personal de las madres y padres.

Estar implicado en el trabajo no significa que una mujer se implique menos en su rol de madre, sin embargo sí proporciona otras fuentes de satisfacción e identidad que amortiguan los retos de la madurez.

Para Ryff y Seltzer citados por Chercover (2006) ven resultados positivos de la maternidad que se asocian con la autoaceptación, el sentido de la vida y cierto sentido del mundo circundante. El sentimiento de bienestar de las madres así como de los padres puede reflejar el orgullo de haber tenido hijos con un buen ajuste o bien, quizás ocurra que los hijos con un buen ajuste establezcan y mantengan mejores relaciones con sus padres y aumenten de este modo el sentimiento de bienestar de estos.

La paternidad como una forma de generatividad, es al reconsiderar el éxito y los fallos de sus hijos adultos cuando busca validar de forma retrospectiva el cuidado responsable que proporcionó en sus años de paternidad activa (Erikson, 1978).

Si pasaron bien las etapas anteriores al nido vacío, ésta se facilitará; cuando en las etapas anteriores surgieron conflictos, o fue difícil sobre llevarlas, esta etapa será aún más complicada de adaptarse.

Durante esta etapa de la vida de una mujer, se requiere un reordenamiento de la vida matrimonial. Aunque ahora se pueden abordar temáticas que antes no se podía por dedicación a los hijos, comienzan a surgir conflictos que estaban latentes a lo largo de la vida de la pareja que no se habían resuelto por alguna razón.

Las personas casadas tienen mayores niveles de salud física y mental que los solteros y divorciados. (Hoffmann citado por Clbustos, 2001); sin embargo la mayoría de los divorcios que se producen en esta etapa se deben a la no aceptación de los cambios de roles matrimoniales por parte de un integrante de la pareja.

Por otro lado cuidar a los padres que envejecen se esta convirtiendo en una parte normativa de la madurez. Para Austrich (2007) y Clbustos, (2001) cuando los padres viven más tiempo, tienen más probabilidades de hacerse dependientes de los hijos de edad madura para que los cuiden y de necesitar cuidados durante períodos más largos.

La madurez filial que implica cuidar a los propios padres respetándolos al mismo tiempo como adultos con sus propios derechos, se ha descrito como un reto del desarrollo único de la madurez.

Si el anciano o anciana se encuentra casado o casada, por lo general el cónyuge es quien proporciona los cuidados. Sin embargo la mayoría de las ancianas son viudas o están solas, de forma que las tienen que cuidar alguien más.

La tarea generalmente recae en los hijos adultos, sobre todo las hijas; es lo que Cantor citado por Warner (2003) ha llamado sistema de apoyo jerárquico compensatorio, refiriéndose a que el apoyo para el anciano se

activa en orden desde las relaciones más estrechas e íntimas hacia las más distantes.

Actualmente para Camps (2001), más de la mitad de las mujeres en edad adulta trabajan, cuidan de padres ancianos lo que puede ser un factor estresante sobre todo si se considera que las mujeres de esta edad también deben cuidar de sus propias familias.

El principal apoyo que proporcionan los hijos a sus padres, es el apoyo emocional: interactuando con ellos socialmente, animándolos cuando están tristes y escuchando sus miedos y preocupaciones.

El tipo de tensión más común es la emocional, es decir, la preocupación por la salud y la seguridad del padre anciano, así como la necesidad de ir haciendo frente a los cambios propios de la edad de los padres. Según Bowman citado por Papalia y cols. (2005) y Hansen (2003) se ha visto que pueden surgir más conflictos dentro de la familia del cuidador primario como resultado de la necesidad de proporcionar cuidados. También se ha observado que el estrés es menor con el tipo de ayuda que el anciano requiere; la económica.

Sin embargo muchos cuidadores describen sentimientos de autosatisfacción y un aumento de respeto hacia sí mismo que deriva del conocimiento de que están cumpliendo con su responsabilidad y haciendo frente a un reto personal.

A los 45 años, el 60% de las mujeres ha experimentado la muerte de uno de los padres y a la edad de 55 años la mitad de las mujeres han perdido a ambos padres. Por lo que la muerte del padre que estaba vivo es especialmente simbólica por que representa la sucesión de la familia; con esto también se pierde una fuente importante de apoyo emocional y el

sentimiento de que ya no se puede regresar a la casa materna. (INEGI, 2007)

Todo este proceso se ve afectado cuando se presenta una enfermedad como el cáncer de mama, la enferma de cáncer está, por lo general, asustada frente al futuro, cansada de los tratamientos y enojada o triste frente a lo que ocurre. Temas como la muerte, no querer más tratamientos, la rabia y envidia al ver a otras personas sanas y haciendo vidas "normales" muchas veces no son expresados por temor al reproche.

Para Middleton (2001) cuando alguien enferma, no es sólo la personas la que está en crisis, sino también la familia. El estar cerca del sufrimiento de quien se ama suele resultar muy perturbador y puede hacenos sentir inseguros de las propias reacciones y otras veces confundidos a la propia familia.

La paciente sabe que los otros también la están pasando mal, por lo que ocultar esto sólo sirve para ahondar las distancias. Llorar juntos suele ser muy aliviador; ya que muchas veces ambos lloran a escondidas del otro, por lo que compartirlo ayuda a tener un mejor manejo de sus emociones.

Por otro lado Camps (2001) nos dice que también es de suma importancia que la familia apoye la autorresponsabilidad y la participación de la paciente en su enfermedad y su proceso de recuperación. Que los miembros de la familia refuercen la salud y no la enfermedad. Con frecuencia suele ocurrir que se acompaña más a la paciente cuando se siente mal y con dolor que cuando está bien; esto induce al paciente a recurrir inconscientemente al dolor, cuando quiere compañía y cariño; si se siente igualmente apoyada y querida aunque esté bien, es muy probable que trate de mantenerse así y no recurra a los otros síntomas.

Siempre es difícil enfrentarse a este tipo de enfermedades para la mujer madura, pues todos sus planes cambian, no podrá cuidar a los padres como el proceso evolutivo indica, muchas veces es más bien la madre quien se acerca a cuidar a la hija en este proceso.

En cuanto a los hijos, si son adultos y ya no están en casa, generalmente suelen comprender y apoyar a la madre, tanto económicamente como emocionalmente, y más si son hijas mujeres, apoyan en cuanto a los cuidados de la madre cuando esta hospitalizada o en cama; si los hijos aún son adolescentes igualmente lo comprenderán pues ya tiene un concepto maduro de lo que es el cuerpo, la enfermedad y la muerte, sin embargo si no sé les da el apoyo necesario pueden presentar conductas de riesgo al no saber como manejar la enfermedad de mamá y los cambios en casa.

Después de la experiencia Middleton (2001) con el trabajo con pacientes chilenas menciona que con el transcurso del tiempo se ha comprobado que cuando se logran mantener relaciones familiares sanas durante estos periodos de vida repercute muy positivamente en el enfermo.

Las familias por otro lado salen muy enriquecidas; ya que se forma una verdadera alianza entre los miembros, les da una visión diferente del significado del sufrimiento en términos positivos, porque aprendieron a enfrentar la crisis y no a evadirla.

En cuanto a las relaciones de amistad, durante la madurez las personas tienen poco tiempo y energía para dedicar a los amigos; están demasiado ocupados en la familia y en el área laboral según Papalia y cols. (2005). Las amistades giran entorno al trabajo, otras tienen que ver con las organizaciones voluntarias, o con los vecinos.

Cuando se presenta una enfermedad de este tipo, el apoyo de las amistades es importante, sobre todo cuando la paciente no tiene una pareja estable, sin embargo en la primera fase del duelo ante el diagnóstico la paciente tiende a alejarse inclusive de las amistades más cercanas, aunque con el proceso de la enfermedad, si se hace un duelo bien elaborado, es decir si logra adaptarse a su nueva realidad, comienza a retomar sus amistades, y por lo general, encuentra amistad con otras mujeres que han pasado por la misma enfermedad y están en proceso o ya la han superado. Ya que por cultura, es difícil para la persona que no padece la enfermedad hacer frente a la que la tiene, de modo que muchas veces surge el conflicto con antiguas amistades pues por no saber como acercarse a la mujer con cáncer tienden hacer comentarios o preguntas que la incomodan.

IMAGEN CORPORAL.

Según Schilder (1950) la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos.

Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal, Apariencia, Apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal, Insatisfacción Corporal o Distorsión Perceptiva Corporal.

Para Torres, D (2005) el proceso de un cáncer de mama, el simple diagnóstico nos lleva a una readaptación en varias situaciones. Tener cáncer

de mama, implica tener que afrontar la propia enfermedad, con su significado de amenaza para la vida, la necesidad de tratamientos agresivos, la incertidumbre sobre si el tratamiento dará resultado y su carácter crónico y, en numerosos casos, deteriorante; pero, además, las características simbólicas del órgano afectado influyen en la vivencia de la propia enfermedad. El cáncer de mama para algunas mujeres supone una amenaza en cuanto a su identidad como mujer.

Existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

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

La familia nos enseña desde muy pequeños como debemos arreglarnos, comportarnos, la importancia de la estética y su relación con el éxito que tiene una persona, desde aquí se va conformando la importancia de la imagen corporal que se tendrá durante la vida.

Sabemos que los cambios en la imagen corporal a cualquier edad siempre afectan positiva o negativamente y provocan ansiedad. Los problemas con la imagen corporal tienen que ver con gran cantidad de alteraciones o

disgustos que se producen frecuentemente de una manera regular. Es muy generalizado el que una pobre imagen corporal vaya asociada a una baja autoestima, es decir, que uno se siente poco adecuado como persona. Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen (Raich, 2000). Lo que podemos ver claramente en las mujeres en esta edad de vida, y más si tienen cáncer de mama.

Según Bayes (2004) estar preocupado por el propio cuerpo puede causar problemas en las relaciones sexuales, pues puede provocar miedo a mostrar el cuerpo desnudo, lo que generalmente comienza a suceder cuando la mujer se encuentra en la madurez, especialmente existe la parte que se considera más desagradable, tal como sucede en las pacientes con cáncer de mama, ya sea si se realizó mastectomía unilateral o bilateral, o bien por el propio desgaste corporal que se da por el proceso de la enfermedad y los medicamentos dados, todo esto influye decisivamente en la calidad de las relaciones, específicamente en la de pareja.

Los cambios más importantes que las mujeres en la edad madura reportan sobre su aspecto físico son el aumento del peso corporal debido al paso de los años y el cambio de distribución de la grasa de feminoide a androgénica por la disminución de los estrógenos por la menopausia.

Las personas que están tan preocupadas en esconder o disimular una parte de su cuerpo difícilmente pueden sostener una relación de pareja. Por lo que la imagen corporal se ve afectada al pasar por un proceso tan desgastante e impactante como lo es un cáncer de mama, desde los mitos que existen alrededor de la enfermedad como de la parte sociocultural que representa esta parte del cuerpo en la propia sociedad, y mayor es el cambio si lo asociamos a la edad madura por la que esta pasando esta mujer.

De aquí que la mujer con cáncer de mama que es sometida a mastectomía sufre un cambio en su imagen corporal ya que se le quita una parte esencial de su feminidad.

De acuerdo a Raich (2000) la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos del todo el cuerpo y de cada una de sus partes como el movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y sentimientos que son experimentados.

AUTOESTIMA.

"La autoestima es estar dispuesto a ser conscientes de que somos capaces de ser competentes para enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida y de que somos merecedores de la felicidad." (Branden, 2001, p. 45).

Para Rodríguez, M. (1998) la autoestima esta compuesta de algunos elementos básicos, como son: autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación, y el autorrespeto.

Entendiendo por autoconocimiento las partes que componen a la persona las cuáles son sus manifestaciones, necesidades y habilidades; los papeles que vive las personas y a través de los cuales es; conocer por qué y cómo actúa y siente.

El autoconcepto es una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta de sí mismo. Por otra parte entenderemos por autoevaluación como la que refleja la capacidad interna de evaluar las

cosas como buenas si le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen sentir bien, y le permiten crecer y aprender; y considerarlas como malas si no se satisfacen, carecen de interés, le hacen daño y le impiden crecer.

La autoaceptación es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello. En cuando al autorrespeto puede decir que es el atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones sin hacerse daño ni culparse. Buscar valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.

El tener cáncer de mama reta a la autoestima de una mujer; su sentido de quién es y su autovaloración. Entendiendo por autoestima según Resines (1998) como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos.

Aunque el primero que intentó definir a la autoestima como un concepto fue William James citado por el autor Branden (2001) quién decía que es todo lo que una persona hace para lograr el éxito en todas las metas que pretende alcanzar.

Para Arratia citado por Anaya (2006) los individuos desarrollan su autoestima desde la infancia, pasando por diferentes etapas de variable complejidad en las que se introyectan impresiones, sentimientos y razonamientos sobre el yo de acuerdo al desarrollo de la persona y al ambiente en que se desenvuelven.

Si desarrollan conductas o circunstancias que perjudiquen a la mujer como persona, que le impidan funcionar efectivamente y le dan una sensación de desconfianza en sí misma, es natural que le impida seguirse sintiendo eficaz y valiosa.

Para Estrada (1997); en la etapa de la madurez de una mujer, es de mayor importancia la ayuda mutua para lograr manejar los duelos que se han presentado a lo largo de la vida y los que vienen en el futuro, así como para aceptar la soledad y el envejecimiento venidero. Por lo que en una paciente con un diagnóstico de cáncer mamario en esta etapa de vida la ayuda o el apoyo del otro repercute indudablemente en ella, con el simple hecho de ser diagnosticada con una enfermedad de este tipo en cualquier etapa de vida resulta importante el apoyo del otro para generar confianza, seguridad y contención, en esta etapa de vida se acentúa.

Por todo ello la paciente puede necesitar tiempo para ajustarse a los cambios en su cuerpo, y para reconocer que todavía tienen esas cualidades que la hacen diferente del resto de las personas. Los cambios en su cuerpo pueden causar preocupación o pesadumbre.

Los senos como se ha mencionado son vistos por el mundo en general como una parte esencial del atractivo físico de la mujer; entre otras funciones, ésta es la que más impacto tiene en la paciente por la edad en la que se encuentra, la mujer sufre un daño importante en su autoestima, ya que esta enfermedad representa un deterioro en su imagen corporal, así

como también se ven deterioradas sus capacidades para hacer las labores en casa que realizaba antes de la enfermedad, tales como cocinar pues no es recomendable se acerque al calor, cargar objetos pesados, salir a caminar bajo el sol, la mayoría de éstas deja su trabajo si es que lo hacen, muchas otras veces sus relaciones sociales, todo esto como consecuencia de los fuertes tratamientos que recibe y lo que la enfermedad misma conlleva en cuanto a la parte psicológica de la misma.

Si se cambia el entorno, y se buscan alternativas que favorezcan a la mujer que pasa por este diagnóstico, se logra una eficacia personal, la confianza en la eficacia personal es la capacidad de aprender algo nuevo, de cada persona, es la confianza en la capacidad para pensar, y ser consciente y tomar decisiones (Anaya, 2006).

Todo ello le ayudará a la mujer madura que pasa por un proceso de cáncer mamario, a proyectar poco a poco alegría por la vida, expresar tranquilidad por los pequeños logros que se obtengan poco a poco durante el proceso, hablar de lo que le incomoda tanto de sí como del entorno de una manera más clara, se busca lograr que experimente comodidad al dar y recibir muestras de afecto, y estar abierta a nuevas ideas y alternativas.

Al respecto Parish (2005) dice que la autoestima en este tipo de pacientes se puede considerar como una variable mediadora en la mujer y que puede variar dependiendo de las diferencias de roles, de la etapa de vida en que se encuentre la persona, de su estado de salud físico y emocional.

2.1.3. PAREJA Y SEXUALIDAD.

La principal idea que se debe tener, y mantener siempre clara, es que la pareja se forma por dos personas que parten desde el mismo punto. Pero a la vez es importante recordar que son dos seres individuales, con sus necesidades, sus alegrías, tristezas; y que para llegar a buen puerto, deben de ser atendidas.

El concepto de sexualidad no se limita a la relación sexual, sino hace referencia a una amplia gama de manifestaciones que tienen que ver con el género de las personas, su identidad, nivel de autoestima, con su imagen corporal y con el intercambio afectivo y físico entre dos personas.

Para Torres (2005) menciona que en lo que corresponde al estereotipo cultural de la sexualidad, nuestra cultura tiende a reforzar la idea de que ésta es para los jóvenes y bellos. Las mujeres cuya valoración dependió principalmente de su aspecto y atractivo físico se sentirán poco atractivas en su condición de mujeres.

Dentro de una cultura donde la reproducción y la juventud, la menopausia le quita a la mujer ambos atributos. En esta etapa, la sola idea de cambio percibida en forma negativa, repercute en lo emocional y puede disminuir o anular la capacidad de placer o afectar la respuesta sexual.

La sexualidad en la mujer durante esta etapa de vida generalmente se ve afectada por factores hormonales, psicológicos y socioculturales. Algunos de estos factores producirán mayor o menor influencia en la respuesta sexual según las características de cada mujer.

Por ejemplo para aquellas mujeres que fueron educadas rígidamente y que vivieron su sexualidad con culpa y obligación y, sólo la aceptaron para

formar una familia, cuando esta posibilidad desaparece, encuentran un justificativo para que desaparezca la finalidad placentera. Por lo que suelen renunciar a la sexualidad.

Generalmente la mujer que anteriormente ha tenido un buen nivel de satisfacción sexual probablemente no advertirán ningún cambio en el placer o el deseo al transitar por esta etapa vital, otras referirán un aumento al sentirse liberadas de la posibilidad de un embarazo y/o disponer de mayor intimidad tras la partida de los hijos, mientras que otras manifestarán una disminución de la libido. (Gallar, 2001). La capacidad sexual no se pierde con la edad, sólo disminuye de intensidad en el mismo modo que otras funciones vitales.

La aparición del cáncer de mama provoca cambios importantes en la relación de pareja. La manera en como los miembros de la pareja hagan frente al padecimiento estará determinada en gran medida por su funcionamiento anterior, por cómo solían comunicarse, el grado de flexibilidad, distribución de actividades y responsabilidades, por las condiciones de respeto, indiferencia o agresión que ya tenía la relación. (González, 2007).

La adaptación de la pareja se verá afectada por las características de personalidad de cada uno de sus miembros, por el apoyo familiar, de amigos, por la etapa en que se encuentre la enfermedad, así como por el pronóstico dado por el médico y por el estado físico y emocional de la paciente.

A pesar de compartir una enfermedad como el cáncer de mama puede ser una experiencia dolorosa para muchas de las parejas que pasan por esta situación les da una oportunidad para revalorar nuevos aspectos de la relación tanto como los propios.

Las parejas jóvenes tienden a ser más vulnerables al pasar por un cáncer de mama, ya que generalmente su relación de pareja está en proceso de consolidación o bien aún no tienen hijos lo cual suele incrementar las preocupaciones sobre las expectativas a futuro.

“Los efectos en la vida sexual son de los más frecuentes en este padecimiento y consideran primordialmente secundarios a la enfermedad misma y a los medicamentos y tratamientos; tanto esto pueden provocar complicaciones como la disminución de deseo sexual, sensación de aversión al sexo, dificultad para tener un orgasmo, dolor recurrente asociado a la relación sexual”. (Gallar, 2001, p.145).

Hablar en pareja acerca del tratamiento quirúrgico puede resultar difícil, ya sea por vergüenza, por temor a lastimar a la paciente o por simple incomodidad. Más allá de encontrar la mejor forma para abordar este tema es necesario que ambos decidan hacerlo.

El cáncer de mama específicamente hablando puede afectar diversas áreas relacionadas con la sexualidad tales como: generar tensión emocional entre los miembros de la pareja, alterar el funcionamiento del organismo (falta de lubricación vaginal, dispareunia, menopausia precoz), limitar los espacio de intimidad como consecuencia de los constantes ingresos al hospital o bien la presencia del cuidador primario, así como también modifica la apariencia de la paciente por la caída del cabello o por la pérdida de alguno de sus senos.

Cuando una pareja atraviesa por esta enfermedad se ven afectadas diversas manifestaciones de intercambio sexual desde las miradas y caricias hasta la propia relación coital. Puede suceder que el deseo sexual disminuya o que

las relaciones se vuelvan más tensas por temor a sentir o causar dolor y así poco a poco el contacto íntimo se hace menos frecuente.

Muchas de las parejas experimentan tensión ya que tienen muchas dudas sobre el acercamiento físico y/o contacto sexual durante el tratamiento y después de la cirugía. Para el miembro sano de la pareja no es fácil identificar si es oportuno reiniciar la actividad sexual. Y es muy probable que la mujer sienta y piense que no es tan atractiva como antes; aquí la comunicación y la confianza son puntos importantes para afrontar el tema de la sexualidad de la manera más asertiva posible.

Para muchas mujeres el saber que serán sexualmente atractivas, capaces de expresar y gozar su sexualidad después del cáncer de mama, es un motivador importante durante el proceso de recuperación. Sin embargo, la falta de pareja sexual estable agrava la situación emocional y sexual en la mujer, no tan sólo por la falta de apoyo amoroso sino por el temor de no estar en capacidad de ser atractiva sexualmente en el futuro. (González y cols. 2000).

Por otro lado la mayoría de los médicos recomiendan que las personas que hayan padecido cáncer de mama, encuentren otra forma de control de la natalidad, que no sea el uso de anticonceptivos orales, ya que el uso prologado de estos como se mencionó es un factor predisponente para la reaparición del cáncer.

Las mujeres casi siempre piensan que la pérdida de un seno o mama necesariamente las hace menos atractivas y menos excitantes. En realidad, la mayoría de hombres y mujeres dicen no sentir repulsión o incomodidad por la ausencia de una o las dos mamas de su pareja, están más perturbados por la pérdida que ella siente.

Casi cualquier enfermedad y su tratamiento, afecta todas las facetas de la vida de la mujer y su familia y en ella se incluye a la respuesta sexual en sus fases de deseo, de excitación y la de orgasmo. Por lo que el contacto físico de todo tipo entre las personas y la pareja, es un alimento emocional necesario.

Es importante reconocer que la sexualidad es una expresión de vida y que todos los seres humanos requieren buscar alternativas para manifestarla y disfrutar de ella, por tanto la comunicación, la paciencia, el respeto, la empatía y el amor contribuirán a encontrar éstas alternativas satisfactorias.

2.2.4. ÀREA COGNOSCITIVA.

El aprendizaje se define normalmente como la adquisición o la codificación de información nueva, mediante la práctica y la experiencia para Warner (2003) y Serret (2006). Este concepto esta muy relacionado con la memoria ya que las personas para poder aprender deben recordar y sin memoria el aprendizaje esta muy limitado.

La memoria se utiliza para saber como se introduce la información a nuestro sistema y como se almacena en ella. Es por ello que en la edad adulta la memoria a largo plazo se comienza a perder y la memoria a corto plazo es la que mas les funciona, ya que han adquirido conocimientos significativos en el transcurso de su vida.

Las personas la edad madura pueden aprender al menos que piensen que no lo pueden hacer, tomándoles mas tiempo pero pueden mostrar una marcada ventaja para solucionar los problemas de la vida cotidiana, la cual procede de su capacidad de sinterizar su conocimiento y la experiencia.

Un estudio pionero en el desarrollo de la inteligencia adulta es el "estudio longitudinal de Seattle", que aun en día esta vigente, nos arroja datos muy importantes en cuanto a este tema, como es que los adultos tienen la habilidad de desarrollarse muy bien en el pensamiento inductivo, orientación espacial, habilidad numérica capacidad verbal y fluidez verbal. (Shaie, 1996).

En esta edad disminuye la inteligencia fluida, que es la encargada de saber enfrentar nuevos problemas que son independientes a la influencia educativa y cultural, por otra parte la inteligencia cristalizada va en aumento ya que es la habilidad para recordar y usar la información aprendida dependiendo de la educación y de los antecedentes culturales. (Papalia y cols. 2005) es por ello que el adulto tiende a mejorar sus juicios o sabiduría ya que en el transcurso de su vida va acumulando experiencias que a la larga le funcionan para hacer más practica su vida laboral, familiar y social.

Según Piaget, lo llama pensamiento posformal, ya que el adulto se basa en la intuición, emociones y la lógica para afrontar su mundo, su característica es tener la capacidad de manejar la incertidumbre, la inconsistencia la imperfección y el compromiso. (Cueli y cols. 1972, Dicaprio 2003). Con esto puede obtener grandes beneficios ya que los adultos tempranos llegan a pedir ayuda al adulto intermedio para solucionar problemas prácticos, convirtiéndose de esta manera en líderes.

La creatividad comienza con el talento, pero esto no es suficiente, los adultos cuentan con un desempeño creativo que es el producto de una red de fuerzas biológicas, personales, sociales y culturales. Surgiendo de la interacción dinámica entre el creador, las reglas y técnicas del dominio y los colegas que trabajan en ese dominio. (Gardner y Simonton, citados por Papalia y cols. 2005 también por Villanueva 1985).

Es por ello que las mujeres con cáncer de mama tienen la posibilidad de usar su creatividad para lograr salir adelante, y realizar otro tipo de trabajo para poder subsistir y de esta manera mantenerse económicamente activas para poder pagar los tratamientos.

2.2.5. ÁREA LABORAL.

El que la mujer trabaje fuera de la casa aumenta las posibilidades de que la hija también lo haga. Esto nos lleva a que la hija se inspire en la madre para que salga a trabajar y va pasando de generación en generación. La mayoría de las mujeres ya no solo se basan en el rol de ser madres, ahora buscan la oportunidad de ejercer múltiples roles, como el de profesionista, esposa, madre, hija, etc.

La hipótesis del "beneficio del rol" se basa en estudios que indican los roles que ejerce una persona para mejorar es su salud mental (Thoys citado por Hansen 2003). Este modelo se centra en las recompensas relacionadas con el rol y asume que las recompensas asociadas con un rol mitigan el estrés de otros roles, beneficiando así la salud mental general. (Barnett y Marshall citados por Hansen, 2003). Cuando en este rol se ejerce estrés, podemos aumentar el malestar psicológico y de esta manera disminuye la salud mental.

Las personas dedican ahora más tiempo que nunca al terreno laboral; es por ello que le dan menos importancia a la familia y a su propia persona. Ya que se hacen responsables de los mayores y menores del grupo familiar y por otro lado tienen que acumular recursos económicos para su propia vejez.

Según Williams citado por Warner y cols. (2003) realizó una investigación en mujeres en edad madura, sobre los factores psicosociales, tales como el apoyo social, de que manera estos pueden moderar los efectos de estrés

laboral sobre los riesgos para la salud, estas pruebas informaron que las que vivían con alto estrés laboral estaban más deprimidas, ansiosas, con más ira, y hostiles que la mujeres que tenían menos presión laboral.

El deterioro laboral produce cansancio emocional, sentimiento de ser incapaz de cumplir con el trabajo y una sensación de desamparo y pérdida de control. A esto se le puede sumar el que la persona se aleje de su familia, amigos y caer en depresión según Serret, (2006).

Los adultos entre los 40 y 50 años de edad son más escrupulosos y cuidadosos, es por ello que es menos probable que los trabajadores de esta edad tengan lesiones que los incapaciten en el trabajo.

Tanto las mujeres como los hombres están muy propensos a perder el trabajo en esta etapa de vida, por lo cual económica, psicológica y físicamente se sientan muy afligidos por la pérdida de éste. En el caso de las mujeres con cáncer de mama, en el ámbito económico esto les causa mucha frustración ya que los tratamientos que deben tomar son muy caros y en ocasiones sin empleo, no tienen la posibilidad de tomarlos, prefiriendo la muerte y el abandono personal, acompañado por una sensación de incapacidad productiva en el área profesional, lo que muchas veces repercute en la calidad de vida de éstas.

El 65% de las mujeres que se les detecta cáncer de mama tienen que abandonar su trabajo no solo por el desgaste físico, sino también por el desgaste emocional que pasan por los diversos tratamientos que llegan a tener. En la actualidad muchos empresarios, aún asocian la palabra cáncer con incapacidad y muerte, cosas que no tienen nada que ver en la inmensa mayoría de los casos; ya que, solo pueden pedir bajas temporales o ausencias temporales por cuestión de lo pesado que resulta el tratamiento,

lo cierto es que aún si continúan con su trabajo están capacitadas para ello. (González, 2001).

Aún quedan muchos estereotipos por perder, tanto en los empleadores que no contratan personal con cáncer de mama como las mismas afectadas que no se dan la oportunidad de continuar con su vida laboral, ya que generalmente prevalece el temor de recaer en la enfermedad y no ser capaces de continuarlo.

A la enferma de cáncer mamario le cuesta asimilar la pérdida de su mama, así como de su salud; y si al mismo tiempo se une la pérdida de un trabajo, su estabilidad emocional, su seguridad económica y productividad se verán afectadas, por lo que será difícil superar esa etapa.

2.3. ADULTO TARDÍO.

La vejez puede ser la mejor o la peor etapa de vida para una persona. Esta etapa de vida ha captado el interés de los pensadores durante siglos, donde se consideraba al adulto tardío como una persona en edad de equilibrio emocional, referido por Rodríguez, (1997). El envejecer es un proceso que comienza cuando se nace y concluye con la muerte.

En cuanto a los rasgos más estudiados en ésta etapa que comienza a partir de los 60 años aproximadamente, son: las habilidades intelectuales durante la vejez, la adaptación en la vejez, su nivel de actividad y satisfacción con la vida.

El proceso de envejecimiento es un proceso natural, gradual e inevitable de deterioro corporal a lo largo del ciclo de la vida, es normal, y sucede sin importar el estilo de vida, la salud, o el tener o no enfermedades. Esta etapa

es imprecisa, el hombre se va dando cuenta de él por los cambios en el cuerpo, en la mirada del otro y en la exclusión de la sociedad en la mala interpretación del proceso productivo. Chervocer, (2006).

La vejez es un estado de cambios degenerativos graduales, no es una enfermedad; si bien existen enfermedades propias de la vejez también existen las propias de la infancia. En este proceso ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo en general.

2.3.1. ÁREA BIOLÓGICA.

Para algunos ancianos sus sistemas corporales declinan con rapidez, otros lo realizan con más tiempo.

Algunos de los cambios físicos más notorios en las personas de la tercera edad son: el cambio en la piel, parece más vieja y tiende a palidecer, se mancha y pierde elasticidad, por consecuencia se arruga; el cabello se vuelve de color blanco, el vello en el cuerpo es cada vez menos, así como también las venas varicosas se vuelven más comunes. La mayoría pierde estatura y toman una postura un tanto encorvada, la composición química de los huesos cambia y se vuelve más frágil.

Existen otros cambios que afectan por igual a las personas ancianas pero que parecen ser menos notorias, tales como los cambios ocurridos en el cerebro, en el funcionamiento sensorial y motor.

A nivel cerebral los cambios son poco observados, varían mucho de un individuo a otro, implican poca diferencia en su funcionamiento, este cambio se dice es por el encogimiento en el tamaño neuronal debido a la pérdida del

tejido conectivo. Las respuestas se van haciendo cada vez más lentas poco a poco. (Bustamante, 1989).

Los cambios más importantes que suelen presentar en esta edad son en el corazón, pues su ritmo tiende a ser más lento e irregular ya que se acumula grasa e interfiere con su funcionamiento habitual.

Muchos otros no logran responder a las demandas físicas como antes lo hacían, algunos viven una declinación en el funcionamiento sensorial y psicomotor, para otros en realidad no cambia mucho.

En lo que respecta a la visión, se presentan problemas para realizar actividades que se hacían antes como el leer, cocer, cocinar, etc. El problema más común son las cataratas, sin embargo hoy en día hay cirugías correctivas que pueden mejorar la visión.

En cuanto a la audición presentan pérdida de ésta, necesitan sonido en tono mucho más alto, las causas pueden ser variadas ya que puede ser por la misma edad, o bien por haber estado expuesto mucho tiempo a ruidos muy fuertes o infecciones crónicas en el oído medio. Ahora existen aparatos especiales para mejorar la audición así como los implantes cocleares para corregir la pérdida auditiva.

El deterioro en el gusto y el olfato son un factor común a esta edad, o bien pueden ser consecuencia de medicamentos, enfermedades crónicas, o medicamentos que se estén administrando

Según Rodríguez, (1997) en las personas de la tercera edad la fortaleza es menor a la que tuvieron a lo largo de su vida adulta, y comúnmente se encuentran limitados en actividades que de ella requieren, como para cargar cosas.

El equilibrio también se ve afectado, en especial en las mujeres para caminar de una manera consistente, aunque existen hoy en día muchos ejercicios especiales para mejorar el equilibrio en esta edad que favorece a restablecer el control corporal y estabilidad de su cuerpo.

Aún así es común las caídas en esta etapa de vida, que sumado a la fragilidad ósea ocurren muchas fracturas y golpes importantes en los ancianos, que afectan su estado físico y como consecuencia emocional al tener que estar en cama o en casa al cuidado de alguien más.

La mayoría de los ancianos presentan una o más condiciones físicas crónicas o discapacidades. Estas muchas veces son propias de las enfermedades crónicas comunes de esta edad, como es la artritis que es un grupo de trastornos que causan dolor y pérdida de movimiento involucrando la inflamación de las articulaciones.

En cuanto a la nutrición, existe un número importante de ancianos que no comen bien, ya sea por la disminución de los sentidos de gusto y del olfato, o bien por el hecho de que muchos viven solos, y no les dan ganas de preparar alimentos para una sola persona, o como consecuencia de algún medicamento o tratamiento para alguna enfermedad que padezcan.

2.3.2. ÁREA PSICOSOCIAL.

Para Erikson (1978) la etapa que cruza el adulto tardío la llama integridad vs. Desesperación; la tarea de la vejez consiste según él, en contemplar su vida en conjunto y con coherencia, la persona necesita aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. La definió como "un estadio de la vida en que uno intenta

equilibrar la búsqueda por la integridad del yo con cierto sentido de desesperación".

Si lograron tener éxito en estas áreas se ha desarrollado la integridad del ego, la cual solo puede tenerse si se luchó con la desesperación; cuando la desesperación es la que domina en el adulto tardío éste le teme a la muerte, y continua pensando en volver a vivir su vida para arreglar lo que él cree que no hizo bien. Cuando se logra la integridad, él o ella poseen una fuerza propia de su edad, que es la sabiduría, sabe aceptar sus limitaciones, cuando acepta el cambio y cuándo se opone a éste, no pone fin a la generatividad en su vida.

El mismo Erikson (1978) y Cueli, (1972) mencionan que las personas en esta etapa experimentan la necesidad de aceptar su vida, para así poder hacer frente a la muerte. La virtud que se desarrolla en esta etapa es la sabiduría, con la cual se acepta lo vivido como lo mejor que se pudo vivir, hacer, dar o recibir. Las personas que tienen conflicto, y no consiguen aceptarlo viven una etapa de desesperanza, pues ya no hay mucho tiempo para cambiar y hacer algo diferente.

Por otro lado para Jung citado por Dicaprio. (2003) los adultos tardíos se esfuerzan en desarrollarse aún; dentro de cada persona, refiere hay fuerzas en conflicto, que buscan ser reconocidas y reconciliadas; cada género busca expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo, por lo que cada uno tiene un lado femenino y otro masculino. Cada persona tiene una orientación al exterior, la cual es la que en etapas anteriores de vida se utiliza, y una interior, la cual se convierte en un deber y una necesidad para la persona que envejece.

Los problemas de ajuste de la persona mayor son simples variaciones en sus dificultades durante las etapas anteriores, la manera en que una

persona resuelva sus problemas en la edad adulta será un buen índice de cómo los enfrentará durante la vejez, así como también influirá en el concepto de vejez que tenga. En la tercera edad se torna relevante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el pasado vivido.

El duelo es uno de las tareas principales de ésta etapa, dado que la mayoría se enfrenta con la pérdida de personas significativas como amigos, colegas, familiares o la pareja misma.

Para Havighurst citado por Warner y cols. (2003) existen algunas tareas evolutivas de la vejez como lo son: adaptarse a la disminución de la fuerza y la salud física, adaptarse a la jubilación y la reducción de ingresos, el duelo por la muerte del cónyuge, unirse a una asociación o algún grupo que sea para gente de su edad, encontrar un lugar para vivir que sea satisfactorio, y el adaptarse a los roles sociales de forma flexible.

Muchos eventos de la vida son especialmente importantes para el adulto mayor, sin embargo en esta etapa lo más sobresaliente es el volverse abuelo, el retirarse del trabajo y el perder a su pareja.

Las parejas casadas que permanecen juntas en la edad adulta tardía tienen más probabilidad que las parejas maduras de experimentar un matrimonio satisfactorio, incluso mejor, es probable que las personas que permanecen juntos como pareja en la vejez hayan resuelto sus diferencias para llegar a acuerdos satisfactorios.

Durante esta etapa el matrimonio es puesto a prueba por la edad avanzada y con ello las enfermedades físicas. Cuando algún miembro de la pareja funciona normalmente como el cuidador primario del otro, pueden sentirse aislados, enojados o frustrados sobre todo cuando ellos también experimentan problemas en su salud, por lo que la enfermedad

generalmente crea tensión en el matrimonio y podemos ver como consecuencia que se agrave la enfermedad.

Uno de los problemas más frecuentes que se llegan a presentar en la vida de una pareja es cuando él es jubilado y regresa a su casa, regresando para siempre, e invade los terrenos que antes sólo fueron del dominio de su esposa. Parece imposible, para él que desconoce esta etapa, que este simple hecho represente una situación, amenazando la individualidad y a la diferenciación de ambos. Esta situación sólo puede ser aliviada mediante el límite claro de los espacios en donde cada quien pueda funcionar independientemente. De lo contrario existe el peligro que se lleguen a perder la estima, el respeto y por otro lado aparezca la ansiedad, la tensión y los estados depresivos.

Otra problemática que se presenta en las parejas de viejos, es aquella en la que los mismos hijos no les permiten una intimidad adecuada, ya que en muchas familias, normalmente los hijos se encuentran como cuidadores primarios en casa, por lo que el anciano muchas veces se siente aprisionado, e invadido en su propia casa. (Estrada, 1997).

En lo que respecta al divorcio es raro en esta etapa de vida, ya que las parejas que toman esta decisión lo hacen en anteriores etapas; sin embargo los que deciden divorciarse por lo general buscan nuevas relaciones porque les aportan beneficios sociales, debido a que las personas mayores casadas tienen menor probabilidad de necesitar ayuda de la comunidad en comparación de los que viven solos.

En el caso del adulto mayor que nunca contrajo nupcias a diferencia de los que se divorciaron, tiene mayor probabilidad de preferir la vida de solteros y es menos probable que experimenten soledad, por lo general presentan vínculos familiares como de amistad sólidos.

Haciendo referencia a las mujeres en esta etapa tiene una probabilidad mucho mayor de los hombres de ser viudas, como ya se mencionó. Las mujeres tienden a vivir más que los hombres; en la mayoría de los países más de la mitad de las ancianas son viudas. (Rodríguez, 1997). Las ancianas cuyos maridos han muerto sufren dificultades económicas, sociales y psicológicas.

Perder a la pareja puede provocar soledad social y emocional, esto implica la elaboración de un duelo pues generalmente fue su compañero alrededor de la mitad de su vida; por lo que el sentimiento de pérdida es comprensible y muy intenso. La reacción de la mujer depende no solo de los recursos personales sino también de la naturaleza de la relación con su marido antes de su muerte.

Según Camps, (2001) las viudas generalmente tienen sistemas de apoyo social de los miembros de la familia y de las amigas; también puede existir el aislamiento social como consecuencia de la dificultad para elaborar el duelo, lo cual se ha identificado como un factor que precipita las enfermedades psiquiátricas.

Las mujeres ancianas más tradicionales y sobre todo las que tienen menor nivel educativo refieren que no cambian como consecuencia de la viudez, sin embargo, sí experimentan un duelo agudo ya que implica también comenzar a enfrentarse a su propia muerte. (Rodríguez, 1997)

En lo que respecta a la relación con los hijos, estos brindan un vínculo con otros miembros de la familia en especial con los nietos, por lo cual resulta doblemente importante, la familia para ellos es todavía la fuente principal del apoyo emocional, ya que generalmente juegan el rol de cuidadores primarios, sobre todo si falta algún miembro de la pareja. Estas mujeres

sin hijos adultos carecen de una fuente importante de apoyo, cuidado y consuelo.

No obstante las personas mayores aún muestran una gran preocupación por sus hijos, generalmente tienden a angustiarse o a sentirse tristes si sus hijos tienen problemas serios, de cualquier tipo; pues estos consideran dichos problemas como una señal de su fracaso como padres.

Para Ryff citado por Cueli, (1972) Los ancianos que tienen hijos que sufren de alguna enfermedad mental, alguna discapacidad o alguna enfermedad grave y que han servido como cuidadores de estos hijos aún en la vejez, resulta angustiante enfrentarse a esta etapa por la preocupación de que dicho hijo quede desamparado si los padres llegan a fallecer.

El equilibrio de ayuda mutua que fluye entre los padres y los hijos adultos generalmente tiende a cambiar conforme los padres van haciéndose más viejos. En una cultura en donde las dos generaciones valoran su independencia, la situación de dependencia resulta preocupante; los adultos mayores no desean ser una carga para sus hijos, sin embargo tienden a deprimirse ante el temor de que sus hijos no cuiden de ellos. (Papalia y cols. 2005 y Hansen, 2003).

Actualmente existe un número importante de abuelos en el mundo, para Bengtson citado por Warner (2003) sugiere cuatro roles simbólicos que un abuelo puede tener en la familia.

El principal es que este puede hacer la función de estabilizador, una manera de continuidad de la familia, un punto de contacto y una figura constante en los momentos de transición. El segundo generalmente en nuestra cultura el abuelo, es al que acuden cuando se necesita protección y cuidado; otro rol importante es que funciona como mediador entre la segunda y la tercera

generación, ayudando a negociar en los conflictos entre padres y nietos; por último puede ser un punto importante para relacionar el pasado con el presente de esta forma podemos entender y conocer la historia familiar.

Para Hagestad citado por Warner (2003), encontró que las abuelas se preocupan más por la dinámica interpersonal y los vínculos familiares, y que los abuelos dan más consejos y discuten sobre cuestiones económicas y el manejo de responsabilidades.

Otro punto importante de la vida de los ancianos es su relación con los hermanos, ya que éstos son una fuente de acompañamiento emocional; en la vejez es muy frecuente recordar experiencias compartidas en otros tiempos, lo que ayuda a revisar la manera en como se vivió.

Principalmente las hermanas son puntos importantes para mantener las relaciones familiares, probablemente por la expresión emocional de éstas y a su papel emocional en la crianza; por lo que los adultos mayores que están cerca de sus hermanas se sienten mejor acerca de la vida y se preocupan menos por su proceso de envejecimiento, en comparación a los que no tienen hermanas o que las tienen pero que no están vinculados a ellas (Cicirelli citado por Weiten, 2006).

La muerte de un hermano en esta etapa al igual que la de la pareja, representan no sólo la pérdida de alguien en quien apoyarse, sino de una parte importante de su familia.

En cuánto a las relaciones sociales de amistad, nos podemos percatar que ya no están ligadas al trabajo o a la crianza de los hijos, como en la madurez, ahora se dan por la compañía y el apoyo.

La mayoría de los ancianos tienen amigos cercanos, y resultan más saludables y felices que los que no los tienen; los amigos suavizan el impacto del estrés sobre la salud física y mental; ya que hablan sobre sus preocupaciones y su manera de enfrentar los cambios del envejecimiento. (González y cols. 2000).

Poder elegir a sus amigos es de suma importancia en esta edad, sobre todo para los que sienten que pierden el control de su vida; necesitan saberse y sentirse valorados y queridos sin importar sus cambios físicos o sus enfermedades, o cualquier otra pérdida que conlleva esta etapa de vida.

Los amigos en la vejez son para compartir el tiempo libre y el placer por las cosas que tienen en común, mientras que las relaciones familiares son más para trabajar sobre sus necesidades, los amigos pueden ayudar a disfrutar y la familia brindar una seguridad emocional (Rodríguez, 1997).

Los ancianos recurren a sus vecinos en sus emergencias y a sus familiares para el cuidado, sin embargo cuando la familia esta lejos y no existe una pareja, los amigos ayudan con el cuidado, que si bien no remplazan la importancia de los otros si ayudan a hacer menor la ausencia.

Una limitante en la amistad a esta edad es que debido a las enfermedades propias de los amigos, o bien a los traslados, las enfermedades o discapacidad del mismo anciano hace difícil mantener una relación.

Una vejez plena es aquella en la que se logra que la persona se reconcilie con sus logros, fracasos y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de las ventajas que esta etapa da.

En cuanto a la autoestima del adulto tardío Rivas (2007) señala que para mantener una buena autoestima durante esta etapa de vida, es importante

que el adulto mayor tenga la seguridad y confianza necesaria de saber que cuenta con sus seres queridos, el comenzar a realizar actividades diferentes y nuevas para él o ella.

Nuestra cultura comúnmente se dedica a hacer especial énfasis en que el adulto de la tercera edad no puede emprender proyectos, ni ser productivo en muchos aspectos, tales como el trabajo, el cuidado de algún otro miembro de la familia como los nietos, o bien para aprender cosas nuevas.

Por lo que el anciano comúnmente se puede sentir triste, inseguro y con poca creatividad, de manera que realmente su desempeño en su vida se ve reducido o afectado, terminando por reafirmar la idea de su baja productividad.

Por otro lado cada vez es más común que las personas de la tercera edad busquen realizar actividades recreativas que permiten al adulto mayor sentir satisfacción consigo mismo, lo cual le permite un mejor acercamiento con sus familiares, y con la sociedad a la misma.

Según González (2006), el adulto mayor debe fomentar en sí mismo todo aquello que le ayude a formar un carácter independiente, básico para mejorar su autoestima y la realización de sus metas personales, para lo cual es indispensable atender dos aspectos primordiales del físico como del psicológico.

Por lo que un buen cuidado de su salud permite sobre todo en la mujer sentirse útil, en cuanto a que puede cocinar, limpiar su casa, etc. Que comúnmente hizo por años, en general ayuda para tener una buena autoestima el que se pueda bañar, asear, arreglar, por él o ella misma, pues no se vive como una carga para la familia.

Conservar al organismo y mente en buen estado influirá en un carácter seguro y pensamiento lúcido, es decir, en una personalidad que no se anticipará al rechazo o fracaso, sino que sea emprendedora y con una mejor relación con su entorno.

Aunque la situación económica puede ser un factor que impida realizar ciertas actividades, lo cierto es que actualmente existen muchas instituciones gubernamentales y privadas que proporcionan al anciano la oportunidad de tener alternativas para sentirse mejor con ellos mismos, y estar activos; con actividades tales como canto, baile, ejercicios psicomotores, pintura, cocina, poesía, etc.

Lo que facilita a éstos la oportunidad de alcanzar un nivel de vida satisfactorio así como también brinda la oportunidad de ser siempre productivos, ya que el planear cada una de sus actividades y llevarlas a cabo es una forma excelente de trabajar por él mismo.

2.3.3. SEXUALIDAD.

La conducta sexual en el adulto tardío se ve influida por muchos factores: salud en general, disponibilidad de una pareja sana, personalidad, actitudes hacia y de los otros, nivel de educación, nivel social, creencias sexuales, actitud sexual previa, situación emocional, entre otras.

El factor más importante para continuar con el funcionamiento sexual es la actividad sexual. En esta edad el sexo es diferente de lo que era antes.

Las mujeres son fisiológicamente capaces de mantenerse sexualmente activas mientras tengan vida, sin embargo tardan más en el proceso de excitación; el hombre puede continuar alguna forma de expresión sexual

activa, le cuesta más tiempo mantener una erección y eyacular (González 2006, también González y cols. 2000).

Cuando se pierde a un miembro de la pareja, esto se convierte en uno de los puntos principales para el término de la actividad sexual en esta edad, pues al anciano, principalmente a la anciana le resulta difícil la idea de estar con otra pareja sobre todo cuando se estuvo muchos años con una pareja (Estrada, 1997).

Otro factor importante en la sexualidad en el adulto tardío es, si se padece alguna enfermedad, o bien si se toman medicamentos tales como antidepresivos tricíclicos, medicamentos para la diabetes, o cualquier otro medicamento que disminuya o interfiera en la función sexual o con el estado emocional de la persona.

Para la mayoría de las personas en esta etapa la sexualidad cobra menos importancia que en otras etapas de la vida, las energías están puestas en otro tipo de actividades tales como en revisar su vida, encontrar nuevas formas de mantenerse activo, entre otras como ya se han venido mencionado.

2.3.4. ÁREA COGNOSCITIVA.

Schaie, (1996) señalan que el cerebro va presentando un encogimiento neuronal con la edad, con ello el sistema nervioso central va disminuyendo sus funciones, ello contribuye para que existan cambios en las habilidades cognitivas y en la eficacia de procesamientos de información impidiendo la capacidad de aprender y recordar.

La memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia; es pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva, pero para que la información sea adecuadamente registrada y evocada es necesario que otras funciones neuropsicológicas permanezcan estables.

Los trastornos de la atención, el lenguaje (afasia), los defectos sensoriales (visuales y auditivos) y la depresión, son los trastornos que con más frecuencia interfieren con el adecuado funcionamiento de nuestra memoria, llegando a veces a simular una demencia. (Weiten, 2004) Es por ello que muchas veces las personas mayores no recuerdan mucho de su vida pasada lo que se le llama memoria a largo plazo y lo que más recuerdan son los acontecimientos inmediatos que es lo que almacenó en la memoria a corto plazo.

La demencia es considerada en la actualidad como un síndrome que afecta sobre todo a las personas de edad avanzada. Debido al creciente envejecimiento de la población, la demencia se ha ido convirtiendo en un gran problema en las sociedades del primer mundo, y la enfermedad de Alzheimer constituye un punto importante a considerar como una de las posibles causas de las demencias (Rodríguez, 1997).

En esta etapa la atención sufre un gran declive que se mantiene en estado de vigilia manifestándose en tareas que requieren su intención mantenida.

Piaget llamaba a esta etapa de vida como formal ya que es el nivel de pensamiento más alto en la persona; la gente centra sus energías intelectuales en solucionar problemas reales, aprendiendo a lo largo de sus vivencias a aceptar la contradicción, la imperfección y la concepción como parte de la vida adulta. (Dicaprio 2003, Cueli, 1972 y Mairer, 1989).

Es necesario motivar a los ancianos a mantenerse activos mentalmente, ya que de lo contrario pueden llegar a presentar pérdida de la memoria y la llamada jubilación mental, que esta es cuando la persona se sugestiona con la idea de que a su edad ya no puede aprender nada nuevo ni realizar actividades que antes resultaban sencillas. (Rivas, 2007).

2.3.5. ÁREA LABORAL.

Según Serret, (2006) cuando el adulto llega a cierta edad es necesario pensar en la jubilación, algunos piensan en esta y les causa mucho miedo el pensar que ya no tienen nada que hacer, en otros casos lo toman de manera satisfactoria y le sacan el lado positivo a la jubilación pensando en que ahora tendrán más tiempo para disfrutar a la familia, al hogar y sobre todo a ellos mismos.

Para que sea un retiro sano deben de pensar que el trabajo solo es un medio para la realización personal, conservando siempre el derecho a ser útil en cualquier momento y hacerlo con dignidad; descubrir sus capacidades y limitaciones, absorbiendo el interés y la atención de la persona. Se le debe de dar un propósito, dirección y sentido, tomando en cuenta un plan de acción que tienda a seguir ciertos objetivos para él y aceptables para el grupo social del cual es miembro.

Los adultos tienen muchas opciones, entre ellas la jubilación temprana, retirarse de una carrera o trabajo e iniciar otro, trabajar medio tiempo para mantenerse ocupados o complementar el ingreso, regresar a la escuela, hacer trabajo voluntario, seguir otros intereses de tiempo libre o no jubilarse. (Papalia y cols. 2005 y Rodríguez, 1997). Las personas que optan por trabajar por lo regular disfrutan hacerlo brindándoles mejor salud y mayor

esperanza para la vida, el trabajo para éstas personas es algo reconfortable que no les causa mucho estrés dándoles satisfacción el compartir su tiempo con personas jóvenes y transmitiéndoles sus conocimientos tomando en cuenta el alto grado de responsabilidad que puedan llegar a tener.

Durante los primeros años de jubilación las personas pueden tener necesidad de apoyo emocional para sentirse valiosas y para enfrentar los cambios de su nueva vida.

Después de la jubilación el anciano no sabe que hacer con todo el tiempo libre que tiene ahora, es por ello que piensa en realizar actividades accesibles que no cuesten mucho dinero tomando en cuenta a la familia y amistades. Por otro lado algunos toman la decisión de hacer actividades que les exijan habilidades de atención y compromiso, los jubilados que siguen este patrón tienen a estar muy satisfechos con el rumbo que tomo su vida.

Los ancianos que aún no se acostumbran a realizar otras actividades que no sea trabajo, optan por buscar nuevas actividades como es el trabajo de medio tiempo, de esta manera sentirse útiles y saber que económicamente están aún activos.

Políticamente la jubilación tiene dos cuestiones importantes, la primer es el derecho a la pensión de la jubilación, la cual les dan un apoyo económico por todos los años de servicio (Chercover, 2006); la otra cuestión es que existen una edad obligaría para poderse jubilar, actualmente en México las empresa prefieren hacer contratos temporales con los trabajadores para que estos no hagan antigüedad en las empresas.

Los adultos mayores son como un campo de reserva para los empresarios, normalmente son sustituidos por personas más jóvenes y para las empresas es más humano retirar a un trabajador anciano que de otra forma se ve obligado a jubilarse por realizar mal su trabajo; a este tipo de jubilación se le llama obligatoria, proporcionándole al empresario la tarea tan difícil y de decidir caso por caso.

Cuando se hace una jubilación forzosa no planificada, puede provocar una pérdida o reducción de la presión del anciano. Según Lincoln y Kallegger citados por Serret, (2006). Los trabajadores mayores son más leales, confiables y menos probable que renuncien a su trabajo. Esto explica que dichos trabajadores son más responsables y su actitud es positiva aunque la remuneración económica no sea la misma a la de un joven.

Los trabajadores mayores pueden estar en desventaja en cuánto a la tecnología y si el trabajo que desempeña es de rudeza física, pero mentalmente esta apto para realizar cualquier trabajo; una de las ventajas es que se permite hacer lo que siempre había deseado, ya que cuenta con más tiempo libre que pueden dedicar a ellos y a sus familias. (Hansen, 2003).

2.4. RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DESARROLLO DEL ADULTO.

| ADULTOTEMPRANO | ADULTO INTERMEDIO | ADULTO TARDIO |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 20-40 años. • Punto máximo de salud, fuerza, energía, resistencia y funcionamiento sensoriomotor. • Muertes por accidentes automovilísticos. • Enfermedades por estrés laboral, de transmisión sexual, infertilidad. • Alcoholismo: para aceptación social o escape. • Intimidad vs. Aislamiento. Virtud: amor. • Superar crisis de identidad, aceptar separatividad. • Decisión de soltería o tener pareja, ser padres. • Toma de decisiones diversas. • Mejora la relación con los padres. • Lazos de amistad sólidos. • La imagen corporal muy probablemente definida. • Se cuenta con mayor libertad e independencia. • El cumplimiento de | <ul style="list-style-type: none"> • 40-60 años. • Final de la productividad en la mujer. • Comienza el deterioro físico y las diversas enfermedades, la motricidad va disminuyendo. • Temor de ser poco útiles. • Generatividad vs. Estancamiento. Virtud: preocupación por otros. • Jung: equilibrio o integración de las partes en conflicto con la personalidad que los ayudará a alcanzar metas. • Estrada: ocurre el nido vacío. • Reordenamiento de la pareja. • Sistema de apoyo jerárquico compensatorio: Cuidan de los padres que envejecen. • Actualmente los hijos están en la adolescencia o terminando la carrera a esta edad de los padres. | <ul style="list-style-type: none"> • 60 años en adelante. • Deterioro de la salud, cambios en la piel, pierden estatura, se encorvan, huesos frágiles, disfunciones cerebrales, corazón ritmo lento e irregular, pierden equilibrio, caídas frecuentes. • El sistema nervioso central disminuye sus funciones. • Integridad vs. Desesperación. Virtud: Sabiduría. • Pensamiento reflexivo. • Duelo por la pérdida de amigos, colegas, familia y pareja. • Se convierten en abuelos. • Tienen un cuidador primario muchos. • Diferentes roles: estabilizador, mediador, punto de contacto. • La familia es el principal apoyo emocional. • Depresión si se perciben |

| | | |
|---|--|--|
| <p>las metas propuestas, contribuye a favorecer o no su autoestima.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sexualidad se vive sin culpas. Conductas autoeróticas y relaciones sexuales. Etapa reproductiva. Se presentan las disfunciones sexuales. • En cuanto al área cognoscitiva es la etapa de logros. • Tres elementos de la inteligencia: analizar y procesar la información, experiencia, contextual. • Pensamiento Posformal. • Flexible, abierto, adaptable. • Pensamiento dialéctico: encontrar puntos de vista distintos al de uno mismo. • Buena capacidad de memoria a corto y largo plazo. • En el área laboral, hay dificultad para encontrar trabajo en México. • Ser autónomo en el trabajo implica pensamiento innovador, permite libertad para tomar decisiones. • Recompensas del | <ul style="list-style-type: none"> • El sentimiento de bienestar de los padres puede reflejar el orgullo de haber tenido hijos con un buen ajuste. • Poco tiempo se dedica a las amistades. • Cambios importantes en su imagen corporal a raíz de los cambios propios de la edad, y en las mujeres con la menopausia. • Importante la ayuda mutua para lograr manejar los duelos que se han presentado a lo largo de la vida y los que vienen en el futuro, así como para aceptar la soledad y el envejecimiento venidero. • La sexualidad en la mujer durante esta etapa de vida generalmente se ve afectada por factores hormonales, psicológicos y socioculturales. • Comienza a perder la memoria a largo plazo. La memoria a corto plazo es muy buena. • Solucionan fácilmente problemas de la vida cotidiana. | <p>abandonados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amigos son compañía y apoyo. • Buscan actividades recreativas. • La sexualidad tiene menor importancia. • Pierde capacidad para aprender y recordar. • Pensamiento formal. • La atención esta en declive. • Jubilación. • Trabajan para sentirse útiles y económicamente independientes. • Más tiempo para disfrutar a sus seres queridos. • Aparecen en algunos ciertos tipos de demencia. |
|---|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| <p>trabajo: dinero, amistades, poder, crean bienes para cubrir necesidades.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pide opinión y experiencia laboral a los mayores. | <ul style="list-style-type: none">• Buena capacidad de síntesis.• Pensamiento inductivo.• Disminuye la inteligencia fluida, aumenta la cristalizada.• Pensamiento posformal basado en la intuición, emociones y la lógica.• Buenos líderes.• El estrés en el trabajo aumenta.• Menor importancia a la familia y mayor al trabajo.• Depresión debido a la carga de trabajo. | |
|---|---|--|

3. DEL APOYO PSICOLÓGICO A LA CALIDAD DE VIDA.

¿Realmente es así como quiero vivir mi vida?

Todos nos hemos hecho esta pregunta en algún momento.

*La tragedia no es que la vida sea corta,
sino que a menudo solo tenemos una tardía
percepción de lo que realmente importa".*

Kübler Ross

4.1. LOS SENOS.

La enfermedad no tan solo es un acontecimiento biológico, el impacto psicológico va a variar de acuerdo al tipo de afección, por el significado que le implica a la persona y también por supuesto de acuerdo a la gravedad de la enfermedad.

El cuerpo es una parte importante de nuestra identidad, toma una connotación personal. Además de la connotación general positiva que toda persona le atribuye a la integridad de su cuerpo, hay valoraciones específicas vinculadas a la autoapreciación personal y función concreta que los distintos órganos cumplen, tanto en el plano biológico como dentro de la sociedad.

En la silueta femenina lo primero que destaca como iniciación de su atractivo sexual según épocas históricas, son las mamas. La mujer sabe que sus senos son atractivos para el sexo opuesto, de aquí la principal preocupación que ésta parte de su cuerpo enferme y pueda ser mutilada. La mujer

defiende la integridad de sus senos porque le conceden una imagen e identidad femenina (Chang y cols. 2007).

Desde esta perspectiva, podemos observar que las mamas desempeñan un conjunto de funciones implicadas unas con otras, y cualquiera de ellas que se vea afectada, afecta a su vez el significado subjetivo que la persona estableció.

Algunas de las funciones más importantes son para Cameron (1994) las siguientes:

1. Biológica: En los mamíferos, el primer alimento del bebé es naturalmente mediante el amamantamiento de la madre. La mama es efector de este "dar biológico" de alimentación.
2. Función Psicológica del Amamantamiento: En el ámbito de los humanos, lo biológico y lo psicológico de dicha función, se dan combinadamente y unitariamente.

Ello acontece tanto con quien recibe, como quien entrega esta forma de alimentación. Junto a la leche, recibe el contacto corporal y el afecto de la madre. Acto de generosidad biológico, espiritual, con lo que logra, alcanza y encuentra la plenitud propia que brinda el sentido concreto de la maternidad.

3. Función Identificatoria.: Una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. De esta diferenciación nace la idea de la incompletud del ser humano, para acceder a dicha plenitud existencial se significa como requisito básico una apropiada identidad afectivo-sexual en relación una con otra. Identidad de base tanto

biológica (órganos sexuales primarios y caracteres sexuales secundarios) como de formación psicosocial.

En las mujeres, unos de los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la feminidad.

4. Función Erógena: Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. Las mamas de la mujer constituyen por una parte un reconocido incentivo erótico para el hombre; en la mujer, a la vez su estimulación en el campo de la erotización, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa.

En lo que esto respecta Torres (2005) señala que en nuestra sociedad es de mucha importancia la apariencia física, por lo tanto las mujeres deben de cuidar y embellecer sus senos ya que son símbolos de sexualidad y feminidad, por motivos hormonales estos adquieren forma y consistencia como una parte importante de un medio externo de atracción sexual. Esta aparición es el signo esencial externo de feminidad corporal desde la adolescente.

4.1.1. CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA.

Para Andreu (1998) la definición de la personalidad propensa al cáncer esta constituida por una constelación de actitudes, tendencias emocionales y cognitivas, patrones expresivos verbales y no verbales, estrategias de enfrentamiento específicas y estilos de carácter más general, sin olvidar un

factor genético igual de importante, que intervienen en el origen y desarrollo de un cáncer.

El bloqueo crónico de las necesidades y los sentimientos, genera tanto consecuencias psicológicas para la persona como efectos biológicos negativos para el organismo.

Temoshok (1987) describe ocho características de la personalidad comunes en mujeres que presentan cáncer de mama:

1. Implicación: vacilación entre la extrema intimidad y la extrema lejanía.
2. Sentimientos: evitación de la expresión de sentimientos, especialmente los percibidos como negativos.
3. Racionalidad: intento de estar controlada por la razón más que por las emociones.
4. Ansiedad: ansiedad relacionada con el presente o con problemas por venir.
5. Armonizadora: evita la confrontación y es raramente agresiva.
6. Desesperanza: sentimiento pesimista sobre la vida, espera que suceda lo peor.
7. Indefensión: sentimiento de no tener el control y una gran necesidad de soporte, pero no acepta ayuda de otros.
8. Autosacrificio: trabajar por el beneficio de otros e ignorar sus propias necesidades.

Considera la tendencia a la supresión de las emociones y en particular la ira como el componente nuclear de éstas mujeres.

4.2. EL DIAGNÓSTICO.

Según González (2007) cada quien reacciona ante la posibilidad de una enfermedad de acuerdo a su propia personalidad y experiencia. Algunos lo hacen con extrañeza y curiosidad, otros no le dan importancia, y no faltan aquellos que se encuentran francamente alarmados hasta descartar la posibilidad de estar sufriendo algún padecimiento grave.

Generalmente la crisis comienza cuando la paciente asiste a la consulta para conocer el resultado de los estudios; que aunque se quiere saber cuanto antes qué es lo que está ocurriendo, el diagnóstico puede ser verdaderamente angustiante. Pensar en que la integridad personal esta en peligro y la manera en cómo afectará el cáncer la vida cotidiana y la de los seres queridos tiende a ser angustiante, provoca un desconcierto familiar y una desintegración personal.

El cáncer es una enfermedad que se asocia con dolor y muerte. El solo diagnóstico obliga a pensar que no habrá mejora, porque hay tantos que mueren después de "una larga y penosa enfermedad", al menos eso se dice entre los pasillos de un hospital oncológico. Hay tantos que mueren, pero pocos saben de todos los que mejoran.

La parte más fuerte en esta etapa se desencadena cuando se toma conciencia de que esta enfermedad, puede bloquear los propósitos, proyectos y planes presentes y futuros. Es cuando la paciente cae en desesperanza y en la absoluta desorganización de las emociones, conductas y de las relaciones interpersonales; sin embargo, en esta etapa también se pone a prueba las estrategias de resolución y la capacidad de resolver los problemas. Es un nuevo momento para redescubrir capacidades y desarrollar nuevas estrategias para hacer frente a la enfermedad.

La amenaza de un enorme costo emocional, económico, familiar y social apenas se vislumbra pero eso basta para sentir impotencia y desesperación.

Para Austrich (2007) la primera respuesta ante el diagnóstico del cáncer es la incredulidad y el rechazo. La paciente trata de negar el resultado de los estudios; por lo general la duración de la incredulidad dura entre siete y diez días después del diagnóstico.

Una persona que hasta hace unos días llevaba una vida laboral y familiar aparentemente normal pasa a ser un enfermo con todo lo que eso puede significar respecto a dependencia, humillación e incertidumbre. Es un cambio de vida demasiado violento para cualquier persona.

A esto le sigue un período donde existe una incapacidad transitoria de procesar claramente la información, por ello muchas veces se le recomienda a la paciente asistir al médico acompañada, ya que muchas veces no escucha las indicaciones que el médico le dice.

Por todo ellos es importante que la paciente siga diversas estrategias para tomar el control de la situación antes de que ésta las rebase; tales como:

- **Buscar información:** es importante saber con exactitud lo que está pasando, consultar con el médico todas las dudas que tenga acerca de su enfermedad para así poder realizar una ruta terapéutica satisfactoria tanto como para el equipo medico como para la paciente.
- **Manejar un problema a la vez:** esto es tomar decisiones conforme se vayan presentando los problemas. La paciente trata de determinar con claridad aquello si le corresponde controlar y tenerlo

muy presente; ya que la sensación de control sobre la propia existencia da seguridad y tranquilidad a cualquier ser humano.

- Mantener un estilo de vida tan normal como sea posible permite encontrar un significado a la lucha contra la enfermedad, fortalecer los lazos afectivos con los seres queridos y desarrollar una entereza y madurez muy valiosa en épocas de crisis.

Su capacidad real para llevar una existencia "normal" dependerá de factores como el momento evolutivo en que se encuentra la enfermedad, su condición física y emocional.

En nuestra sociedad no existe una infraestructura para estas personas, y en la mayoría de los casos éste es el comienzo de tratamientos difíciles, sobreespecializaciones médicas poco coordinadas entre sí; y que poco ayudan a las pacientes a trabajar en un nivel biopsicosocial.

"Es posible percibir al enfermo de cáncer como a un ser humano con sistemas de organización biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que funcionan simultáneamente el cuál debe mantener una homeostasis interna y externa" (Middleton, 2007, p.127).

El cáncer tiene a alterar dramáticamente esta homeostasis en todos los niveles de organización. Una alteración positiva o negativa en cualquier sistema afectará el resto de ellos, provocando a su vez consecuencias positivas o negativas sobre la evolución de la enfermedad. Una vez establecido el diagnóstico, es fundamental que la persona se haga responsable de su proceso de recuperación.

El cuerpo tiene una capacidad natural de estar sano, que ha sido atropellada por agentes externos, internos o ambos, y no basta la intervención de los médicos para recuperar su capacidad natural.

Para Torres (2005) el tratamiento de un enfermo debe considerar sus características físicas, psicológicas y espirituales, como también su relación con la familia y con la sociedad, representada esta última por su trabajo, amigos y religión, y claro con el equipo de salud (médico, enfermera, trabajadora social ,y/o psicólogo).

Una adecuada integración del equipo permite la identificación de los problemas (físicos, psicológicos, sociales, etc.) del paciente antes de que se hagan críticos, además de un mejor aprovechamiento de los esfuerzos y los recursos, lo cual evita repeticiones inútiles.

Para Font (1988) un aumento en la confianza del paciente en el equipo tratante, al percibir trabajo coordinado y objetivos comunes, incide directamente en una baja en el nivel de ansiedad que permite una mejor evolución. Cuando percibe un ambiente confiable y distendido, se relajan y dedican más energías a su recuperación y menos a las fantasías de "que algo anda mal y no me quieren decir"; lo cual es muy común en las pacientes que presentan este tipo de enfermedades.

Cuando la paciente percibe que puede participar en el proceso de recuperación y estar a cargo de sí mismo, manifiesta un gran alivio. Devolver a estas personas la posibilidad de estar presentes y tomar decisiones generalmente ayuda notablemente a la cooperación en el tratamiento.

3.3. DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO.

Al recibir el impacto diagnóstico se comienza la elaboración del duelo lo que permite a las mujeres enfrentar su enfermedad mediante el apoyo psicológico que las lleva hacia una calidad de vida.

3.3.1. DUELO ANTE PÉRDIDAS PARCIALES.

Es muy frecuente que los procesos de enfermedad causen algún tipo de pérdida, ya sea temporal o definitiva, total o parcial, real o simbólica. Las mujeres con cáncer hacen frente a un proceso de duelo así como también van reelaborando sus objetivos emocionales, conductuales y de vida en cada una de las fases de la enfermedad.

El duelo es un proceso psicológico, social y somático que se dispara ante la advertencia de pérdidas o separaciones. El proceso de cambio como en una enfermedad como ésta o cualquiera que sea crónica, implica ciertas pérdidas. A lo largo de la vida se van perdiendo muchas cosas y ganando muchas otras, pero cada pérdida tiene un costo enorme que cuesta mucho trabajo asumir. (Middleton, 2007).

La evolución de la respuesta a la pérdida atraviesa por distintas fases a lo largo de semanas a meses, dependiendo de cada paciente respecto a sus reacciones emocionales, conductuales y cognitivas.

Para Austrich (2003) en general es posible hablar de cuatro fases o etapas del duelo durante una enfermedad como es el cáncer:

1. El Embotamiento: se caracteriza por el aturdimiento y la incredulidad ante lo que está viviendo. La paciente trata de evitar todo aquello que le recuerda todo aquello que le está pasando, provoca conductas de

rechazo hacia ciertas situaciones y/o personas. Esta tratando de evadir el dolor que le provoca la pérdida, mediante la activación de un mecanismo de defensa llamado negación que es necesario para permitir el reajuste emocional y empezar a vivir el dolor de lo que está sucediendo.

2. Anhelos y Búsqueda: es lo que comúnmente las pacientes le llaman etapa del porqué y el cómo. La paciente trata de encontrar la razón de su padecimiento; se pregunta todo el tiempo cuál es el origen de su enfermedad, admitiendo cualquier tipo de explicaciones desde científicas hasta mágicas y religiosas, según su estado de ánimo.

Se muestra enojada e intranquila; esta muy irritable y pelea con frecuencia ante la más mínima contrariedad, comúnmente busca culpables y al no encontrarlos la mayor parte de las veces se recrimina.

Esta vivencia dolorosa implica la necesidad de hablar constantemente del padecimiento y de los diversos momentos afectivos que experimenta durante el día, muchas veces también hablan constantemente de sus discapacidades reales e imaginarias. Poder hablar de sus experiencias sobre el tipo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos ayuda a una mayor aceptación y a una mejor alianza terapéutica.

Dado que las vivencias del dolor son intensas la paciente suele recurrir a mecanismos de defensa tales como el desplazamiento (considerar que un evento insignificante es responsable de su enfermedad), la idealización (sobervalorar algún recurso o persona), la omnipotencia (creer que se puede abandonar el tratamiento y de todas formas lograr una curación), entre otros.

También es posible que en esta etapa se intensifique la angustia, impidiendo asistir al tratamiento o tener conductas que saboteen las indicaciones médicas, así como también el miedo irreflexivo ante situaciones imaginarias.

3. **Desorganización y Desesperación:** por el período evolutivo de la enfermedad o como efecto secundario del tratamiento, la paciente ve dañadas sus capacidades físicas lo que provoca fuertes emociones de frustración. Su estado de ánimo fluctúa entre las ganas de seguir luchando y la tendencia al abandono ante la falta de resultados positivos.

La incertidumbre respecto del futuro provoca pensamientos negativos y angustia, y sus planes de vida se desmoronan poco a poco dejando muchas veces paso a la depresión. Buscar la emancipación así como transferir los intereses de aquello que se perdió para depositarlos en algo nuevo y diferente es una de las finalidades de esta etapa; para lo que es necesario trabajar en la capacidad de introspección a fin de descubrir habilidades que participen de manera activa en la rehabilitación, buscando estrategias para ampliar las potencialidades de la persona.

4. **Reorganización y Reestructuración:** aquí aparece la iniciativa personal y la dependencia absoluta comienza a ceder; ya que no es indispensable contar siempre con el apoyo de una persona, aquí los pacientes comienzan a ir solas a sus consultas y enfrentan las diversas dificultades con objetividad.

Comienza a desarrollar una redefinición de si misma a través de un cambio en la representación interna tanto de su imagen corporal

como de sus nuevas expectativas en la vida. El sentimiento de soledad se incrementa en la paciente por que requiere tiempo para adaptarse a su nueva imagen (si le realizaron mastectomía, si tuvo perdida de cabello por los tratamientos, si tiene la piel pálida, etc.), e incorporar la sustituciones provocadas por la perdida como reorganizar su escala de valores, reestructurar su plan de vida o bien experimentar con prótesis o pelucas hasta lograr sentirse lo suficientemente cómoda, segura y convertirlos en parte de ella y su nuevo estilo de vida.

La finalidad de esta fase es la readaptación que es cuando la paciente logra descubrir o desarrollar nuevas habilidades sin temor ante las posibles secuelas. El estancamiento del proceso de duelo puede identificarse en esta etapa por actitudes de derrota y renuencia a seguir esforzándose.

Reconocer objetivamente quienes somos y cuáles son nuestras capacidades reales, para después reorganizar la perspectiva de vida y desarrollar así nuevos estilos de vida en consecuencia implica renunciar a quienes eran para comenzar a construir quienes serán. Desarrollando también nuevos esquemas de relación interpersonal en el ámbito social, familiar y laboral.

3.4. APOYO PSICOLÓGICO.

Se entiende por apoyo psicológico al hecho de apoyar en el alivio sufrimiento emocional de manera que los beneficiarios estén más rápidamente en condiciones de confiar en sus propios recursos y afrontar con más éxito las dificultades que encuentren en el camino hacia la recuperación. El apoyo psicológico abarca, así, toda actividad que mejore la capacidad de las personas para funcionar bajo el nivel de tensión que se

observa en el contexto de un acontecimiento crítico (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2003).

Para Chang y cols. (2007) el objetivo especial de la psicología en esta área es el acompañar a las mujeres a aprender cómo manejar los cambios físicos, emocionales y los diferentes estilos de vida que cambian como consecuencia directa o indirecta del cáncer, o bien las repercusiones de los tratamientos médicos que pueden llegar a ser dolorosos o impactantes tanto para la paciente como para su familia.

La psicología ve a la mujer con cáncer de mama como un ser biopsicosocial, no sólo como alguien que tiene una enfermedad física, sino con sus repercusiones psicológicas y sociales que presente.

Bayes (2004) menciona que la personalidad de la paciente, la estructura psicológica, su historia oncológica; es decir, sus experiencias previas con la enfermedad, las enfermedades neoplásicas de sus familiares directos, de sus amigos o conocidos, así como el desarrollo y desenlace de la enfermedad de estos, tendrán repercusión directa en la respuesta emocional de la paciente ante el diagnóstico.

Para algunas quizás es de vital importancia como explicar a los hijos la enfermedad y más si estos son pequeños, o bien el hacer frente a esta enfermedad en pareja, para algunas mujeres resulta necesario el manejo de sus emociones y de su propio duelo.

La necesidad de tratamiento psicológico puede no terminar cuando finaliza el tratamiento médico, ya que la recuperación emocional puede llevar más tiempo que la recuperación física y es en ocasiones menos predecible.

Para Rojas (2006) la intervención psicológica en pacientes con cáncer se divide en las siguientes etapas:

1. Fase de diagnóstico: donde se busca que tanto la paciente como su familia sigan los protocolos médicos, tiene la información adecuada y pueden diagnosticar a tiempo problemas psicológicos y/o psiquiátricos.

Dando orientación emocional a la enferma y su familia por medio de material educativo y grupos de apoyo; o bien canalizar de ser necesario con algún otro especialista de salud mental como el psiquiatra.

2. Fase de tratamiento: dónde se busca controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos asociados a los tratamientos médicos; a través de talleres, de ejercicios de relajación, redes de apoyo social, y fomentar el mantenerse activa lo más posible, ya sea continuando su vida con la rutina normal o buscar nuevas alternativas posibles dentro de las condiciones de la paciente.

3. Fase libre de enfermedad: trabajar sobre los miedos o fantasías que vienen después de un cáncer como el miedo a la recaída, ayudando a que se tenga información clara sobre su pronóstico, que diferencie entre los síntomas reales de un cáncer y los que no lo son, fomentar la comunicación con su médico.

Así como el dar estrategias para su reincorporación a la sociedad, incluyendo su vida en casa, sus amistades y su trabajo profesional; continuando con el trabajo psicológico sobre su imagen corporal, su autoestima y reforzando sus redes sociales.

4. Fase de recidiva: cuando existe una recaída, el diagnóstico suele ser de efecto más intenso que la primera vez, la ansiedad, la angustia y la

depresión son muy comunes. Se busca realizar un trabajo psicológico con el enojo de vivir nuevamente lo mismo, continuar reforzando la confianza en el médico y el tratamiento, trabajar con el dolor y la incertidumbre de ésta y de la familia.

5. Fase final de la vida: cuando se da un diagnóstico terminal, suelen aparecer reacciones emocionales fuertes para el enfermo y su familia.

Se trabajará con los cuidados paliativos, en el manejo del dolor y otros síntomas físicos, con relajación, o bien ejercicios de hipnosis eriksoniana pensados en estas pacientes.

Acompañar a la paciente en el proceso de enfrentarse a su propia muerte y fomentar el cierre de sus duelos pendientes; así como también acompañar a la familia en la elaboración de su duelo ante la pérdida de un ser querido.

3.4.1 TÉCNICAS.

Existen infinidad de técnicas para trabajar a nivel emocional con este tipo de pacientes, por lo que algunos de los ejercicios utilizados para este trabajo se describirán a continuación:

- Regresando por mis recursos por: medio de una fantasía guiada se dirige a la paciente a momentos significativos de su pasado, haciendo hincapié en cada una de las cosas que por la vida se van "tirando" u olvidando, así se regresa al presente.

Se prepara un lugar donde exista una cama de arena con algunas conchas o piedras enterradas ligeramente, así por medio de símbolos se lleva a la paciente explicando que cada uno de los objetos enterrados es lo que ella a

dejado en el camino, que ahora es momento para levantarlos, y llevarlos con ella en ese proceso de enfermedad. Gómez (2007).

- Técnica de visualización para después de los tratamientos: se pide a la paciente que se relaje, una a una cada parte de su cuerpo, se propone visualice una luz que entra en ella con cada respiración, la manera en como recorre su cuerpo, le pone ella misma color, olor, y nivel de calor, esta luz poco a poco sana su cuerpo y elimina el malestar que existe en ese momento, hasta que para la paciente sea suficiente, ahí se indica terminar con la visualización. Haber (2000).

- Técnica para el trabajo de imagen corporal: se pide a la paciente que se observe frente a un espejo por unos instantes, a continuación se solicita que escriba los aspectos positivos y negativos de su cuerpo, habla sobre ello con el resto de grupo si así gusta, a continuación entre las pacientes y sus familiares si se encuentran se proponen alternativas sobre los aspectos negativos que se hablaron para que se perciban diferente. Raich (2000).

- Técnica para el trabajo de imagen corporal y autoestima: en muchos hospitales oncológicos se da un taller impartido por el área de psicología donde se le enseña a los pacientes como hacer sus propias pelucas o bien de decorado de mascadas, ya que como se ha mencionado la pérdida de cabello influye significativamente en el estado emocional de los pacientes.

3.5. CALIDAD DE VIDA.

El interés por la calidad de vida siempre ha existido; la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente.

La idea comienza a popularizarse en la década de los sesentas hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos; como son la salud, la educación, la salud mental y en el mundo en general. La expresión comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida.

La calidad de vida bien podríamos definirla por un sin número de autores, o bien hablar de lo que abarca la calidad de vida según otros autores que ni siquiera la definen como un concepto tal, posiblemente su definición sea uno de los puntos menos claros de la investigación.

Según la OMS la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (citado por Rey, 2006, p. 11.)

Muchas personas han intentado teorizar acerca del concepto calidad de vida y la forma en que las personas la alcanzarían. Las teorías que aplican la calidad de vida, se encuentran sesgadas por las visiones o enfoque al que se encuentra adscrito quien la plantea, por ello, presentan limitaciones en sus conceptos.

Para Giangreco y Cloninger citado por Rey (2006) los enfoques de investigación de este concepto son variados pero podrían englobarse en dos tipos:

- Enfoque cuantitativo: cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida; para ello han estudiado diferentes indicadores como los son los sociales, los psicológicos y los ecológicos.
- Enfoque cualitativo: adoptan una postura de escucha a la persona mientras relatan sus experiencias, desafíos y problemas, y como los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de la manera en que difieren los investigadores sobre la definición de la calidad de vida y la metodología que se usa para sus estudios el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos tiempos.

Según el González (2007) la calidad de vida en pacientes con cáncer se explica de acuerdo a cuatro áreas: física (en cuanto al control de los síntomas), psicológica (para tener el mejor manejo posible de sus emociones), social (para trabajar el impacto del cáncer en el individuo, sus roles y relaciones) y espiritual (para mantener la esperanza).

La calidad de vida en pacientes con cáncer puede ayudar a tomar decisiones con relación al tratamiento e identificar a pacientes con morbilidad física y/o psicosocial y realizar un mejor plan de rehabilitación (Camps 2001).

Los trastornos de la calidad de vida no suelen manifestarse mediante signos clínicos, si no con relación a las actividades sociales del sujeto.

En resumen la calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el conocimiento de la dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del individuo; por ello depende en gran parte de la concepción propia del mundo que tiene el sujeto en particular de la interpretación y

valoración que le da a lo que tiene, vive y espera. Por esta razón se abordó desde diversos puntos que influyen en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama con las cuales se trabajó.

CAPITULO II. METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El modelo de esta investigación es de enfoque dominante; el cual se desarrolla bajo la perspectiva de algunos de los dos enfoques (cualitativo o cuantitativo), en este caso prevalece el enfoque cualitativo, y la investigación mantiene un componente del otro enfoque la ventaja de este modelo según Grinnell, citado por Hernández y cols. (2003), consiste en que presenta un enfoque que en ningún caso se considera inconsistente y se enriquecen tanto la recolección de los datos como su análisis. La desventaja que los fundamentalistas le encontrarían es que su enfoque se esta subutilizando.

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación de participantes y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivos de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

Es de tipo descriptivo, porque mide y recoge información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere, integrando las mediciones o información de cada variable o conceptos para decir como es y como se manifiesta el fenómeno de interés.

Y comparativo porque es simple, estudiamos ejemplares que pertenecen al mismo grupo pero que difieren en algunos aspectos, estas diferencias llegan a ser el foco del estudio o la investigación, la meta es descubrir porque los casos son diferentes para revelar la estructura subyacente general que permite o genera la variación.

2.2. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Las técnicas de recolección de datos permiten hacer una medición precisa acerca del abordaje del problema, las utilizadas para esta investigación se citan a continuación.

- Taller: Exposición ante un grupo de personas, la cual consta de una parte teórica en la cual se desarrolla algún tema brevemente y una parte práctica, en la cual se aplican diversas técnicas con el apoyo de material didáctico, así como el intercambio de puntos de vista de los participantes, a través de lo cual las personas obtienen conocimientos de sí mismos y del tema teórico de una manera vivencial. (Ver en anexos).
- Prueba psicométrica: test de evaluación de calidad de vida de Fuentes de la Peña, dirigida principalmente al estudio de los pacientes con cáncer en México, consta de 20 reactivos (conformados por 4 áreas: biológica en las preguntas 2, 12, 13, 16 y 17, en cuanto a la parte emocional con las preguntas 4, 5, 6, 7 y 8, en el área social con las preguntas 3, 9, 10, 11 y 15, y en el impacto del diagnóstico con las preguntas 1, 14, 18, 19 y 20), con 5 opciones de respuesta cada uno, para el análisis de dichas

áreas se tiene una limitante y es que la interpretación es de manera general y no área por área como se describirá más adelante. Se aplica un pretest y un posttest, en el año 2007. (Ver en anexo).

- Ficha clínica, es el instrumento en que se registra la historia médica de una persona, un documento único, ordenado y completo que debe reunir en forma clara y concisa toda la información concerniente a la salud de un paciente, su evolución y las atenciones recibidas (Campbell y col.2001). (Ver en anexo).

2.3. PARTICIPANTES.

Son 12 pacientes del sexo femenino del Centro del Atención Oncológica de la ciudad de Morelia (CEAO), diagnosticadas con cáncer de mama y canalizadas por los médicos de la institución al Departamento de Psicología.

Su edad promedio es de 43.8 años de edad. De estas mujeres seis son del municipio de Morelia, y el resto son foráneas. Todas muestran mastectomía de las cuales 6 son del seno derecho, 5 del seno izquierdo y 1 bilateral.

2.4. ESCENARIO.

El Centro de Atención Oncológica de la ciudad de Morelia, Michoacán se fundó en el Octubre del 1994, comenzó a funcionar como parte independiente del Hospital Civil de Morelia, Michoacán en el año de 1996. El proyecto fue iniciado por el Dr. Trigueros y el Dr. Valencia, después se obtuvo el apoyo del gobierno.

Se atiende aproximadamente a 1600 pacientes al mes en el CEAO, siendo los cánceres más comunes en los pacientes: el cervicouterino, de mama, el de pulmón y de colón.

El trabajo se aplicó en dicho centro de la ciudad ubicado en Gertrudis Bocanegra #300. Cuenta con 2 edificios, uno de consulta externa, el otro es área de hospitalización; dentro del cual se encuentra ubicado el salón de usos múltiples donde se aplicó el taller, este espacio es de aproximadamente de 7 metros por 5 metros de ancho, cuenta con sillas, proyector, computadora, pantalla y una mesa. El cual fue un lugar muy adecuado para presentar el taller.

2.5. PROCEDIMIENTO.

El procedimiento consistió en:

- Se pidió autorización al CEAO (Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, Michoacán).
- Se solicitó autorización del departamento de psicología del CEAO.
- Se expuso al personal de salud el trabajo a realizar con las pacientes con cáncer de mama, para contar con su apoyo.
- Se reunieron a 12 mujeres con cáncer de mama, todas pacientes del CEAO, en tratamiento, a las cuales se les explicó el procedimiento a seguir y el objetivo de dicha investigación.
- Se formaron dos grupos ambos de 6 pacientes, con los cuales se trabajó, a los dos se les aplicó el test evaluación de la calidad de vida, y una ficha clínica, correspondiente al departamento de psicología del CEAO.
- A uno de los grupos, al grupo estudio, se le aplicó el taller "Aprendiendo a vivir diferente"; al grupo control no se le aplicó el taller.
- Se realizó después de 4 meses la evaluación posttest, donde a ambos grupos se les aplicó nuevamente el test de evaluación de la calidad de vida.
- Se analizaron los resultados de los datos obtenidos.

CAPITULO III. RESULTADOS.

Los resultados serán presentados por ejes temáticos los cuales son:

- 1) Cáncer de mama.
 - ¿El cáncer de mama se encuentra en el seno derecho?
 - ¿El cáncer de mama se encuentra en el seno izquierdo?
- 2) Alteraciones del sueño.
 - ¿Existen alteraciones en el sueño?
- 3) Alteraciones del apetito.
 - ¿Existen alteraciones en el apetito?
- 4) Las relaciones interpersonales.
 - ¿Cómo es la relación con los padres?
 - ¿Hay agresión explícita o implícita en sus relaciones interpersonales?
 - ¿Son buenas las relaciones de pareja?
- 5) Miedos y fantasías.
 - ¿Hay miedos a partir del padecimiento?
 - ¿Hay fantasías derivadas de la enfermedad?

Una vez analizados los ejes temáticos cualitativos se abordara la parte cuantitativa.

Partiendo de la idea que el apoyo psicológico sirve para la mejora de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama de 40 a 55 años del centro estatal de atención oncológica de Morelia, Michoacán. Lo cual se busca comprobar más adelante.

3.1 RESULTADOS DE ENTREVISTAS.

3.1.1. DESCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS.

EJE TEMÁTICO 1: CÁNCER DE MAMA.

GRUPO CONTROL: De estas mujeres hay tres con cáncer de mama en el seno derecho, dos en el seno izquierdo y una bilateral.

GRUPO ESTUDIO: Se cuenta con tres mujeres con cáncer de mama en el seno derecho y tres en el seno izquierdo.

EJE TEMATICO 2: ALTERACIONES DEL SUEÑO.

GRUPO CONTROL: Se encontró que cuatro mujeres tienen alteración del sueño y dos no padecen de este.

GRUPO ESTUDIO: En dicho grupo hay cinco mujeres tiene alteración del sueño y uno de ellos no.

EJE TEMATICO 3: ALTERACIÓN DEL APETITO.

GRUPO CONTROL: cinco mujeres de este grupo si tienen alteración y una de ella no tienen esta alteración.

GRUPO ESTUDIO: Las mujeres de este grupo cuatro tiene alteración en el apetito y dos de ellas no lo tienen.

EJE TEMATICO 4: RELACIONES INTERPERSONALES.

GRUPO CONTROL: La relación con sus padres fue nula, distante, conflictiva o agresiva. Únicamente una de ellas reporta que la relación con su padre es buena; cinco de ellas refieren a sus parejas como ausentes o en relaciones conflictivas. De las cuales una es soltera, tres casadas y dos separadas; cuatro de ellas mencionan que tiene buena relación con sus hijos. De dicho grupo se encontraron a tres mujeres que en su familia hay antecedentes de alcoholismo o de alguna adicción.

GRUPO ESTUDIO: En estas mujeres la figura paterna es ausente, y con la madre no existe una buena relación. Con sus parejas cinco reportan una relación conflictiva o distante y solamente una reporta una relación buena. De las cuales cuatro son casadas, una divorciada y una viuda. De ellas la mitad crea lazos de amistad con personas fuera de su familia. Únicamente dos tiene buena relación con sus hijos, las restantes mencionan que es conflictiva y/o distante. En general sus relaciones interpersonales no son buenas. De este grupo se encontraron a dos mujeres donde es su familia hay antecedentes de alcoholismo o de alguna adicción.

EJE TEMATICO 5: MIEDOS Y FANTASIAS:

GRUPO CONTROL: Las mujeres de este grupo se encuentran principalmente con miedo a sufrir por los tratamientos, que estos no funcionen o bien a tener una muerte dolorosa. Muchas de ellas no entienden en que consiste la enfermedad y otras solo conocen lo que la gente les cuenta, dos de ellas creen o les han dicho que la enfermedad es contagiosa, lo que ha visto afectadas sus relaciones interpersonales, dos de ellas presentan lapsos de llantos constantes. Tiene gran preocupación por lo costoso del proceso. Sienten incertidumbre por proceso de la enfermedad.

GRUPO ESTUDIO: Presentan diversos miedos siendo el principal de ellos lo desgastante que son los tratamientos tanto físico, económico y

emocionalmente, seguido por el miedo a la muerte, siendo este mayor en las mujeres que aún tiene hijos pequeños. Les causa temor ver su cuerpo después de la mastectomía. Tres presentan llanto constante a partir del diagnóstico, dos no se sienten apoyadas por sus familiares y amigos por lo que temen estar solas durante el proceso, presentan ansiedad ante el desconocimiento de la enfermedad, el proceso evolutivo e incertidumbre por lo que van a enfrentar.

A continuación se presenta el cuadro de resultados de las entrevistas paciente por paciente de ambos grupos.

3.2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA.

Las gráficas presentan los resultados pregunta por pregunta del test calidad de vida, abarcando primero el grupo control en el pretest y luego el postest tomando en cuenta la frecuencia con que los pacientes contestaban a cada reactivo. Posteriormente son presentadas de igual manera las gráficas correspondientes al grupo estudio bajo el mismo formato.

3.2.1. GRÁFICAS PRETEST GRUPO CONTROL.

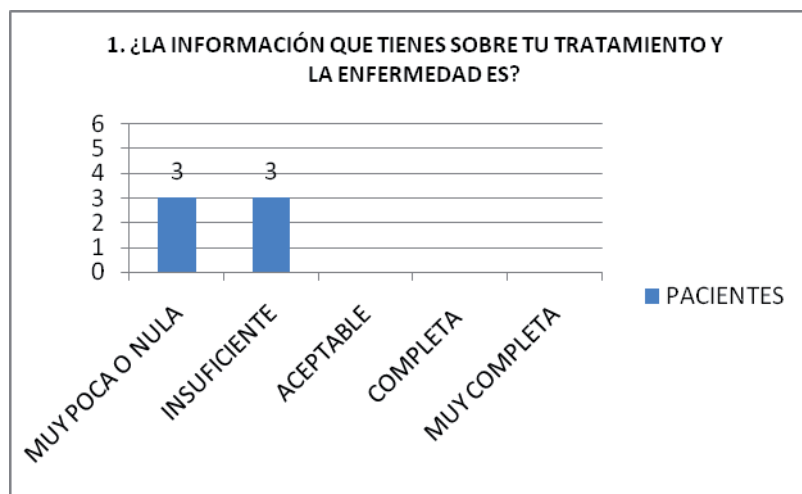


FIGURA 1. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

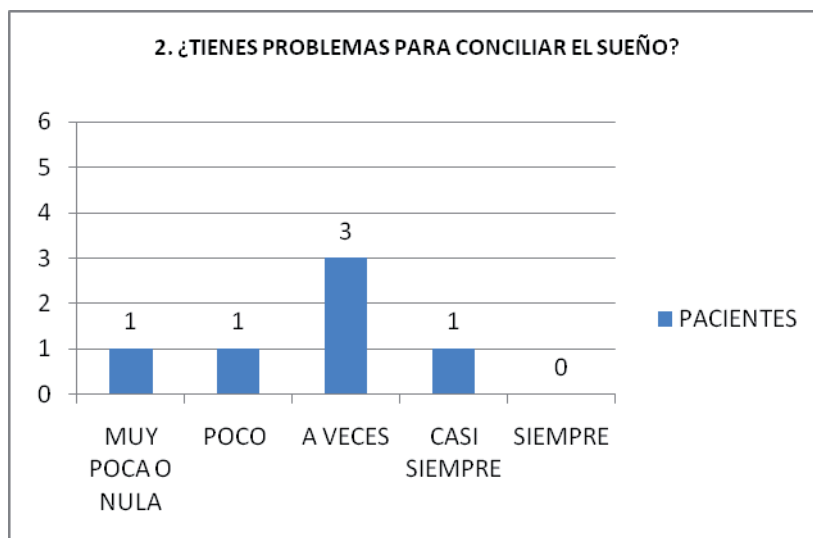


FIGURA 2. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

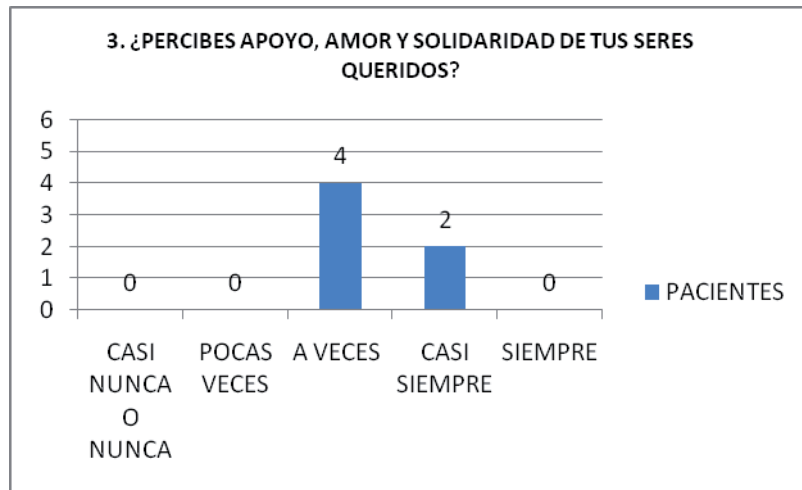


FIGURA 3. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

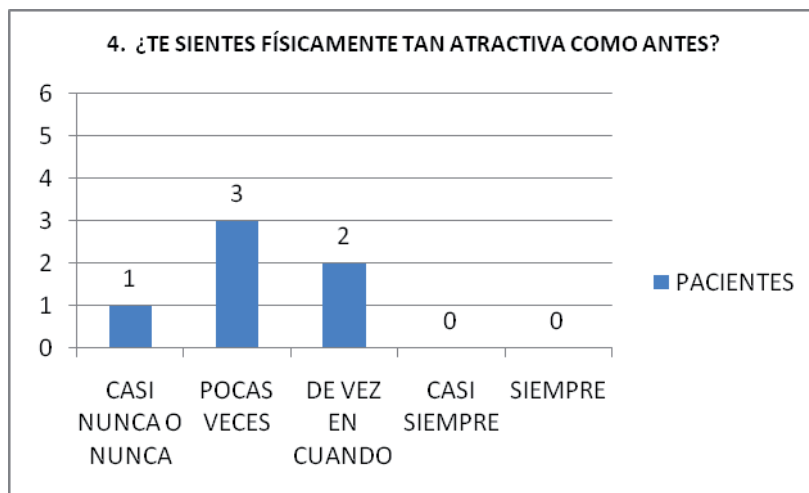


FIGURA 4. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

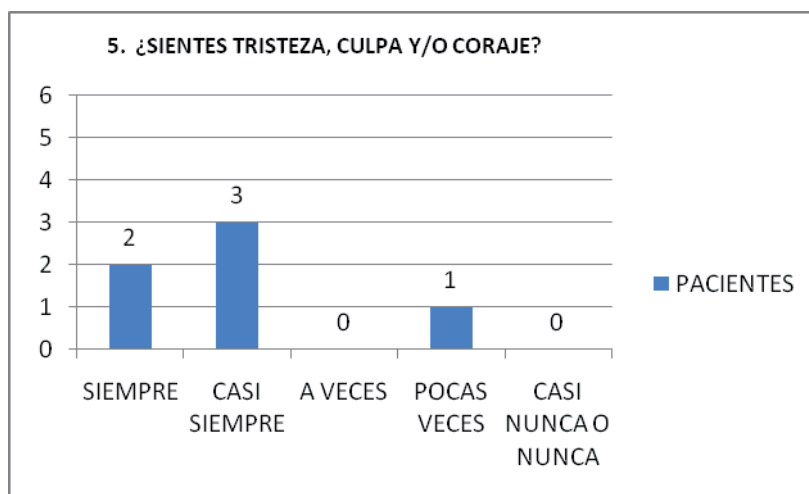


FIGURA 5. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

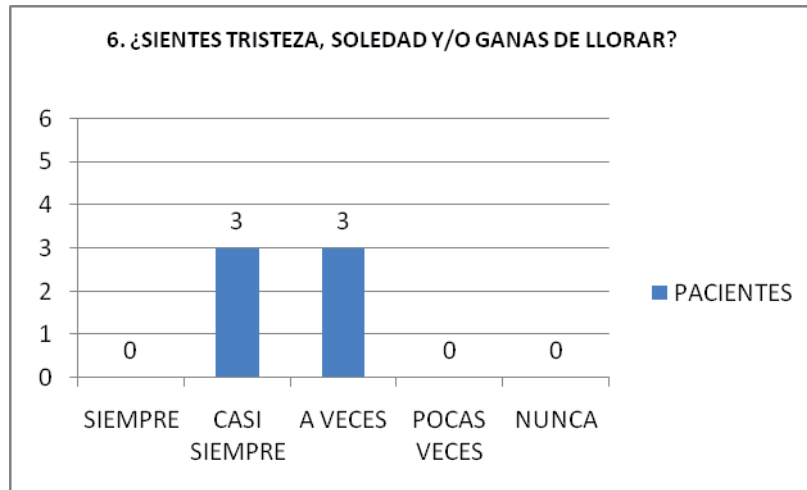


FIGURA 6. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.



FIGURA 7. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

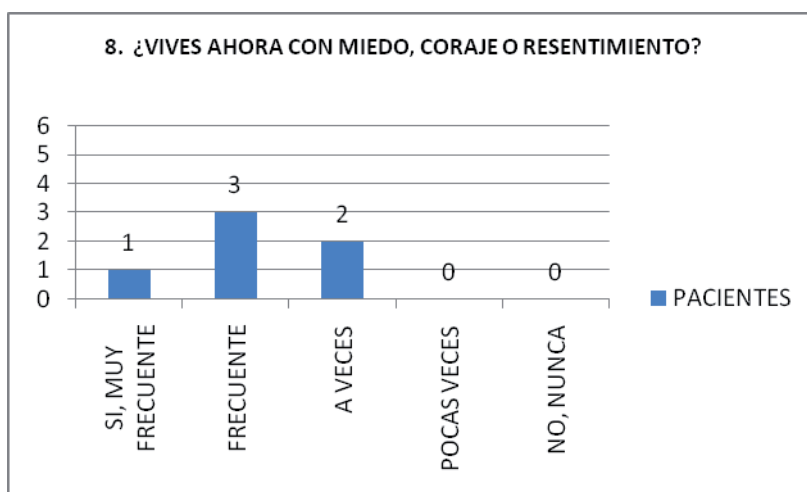


FIGURA 8. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

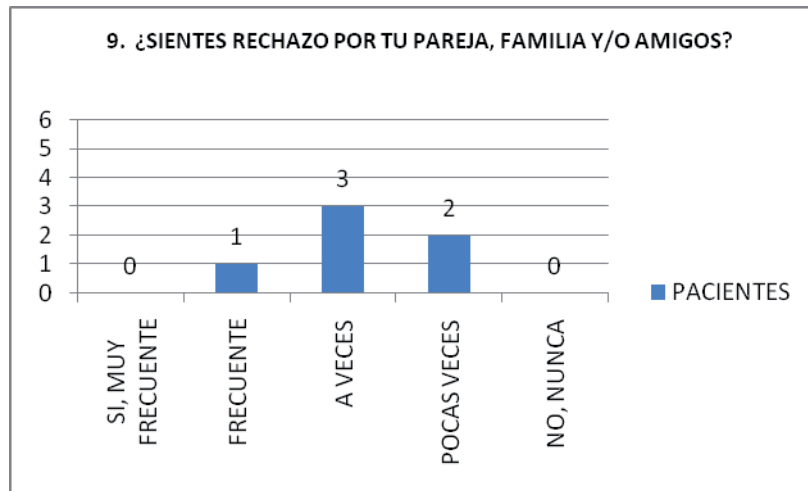


FIGURA 9. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

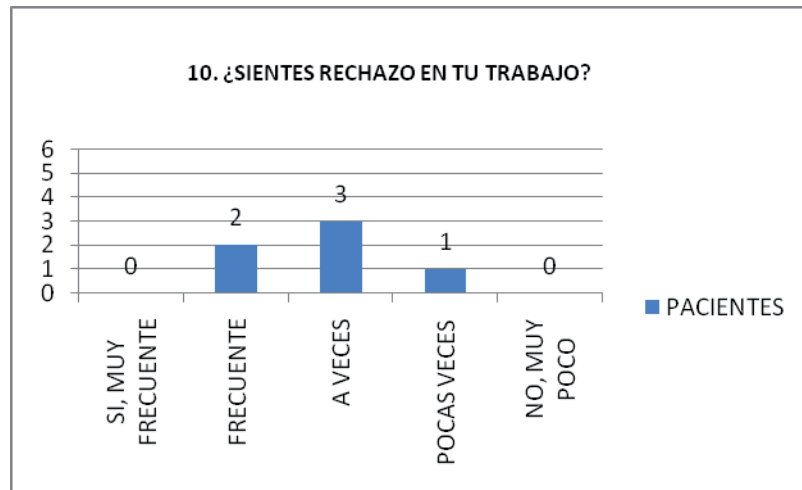


FIGURA 10. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.



FIGURA 11. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

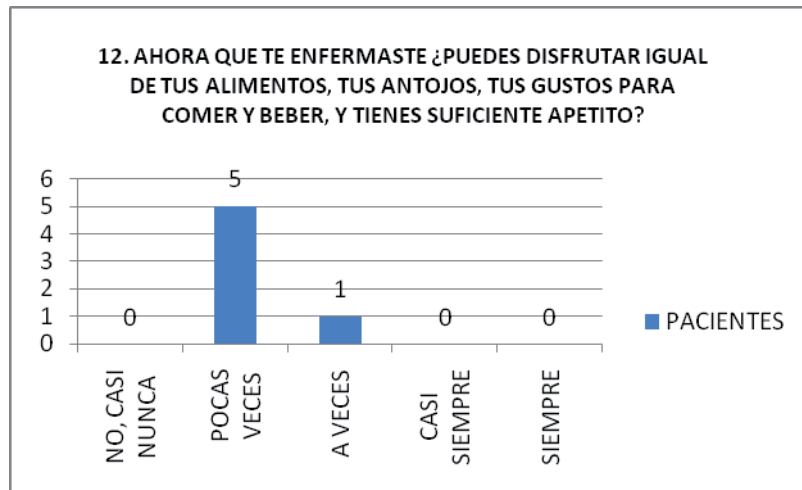


FIGURA 12. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

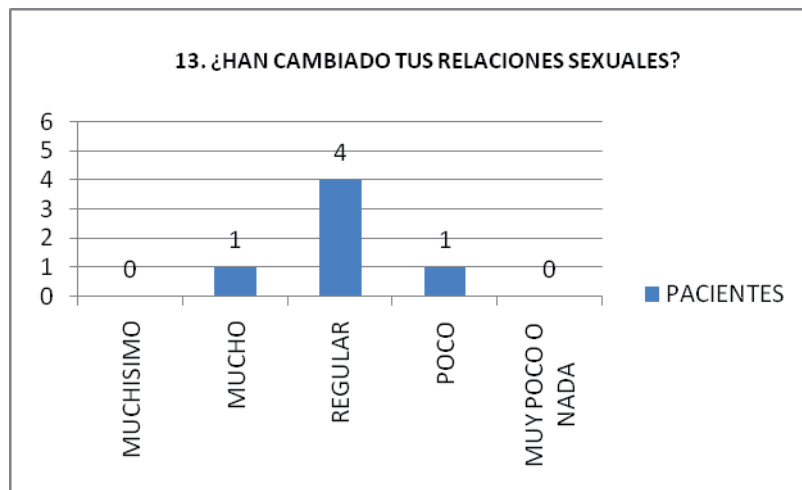


FIGURA 13. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

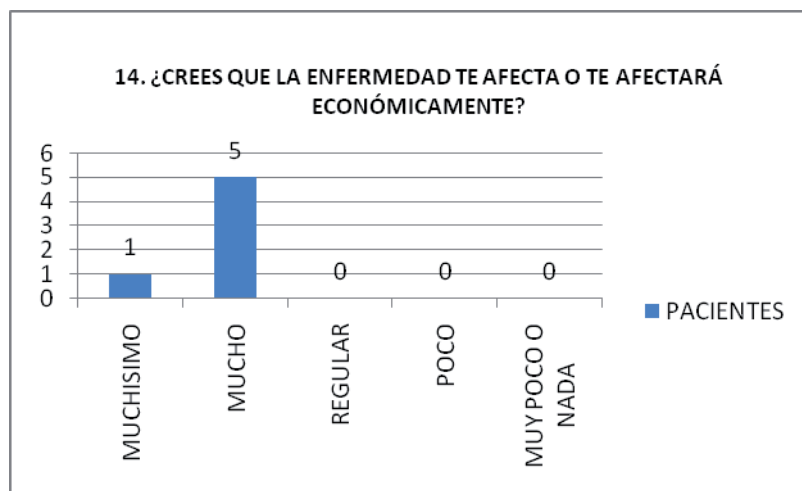


FIGURA 14. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

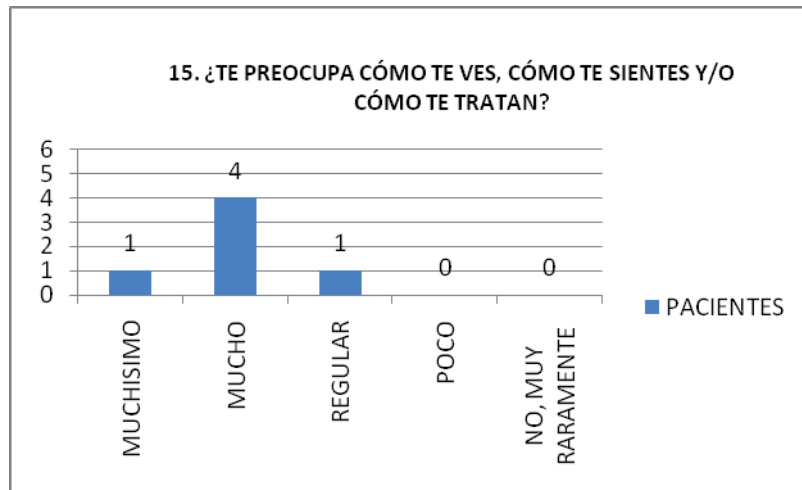


FIGURA 15. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

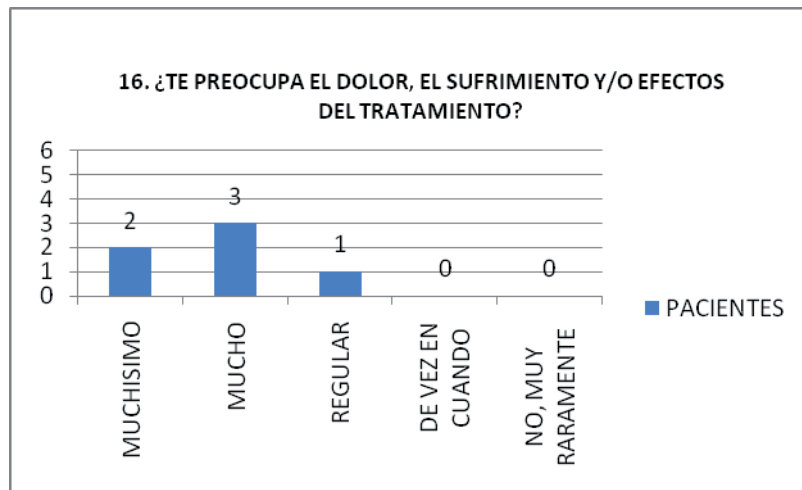


FIGURA 16. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

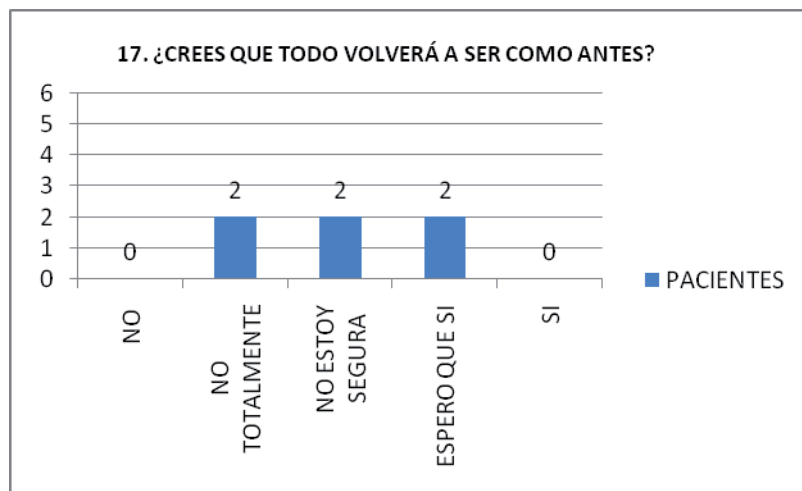


FIGURA 17. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

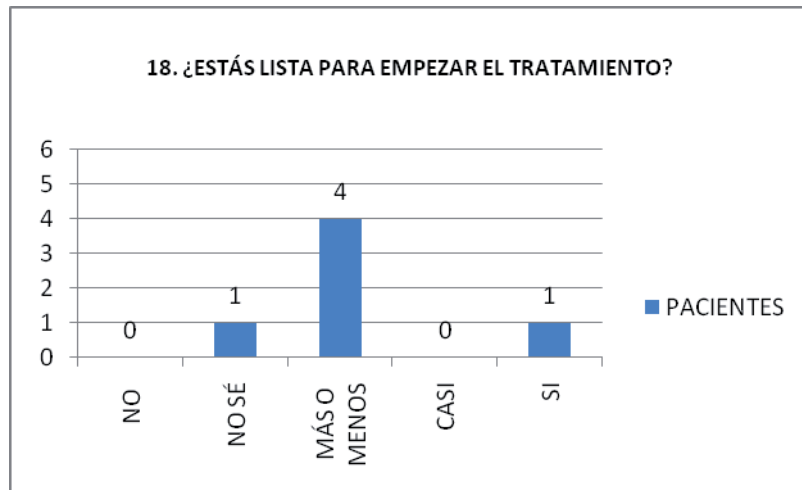


FIGURA 18. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

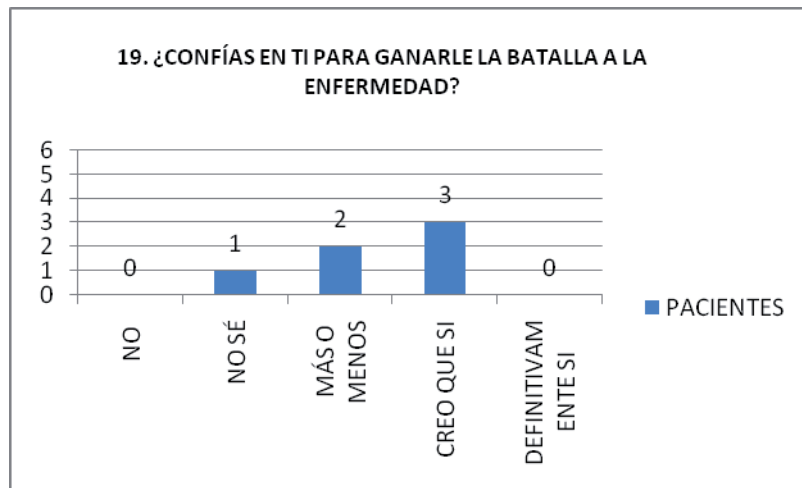


FIGURA 19. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

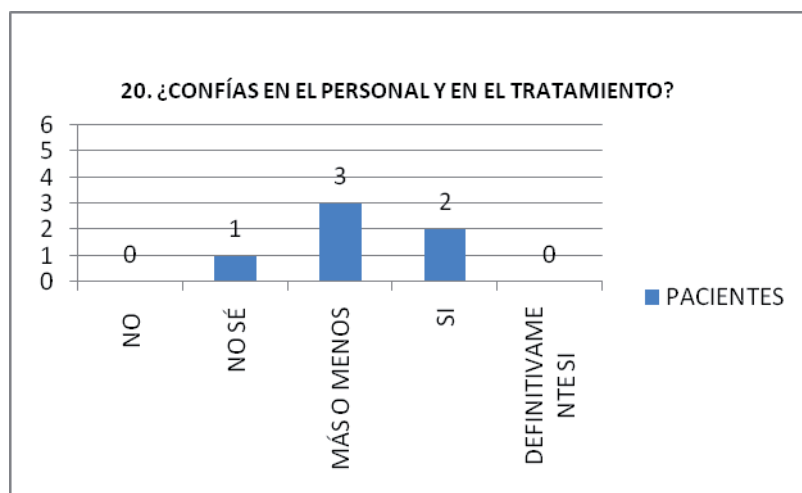


FIGURA 20. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

3.2.2. GRÁFICAS POSTEST GRUPO CONTROL.

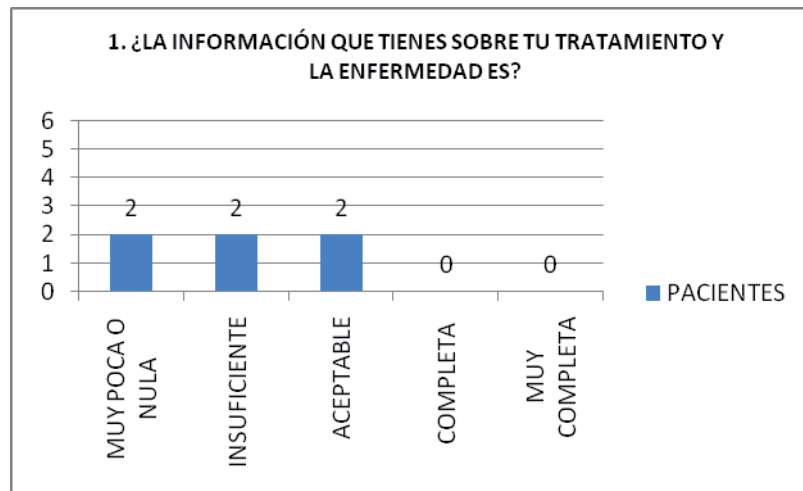


FIGURA 21. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

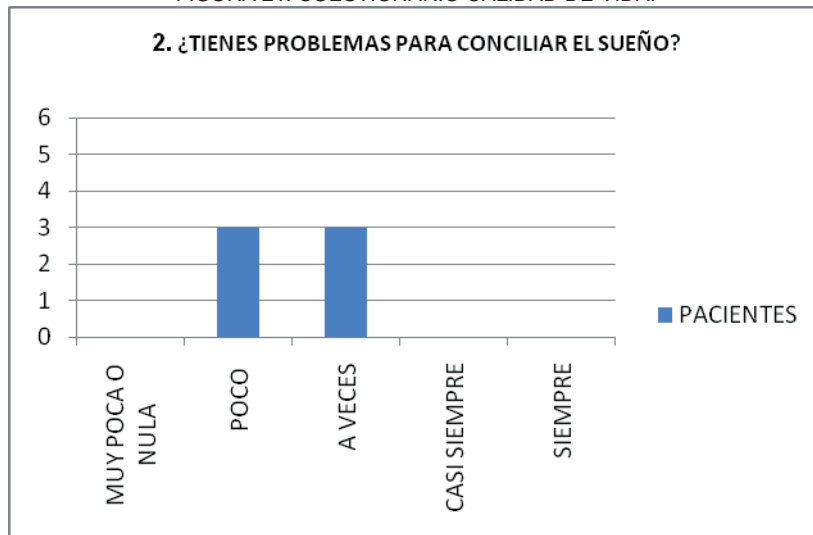


FIGURA 22. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

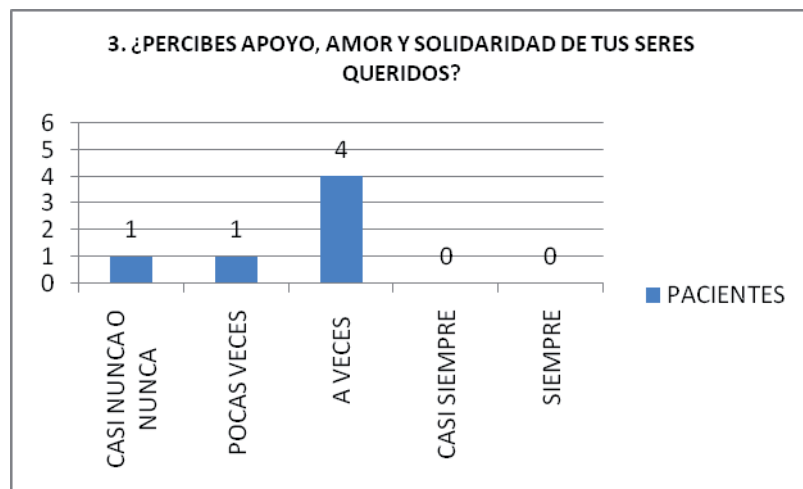


FIGURA 23. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

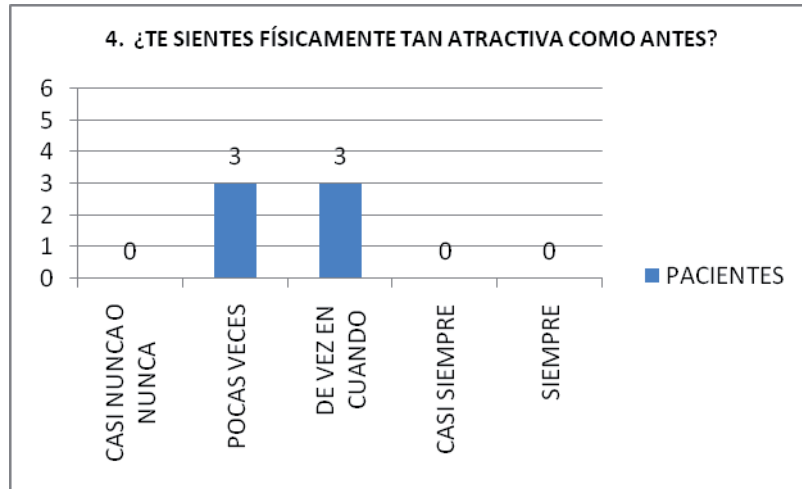


FIGURA 24. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

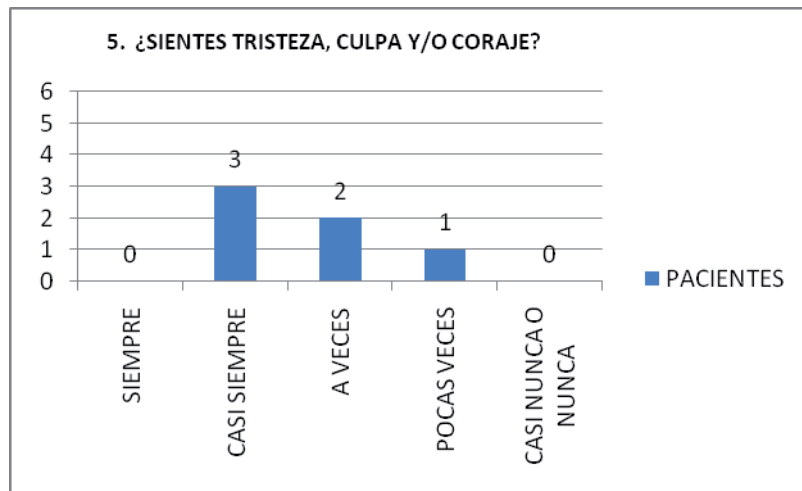


FIGURA 25. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

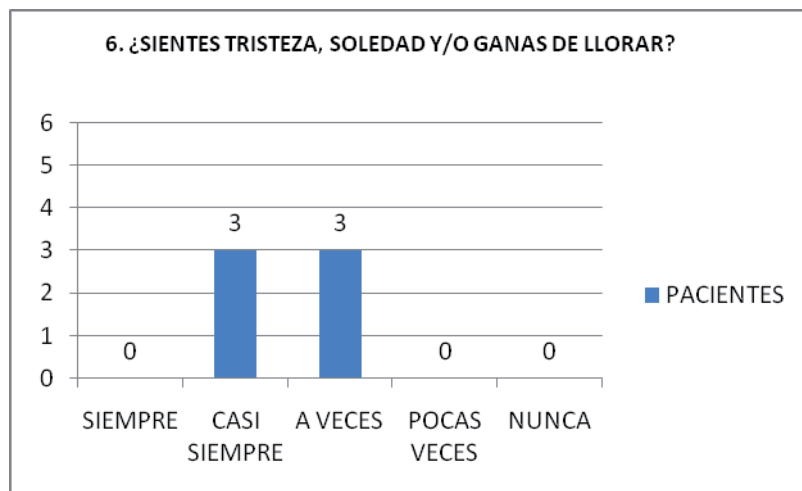


FIGURA 26. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

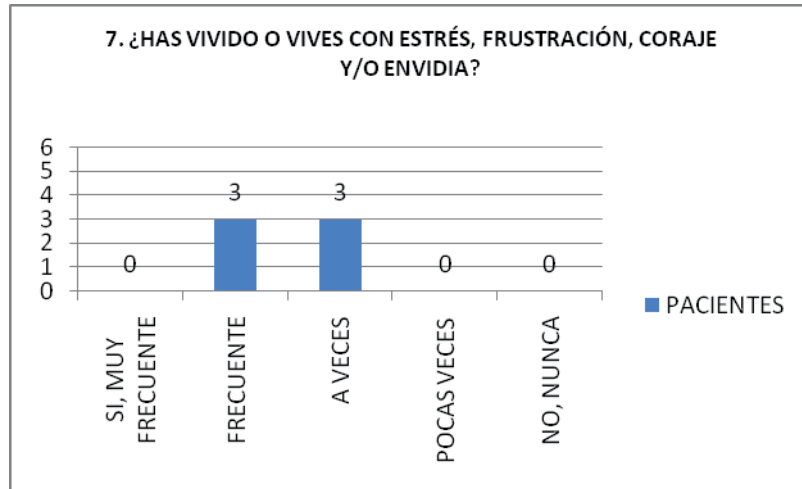


FIGURA 27. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

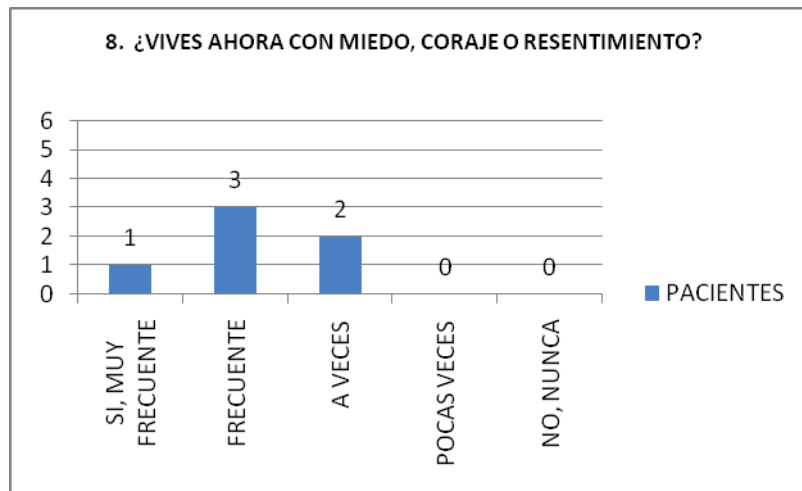


FIGURA 28. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

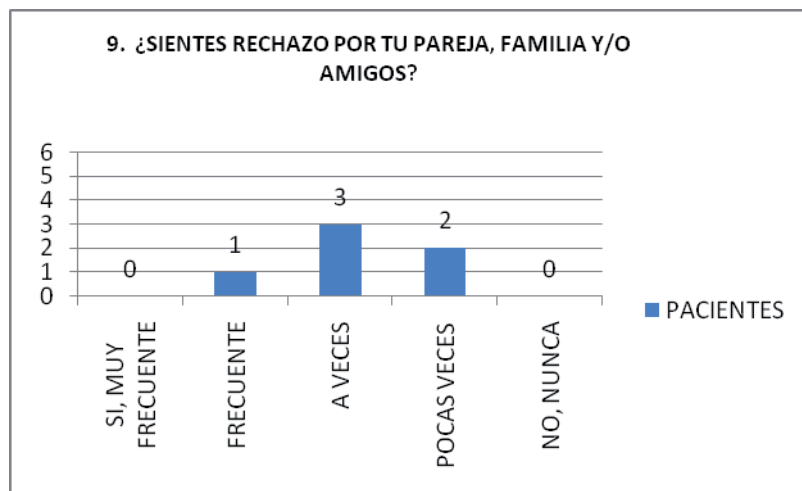


FIGURA 29. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

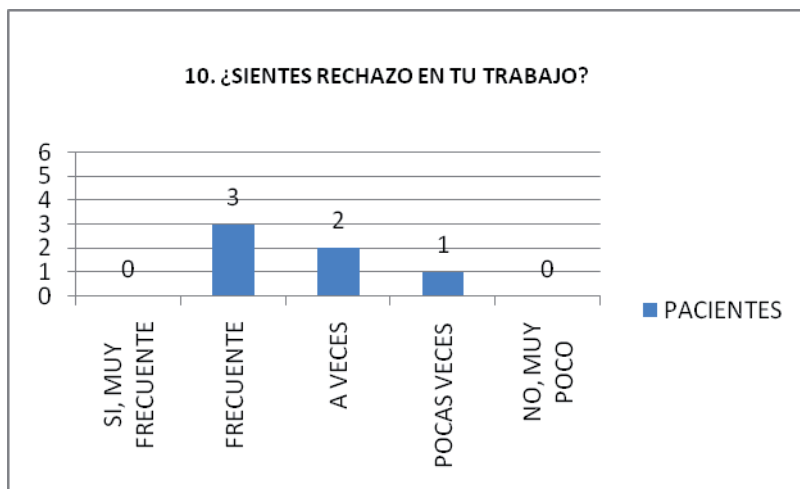


FIGURA 30. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.



FIGURA 31. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

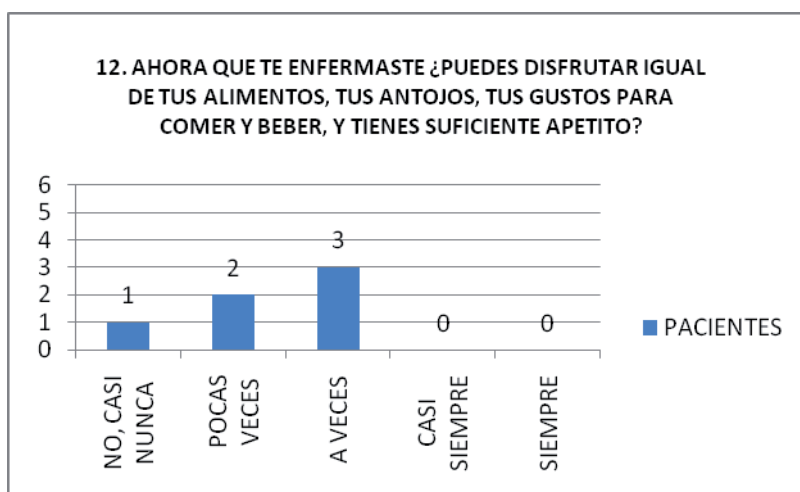


FIGURA 32. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

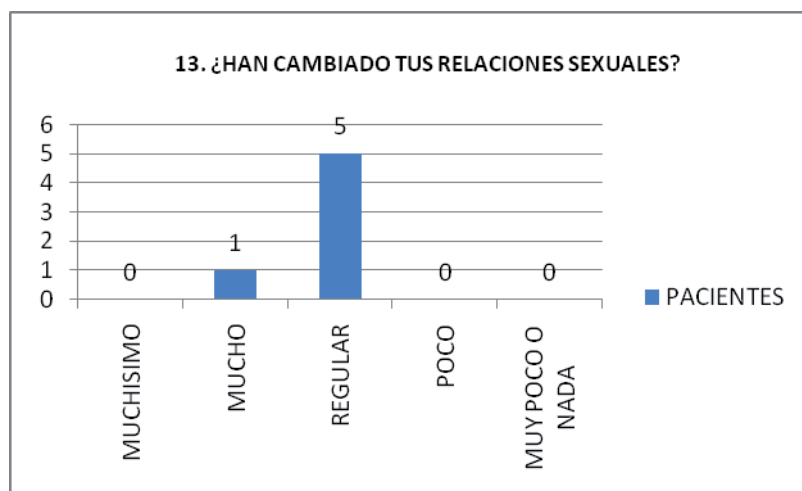


FIGURA 33. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

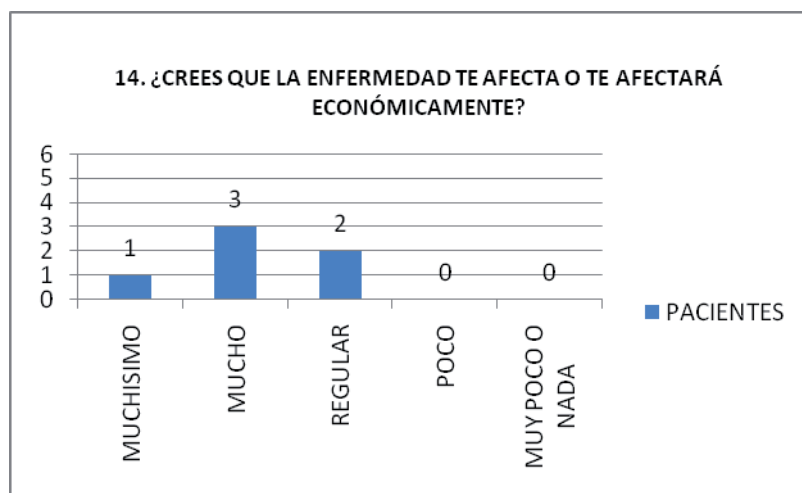


FIGURA 34. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

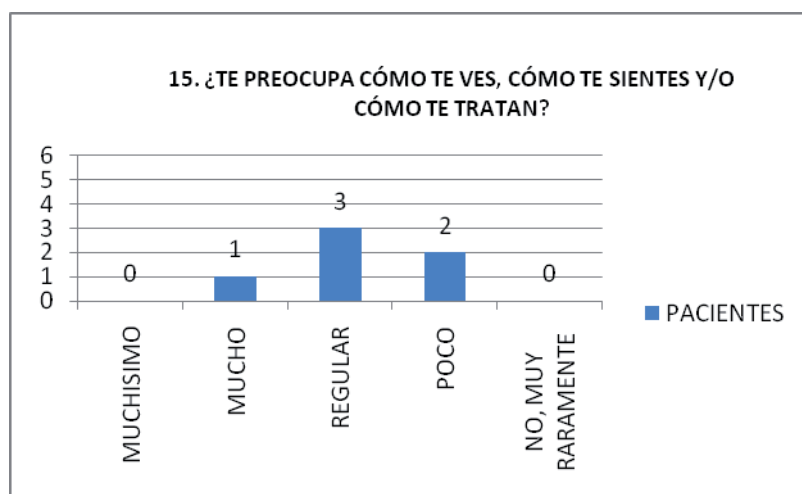


FIGURA 35. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

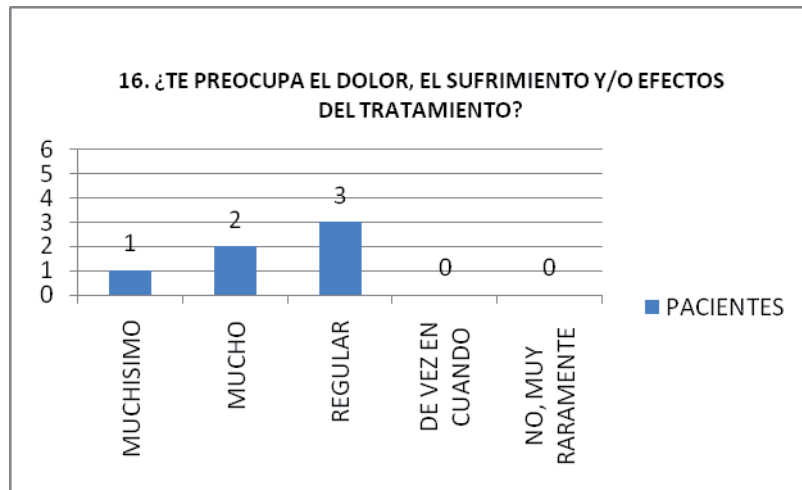


FIGURA 36. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

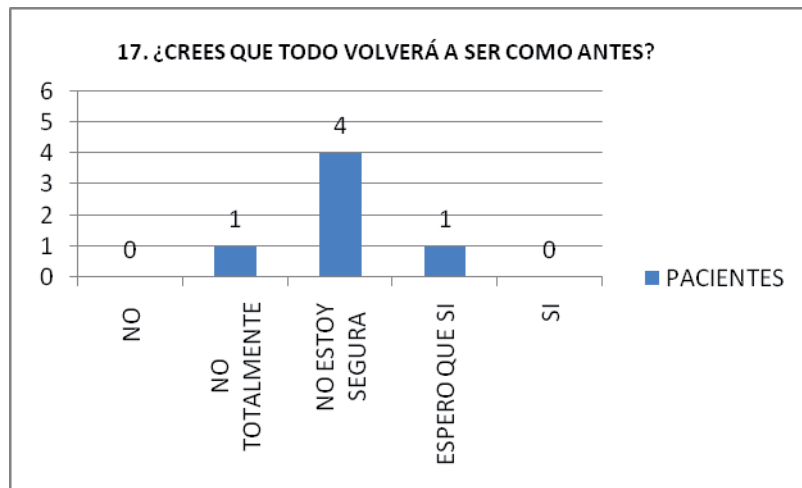


FIGURA 37. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

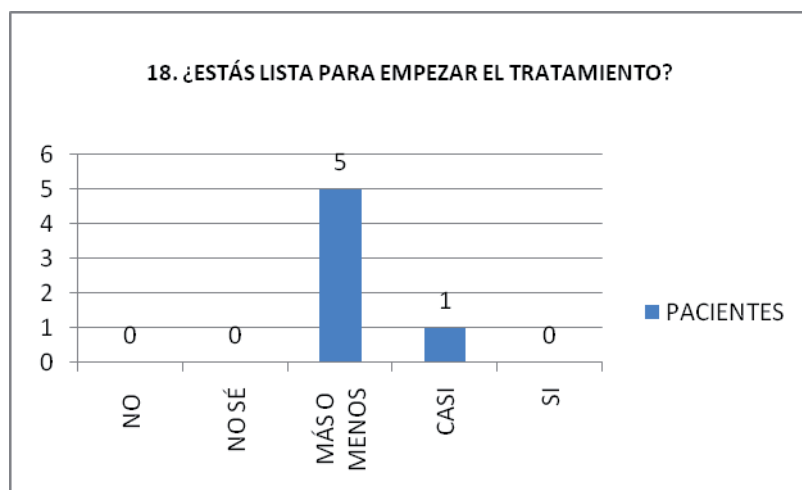


FIGURA 38. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

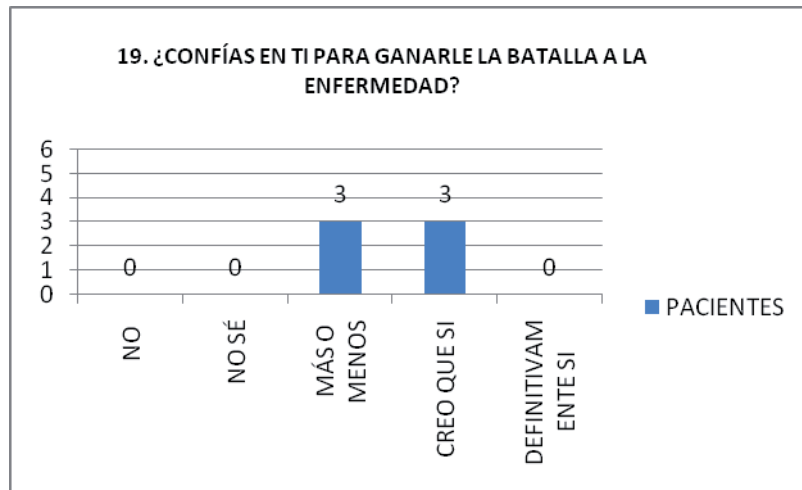


FIGURA 39. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

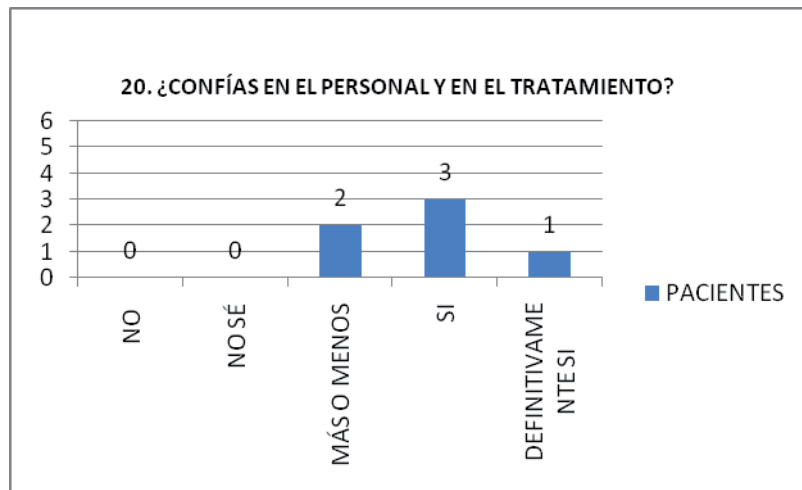


FIGURA 40. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

3.2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS GRÁFICAS DEL GRUPO CONTROL.

Se puede observar que la información que tienen sobre el tratamiento y la enfermedad en el pretest es insuficiente o nula y en el postest se respondió que es aceptable, insuficiente y nulo por igual; En el pretest las mujeres a veces se sienten amadas y apoyada por su pareja o por la persona más cercana a ellas y en el postest se sienten poco amadas y apoyadas; en el pretest la mayoría de las pacientes al igual que en el postest perciben a veces apoyo, amor y solidaridad de sus seres queridos; se puede observar que las mujeres se sienten pocas veces atractivas tanto en el postest como

en el pretest en referencia a su vida antes del diagnóstico; atractivas en el pretest; estas mujeres reportan que casi siempre sienten tristeza, culpa y/o coraje al igual que soledad y ganas de llorar en ambos test; frecuentemente estas mujeres viven con miedo o resentimiento, de este grupo todas reportaron estrés, frustración y/o envidia tanto en el inicio como al final de las pruebas; en lo que respecta al rechazo de su pareja, familia y/o amigos prevalece la respuesta a veces en ambas pruebas; con respecto a su trabajo en un inicio las pacientes reportaban a veces sentir rechazo en el, posteriormente señalan que el rechazo es frecuente.

Por otro lado para la mayoría de las mujeres los problemas económicos derivados de la enfermedad en un inicio reportaron mucha preocupación y al final su preocupación es regular; a la hora de disfrutar los alimentos y comer con suficiente apetito las pacientes decían en el primer test que únicamente a veces lo podían disfrutar, posteriormente respondieron que pocas veces lo disfrutaban; en cuanto sus relaciones sexuales en ambos test la respuesta fue que habían cambiado de manera regular.

A las integrantes de este grupo les preocupaba mucho como se ven y como las tratan en un inicio, después su preocupación era regular; al principio su preocupación por el dolor, el sufrimiento y/o los efectos del tratamiento era mucha, después fue regular; se puede observar en el postest la mayoría de las mujeres no están seguras que todo volverá a ser como antes cuando en el pretest esperaban que sí o no estaban totalmente seguras; gran parte de las pacientes están listas para empezar y/o continuar con su tratamiento; se puede señalar que las pacientes confían más o menos en ellas para ganarle la batalla a la enfermedad; por último en un inicio no se confía del todo en el personal médico y en el tratamiento posteriormente gran parte de ellas respondieron que sí aunque no definitivamente.

3.2.4. GRÁFICAS PRETEST GRUPO ESTUDIO.

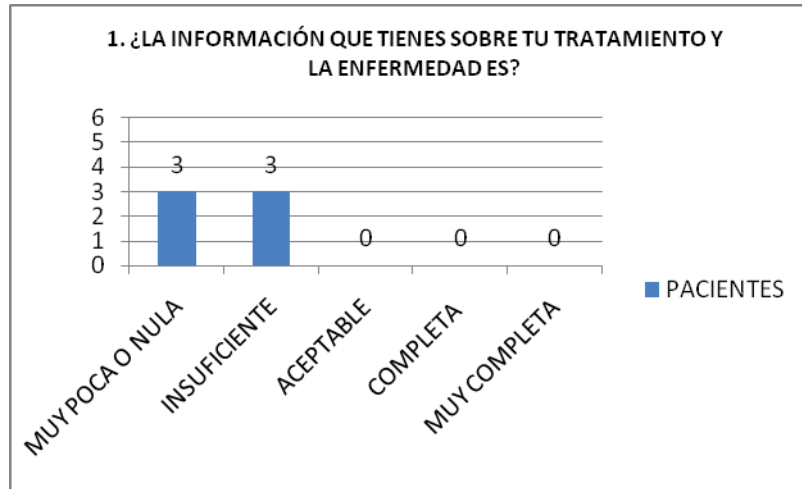


FIGURA 41. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

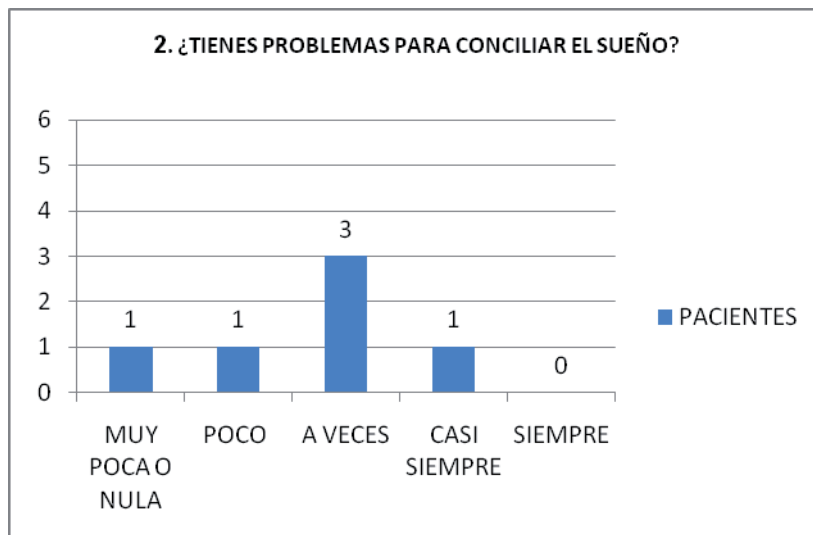


FIGURA 42. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

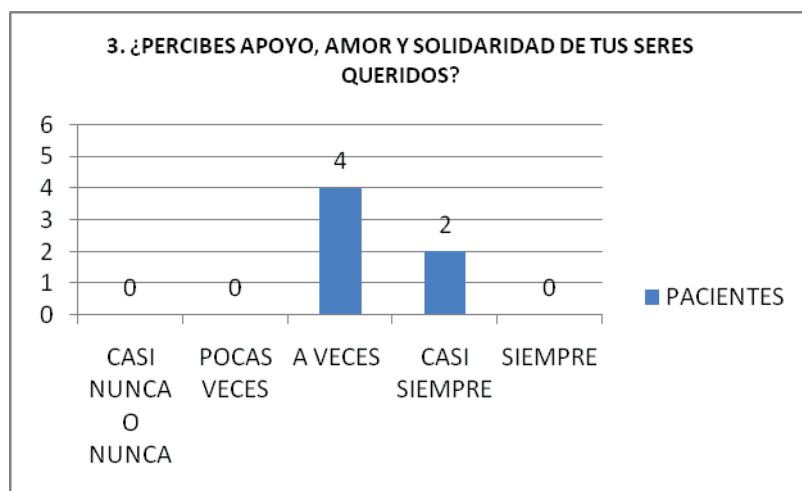


FIGURA 43. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

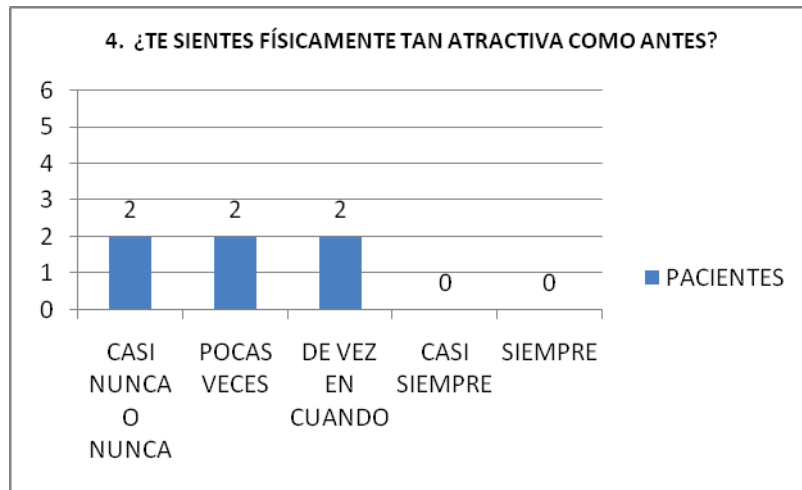


FIGURA 44. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

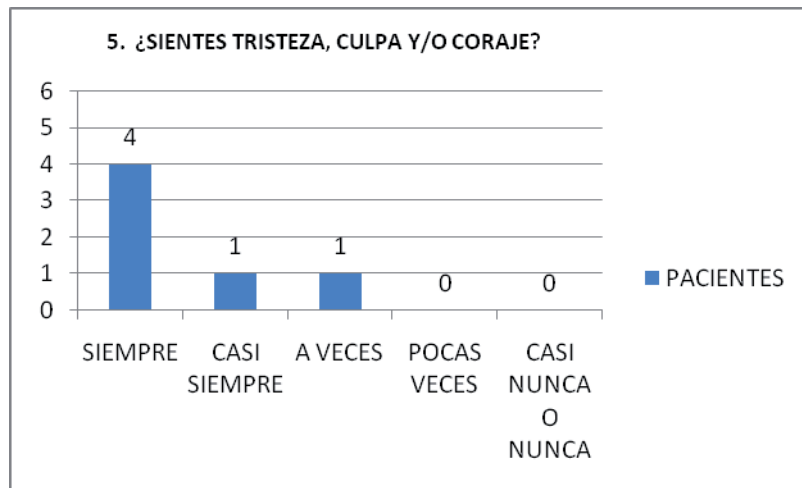


FIGURA 45. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

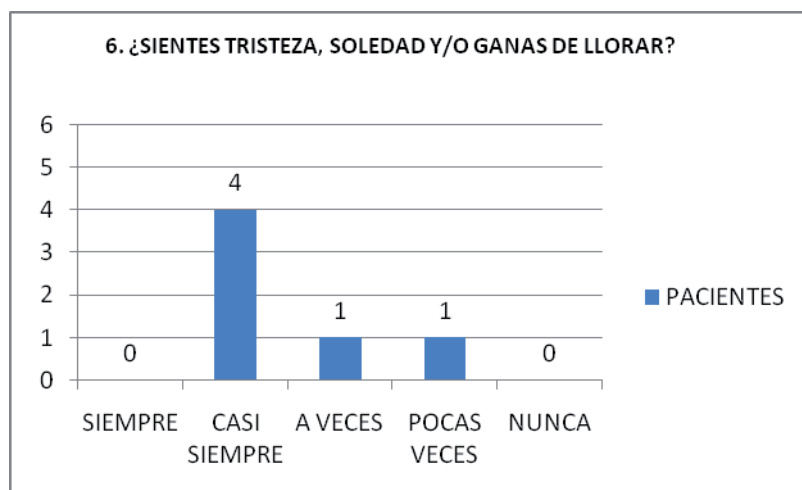


FIGURA 46. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

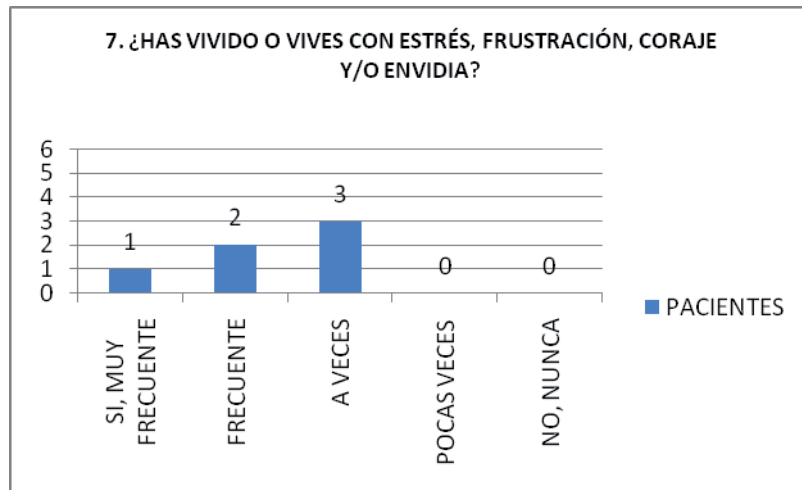


FIGURA 47. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

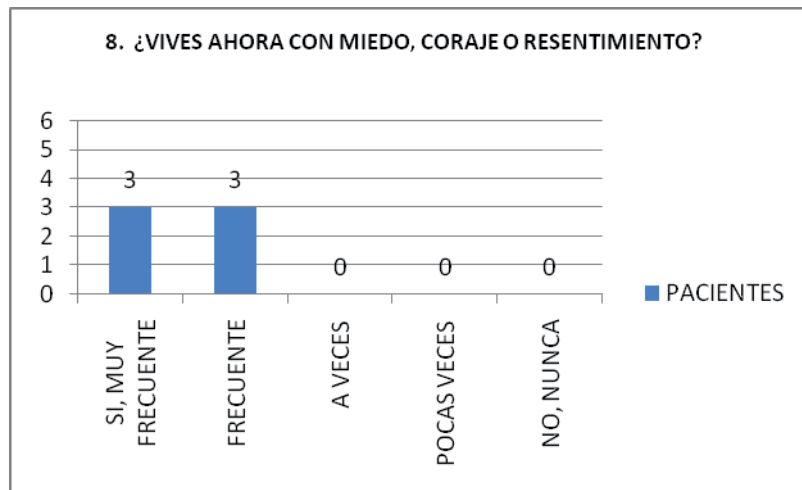


FIGURA 48. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

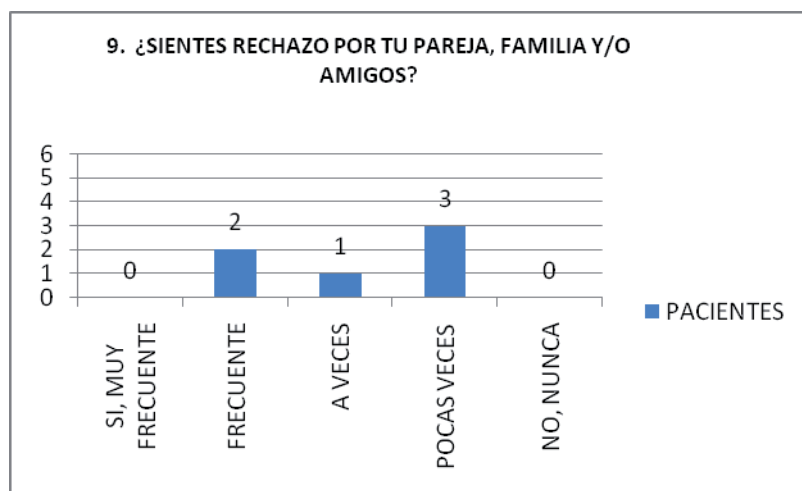


FIGURA 49. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

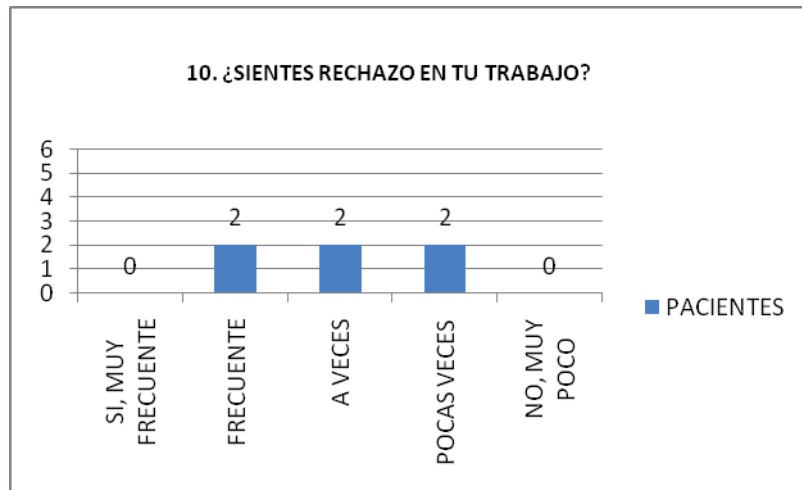


FIGURA 50. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

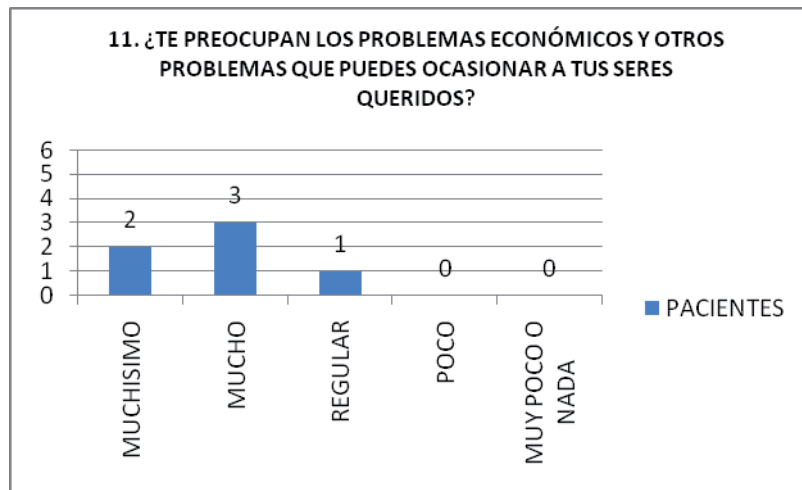


FIGURA 51. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

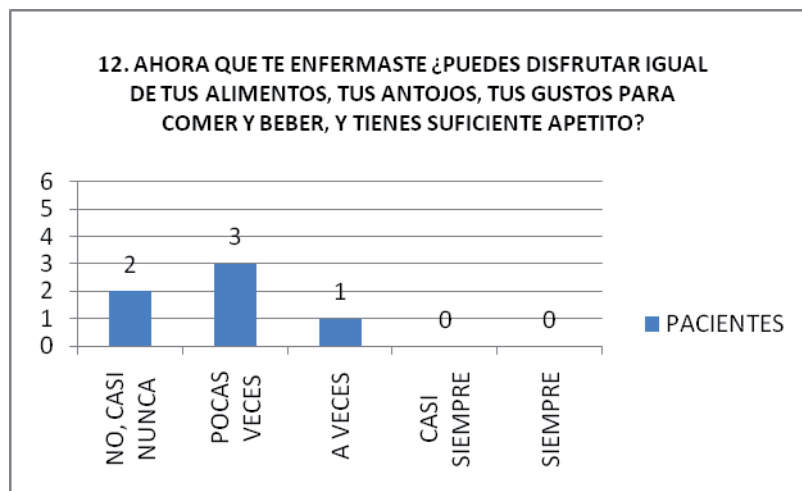


FIGURA 52. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

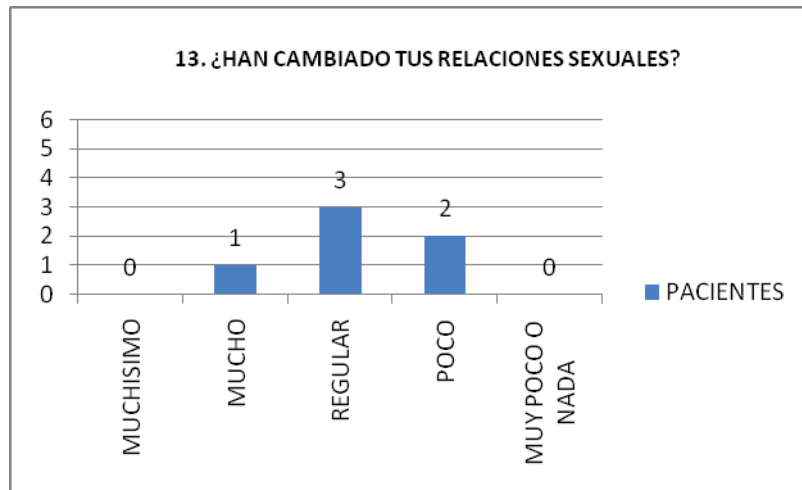


FIGURA 53. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

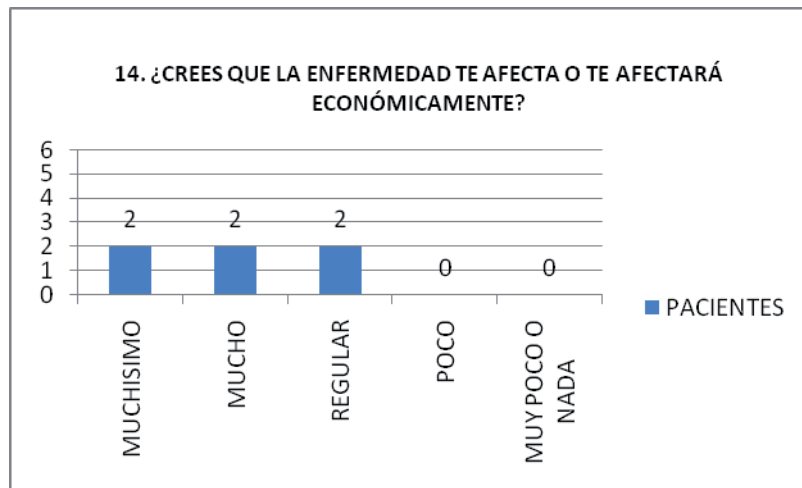
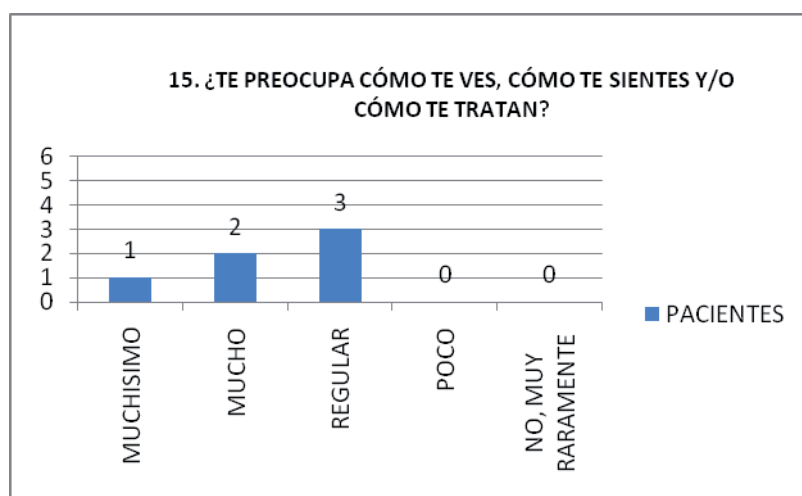


FIGURA 54. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.



F
FIGURA 55. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

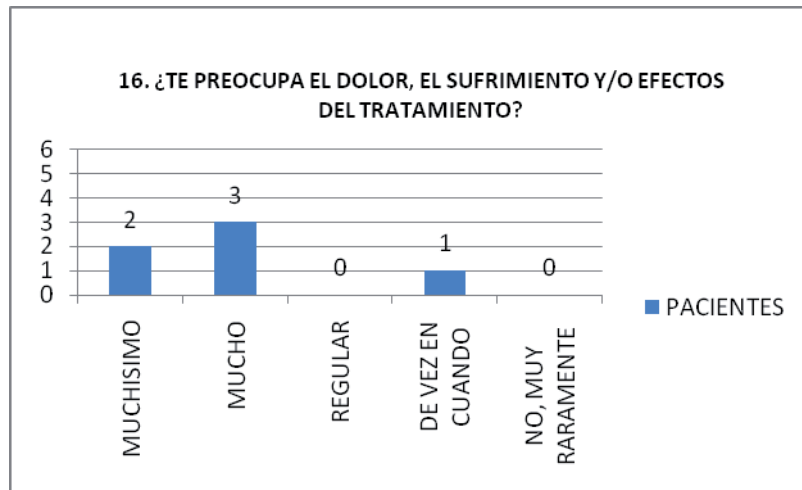


FIGURA 56. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

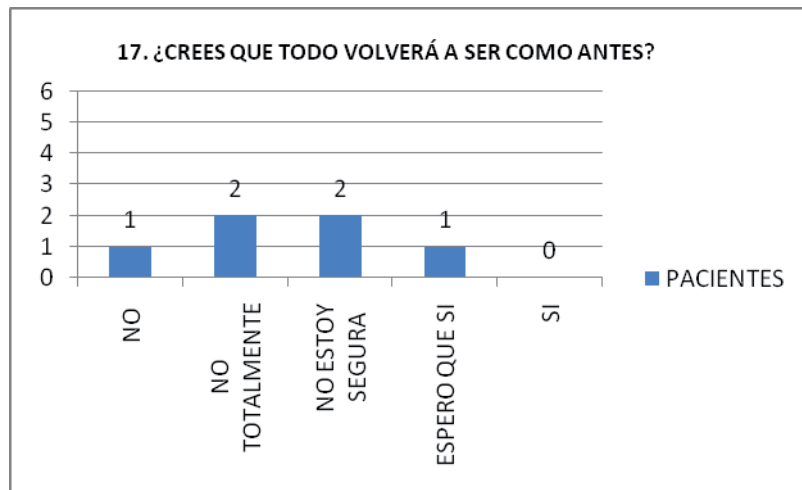


FIGURA 57. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

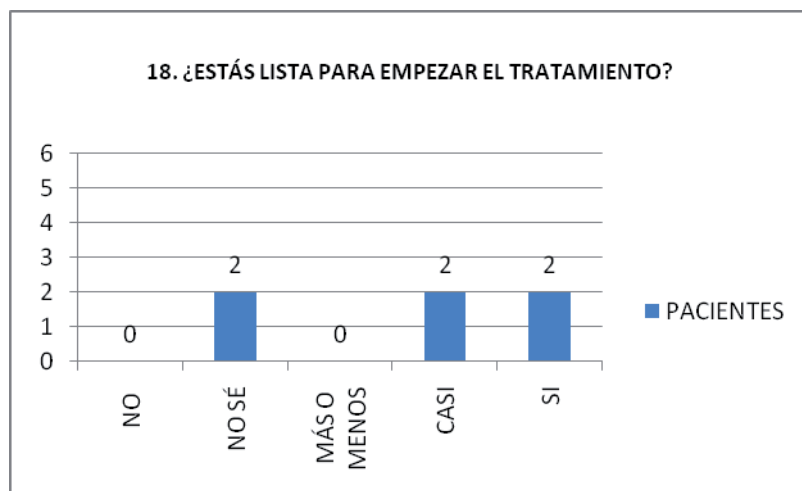


FIGURA 58. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

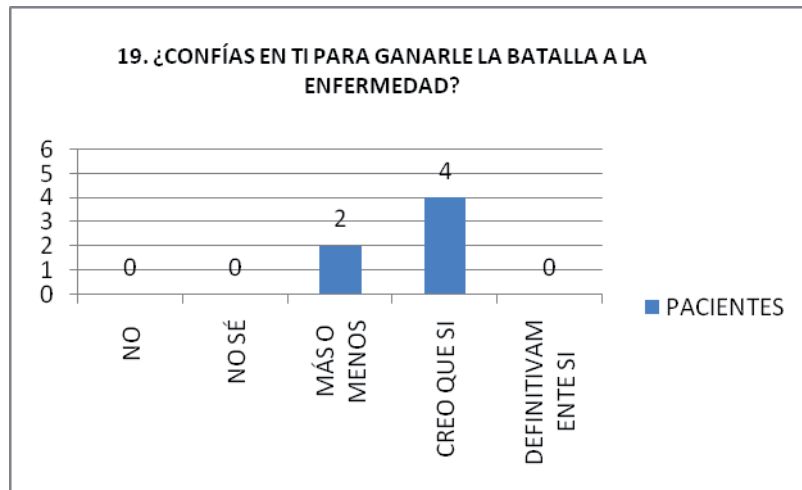


FIGURA 59. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

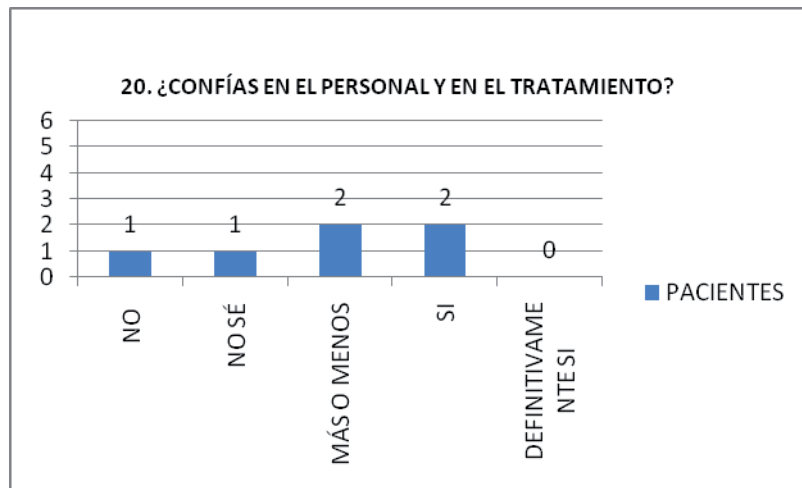


FIGURA 60. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

3.2.5. GRÁFICAS POSTEST GRUPO ESTUDIO.

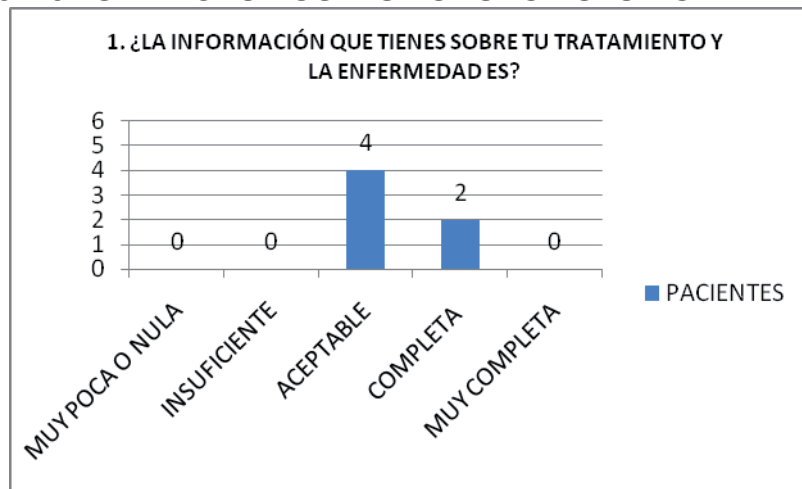


FIGURA 61. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

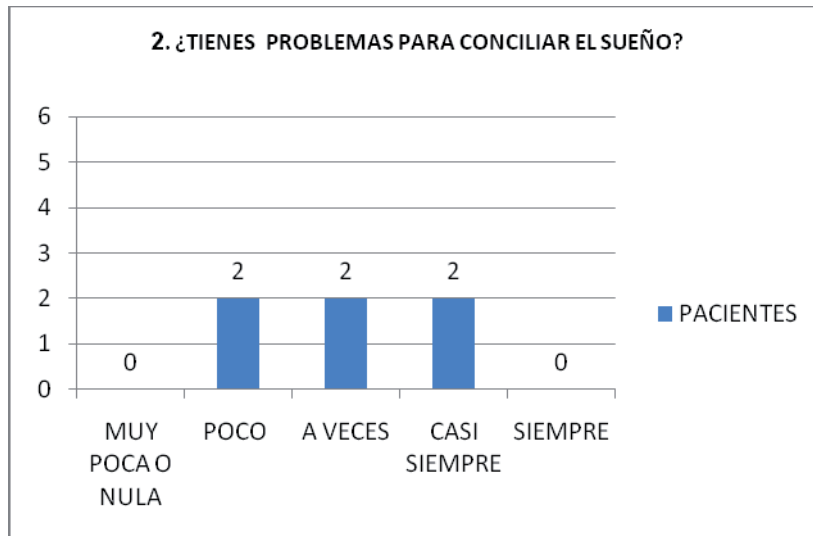


FIGURA 62. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

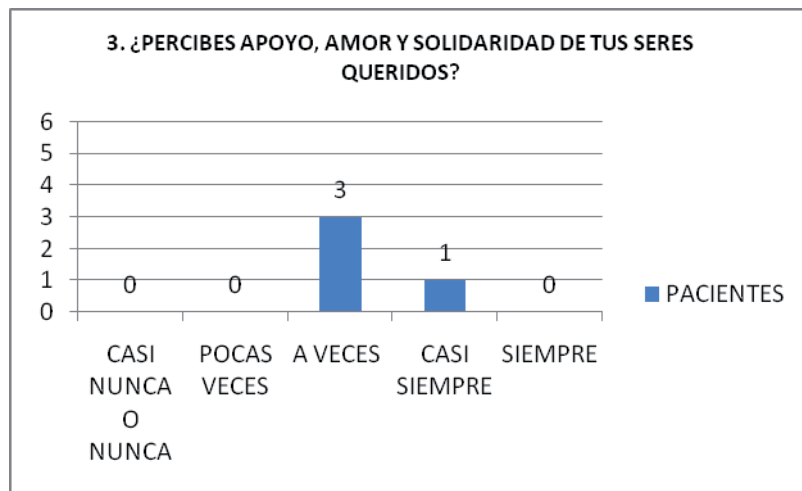


FIGURA 63. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

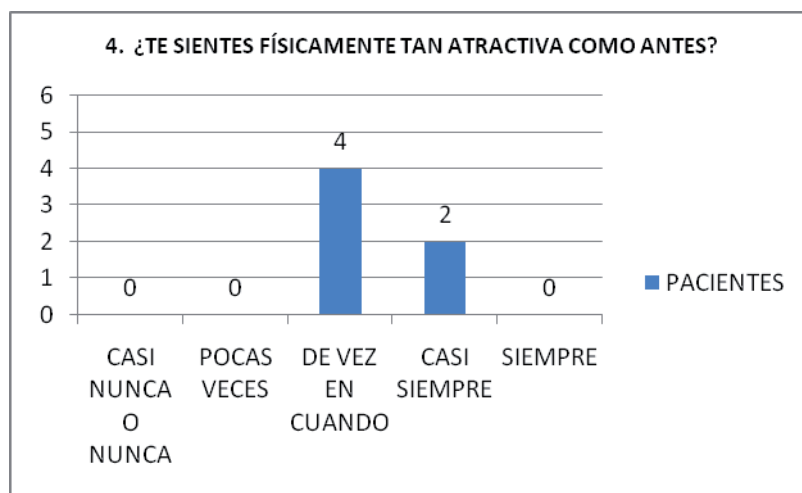


FIGURA 64. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

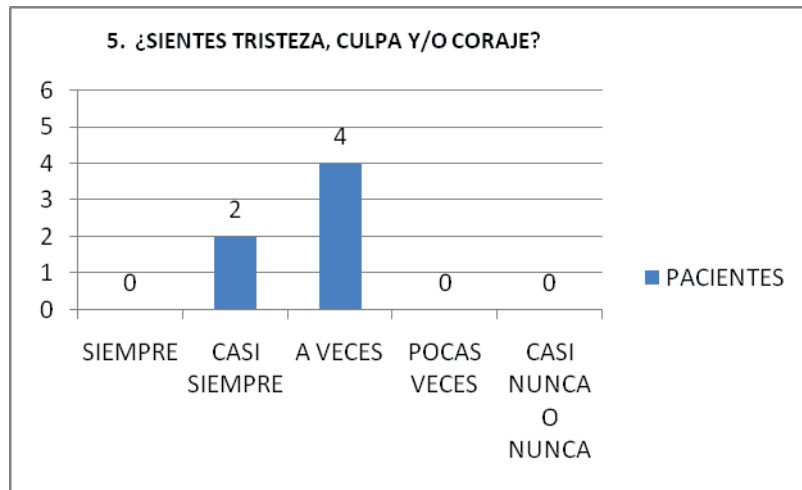


FIGURA 65. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

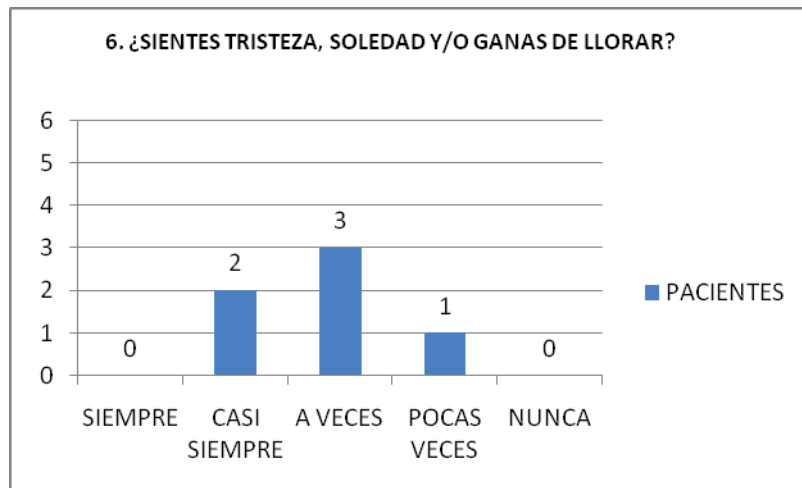


FIGURA 66. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.



FIGURA 67. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

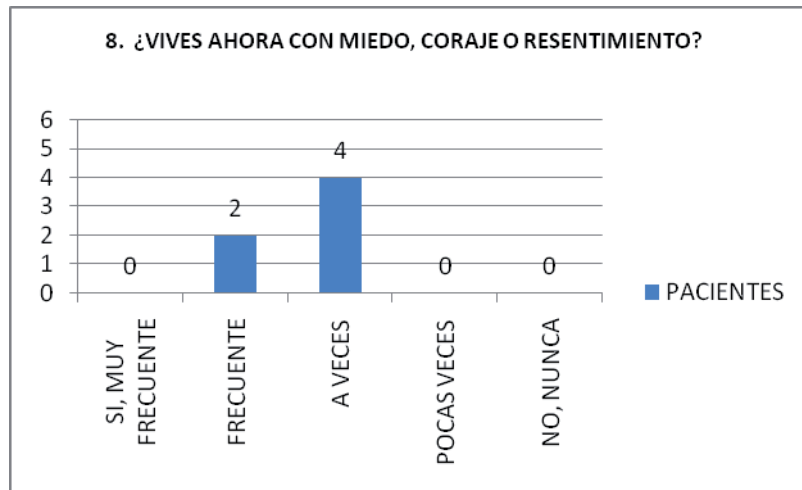


FIGURA 68. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

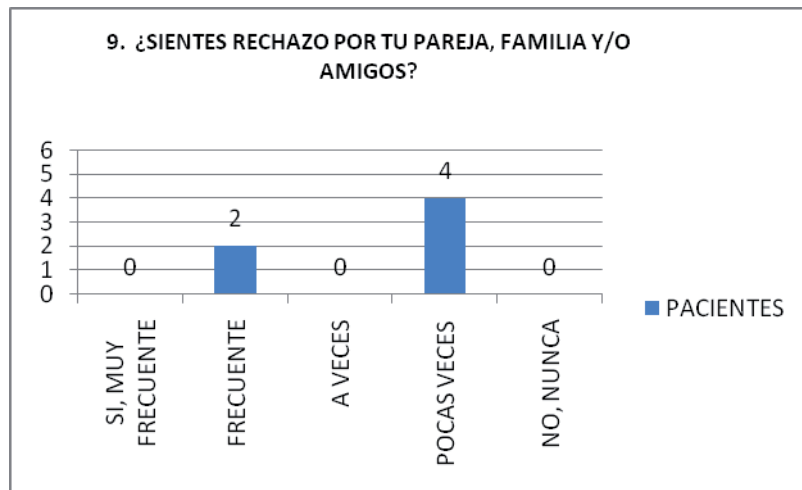


FIGURA 69. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

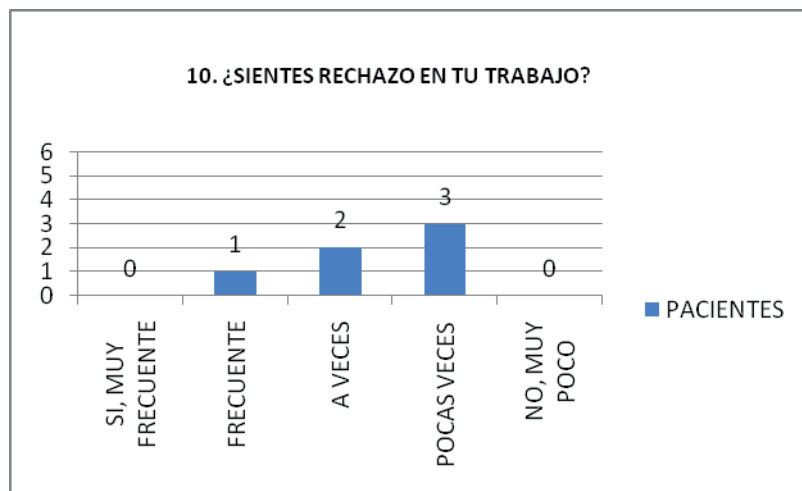


FIGURA 70. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

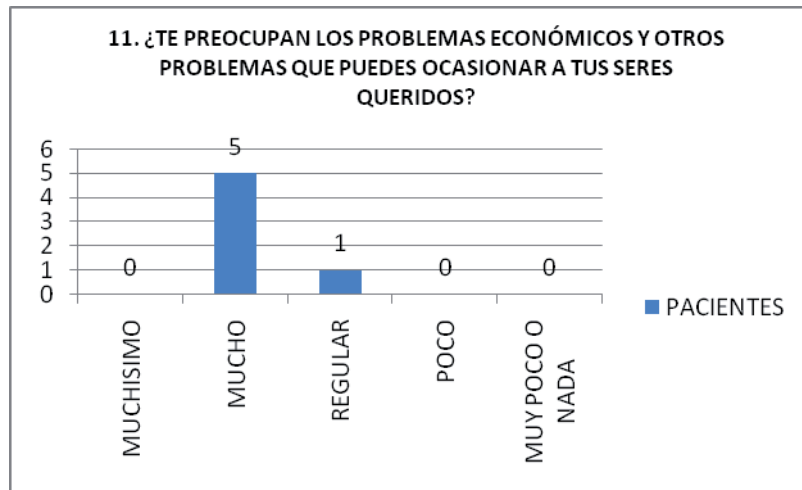


FIGURA 71. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

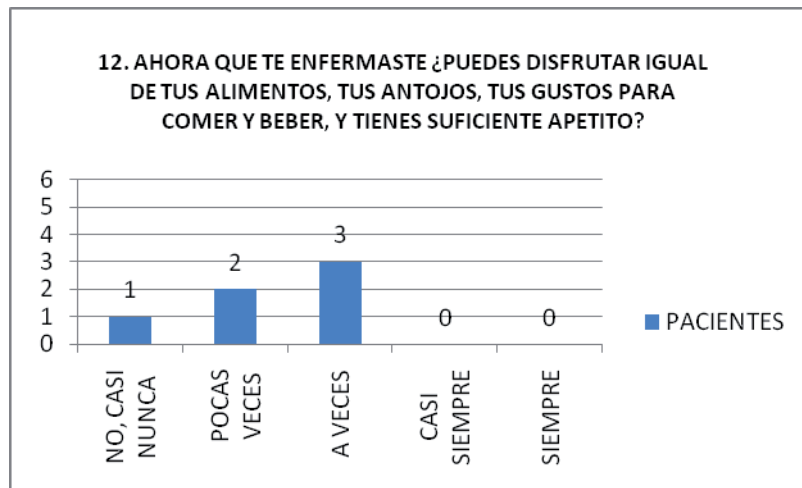


FIGURA 72. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

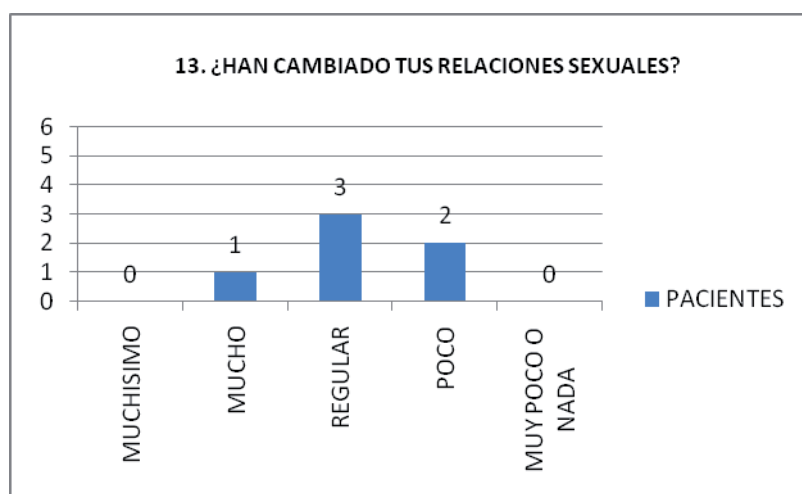


FIGURA 73. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

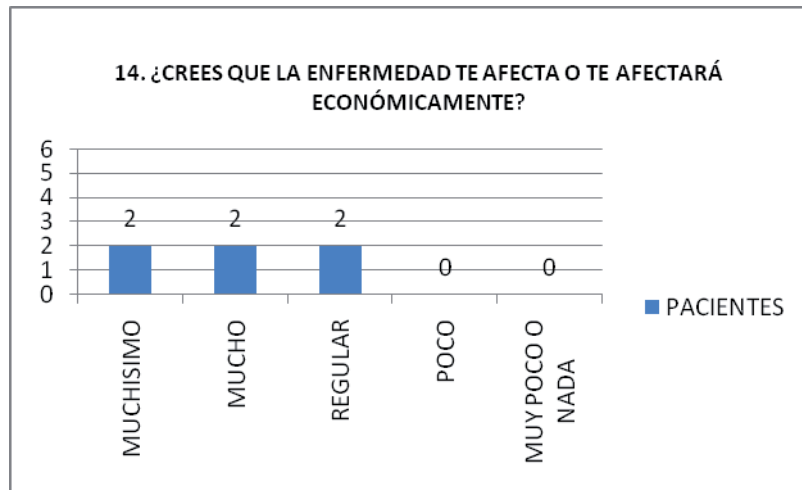


FIGURA 74. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.



FIGURA 75. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

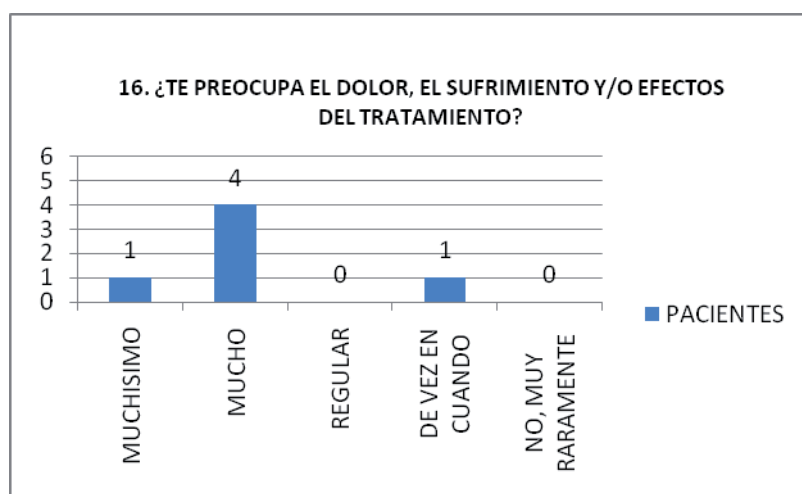


FIGURA 76. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

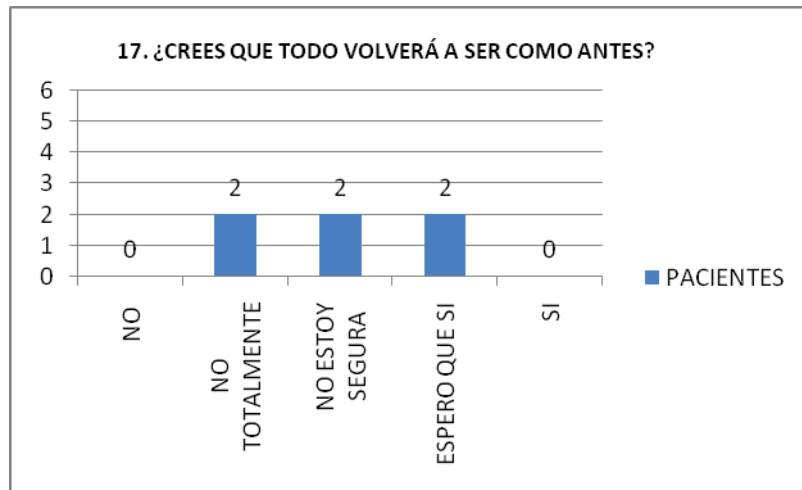


FIGURA 77. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

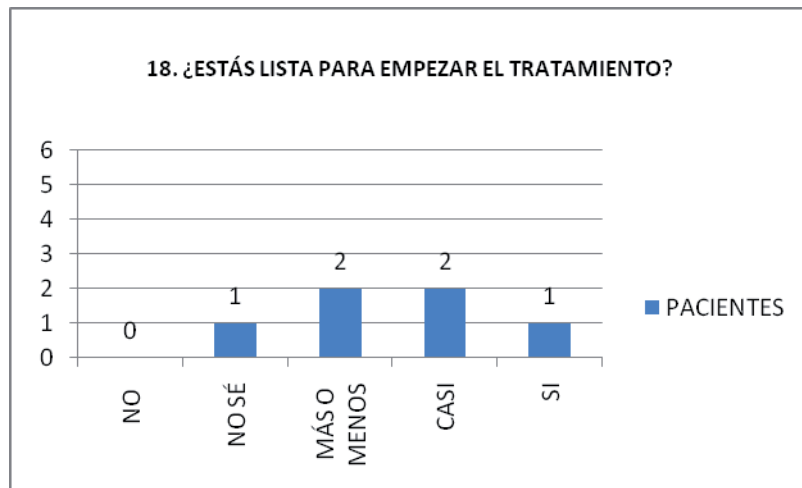


FIGURA 78. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

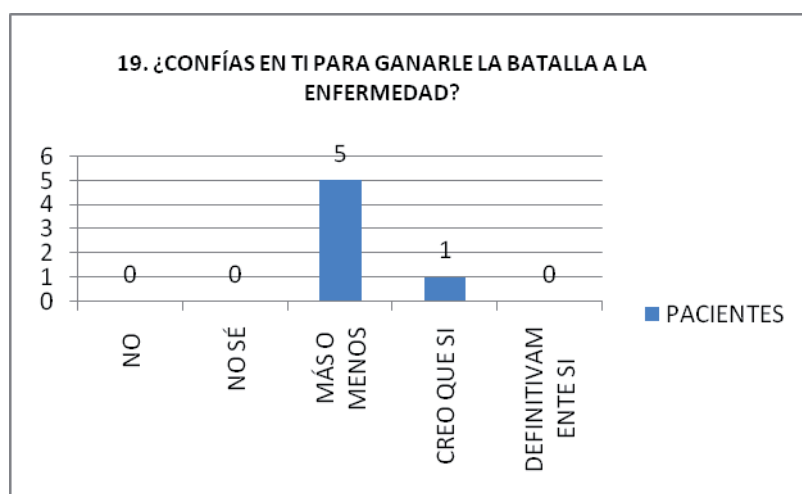


FIGURA 79. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

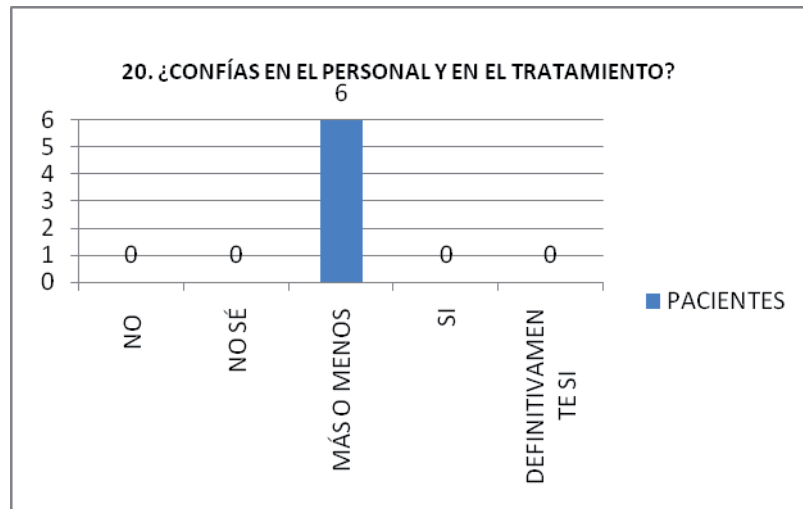


FIGURA 80. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.

3.2.6. DESCRIPCIÓN DE LAS GRÁFICAS DEL GRUPO ESTUDIO.

En este grupo se puede señalar que la información que se tenía sobre el tratamiento y la enfermedad en un inicio era muy poca e insuficiente y después de la aplicación del taller ésta era aceptable y completa; en este mismo grupo las mujeres se sentían poco amadas y apoyadas por su pareja o la persona más cercana a ellas, posteriormente la respuesta por igual es poco, a veces y casi siempre; las pacientes perciben a veces el apoyo, el amor y la solidaridad de sus seres queridos; en el pretest reportaron casi nunca, pocas veces y de vez en cuando sentirse físicamente atractivas, posteriormente lo sintieron de vez en cuando y casi siempre.

En este grupo la mayoría de estas mujeres en un inicio siempre o casi siempre sentían tristeza, culpa y/o coraje así como soledad y ganas de llorar, después lo sintieron únicamente a veces o pocas veces; a veces o muy frecuentemente viven con estrés, frustración, envidia, miedo y/o resentimiento en la primera aplicación en la siguiente esto es únicamente a veces o pocas veces; pocas veces se sienten rechazadas por su pareja familia y amigas al igual que en su trabajo.

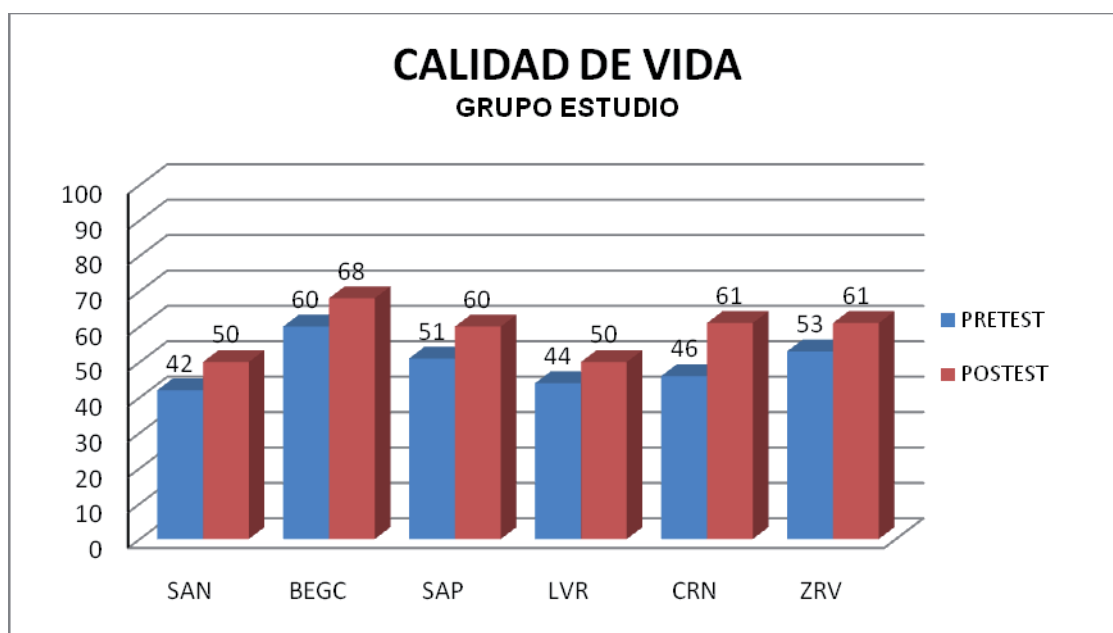
Los problemas económicos mucho les preocupan durante todo el proceso; sus alimentos en el pretest pocas veces los disfrutaban y tienen poco apetito en el posttest esto es a veces; sus relaciones sexuales han cambiado de manera regular así mismo la preocupación de cómo se ven y como las tratan; durante la evolución de la enfermedad les preocupa mucho el dolor, el sufrimiento y los efectos del tratamiento; estas mujeres no están totalmente seguras de que todo volverá a ser como antes en la primera aplicación, en la segunda no están totalmente seguras y/o esperan que si; en el posttest están más o menos o casi listas para continuar el tratamiento cuando en el pretest no sabían o casi estaban listas; se puede ver claramente que las pacientes al principio creen en ellas para ganar la batalla a la enfermedad, posteriormente más o menos confían en ellas mismas; todas las pacientes confían más o menos en el personal médico y en el tratamiento. Mejoraron al momento de conciliar el sueño.

3.2.7. RESULTADOS COMPARATIVOS PRETEST-POSTEST.

A continuación se presentan los resultados de forma comparativa del grupo estudio con el grupo control según el test de calidad de vida (sabiendo que dicho test mide 4 áreas principales de la vida del paciente con cáncer, la biológica conformada por las preguntas 2,12, 13,16 y 17, el área emocional en las preguntas 4,5,6,7 y 8, el área social en las preguntas 3,9,10,11y 15 y el impacto diagnóstico en las preguntas 1,14,18,19 y 20), las primeras gráficas presentan paciente por paciente antes y después de la aplicación del taller "Aprendiendo a vivir diferente". La interpretación de los números corresponde a la tabla número 81 que se ve a continuación:

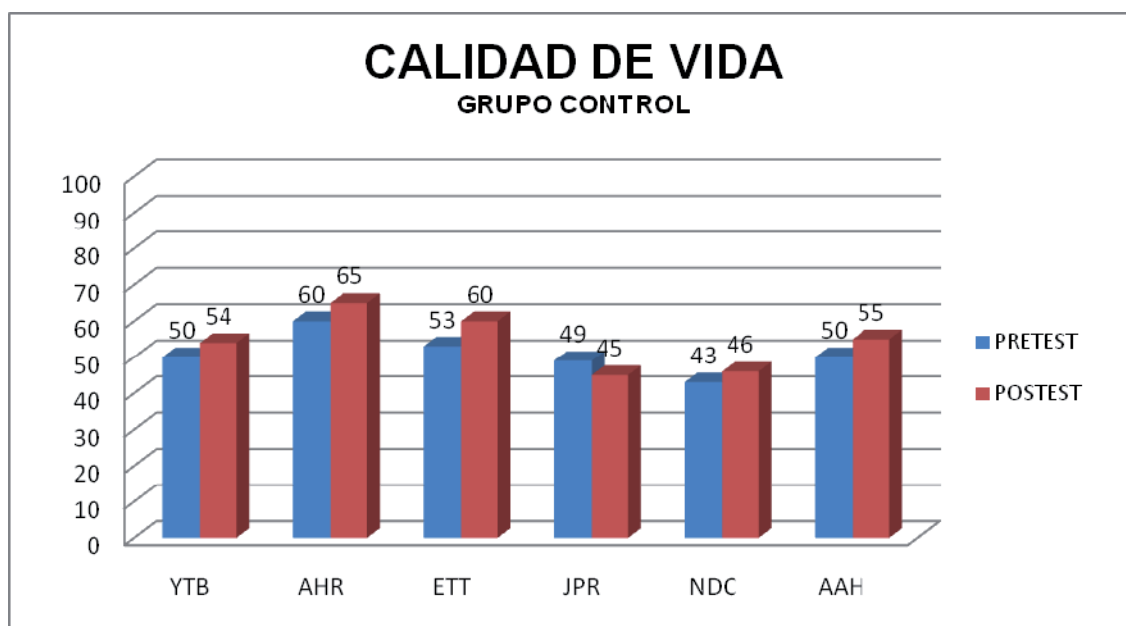
| PUNTUACIÓN | |
|-------------------|--------------------------------|
| 1-20 | Muy deficiente calidad de vida |
| 21-40 | Deficiente calidad de vida |
| 41-60 | Regular calidad de vida |
| 61-80 | Buena calidad de vida |
| 81-100 | Muy buena calidad de vida |

GRAFICA 81. TABLA DE INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA.



PACIENTE

FIGURA 82. RESULTADOS COMPARATIVOS POR PACIENTE



PACIENTE

FIGURA 83. RESULTADOS COMPARATIVOS POR PACIENTE

3.2.7. DESCRIPCIÓN DE GRÁFICAS COMPARATIVAS PRETEST-POSTEST.

En el grupo de estudio en el pretest las 6 pacientes presentaban una calidad de vida regular en el posttest de este mismo grupo 3 presentan una buena calidad de vida y los otros tres se mantienen en una calidad de vida regular. Sin embargo las seis mujeres incrementaron su puntaje en este.

En lo que respecta al grupo control las 6 pacientes presentaban una calidad de vida regular y en la aplicación del posttest se obtuvo con resultado en una de ellas una buena calidad de vida y las otras 5 se mantuvieron con una regular calidad de vida, sin embargo en este grupo 5 aumentaron su puntuación en la calidad de vida en el posttest y una de ellas bajo en su puntuación aunque se haya mantenido en el mismo rango.

3.2.9. RESULTADOS COMPARATIVOS GENERALES.

Las siguientes gráficas muestran de manera comparativa la calidad de vida de forma general por grupos antes y después de la aplicación del taller.

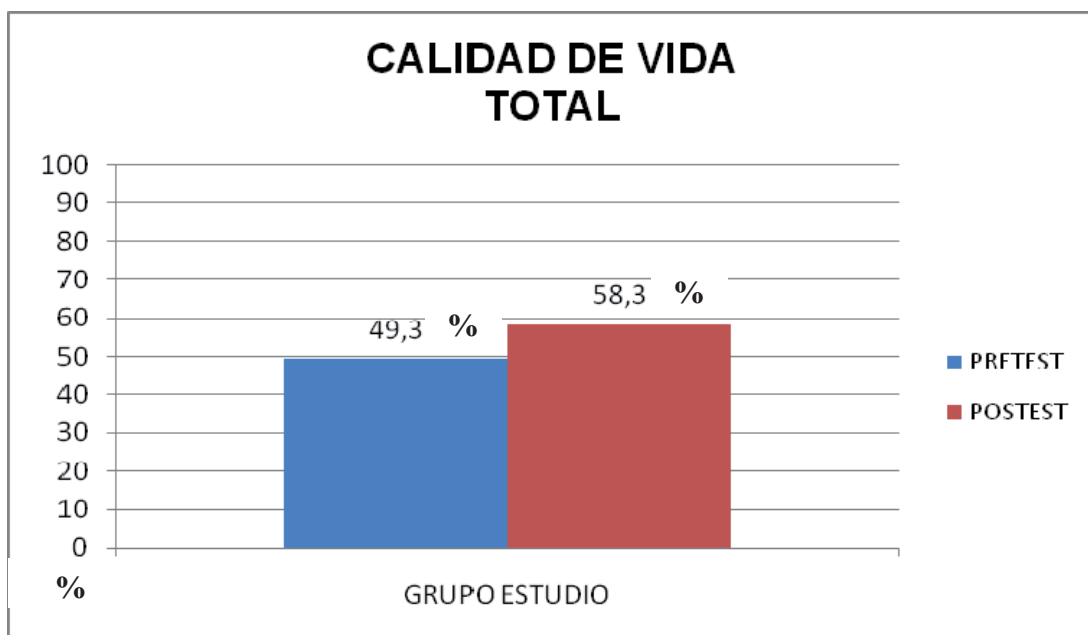


FIGURA 84. RESULTADOS COMPARATIVOS GENERALES

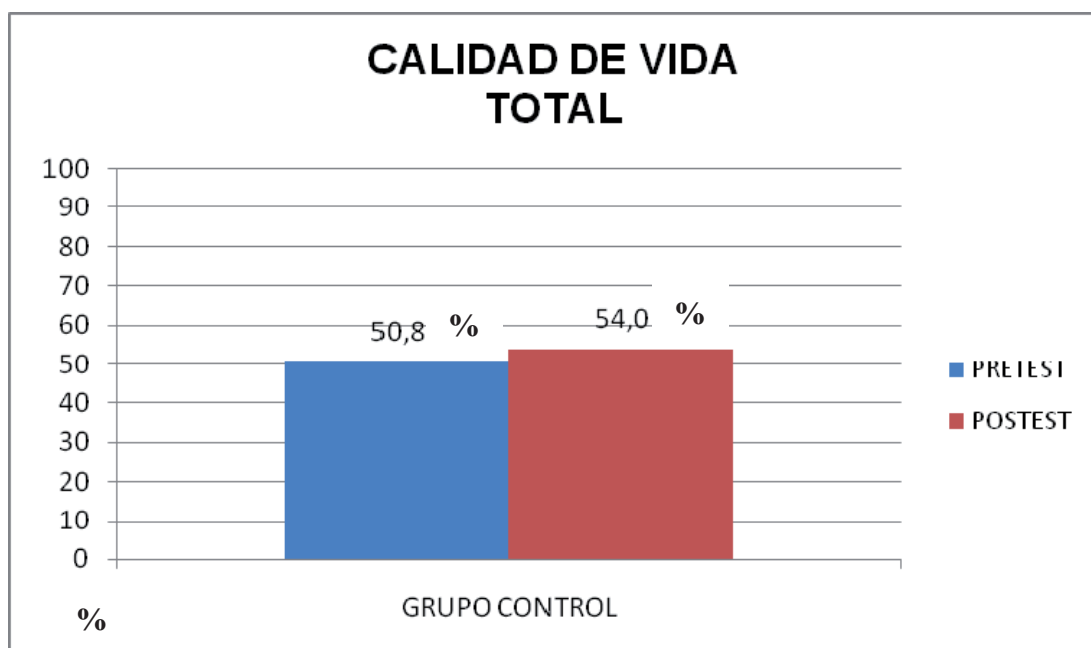


FIGURA 85. RESULTADOS COMPARATIVOS GENERALES

3.2.10. DESCRIPCIÓN DE GRÁFICAS COMPARATIVAS GENERALES.

De acuerdo al cuestionario de calidad de vida se puede observar notablemente que el aumento en la calidad de vida de los pacientes del grupo estudio fue mayor que los del grupo control; ya que en el primero se ve un incremento de 9 % en la calidad de vida de estas mujeres y en el grupo control existe un incremento del 3.2% de la calidad de vida en las mujeres que integran éste grupo; con ello se responde a la pregunta de investigación ya que el grupo que recibió el apoyo psicológico logro un cambio mayor a diferencia del grupo que no lo recibió en lo que respecta a esta.

CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

De acuerdo a los lineamientos de la American Psychologic Association (2001), se ha elegido el estilo de conjunto de discusión y conclusiones, por lo que aplicados los instrumentos de recolección de datos, procesados los mismos y una vez obtenida la información que de estos se generó conjuntamente con sus respectivos análisis, se arrojaron algunos resultados que nos permiten presentar el siguiente conjunto de conclusiones, integrando los ejes temáticos y el cuestionario de calidad de vida.

Primero podemos observar que el origen del cáncer actualmente es ignorado, sin embargo, no tenemos duda de que es un padecimiento biopsicosocial que implica diversos factores en su inicio y en su desarrollo.

Uno de los puntos de mayor importancia en este trabajo es la evaluación del costo-beneficio de los tratamientos oncológicos en el impacto sobre la vida de las pacientes, lo cuál, como se puede ver tiene repercusión en la calidad de su vida.

En lo que respecta a los ejes temáticos, en el eje 1 correspondiente al cáncer de mama se concluye que existe mayor predisposición en el seno derecho de este grupo de mujeres.

En los ejes temáticos 2 y 3 de este grupo de investigación 9 de las 12 mujeres reportaron alteraciones en el sueño y del apetito en el momento de la entrevista, en ambos test las 12 señalaban que podían disfrutar sus alimentos a veces, pues no tienen mucho apetito, la comida les es insípida, probablemente como consecuencia de los tratamientos, se puede observar que se reduce la dificultad para dormir principalmente en el grupo estudio.

Por otro lado el apoyo que la mujer con cáncer de mama recibe de su entorno es uno de los principales factores para mejorar la calidad de vida ya que influye de manera importante sobre la forma de enfrentar la enfermedad.

El desarrollo de la vida adulta esta marcado por el hecho de encontrar trabajo, cambiarlo o perderlo, casarse, tener un hijo, así como enfermar, sanar, volver al trabajo, perder a seres queridos, jubilarse y morir. Cualquier transición ecológica se caracteriza por ser consecuencia y productora de procesos de desarrollo.

Cuando una persona cambia su rol se produce un cambio a partir del cual la persona modifica su modo de actuar, pensar y sentir a este fenómeno según Bañados y col (2004), denomina transición ecológica, el cambio de posición de un individuo en el ambiente ecológico como resultado a un cambio de rol, del entorno o de ambos.

Austrich (2007) menciona que en la familia, influye el nivel de comunicación, los conflictos previos a la enfermedad, los conflictos después de la enfermedad, el rol del enfermo en la familia, así como los sentimientos de culpa que se producen muchas veces a raíz de ésta.

En lo que respecta al eje temático 4, que se refiere a las relaciones interpersonales, sus relaciones de pareja son conflictivas con agresión implícita o explícita, la mitad presentan antecedentes de alcoholismo a algún tipo de adicción en miembros de su familia de origen y/o en su familia actual, cuatro pacientes mencionan que no tenían buena relación con sus hijos, en el pretest todas señalan que perciben poco o insuficiente apoyo, amor y solidaridad de sus familias, así como también rechazo por parte de la pareja, familia y amigos, en el postest el grupo estudio menciona que esto es percibido a veces al igual que el grupo control, sin embargo el grupo estudio siente menos rechazo de su familia y amigos que el grupo control.

En cuanto a sus amigos, influye la implicación que éstos tienen en el cuidado de la mujer y el apoyo social que le ofrecen. Se puede observar que la mayoría de estas mujeres no generan relaciones de amistad.

En el área laboral, tienen gran importancia los mitos que se tengan sobre el cáncer, así como la facilidad para ausentarse del trabajo. La mayoría de las pacientes dejaron su empleo, produciendo con esto una pérdida del contacto exterior y la reducción de su actividad a las labores del hogar, siendo menor el nivel de ingresos en la familia de la paciente. Siendo la situación económica un tema preocupante para todas.

El alto impacto causado por la mastectomía se puede explicar según Middleton (2007), a partir de que la deformidad o la ausencia de las mamas hiere la identidad y el narcisismo, ya que en ellas se sustenta la percepción de la propia feminidad, la maternidad, sexualidad, participan en el esquema corporal y son órganos psico y hormonodependientes.

En el eje temático 5 respecto a los miedos y fantasías, el grupo de mujeres que se analizó señalaba durante la entrevista y la primera aplicación del test que temían el ver su cuerpo ante el espejo, así como algunas decían sentir miedo o temor al rechazo, al principio les preocupaba mucho como se veían, como las trataban y se sentían poco atractivas, posteriormente el grupo estudio señaló que de vez en cuando o casi siempre se sentían bien con su cuerpo a diferencia del grupo control, el cual señaló que generalmente no están a gusto con su cuerpo.

La concepción social que se tiene del cáncer se ve reflejada en las actitudes que la paciente percibe de su entorno cotidiano. Pues con este padecimiento debe hacer frente al significado sociocultural asociado a esta palabra.

Para nuestra sociedad sigue siendo un tema tabú, aún las pacientes con un buen pronóstico necesitan desaparecer los mitos acerca del tema ya que muchas veces se sienten aisladas en sus propias angustias. Al respecto dos de las 12 pacientes al inicio mencionaban que en sus comunidades se decía que la enfermedad era contagiosa lo cuál llegó afectar sus relaciones interpersonales, sobre esto se obtuvo la desmitificación del cáncer en las pacientes a las cuáles se les aplicó el taller, así mismo se fomentó la responsabilidad sobre su salud con una participación activa en el propio proceso de recuperación.

Se logro brindar la información necesaria sobre el padecimiento, ya que el conocimiento real y objetivo acerca de su enfermedad, el conocimiento del tratamiento y la probabilidad de curación son elementos que influyen en la sensación de control de la enfermedad, lo que repercute satisfactoriamente a la baja del nivel de angustia y/ o ansiedad, ya que como se observa en ambos grupos causaba incertidumbre y ansiedad en un inicio al no tener la suficiente información sobre lo que están viviendo, lo cual después de la aplicación del taller observamos el cambio significativo en la calidad de vida del grupo estudio, en comparación del grupo control como lo explicaremos más adelante.

Se concluye de acuerdo con Gómez (2007) que algunas de las variables que influyen en la vida del paciente oncológico son: la personalidad, las actitudes, pensamientos y cogniciones, prejuicios, percepción sobre la salud y la enfermedad, la reacción y el historial personal ante la enfermedad.

Otro aspecto importante es el apoyo empático de un buen equipo interdisciplinario, lo cual carecemos en nuestros centro de salud ya que existen muchas rivalidades y relaciones burocráticas.

Al respecto Haber (2000), señala que se tienen en cuenta diversos factores psicológicos como un elemento más que puede tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología cancerosa; tales como el estrés psicosocial, las emociones como ansiedad e ira, el estilo de afrontamiento represivo, la sensación de soledad y desesperanza, existiendo un predominio de lo racional sobre lo emocional.

En cuanto a los datos arrojados en las entrevistas de las mujeres de ambos grupos (estudio y control) se observan características similares en la personalidad tales como pesimismo frente a la enfermedad, mitos respecto a la misma e incertidumbre frente al tratamiento; siendo el miedo al dolor y al sufrimiento el síntoma más frecuente más que la propia muerte.

Otro de los factores comunes en este grupo es la evitación emocional como pudiera ser el hecho de no observar los posibles síntomas de su cáncer y no buscar ayuda médica antes para el diagnóstico y tratamiento del mismo o bien la baja afectividad negativa y su opuesto, alta afectividad positiva, así como una débil expresión de las emociones negativas, forma parte de un estilo de afrontamiento en el que los afectos negativos, siendo principalmente la ira, el enojo, coraje y la culpa muy evitados.

En estas mujeres se genera la necesidad de callar sus sentimientos y pensamientos acerca de la enfermedad y de la propia vivencia de miedos, demandas, ilusiones y deseos, siendo todo esto un patrón común en las pacientes de ambos grupos, al inicio de la investigación; podríamos decir que se trata de personas que de alguna u otra manera postergan sus gustos y necesidades personales.

En lo que respecta al posttest el grupo estudio reporto menores emociones de culpa, coraje, soledad, frustración y miedo, respecto al grupo control en el posttest. El estrés es un punto común en la vida cotidiana de ambos grupos.

En cuanto a la actitud frente a su vida, en el grupo de estudio se logró un aumento en la actitud optimista ante la propia vida, cambiando la actitud inicial de pesimismo y resignación por lo que se reportó un cambio en el grupo estudio al señalar que tenían mayor esperanza y confianza en el futuro en comparación al grupo control que dicen no sentirse completamente seguras ni confiadas en un futuro estilo de vida satisfactorio.

Recuperar la estabilidad emocional y la salud física puede significar recuperar su modo de ser, recordar quienes son y específicamente en este tipo de cáncer recuperar su libertad, flexibilidad, creatividad, enfrentar la pérdida, el dolor y el sufrimiento como parte de la vida; de tal manera que los enfrente y no los evada, así como descubrir una alternativa para expresar y manejar sus emociones, para lograr una autonomía. Por lo que aprovechar el cáncer para el propio crecimiento y desarrollo viendo la enfermedad como una forma del propio organismo de manifestarse resultó un factor clave para el trabajo con el realizado con el grupo estudio.

Se cumplió con todos los objetivos particulares de esta investigación al brindar un medio que permitió promover alternativas funcionales a estas mujeres para afrontar los cambios de vida a raíz de la enfermedad, conjuntamente se logro brindar un medio de contención para el reajuste de sus emociones y pensamientos, por medio del apoyo psicológico se acompaña a las pacientes en su proceso de duelo. Y las preguntas de investigación se respondieron afirmativamente. Esto se puede confirmar en el alivio de los sufrimientos físicos, mentales y emocionales de la mujer con este padecimiento, así como en el reforzamiento de su autoestima y en el reconocimiento de sus propios recursos; como también el asumir y responsabilizarse de la pérdida de un seno.

Los resultados obtenidos en la prueba de calidad de vida en lo que refiere a la parte individual de las pacientes en ambos grupos al inicio reportaron su

calidad de vida como regular, al finalizar en el grupo estudio tres de ellas la describen como buena y las restantes la mantienen regular, en el grupo control cinco la mantienen regular y una de ellas la describe como buena.

De manera grupal en el posttest se observó notablemente que el aumento en la calidad de vida de las pacientes del grupo estudio es mayor que las pacientes del grupo control en comparación con el pretest de ambos grupos; ya que en el primero se ve un incremento del 9% en la calidad de vida de estas mujeres y en el grupo control existe un incremento del 3.2% de la calidad de vida en las mujeres que integran éste grupo. Con ello se responde a la pregunta de investigación ya que el grupo que recibió el apoyo psicológico logró un cambio mayor a diferencia del grupo que no lo recibió en lo que respecta a esta.

A partir de lo investigado se proponen otras líneas de investigación de las cuales creemos serían complemento de esta investigación como son:

- En mujeres con pre disposición genética a esta enfermedad ¿es posible trabajar el área psicológica de la mujer y prevenir la aparición del cáncer de mama?
- El estudio de la influencia del entorno familia para la aparición de un cáncer de mama
- La importancia del seguimiento terapéutico para el control del cáncer de mama.

Para finalizar a lo largo de esta investigación hemos observado que existe cada vez mayor interés sobre investigaciones sobre el tema de factores psicológicos relacionados a la predisposición, padecimiento y tratamiento del cáncer mamario, sin embargo concluimos que actualmente no existe una teoría que nos proporcione un marco conceptual común.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

LIMITACIONES.

Es de suma importancia mencionar que el tiempo que dan para realizar las entrevistas es muy corto ya que son muchas las pacientes del centro de atención oncológica.

Por disposición de dicho centro y de la encargada del departamento de psicología, se brindó su ficha clínica para la realización de las entrevistas, por lo cual la información recabada no es muy extensa y solo menciona las etapas cruciales en la vida de éstas, sin hacerlo a tanta profundidad.

Las respuestas que nos dieron tanto en la entrevista como el test probablemente tienen mucho que ver con su estado de ánimo, ya que en ocasiones estaban por entrar o salir de su tratamiento, o bien por la etapa de duelo y la manera de enfrentar dicha etapa.

En cuanto al test de calidad de vida, como se menciona esta se divide por áreas, pero solamente se hizo la interpretación global de la calidad de vida y no área por área.

Fue imposible juntar al grupo para la aplicación del postest, se localizaron a las pacientes saliendo de quimioterapia, radioterapia o en consulta externa, en días y horarios diversos; ya que la mayoría son foráneas y en algunos casos el tratamiento es espaciado.

Se encontraron pocas investigaciones en la ciudad sobre el tema.

SUGERENCIAS.

Concientizar la importancia de un apoyo psicológico durante y después de la enfermedad, tanto en la paciente como en su familia.

Darle un seguimiento psicológico tanto individual como grupal de las pacientes con las que se trabajó, para que las pacientes compartan su sentir, vivir y sus experiencias sobre el tema.

Realizar un trabajo terapéutico con un especialista en el área para buscar la integración de la familia y la paciente, pues constituyen un aspecto significativo en la recuperación de las mujeres con cáncer de mama.

Se propone la formación de un grupo de mujeres con cáncer de mama de mama en la ciudad de Morelia, Michoacán, con el fin de buscar redes de apoyo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ANAYA, G. (2006). Taller de intervención en crisis para las mujeres violentadas del refugio Sta. Fe. Tesis de licenciatura no publicada: Universidad Vasco de Quiroga.

ANDREU, Y (1998) Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta en pacientes con cáncer de mama. Facultad de psicología de la Universidad de Valencia. Valencia, España: Editado Promolibros.

AUSTRICH, E. (2007). Duelo a pérdidas parciales. México: Editorial Norma.
BAÑADOS, B Y TAMBLAY, A. (2004). Psicooncología de cáncer de mama. Tesis de licenciatura publicada: Universidad de Chile.

BAYES, R. (2004). Afrontando la vida esperando la muerte. Madrid, España: Alianza Editorial.

BRANDEN, N. (2001). Los seis pilares de la autoestima. México: Paidós.

BUSTAMANTE, J. (1989). Psicología Médica. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y Educación.

CAMERON, RB. (1994). Oncología práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

CAMPBELL, D y STANLEY, J (2001) Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

CAMPS, V. (2001). Una vida de calidad. España: Editorial Ares y Mares.

CARSWELL, E. (2002). Cáncer mamario. México: Editorial Trillas.

CHANG, A y HABER, S. (2007). Cáncer de mama: como puede la mente ayudar al cuerpo. EUA: Editorial Centro de Apoyo de la Asociación Americana de Psicología.

CHERCOVER, A. (2006). Vejez, jubilación y el mito social. <http://www.psicogerontología/tiempo.com> Madrid, España.

CUELI, J y REIDL, L. (1972). Teorías de la personalidad. México: Editorial Trillas.

DEVITA, V. T. y OTROS. (1988). Cáncer. Principios y práctica en oncología. Barcelona: Editorial Masson.

- DICAPRIO, N. (2003). Teorías de la personalidad. 2ª ed. México, D.F.: Editorial Mc. Graw – Hill.
- DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ESPASA-CALPE. (1979). Madrid, España.
- DOLL, R. Y PETO, R. (1989). Las causas del cáncer. Barcelona: Editorial Masson.
- DURÁN-SACRISTÁN, H. (1996). Cirugía. Tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas. Madrid: Editorial McGraw-Hill - Interamericana de España. Compendio.
- ERIKSON, E. (1978). La adultez. México: Editorial Fondo de cultura económica.
- ESTRADA, L. (1997). El ciclo vital de la familia. México: Editorial Grijalbo.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA. (2003). Apoyo psicológico basado en la comunidad. México: Editorial Consejo nacional para prevenir la discriminación.
- FONT, A. (1988). Valoración de la Calidad de Vida en Pacientes de Cáncer. Barcelona, España: Editorial Bellaterra,
- FUENTES DE LA PEÑA, H (2007). Calidad de vida ¿Qué hay más allá?. Ciencia, arte, reflexión y diversión. México: Planeación y desarrollo editorial. S. A. de C.V.
- GALLAR, M. (2001). Promoción de salud y apoyo psicológico al paciente. España: Editorial Paraninfo.
- GOMEZ, U. (2007). Tanatodinamia: el secreto para superar las pérdidas. México: Paidós.
- GONZÁLEZ MARAÑA, M. (2007). Una oportunidad de vida. Lucha contra el cáncer de mama. México: Editorial Norma.
- GONZALEZ, F. (2006). Tercera Edad. <http://www.saludymedicinas.com.mx/> Madrid, España.
- GONZALEZ, M Y NUÑEZ, A. (2000). Mujeres, género y desarrollo. México: Editorial CIDEM.

HABER, S. (2000). Cáncer de mama; manual de tratamiento psicológico. España: Editorial Paidós.

HANSEN, B. (2003). Desarrollo en la edad adulta. México D.F: Editorial Manual Moderno.

HERNANDEZ, R, COLLADO, C y LUCIO, P. (2003). Metodología de la investigación. México: Editorial Mc Graw Hill.

HOLLAND, J. (2002). Compendio de Oncología. Madrid: Editorial Médica.

INEGI. (2007). Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social cuaderno no. 20. México: INEGI.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. (2007). Manual Cáncer de mama. Beneficios de una detección oportuna. México: Unidad de medicina familiar ISSSTE.

KOLODNY, R, BRATTER, T y DEEP, C. (1989). Cómo sobrevivir la adolescencia de su adolescente. Buenos Aires. Madrid. México. Santiago de Chile: Editorial Vergara.

MAIRER, H. (1989). Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Erikson, Piaget y Sears. Argentina: editorial Amorrortu.

MIDDELETON, J. (2007). Yo (no) quiero tener cáncer. México: Editorial Debolsillo.

MORENO, A. (2002). Una experiencia de vida frente a la muerte. Tesis de licenciatura no publicada: Universidad Vasco de Quiroga.

ORTIZ, G. (2003). Sexualidad a través del desarrollo, Manual para profesionales de atención primaria de la salud, <http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20a%20traves%20del%20desarrollo.htm>. México, D.F: Editado por la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

PAPALIA, D, WENDKOS,S, DUSKIN,R. (2005). Desarrollo Humano. 9ª.ed. México, D.F: Editorial Mc Graw Hill.

PARISH, J. (2005). Tesis "calidad de vida y sus repercusiones psicológicas" Morelia, Michoacán: Universidad Latina de América.

Publication Manual of the American Psychological Association (2001)
Washington, DC: American Psychological Association.

RAICH, R. (2000). Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo.
España: Editorial Pirámide.

RESINES ORTIZ, R. (1998). Qué es la autoestima.
<http://www.acropolit.com/educación/edu.autoestima.htm>, Madrid, España.

REY, A. (2006). Calidad de vida. México: Editorial Rezza.

RIVAS, M. (2007). Vivir en plenitud.
<http://www.psiquiatria/gerontología.com.mx/>. España.

RODRIGUEZ, M. (1998). Autoestima, éxito personal. México: Editorial
Manual Moderno.

RODRÍGUEZ, R. (1997). La vejez y la muerte. México: Editorial Manual
Moderno.

ROJAS, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con
cáncer de mama. Madrid, España: Revista médica clínica.

SABISTON, D. (1999). Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-
Christopher. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill - Interamericana de
España.

SCHAIE, K. (1996). Evaluación de la inteligencia en adultos. EUA: Editorial
Universidad de Cambridge, EUA.

SCHILDER, P. (1950). La imagen corporal y la apariencia del cuerpo
humano. http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm. EUA:
International Universities Press.

SEFCHIVICH, G. (2005). Aprendiendo del cáncer. México: Editorial Pax
México.

SERRET, E. (2006). Discriminación y género. México: Editorial Consejo
nacional para prevenir la discriminación.

STANLEY, RL. (1995). Patología Estructural y Funcional. Madrid: Editorial
McGraw-Hill - Interamericana de España.

TEMOSHOK, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer:
towards an integrative model.
http://www.tdx.cbuc.es/INVESTIGACION_UAB/AVAILABLE/TDX-0927102-142041/lm5de5.pdf. EUA: Cancer Surveys.

TORRES, D. (2005). Sexualidad y cáncer de mama. Tesis de licenciatura no publicada: Universidad Latina de América.

VERONESI, U. (1991). Cirugía oncológica. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

VILLANUEVA, M. (1985). Hacia un modelo integral de la personalidad ¿Quién es el ser humano? México: Editorial Manual moderno.

WARNER, K. (2003). Psicología de la edad adulta y la vejez. Madrid, España: Editorial Prentice Hall.

WEITEN, W. (2006). Psicología, temas y variaciones. México: Editorial Thomson.

ANEXOS.

ANEXO # 1.

NOMBRE _____ EDAD _____

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

ESTIMADA PACIENTE ESTE CUESTIONARIO TIENE EL OBJETO DE CONOCERTE MEJOR Y ASÍ PODERTE AYUDAR, TUS RESPUESTAS SERÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES, CONTESTA POR FAVOR CON TODA HONESTIDAD.

1. LA INFORMACIÓN QUE TIENES SOBRE TU ENFERMEDAD Y SOBRE EL TRATAMIENTO ES:
A)MUY POCA O NULA B)INSUFICIENTE C)ACEPTABLE
D)COMPLETA
E)MUY COMPLETA

2. ¿TIENES PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO?
A)MUY POCA O NULA B)POCO C)A VECES D)CASI SIEMPRE
E)SIEMPRE

3. ¿PERCIBES AMOR, APOYO Y SOLIDARIDAD EN TUS SERES QUERIDOS (FAMILIARES)?
A) CASI NUNCA O NUNCA B)POCAS VECES C)A VECES D)CASI SIEMPRE
E)SIEMPRE

4. ¿TE SIENTES FÍSICAMENTE TAN ATRACTIVA COMO ANTES?
A) CASI NUNCA O NUNCA B)POCAS VECES C)DE VEZ EN CUANDO
D)CASI SIEMPRE E)SIEMPRE

5. ¿SIENTES TRISTEZA, CULPA Y/O CORAJE?
A)SIEMPRE B) CASI SIEMPRE C)A VECES D)POCAS VECES E) CASI NUNCA O NUNCA

6. ¿SIENTES TRISTEZA, SOLEDAD Y/O GANAS DE LLORAR?
A)SIEMPRE B) CASI SIEMPRE C)A VECES D)POCAS VECES E)CASI NUNCA O NUNCA

7. ¿HAS VIVIDO O VIVES CON ESTRÉS, FRUSTRACIÓN, CORAJE Y/O ENVIDIA?
A)SI, MUY FRECUENTE B)FRECUENTE C)A VECES D)POCAS VECES
E)NO, O CASI NUNCA

8. ¿VIVES AHORA CON MIEDO, CORAJE O RESENTIMIENTO?
A)SI, MUY FRECUENTE B)FRECUENTE C)A VECES D)POCAS VECES
E)NO, O CASI NUNCA
9. ¿SIENTES RECHAZO POR TU PAREJA, FAMILIA Y/O AMIGOS?
A)SI, MUY FRECUENTE B)FRECUENTE C)A VECES D)POCO E)NO, O CASI NUNCA
10. ¿SIENTES RECHAZO EN TU TRABAJO?
A)MUY FRECUENTE B) FRECUENTE C)A VECES D)POCAS VECES E)NO, MUY POCO
11. ¿TE PREOCUPAN LOS PROBLEMAS ECONÓMICOS Y OTROS PROBLEMAS QUE PUEDES OCASIONAR A TUS SERES QUERIDOS?
A)MUCHÍSIMO B)MUCHO C)REGULAR D)POCO E)MUY POCO O NADA
12. AHORA QUE TE ENFERMASTE ¿PUEDES DISFRUTAR IGUAL DE TUS ALIMENTOS, TUS ANTOJOS, TUS GUSTOS PARA COMER Y BEBER, Y TIENES SUFICIENTE APETITO?
A) NO, O CASI NUNCA B)POCAS VECES C)A VECES D)CASI SIEMPRE
E)SIEMPRE
13. ¿HAN CAMBIADO TUS RELACIONES SEXUALES?
A) MUCHÍSIMO B)MUCHO C)REGULAR D)POCO E)MUY POCO O NADA
14. ¿CREES QUE LA ENFERMEDAD TE AFECTA O TE AFECTARÁ ECONÓMICAMENTE?
A) MUCHÍSIMO B)MUCHO C)REGULAR D)POCO E)MUY POCO O NADA
15. ¿TE PREOCUPA CÓMO TE VES, CÓMO TE SIENTES Y/O CÓMO TE TRATAN?
A) MUCHÍSIMO B) MUCHO C)REGULAR D)POCO, DE VEZ EN CUANDO
E)MUY RARAMENTE, NO
16. ¿TE PREOCUPA EL DOLOR, EL SUFRIMIENTO Y/O EFECTOS DEL TRATAMIENTO?
A) MUCHÍSIMO B) MUCHO C)REGULAR D)POCO, DE VEZ EN CUANDO
E)MUY RARAMENTE, NO

17. ¿CREES QUE TODO VOLVERÁ A SER COMO ANTES?

- A)NO B)NO TOTALMENTE C)NO ESTOY SEGURA D)ESPERO QUE SÍ
E)SÍ

18. ¿ESTÁS LISTA PARA EMPEZAR EL TRATAMIENTO?

- A)NO B)NO SÉ C)MÁS O MENOS D)CASI
E)SÍ

19. ¿CONFÍAS EN TI PARA GANARLE LA BATALLA A LA ENFERMEDAD?

- A)NO B)NO SÉ C)MÁS O MENOS D)CREO QUE SÍ
E)DEFINITIVAMENTE SÍ

20. ¿CONFÍAS EN EL PERSONAL Y EN EL TRATAMIENTO?

- A)NO B)NO SÉ C)MÁS O MENOS D)SÍ
E)DEFINITIVAMENTE SÍ

ANEXO # 2. CRONOGRAMA DEL TALLER "APRENDIENDO A VIVIR DIFERENTE".

| ACTIVIDAD. | OBJETIVO. | MATERIAL. | TIEMPO. |
|--|---|-------------------------------|---------|
| Presentación. | Conocer a las facilitadoras que integran el equipo de trabajo. | | 10 min. |
| Encuadre. | Establecer los lineamientos que se seguirán durante el taller, así como establecer empatía con las integrantes del grupo. | Hoja de rotafolio y plumones. | 10 min. |
| Expectativas. | Que las participantes expongan que es lo que esperan del curso | Hoja de rotafolio y plumones. | 20 min. |
| Técnica 1 rompe hielo. ¿Qué sé acerca de mi enfermedad? | Romper con la tensión inicial y fomentar la integración y motivación de las integrantes, y de esta manera introducir a las participantes al tema del taller. | Rotafolio y plumones. | 30 min. |
| Exposición Teórica - Médica del tema: "Cáncer de mama" . | <p>Dar a conocer de manera teórica - médica la información acerca del tema, con la finalidad de que las pacientes y su familia conozcan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el cáncer? • ¿Qué el cáncer de mama? • Clasificación de cáncer de mama • Factores de riesgo • Detección cáncer de mama • Autoexploración • Estudios de prevención | Cañón, posters, video. | 90 min. |

| | | | |
|--|---|---|---------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos: • Quimioterapia • Radioterapia • Tratamientos quirúrgicos | | |
| RECESO | RECESO | RECESO | 20 min |
| Ejercicio de sensibilización. | Lograr un análisis personal a través de la sensibilización. | Grabadora, CD's. Sillas. | 30 min. |
| Técnica grupal 2. ¿Cómo me vi ayer y cómo me veo hoy?. | Qué la paciente reconozca e identifique como era su imagen corporal, su autoestima, etc. Antes de la enfermedad; y que cambiado a partir de ella; así como que reconozca los recursos con los que cuenta para lograr una mejor calidad de vida. Potencializar la pérdida en ganancias. Responsabilizar y asumir la nueva etapa de vida. | Música, moldes del cuerpo humano, rotafolios, estambre, ojos, cartón, plumones, pinturas, cinta adhesiva. Caja de madera con arena. | 90 min. |
| Técnica 3: Yo y mi familia. | Identificar los cambios ocurridos en la familia a partir de la enfermedad de la paciente, y responsabilizarse cada uno de los miembros de la misma asuma el rol que juega dentro de la familia. | Preguntas en sobres cerrados. Sillas. | 30 min. |
| Técnica 4: Mi luz. | Reforzar la autoestima de las pacientes, y reconocer el esfuerzo y el trabajo personal para afrontar esta etapa de vida. | Velas, encendedor. Miembros de la familia de la paciente. | 30 min. |
| Cierre | Retroalimentar acerca del tema con los miembros participantes. | | 10 min. |

ANEXO #3.



CENTRO ESTADAL DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA FICHA CLÍNICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Dirección: _____

Religión: _____

Nivel socioeconómico: _____

Referencia: (quién dio la información) _____

Referido por: (quién lo manda) _____

Fecha de la entrevista: _____

II. MOTIVO MANIFIESTO DEL ESTUDIO:

III. PADECIMIENTO O PROBLEMA ACTUAL. (Enfermedad que presenta, inicio, evolución, etc.)

IV. FAMILIA DE ORIGEN (vivo/muerto, edad, ocupación, relación con él/ella, enfermedades importantes.)

MAMÁ: _____

PAPÁ: _____

HERMANOS: _____

OTROS FAMILIARES (significativos) : _____

V. DESARROLLO.

INFANCIA: _____

NIÑEZ: _____

ADOLESCENCIA: _____

VI. ÁREA ESCOLAR.

VII. ÁREA LABORAL. _____

VIII. ÁREA SEXUAL. _____

IX. VIDA MARITAL (Relación de pareja, hijos, situaciones familiares especiales.)

X. PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.
