

*Universidad Central “Martha Abreu” de las Villas*

*Facultad de Psicología*



*Tesis en Opción al Grado Científico de Master en Psicología Médica.*

*Título: Particularidades de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora.*

*Autor: Lic. Vanessa Esperanza Montiel Castillo*

*Tutora: Dra. C. Vivian M. Guerra Morales.*

*Consultante: Dra. Maira C. Navarro Otero.*

*Asesor Estadístico : Dr. C. Ricardo Grau Abalo.*

*Santa Clara. Enero de 2009.*

*2008-2009.*

## INTRODUCCION

El cáncer, conjuntamente con el VIH se ha convertido en una de las principales enfermedades que afecta a la humanidad en general. Cada año, el análisis de las estadísticas arrojan un mayor número de personas aquejadas por esta enfermedad, se estima que en los países en vías de desarrollo existen hoy en día 10 de millones de personas viviendo con la misma, mientras que en los desarrollados las tasas ascienden a seis millones y en muchos de los países europeos constituye la primera causa de muerte de su población. Se espera que para el 2020 aumenten a 15 millones los nuevos casos, el 60% de ellos en países en vías de desarrollo, que cuentan sólo con el 5% de los recursos destinados a combatir este mal.

Las primeras descripciones que se realizaron sobre la existencia de procesos tumorales en las diversas especies quedó reflejada en la historia de los jeroglíficos, en los manuscritos de los papiros egipcios (Papiro de Ebes) y en el Ramayana de la India, así como en otros escritos en las regiones de la antigua Grecia y Roma. Por su parte, Hipócrates en un período tan temprano entre 470 a 380 a.n.e, en la antigua Grecia, se interesó por el estudio del tema y sus particularidades.

A partir de estas primeras “teorizaciones” que sobre el cáncer se hicieron y como resultado de numerosas investigaciones científicas se ha llegado a la conclusión de que se caracteriza por un crecimiento incontrolado, seguido por el desarrollo y multiplicación de grupos de células que tienden a invadir el tejido circundante, capaces de producir metástasis, llegando a causar la muerte cuando estas células impiden el funcionamiento normal de los órganos vitales afectados o se extienden por todo el cuerpo y dañan otros sistemas.

En relación a sus causas se han manejado varias hipótesis que apuntan a la existencia de una etiología multifactorial que va desde la presencia de factores genéticos como la edad, los estilos de vida, el hábito de fumar, la dieta, exposición a sustancias tóxicas y a radiaciones ionizantes, infecciones virales, etc., son elementos que de manera general se orientan al posible hecho de que produzcan mutaciones en las células, lo que causa

la formación de tumoraciones. Una característica importante en este tipo de células a la hora de determinar la presencia o no de cáncer en una persona, es la invasividad, ya que a partir de aquí se tomará en cuenta si son células malignas o benignas.

El cáncer se clasifica en varias tipologías, a partir de su localización, fase, agresividad del tumor, metástasis, hasta llegar al establecimiento de un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado y eficiente para cada caso en particular. En este sentido, se ha avanzado considerablemente en las técnicas para su diagnóstico y tratamiento, dentro de estos últimos podemos encontrar cirugías más o menos agresivas, radioterapia, quimioterapia, tratamientos hormonales, terapias biológicas y tratamientos de soporte para reducir al máximo los efectos secundarios que provocan los diferentes tratamientos y, por supuesto, la enfermedad por sí misma, siendo así que se cuente con un arsenal terapéutico que contribuye a los índices de supervivencia, y por ende a la disminución de la tasa de mortalidad.

Pero la solución hoy no está en estos avances, sino en la labor preventiva que se realice con los grupos de riesgo previamente identificados, y la población en general, ocupando un papel importante la labor desempeñada por las instituciones de salud en los distintos niveles de atención ya que muchos de estas enfermedades malignas pueden ser evitadas, dentro de ellas ubicamos el cáncer de pulmón, de colón, y el de mama que son hoy los más frecuentes a nivel mundial.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2007), en el año 2005 murieron en España 96.499 personas por cáncer y en nuestro país en el trienio 2000-2002 se diagnosticaron un promedio de 28 549 casos nuevos, de los cuales el 50 % eran mujeres, lo que demuestra la alta tasa de incidencia en este grupo poblacional. Las localizaciones más frecuentes en ambos sexos, fueron pulmón, mama, próstata, colon y cuello de útero, mientras que las más letales, se clasificaban en pulmón, próstata, colon, mama y estómago.

Investigaciones recientes han demostrado que el cáncer de mama constituye una de las primeras causas de muerte en mujeres en el mundo (Will y col., 2000). En nuestro país,

las primeras localizaciones en términos de incidencia también resultan en el cáncer de mama siguiéndolo el de cuello y cuerpo de útero, pulmón, colon y las tasas de mortalidad más altas también se observaron en estas localizaciones, existiendo en la actualidad más de 100 mil personas con algún tipo de enfermedad maligna y aparecen cada año unos 25 mil nuevos casos.

En cuanto a la mortalidad, se sitúa en la segunda causa de muerte en la población cubana en general, pero es la primera antes de los 74 años, o sea la que más afecta la esperanza de vida del cubano al nacer. Formando parte del estudio anterior se realizó una estratificación por provincias y resultó que la región de más alto riesgo de padecer cáncer de mama en Cuba se observa en el occidente-centro del país, incluyéndose Ciudad de La Habana, Matanzas y Villa Clara, provincias donde se concentran el 48 % de los casos diagnosticados en el trienio 2004-2005- 2006 (OMS, 2007).

El cáncer de mama se manifiesta como un nódulo palpable diferente al resto del tejido de la mama que se localiza en cualquier parte del seno y tiende a crecer rápidamente sin dolor. Existen diversos factores de riesgo para su incremento entre los más frecuentes se encuentran la edad, donde se ubican las mujeres mayores de 50 años, la menarquía en edades tempranas, nuliparidad, menopausia tardía y el primer hijo vivo nacido después de los 30 años de edad (Braunwad, 2002).

Una vez determinado el diagnóstico y teniendo en cuenta la especificidad de este tipo de patología, se acude por parte del especialista de los servicios de oncología a aplicar un grupo de tratamientos que resultan ser dolorosos, mutilantes y agresivos para la paciente que los recibe, pero que sin dudas contribuyen al aumento de la calidad de vida, supervivencia, y disminuyen ostensiblemente la recurrencia. No obstante, estos tienen una alta repercusión a nivel psicosocial incluyéndose la presencia en este grupo de mujeres, síntomas de ansiedad, depresión, disminución de la autoestima, transformaciones en la autovaloración, unido a las tensiones que aparecen asociadas a la supervivencia o no, y la recurrencia, así como los cambios que se producen en la imagen corporal, que generan alteraciones en la misma.

Algunos estudios asociados a la repercusión psicológica del cáncer de mama, han demostrado una relación significativa entre el autoconcepto y la función de rol (madre, esposa, trabajadora, paciente crónico) en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas (Dolsophon, 2005). Otro grupo de investigaciones se han orientado en función del tipo de cirugía a la que se ha sometido la mujer y sus repercusiones, demostrándose que la cirugía conservadora de mama está asociada con una adecuada imagen corporal, calidad de vida elevada, y bienestar psicológico, a diferencia de las mujeres mastectomizadas en quienes éstas variables presentan valores más bajos (Kissane, y col., 1998; Pandey, y col., 2006).

En investigaciones recientes realizadas en nuestro país que han tenido como centro al paciente con cáncer, se ha demostrado la relación existente entre la autovaloración y la calidad de vida percibida en pacientes, constituyendo la primera un determinante de la calidad de vida, también se han realizado estudios sobre la autovaloración y su relación con las alteraciones en la imagen corporal (Díaz, 2007), en este sentido es importante destacar que el tema de la autovaloración desde un enfoque personalógico no ha sido tratado en mujeres con cáncer de mama.

Numerosas investigaciones han demostrado significativos cambios psicológicos en mujeres con cáncer de mama que van desde afectaciones en el autoconcepto, condicionado esto por el efecto negativo de la cirugía, concluyendo que los cambios que lo acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas de su persona; y demuestran además las repercusiones psicosociales de la enfermedad (Celis, y col., 2006; Eilers y Westercamp, 2003).

Se ha reportado además que el rol desempeñado por las mujeres enfermas afecta la percepción de sí mismas, de su calidad de vida, y en el caso de las mujeres jóvenes estas presentan más estrés psicológico que las mujeres adultas ante el diagnóstico (Uzun, 2004; Ganz, y col., 2004).

De estos cambios a los que se ha hecho referencia no está exenta la autovaloración. La misma constituye un subsistema de la personalidad e incluye un conjunto de

necesidades, motivos, intereses, etc. Se considera que como parte de la misma se articulan varias configuraciones psicológicas que forman parte de la personalidad, y que integra en su centro un concepto de sí mismo, del sujeto, que se presenta de manera, precisa, generalizada, con relativa estabilidad, dinamismo, comprometido con la realidad, en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de su vida, constituyendo la dimensión valorativa de la autoconciencia. Posee además un carácter sistémico pues integra los elementos que la conforman, así como la presencia de aspectos cognoscitivos como el razonamiento y la reflexión del sujeto, consideradas expresiones del pensamiento orientados por las principales necesidades que forman estas estructuras (Fernández, 2002).

Esta configuración de la personalidad no se puede estudiar como un ente aislado, sino como parte del poderoso sistema personalógico que adquiere sus peculiaridades a partir del funcionamiento del mismo, en cada sujeto en particular, y de las restantes configuraciones que lo conforman. En este sentido, es de vital importancia el análisis que se realice de la situación social de desarrollo en que se encuentra inmerso el sujeto así como los eventos vitales que afectan o ponen en riesgo la realización de sus principales aspiraciones, su estilo de vida, imagen corporal, en fin ese concepto generalizado de sí al que se ha hecho referencia con anterioridad (Fernández y Ospina, 2002).

Uno de estos eventos vitales lo es sin duda el diagnóstico de una enfermedad crónica como el cáncer, especialmente el cáncer de mama en la mujer, en primer lugar por los cambios que trae para la vida cotidiana, en los que muchas veces esta tiene que enfrentar el ejercicio de diversos roles, cada uno con su exigencia y versatilidad, unido al hecho de que los tratamientos son agresivos, y en ocasiones conlleva a la mastectomía, en la que la mujer pierde una o dos de sus mamas, lo que supone un cambio radical en la imagen corporal a la que debe adaptarse. El afrontamiento a esta situación depende en gran medida de los factores resilientes con que cuente, de sus particularidades personalógicas, de las redes de apoyo social, su estatus económico y social, sus estilos de afrontamiento, etc., elementos que definitivamente determinarán la estabilidad o la

aparición de nuevas particularidades de las principales configuraciones que forman parte de su personalidad.

En este sentido, el desarrollo de la práctica con estas pacientes ha demostrado, según la referencia de profesionales que han laborado durante décadas en los servicios de Oncología que se presenta una transformación en la autovaloración, de acuerdo a manifestaciones de las pacientes quienes refieren que a partir del diagnóstico y/o la cirugía presentaron un cambio desfavorable en su forma de percibirse, no siendo así como regla general y ocurriendo indistintamente en cualquier tipo de cirugía, además de que se hace creciente el número de mujeres que acuden a estos servicios.

La investigación desde el punto de vista teórico permitirá profundizar en el estudio de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora. En el orden metodológico arroja un sistema de técnicas a considerar para futuras investigaciones, tanto para el diagnóstico como la intervención. Indudablemente contribuirá al mejoramiento de la práctica asistencial de los profesionales de la psicología insertados en los servicios de Oncología de las instituciones hospitalarias, así como para el resto de los profesionales que se encuentran vinculados a estas pacientes. Desde el valor para la práctica profesional sentará las bases para futuras intervenciones psicológicas en el seguimiento, así como el establecimiento de regularidades que permitan avanzar en este campo del conocimiento científico, lográndose una mejor comprensión del fenómeno.

La memoria escrita está compuesta por tres capítulos. En el primero, se realiza un análisis de los fundamentos teóricos de la investigación, se hace referencia al cáncer como enfermedad de manera general, etiología, curso, clasificación, pronóstico, diagnóstico, de igual modo se prosigue con el cáncer mama. Por las repercusiones psicológicas que tiene esta enfermedad y teniendo en cuenta el objeto de la investigación se presenta una revisión sobre la autovaloración, sus particularidades y mecanismos fundamentales.

En el capítulo dos se presenta el marco referencial metodológico, en el que se abordan los pilares metodológicos sobre los que se sustentan la investigación, el diseño propuesto, los

procedimientos, los principales métodos y pruebas psicológicas aplicadas, así como el análisis e interpretación de los datos. En el tercer capítulo, se realiza un análisis pormenorizado de los resultados emanados de la investigación, que posteriormente son abordados de manera integrada, brindando una serie de elementos que permiten una mayor comprensión del fenómeno objeto de estudio. Para finalizar se ofrecen un conjunto de conclusiones y recomendaciones surgidas de la investigación, se muestran además las referencias bibliográficas y los anexos.

A partir de lo anteriormente expuesto surge la necesidad de emprender la investigación la cual fue resultado de una demanda de la práctica asistencial del Servicio de Oncología del Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Por la importancia que revierte el tema, unido a la ausencia de investigaciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama desde un enfoque personalógico y la consiguiente necesidad de abordarlo desde esta perspectiva, respondiendo a las demandas profesionales se realizó un estudio de la autovaloración en mujeres sometidas a cirugía conservadora de la mama. Por lo que se define como problema o interrogante científica de la investigación:

**Problema científico:**

¿Cuáles son las particularidades que presenta la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora?

A partir de esta interrogante científica se deriva la hipótesis científica de la investigación:

**Hipótesis científica:**

La autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora posee particularidades que la distinguen de iguales sometidas a cirugía radical.

En coherencia con lo anterior los objetivos investigativos son:

**Objetivo General:**

- ✓ Determinar las particularidades de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora.

**Objetivos Específicos:**

- ✓ Establecer una relación entre tipo de cirugía, edad y tiempo de evolución de la sintomatología en mujeres con cáncer de mama.
- ✓ Caracterizar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora.
- ✓ Realizar una comparación de las manifestaciones de la autovaloración en mujeres que padecen cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora con un grupo sometidas a mastectomía radical.

## **CAPITULO I. FUNDAMENTACION TEORICA**

### **1. 1 Acercamiento histórico al cáncer**

El cáncer, es una enfermedad tan antigua como los orígenes de la vida. Es frecuente su presencia tanto en el reino animal como vegetal. A raíz de investigaciones arqueológicas, se han hallado restos fosilizados de varios animales que habitaron la tierra en siglos pasados con la presencia de huellas cancerígenas en sus restos, ejemplo de ello lo constituye el Pitecántropo erecto y también en algunas especies de dinosaurios. Mediante el uso de métodos radiológicos se han observado signos de lesiones cancerosas en los restos óseos de momias egipcias que vivieron el período de 1500 a 3000 a.n.e (Aguar y Bohn, 1998).

Etimológicamente la palabra cáncer tiene varios significados según el tipo de idioma, por ejemplo en el latín y el griego, se corresponden los vocablos cancrum y karkinos, respectivamente, y su significado es cangrejo. Estos términos eran muy utilizados por los médicos en la antigüedad al ver la similitud que se presentaba entre los tumores malignos y este peculiar animal. Desde la primera descripción que se hizo fue visto como un mal atribuido por los dioses o demonios, de carácter hereditario y contagioso. En la actualidad, las representaciones sociales de la enfermedad han ido variando con el decursar del tiempo, aunque debemos apuntar que se le continúan atribuyendo efectos negativos y nefastos para la vida y la salud de quienes la padecen (Carulla, 2004).

En la segunda década del siglo XIX se comienzan a dar los primeros pasos en el desarrollo de técnicas para el diagnóstico del cáncer, es así que en 1851 la primera descripción de células malignas en el esputo fue reportada por W. H. Washe. Más adelante, en ese mismo siglo ocurrió uno de los avances más importantes que en cuanto a diagnóstico se refiere, fue descubierta la radiografía con rayos-X, o fotografía Roëntgen nombrada así en honor a su descubridor, Wilhelm Conrad Roëntgen, y que fuera utilizada por Franz Konig, un cirujano alemán para visualizar una pierna amputada, mediante este método determinó que el miembro contenía un sarcoma de la tibia. Rápidamente los rayos-X se convirtieron en la herramienta para visualizar y diagnosticar tumores dentro del cuerpo.

En 1901, Roëntgen ganó el Premio Nobel de Física por su trabajo sobre los rayos-X. A partir de este momento se comenzaron a dar toda una serie de eventos que indudablemente han contribuido a esclarecer los tabúes, prejuicios e interrogantes científicas que sobre el tema se han hecho, lo que ha traído por consecuencia un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer repercutiendo positivamente en su calidad de vida y supervivencia.

En este siglo XXI se ha logrado un considerable desarrollo científico que se ha acelerado en los últimos años, gracias a la presencia de terapias cada vez más efectivas. El desarrollo de nuevos equipos de radiaciones ionizantes con mayor potencia y exactitud en el uso anticanceroso, se ha completado con el uso de técnicas quirúrgicas menos mutilantes y agresivas en los estadios iniciales de la enfermedad, lo que ha contribuido a la supervivencia y en muchos casos a la cura de los pacientes con cáncer. Por su parte, los nuevos avances en las ciencias de la biología, unido a las transformaciones moleculares y celulares desde las células normales a las células malignas, ha permitido que se amplíe el espectro para un mejor control de la enfermedad (Estape, 1998).

## **1.2 Tendencias actuales en el análisis del cáncer**

El cáncer es una enfermedad de etiología multifactorial discutida, donde pueden jugar un papel importante la edad, el sexo, la raza, y la herencia, así como que se reconoce la presencia de factores de riesgo tales como las dietas, los estilos de vida y el medio en general, incluyéndose las infecciones por microorganismos, los que actúan sobre el genoma de las células como iniciadores o promotores tumorales en la transformación celular. Se plantea que la herencia y el ambiente son dos puntos de lo que se considera el espectro en cuyo centro se sitúan las causas de la mayor parte de las neoplasias encontradas. Hay coincidencia en científicos de nuestro medio que para el próximo quinquenio el cáncer será la primera causa de muerte en nuestro país (Benítez, 2000).

De manera general el cáncer consiste en un crecimiento descontrolado y la posterior diseminación de células anormales en el organismo, que invaden y dañan tejidos y órganos. La carcinogénesis o aparición del cáncer ocurre como resultado de dos procesos: primero, el aumento descontrolado de la proliferación de un grupo de células

que dan lugar a un tumor o neoplasia y la posterior adquisición de estas de capacidad invasiva, que les permite diseminarse desde su sitio natural en el organismo, colonizar y proliferar (Weisburger, 2004).

Si sólo tiene lugar un aumento del crecimiento de un grupo de células en el lugar donde frecuentemente se encuentran, se está en presencia de un tumor benigno, que generalmente es posible eliminarlo mediante cirugía, sin embargo cuando las células de un tumor son capaces de invadir los tejidos circundantes o distantes, tras penetrar en el torrente circulatorio y capaz de formar metástasis se habla de un tumor maligno o cáncer.

El seguimiento y desarrollo del cáncer han sido históricamente fenómenos muy complejos explicados a partir de diferentes teorías, donde los aspectos de orden epidemiológico, bioquímico, genético y molecular, se combinan. Dentro de los modelos que intentan ver el fenómeno desde esta perspectiva se encuentra aquel que concibe el desarrollo del cáncer como un proceso de pasos múltiples, donde las alteraciones moleculares y en especial las relacionadas con el ciclo celular, cobran cada vez más importancia y es en este sentido donde se dirigen las investigaciones en la actualidad (Alberts y col., 1994).

Según esta teoría, cada cáncer posee características que reflejan su origen: la mayoría deriva de una célula anormal iniciada en un cambio genético. Es muy frecuente encontrar en este tipo de células la presencia de alteraciones en las secuencias del ácido desoxirribonucleico (ADN) que contienen una aberración heredable, también pueden existir cambios epigenéticos que no afectan directamente al ADN pero sí al patrón de expresión de un gen, por lo que se asume que el cáncer no es causado por un sólo evento, sino el resultado de varios cambios independientes ocurridos en una célula con carácter acumulativo (Arreola, 2007).

Se plantea la presencia de varios agentes que influyen en la aparición y la posterior desencadenación de mutaciones y procesos de carcinogénesis, dentro de los mismo se ubican, los carcinógenos químicos, los cuales causan cambios en la secuencia del ADN, las radiaciones ionizantes, que provocan traslocaciones y ruptura de cromosomas, y por

último los virus, los cuales introducen sus secuencias nucleótidas en el interior de la célula (Kastan, 1997).

En este sentido se plantea, que cuando se produce una alteración del ADN se advierten tres posibilidades para la célula, pueden actuar los mecanismos de reparación del daño y la célula regresar a la normalidad, puede morir o pasar a ser una célula iniciada en la transformación. Por otra parte, la transformación, como cambio molecular heredable no es un evento en sí mismo suficiente, ya que se requiere de otro paso o momento importante dentro del proceso para la proliferación de las células alteradas, este es la promoción (Arango y col., 1997).

Los promotores de tumores pueden ser elementos de orden exógeno como el humo del cigarro, o endógeno como la presencia de algunas hormonas en el organismo, que necesariamente no son cancerígenos pero que pueden causar cáncer si actúan sobre una célula que ha tenido exposición previa a un iniciador. En definitiva, el efecto de los promotores es estimular la división celular en la región previamente expuesta donde un iniciador ha producido un crecimiento a partir de una célula mutada (Marsman y Borret, 1994).

Según American Cancer Society (2007), existe un tercer período en este proceso es la progresión, en este, las células premalignas se convierten en células malignas a través de un proceso multifocal, donde unas se transforman más rápido que las otras, la progresión puede ocurrir de manera espontánea debido a la inestabilidad genética propia de la célula o por la exposición a sustancias que son de carácter genotóxicas. Es importante resaltar con respecto a este proceso, que la duración del ciclo celular en una célula neoplásica no es más corto que en una célula normal, sin embargo un tumor maligno crece más rápido que el tejido sano, lo que se debe a la reducida capacidad de mutaciones espontáneas, porque se necesitan millones de células con una mutación para que alguna desarrolle un segundo cambio genético.

Un momento importante en el desarrollo de las células cancerígenas es la capacidad invasiva que adquieren. La célula de un tumor es capaz de debilitar la adhesión a sus

vecinas originarias, escapar del tejido original en la que se encontraba, trasladarse hacia otros tejidos, cruzar la lámina basal y el revestimiento endotelial del vaso, entrar y salir de la circulación, y finalmente alojarse en un nuevo ambiente, que puede ser un órgano o varios donde sobrevive y prolifera. Para cada uno de estos procesos depende de la disminución en la expresión de moléculas de adhesión, de la presencia de enzimas proteolíticas que son capaces de romper la matriz celular. A este proceso determinado por la capacidad invasiva de este tipo de células se denomina: metástasis (Lehman y col., 2007).

Las metástasis constituyen con frecuencia la causa del fallo de los tratamientos y de la muerte de los pacientes con cáncer. La progresiva acumulación de mutaciones en una secuencia específica para cada tipo celular genera primero una hiperplasia o crecimiento desordenado y luego invasividad celular, vascularización y finalmente la metástasis.

La metástasis requiere tumorigenicidad e invasividad, procesos que se inician en este orden pero que se solapan parcialmente, de modo que mutaciones que proporcionan a las células tumorales la capacidad de invadir y formar posteriormente metástasis se comienzan a acumular ya durante la fase de crecimiento del tumor primario. Cuando se detecta inicialmente un tumor existen ya células que son potencialmente invasivas y/o angiogénicas. Debido precisamente a la posibilidad de que alguna haya escapado ya de la masa tumoral bien a la sangre, a la linfa o al tejido circundante, apareciendo las metástasis transcurrido un tiempo después de la eliminación del tumor primario (Holmberg y Anderson, 2004).

### **1.2.1 Diagnóstico y Tratamiento**

Inicialmente, el diagnóstico del cáncer se hacía mediante el uso de los rayos X y exámenes complementarios. Hoy en día, se han desarrollado numerosos métodos que han tomado como base estos descubrimientos, pero que se han perfeccionado al punto de que el diagnóstico se haya hecho más preciso, lo que contribuye a realizar un diagnóstico integral del paciente. Un momento importante en la evaluación del cáncer constituye la revisión de la historia clínica y la exploración física. Ambos, ayudan a evaluar el riesgo que tiene una persona y a determinar los estudios necesarios

para detectarlo. En general, la búsqueda del cáncer forma parte del examen médico de rutina y se realiza fundamentalmente para detectar los cánceres de tiroides, de testículo, de boca, de ovario, de piel y de ganglios linfáticos.

Las pruebas de detección precoz tratan de identificar el cáncer antes de que provoque síntomas. Si una prueba da un resultado positivo, se necesitan otras pruebas posteriormente para confirmar el diagnóstico. Dentro de estas pruebas de detección temprana se ubica el uso de los marcadores tumorales, pues se han ido especificando que para cada tipo de tumor, existe una. El diagnóstico debe hacerse siempre con absoluta certeza, lo cual habitualmente requiere una biopsia. Es también esencial determinar el tipo específico de cáncer, así como el estadio del mismo con el objetivo de conocer su exacta localización y si se ha extendido a otros órganos, lo cual contribuye a planificar un tratamiento apropiado y a determinar el pronóstico (Khatcheressian y col., 2006).

Es invaluable la ayuda que han prestado las técnicas modernas de detección en la lucha contra el cáncer. Como cada tumor posee un patrón de crecimiento y expansión diferente es necesario que para cada uno se establezcan pruebas específicas que corroboren con precisión la impresión diagnóstica. Entre los exámenes generales más comunes utilizados se encuentran:

- Determinación de células malignas en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo mediante el uso de pruebas de marcadores tumorales.
- Gammagrafía.
- Ecosonografía.
- Tomografía Axial Computarizada
- Resonancia magnética.

Una vez que se ha determinado la presencia de células malignas y su localización se procede a exámenes más específicos, aquí mostramos algunos de ellos:

<b><u>LOCALIZACIÓN</u></b>	<b><u>TIPO DE EXAMEN</u></b>
Útero	Citología cervical o Papanicolau
Mama	Autoexamen de la mama Examen clínico Mamografía (estudio radiológico).
Estómago	Radiología de doble contraste
Pulmón	Radiología Citología del esputo Broncoscopia.
Cabeza y Cuello	Autoexamen Exámen Clínico Biopsia aspiratoria con aguja fina(BAAF) Citología Bucal

En la actualidad, se ha logrado un conocimiento pormenorizado de estos exámenes, lo cual ha influido positivamente en los avances diagnósticos, y el tratamiento del cáncer, lo que se ha podido constatar en los últimos 30 años, ya que se han perfeccionado las modalidades terapéuticas que constituyen el arsenal oncológico: la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia. Es importante apuntar que cada una de ellas individualmente puede o no curar el cáncer, sin embargo los avances que se han obtenido en la curación, sobrevida y la calidad de vida de estos pacientes, ha sido el resultado de la combinación de la multidisciplinariedad de las diversas ciencias relacionados con el proceso salud-enfermedad, y de las diferentes modalidades de tratamiento. Así como el hecho de que como se ha manifestado a lo largo de esta revisión es esencial tener en cuenta la especificidad del diagnóstico del cáncer y adecuar las peculiaridades del tratamiento al caso en cuestión (Fitzgibbons y col., 2006).

La cirugía, es el tratamiento más antiguo en el cáncer, y hasta hace muy poco era prácticamente la única posibilidad de curación, sin embargo se cuenta hoy con técnicas microquirúrgicas, cirugía endoscópica, reconstrucciones e injertos de tejidos, trasplante de órganos, que unido a otras terapias radiantes, químicas, inmunológicas y las nuevas posibilidades terapéuticas derivadas de la biotecnología moderna han contribuido a que la calidad de la vida y la supervivencia de estos pacientes llegue a ser superior que en tiempos anteriores.

En las ciencias oncológicas se establecen dos clasificaciones en el tratamiento del cáncer: el tratamiento oncoespecífico y el tratamiento paliativo. El primero constituye uno de los momentos más importantes, para el paciente, su familia y el equipo de salud, ya que su selección adecuada dependerá de la evaluación integral que se halla realizado, incluyendo elementos importantes como el estadio. El tipo de medicamentos que se usan en este primer grupo son altamente tóxicos y agresivos para el paciente, por lo se debe explorar en profundidad las posibilidades terapéuticas de que se dispone para favorecer la adherencia terapéutica.

En el segundo grupo del tratamiento se encuentra los cuidados paliativos, en algunos casos el cáncer de la persona no puede curarse ni controlarse con tratamiento, o la persona no desea recibir tratamiento adicional. Sin embargo, esto no quiere decir que no hay nada más que se pueda hacer. El tratamiento paliativo, a veces llamado cuidados paliativos en etapa terminal, es una forma de cuidado que le ayuda a la persona tener la mejor calidad de vida posible a medida que su cáncer progresa. El objetivo del cuidado paliativo no es el no morir, en cambio, el objetivo es vivir cada día que queda de vida tan completo como sea posible (Puente, 1994).

Las metas principales del cuidado paliativo son las siguientes:

- Aliviar el dolor y demás síntomas.
- Mejorar el bienestar emocional, mental y espiritual.
- Brindar apoyo a los miembros de familia de la persona que padece el cáncer, durante la enfermedad y después de su muerte.

El cuidado paliativo involucra la participación en asociación entre la persona que tiene cáncer, su familia y amigos y los miembros del equipo de cuidado de salud. Este equipo puede incluir los servicios de un médico, enfermero, trabajador social, asesor psicológico y de un consejero espiritual. Los principales avances que ha mostrado la ciencia moderna en el tratamiento del cáncer ha sido en el tema del tratamiento oncoespecífico, pues se encuentran cada vez mayores avances en este sentido, ejemplo de ello son las terapias monoclonales, el descubrimiento de los marcadores tumorales, en los que se ha puesto en práctica lo más avanzado de la biología molecular y la biotecnología (Smith y col., 2001)

Analizando las principales estadísticas sobre el tema se constata que en América Latina y el Caribe se observa que estas han ido en ascenso, por lo que las instituciones de salud se han pronunciado por el establecimiento de políticas en la prevención de estas enfermedades no transmisibles que cada vez cobra un mayor número de vidas y que pueden ser prevenidas. En este sentido, se considera importante apuntar que en la actualidad muchos de estos tumores han alcanzado un considerable aumento. Ejemplo de ello lo constituye el cáncer de pulmón, asociado al aumento del consumo del tabaco, el cáncer de piel y la mayor exposición al sol y cambios de vestuarios, y por último el cáncer de mama que ha tenido un significativo aumento en la última década siendo una de las primeras causas de muerte en la mujer. Es por ello que teniendo en cuenta el objetivo de nuestro trabajo le dedicaremos un acápite a este tema.

### **1.3 El cáncer de mama en la mujer**

El cáncer como enfermedad es muy diverso pues se ha demostrado que se presentan en todos los órganos y sistemas de órganos de un ser humano. Incluso se debe apuntar que dentro de este podemos encontrar varias expresiones en función de la fase y grado del tumor. Sin embargo, la frecuencia de aparición de esta enfermedad es más común en uno que en otros órganos, ejemplo de ello es el cáncer de mama que se ha convertido en una de las primeras causas de muerte en las mujeres.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer. Aproximadamente el diez por ciento de estos cánceres son causados por mutaciones germinales que pueden ser transmitidas de padres a hijos, que son los llamados cánceres hereditarios. A la vista de

los conocimientos actuales resulta difícil enumerar las lesiones que pueden considerarse precursoras del cáncer mamario. Desde inicios del siglo XIX se conoce que la enfermedad mamaria benigna puede considerarse como una de estas.

La propia historia en los estudios sobre el cáncer mamario varía, siendo una enfermedad curable por cirugía como único tratamiento, hasta una enfermedad marcada por una progresión metastásica rápida e inexorable, refractaria al tratamiento. En nuestros tiempos, es aceptada la naturaleza heterogénea del carcinoma mamario humano, aún dentro de un mismo estadio clínico. Diversas han sido las teorías que han estudiado la génesis de esta patología tan común en nuestro medio, las que apuntan a la presencia de diversos elementos como promotores o factores de riesgo de la enfermedad, dentro de los que se ubican el cambio en las dietas, la edad, el status social y nivel socioeconómico, el inicio de la menarquía en edades tempranas, la nuliparidad y el factor hereditario con un papel muy importante en esta patología (Cortner, 1997).

Otro grupo importante de estos factores lo constituyen los hábitos tóxicos pues resulta evidente que el café, el refresco de cola y el chocolate son agentes usados con frecuencia, lo cual puede explicarse por el arraigo de determinados hábitos tóxicos. En su estudio Capote, (1992) le otorga gran importancia, tanto al fumador activo como a la inhalación pasiva del humo exhalado por un fumador, considerando igual el riesgo, se ha demostrado mediante estudios que ha realizado este mismo autor que la cifra de fumadores activos es alta en relación al por ciento de las mujeres que sufren afección mamaria. El uso de anticonceptivos orales es considerado también un riesgo para padecer de cáncer de mama (Nishimura, 2003).

Como se ha hecho referencia con anterioridad, en la aparición del cáncer de mama tiene un valor preponderante la herencia. Hoy se reconoce que del cinco al diez por ciento de los cánceres mamarios tienen como causa una susceptibilidad hereditaria, y que el mayor riesgo se presenta cuando los familiares de primera línea están afectados y se conoce además de la presencia de un gen autosómico dominante para este tipo de susceptibilidad y que es segregado en este tipo de familias. Se ha demostrado además que las mujeres con antecedentes de cáncer de mama tienen mayor riesgo de contraer enfermedad contralateral, un riesgo anual que puede ser tan alto como un 5%.

El cáncer de mama es una afección en la cual se forman células malignas en los tejidos de la mama. La mama está compuesta por lóbulos y conductos. Cada mama tiene de 15 a 20 secciones llamadas lóbulos, las cuales comprenden secciones más pequeñas denominadas lobulillos. Los lobulillos terminan en docenas de bulbos minúsculos que producen la leche materna. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados denominados conductos (Chaney y col., 2000).

Cada mama contiene también vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Los vasos linfáticos transportan la linfa. Los vasos linfáticos se comunican con los ganglios linfáticos, los cuales son estructuras que se encuentran en todo el cuerpo. Filtran sustancias en la linfa y ayudan a proteger contra infecciones y enfermedades. Grupos de ganglios linfáticos se encuentran cerca de la mama en la axila, sobre la clavícula y en el pecho.

En su inicio, los tumores mamarios no presentan sintomatología, tan solo cuando han alcanzado un tamaño importante, superior a 1 cm. aparecen una serie de signos y síntomas que orientan clínicamente al diagnóstico de la enfermedad. Es muy oportuno en este sentido que el diagnóstico de los tumores mamarios se realice en aquellas fases de su desarrollo en las que todavía no presentan sintomatología, y, por tanto, es más fácil controlar la enfermedad. Se plantea que en más del 70% de los casos es la propia paciente la que se descubre el tumor o se consulta con el médico por esta causa.

En coherencia con lo anteriormente expuesto, se considera necesario hacer referencia al espectro de síntomas clínicos que apuntan a la presencia de cáncer mamario (Offit, 1996):

**Tumor:** Suele tratarse de una tumoración dura, de consistencia pétreo y límites imprecisos. Cuando el tumor es descubierto por la propia mujer, lo que sucede en un alto porcentaje de casos, el hallazgo es casual y fortuito. A veces, la paciente suele describir el tumor como algo “distinto” y diferenciado claramente del resto del parénquima mamario. Dada la dureza del nódulo y el edema peritumoral que existe, es a veces posible encontrar, a la palpación, tumores de pequeño tamaño, especialmente en mamas

grasas o seniles. En mamas pequeñas y displásicas, es posible observar nódulos glandulares muy definidos con respecto al resto de glándula, que han crecido en poco tiempo y que, en su interior, puede existir una pequeña neoplasia. Algunas neoplasias en estadios avanzados invaden la piel, necrosándola, y se exteriorizan en forma de tumor ulcerado.

**Dolor:** No es un síntoma común ni característico del cáncer de mama, a excepción de los carcinomas inflamatorios. Cuando aparece, suele ir asociado al tumor y se localiza en la zona peritumoral, manifestándose en forma de punzadas y sensación urente. En mujeres postmenopáusicas, en las que la mama no se encuentra sometida a cambios hormonales, se presenta dolor mamario localizado y persistente, lo que obliga a descartar una neoplasia oculta. Mujeres jóvenes con displasias severas pueden presentar mamas dolorosas y, de forma paralela, evidenciarse la existencia de una neoplasia. En este caso, el dolor no es un signo patognomónico; tan solo acompaña al proceso.

**Cambios cutáneos:** Los tumores mamarios, incluso los de pequeño tamaño, pueden originar alteraciones cutáneas, que pueden orientar de forma precoz en la exploración clínica, hacia un proceso neofornativo. Entre ellos, destacamos:

1. Aumento unilateral de una mama cuando el desarrollo del seno ha terminado y no se ha producido traumatismo alguno, ingesta de fármacos u otro tipo de condicionantes. Aunque es más frecuente verlo asociado a tumores benignos, por desplazamiento del tejido glandular, no es raro observarlo en procesos neofornativos, especialmente en mamas displásicas, o en neoplasias situadas en la parte posterior del seno.
2. Los carcinomas de tipo escirro producen, por infiltración, retracciones importantes en la mama afectada, apreciándose claramente una asimetría mamaria que se acentúa progresivamente.
3. Aumento de la red vascular de forma unilateral, no visible hasta ese momento, y en ausencia de signos cutáneos de tipo infeccioso o inflamatorio que pudieran motivarla.

4. Este aumento de la red vascular se cree debido a una neoformación de vasos por parte del tumor o a mayor demanda de sangre debido al crecimiento rápido del tumor.
5. Signos inflamatorios localizados o generalizados en toda la mama, siempre que previamente se haya descartado la presencia de una mastitis aguda o crónica. Los procesos inflamatorios localizados suelen deberse a tumores de crecimiento rápido y no suelen abarcar más de un cuadrante del seno. Los generalizados forman parte del cuadro de la mastitis carcinomatosa, con presencia de edema cutáneo y piel de naranja, y toda la mama presenta un color rojo vinoso.
6. Retracción cutánea, signo patognomónico de los tumores malignos, por infiltración tumoral de los pequeños vasos linfáticos. Su aparición no guarda relación con el tamaño del tumor, ni con su localización. A veces es la primera manifestación de la neoplasia.

#### **Alteraciones del pezón:**

1. Retracción del pezón. Los tumores situados en la zona retroaerolar infiltran el espacio periductal, provocando la retracción del pezón. Por contraposición los procesos inflamatorios de la zona suelen originar umbilicación del mismo.
2. Secreción hemática por el pezón (telorragia). La secreción hemática uniorificial se debe a procesos tumorales de los conductos galactóforos. En un 95% corresponden a tumores benignos (papilomas), y tan solo en un pequeño porcentaje se deben a neoplasias de tipo papilar. Es más frecuente observarla en mujeres en la edad media de la vida, por lo que se hace necesario descartar siempre un proceso canceroso. La secreción acuosa, transparente, por un solo conducto galactóforo, se ha relacionado con la existencia de carcinomas lobulillares.
3. La existencia de úlceras, eccema crónico, o cambios del color en el pezón y areola y que no varían tras tratamiento farmacológico, plantea la necesidad de efectuar una biopsia para descartar la enfermedad de Paget.

#### **Adenopatías:**

1. Adenopatías axilares. A la palpación es habitual el hallazgo de adenopatías axilares de pequeño tamaño, dura o empastada, sugiere patología infecciosa o tumoral

mamaria o extramamaria, que debe ser valorada y tratada. A veces, la primera manifestación de un carcinoma mamario es una adenopatía axilar, sin evidenciarse un tumor mamario (tumor in situ), o ser éste de muy pequeño tamaño.

2. Adenopatías supraclaviculares. Su presencia indica siempre un proceso tumoral, ya sea mamario, digestivo, hemático, o pulmonar.

Un momento importante en el diagnóstico del cáncer mamario lo constituye la identificación de los síntomas, los cuales establecerán las pautas diagnósticas a seguir en cada caso en particular, favoreciendo su clasificación para un posterior tratamiento personalizado de la patología.

### **1.3.1 Diagnóstico y Clasificación del cáncer mamario**

El rápido avance en los métodos de detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mamarias en el último cuarto de este siglo y en lo que se refiere a la enfermedad premaligna y maligna mamaria, unido a los cambios en la mamografía, la realización de rigurosos estudios epidemiológicos con criterios histológicos, el empleo de nuevas técnicas de biopsia y las posibilidades de un tratamiento selectivo, han contribuido a la definición de lesiones situadas en un espectro entre las claramente malignas y aquellas que no indican un incremento del riesgo de cáncer invasivo (Lehman y col., 2007).

Dentro de los métodos diagnósticos de los tumores mamarios se utilizan las pruebas o procedimientos siguientes:

- Mamografía
- Biopsia

#### **A continuación se describen cuatro tipos de biopsia:**

- Biopsia por exéresis: La remoción de todo un tumor o lesión.
- Biopsia por incisión: La remoción de parte del tumor o la lesión.
- Biopsia central: Remoción de una muestra de tejido con una aguja ancha.
- Biopsia por punción o aspiración con aguja fina: La remoción de una muestra de tejido o líquido con una aguja muy fina (BAAF).

Otros tipos de análisis son los que se le realizan a los receptores estrogénicos y de progesterona, ya que si se encuentra cáncer, estos exámenes pueden determinar si las hormonas de estrógeno y progesterona afectan el crecimiento del cáncer. Estos exámenes pueden también brindar información sobre las posibilidades de reaparición del cáncer. Otro momento importante es el autoexamen de mama.

La introducción de programas de "screening" del cáncer mamario ha incrementado la importancia del diagnóstico preoperatorio en la investigación de las lesiones mamarias, con la punción aspiración con aguja fina como principal herramienta. Un paso más se ha dado en la biopsia con aguja (*needle core biopsy, NCB*) que se ha convertido en el procedimiento de elección para investigar lesiones sospechosas mamográficamente, y que resulta preciso en el diagnóstico de lesiones benignas y de carcinoma infiltrante, que puede obviar otros procedimientos diagnósticos adicionales, siendo cada vez más útil con la mejora de los procesos técnicos y a medida que aumenta el conocimiento de la patología mamaria.

Una vez que se ha establecido la presencia de los síntomas que indican la presencia del tumor, se procede a la indicación de exámenes médicos que confirmen o no la impresión diagnóstica, lo que conduce a la asignación por parte del médico a una clasificación clínica. En los posteriores procesos clasificatorios juega un papel importante la presencia de un equipo multidisciplinario conformado por patólogos, cirujanos y oncólogos que son los que elaboran las conclusiones diagnósticas para luego informarle a la paciente sobre el estado de su salud (Rosen y col., 1993).

En 1985, el Colegio de Patólogos de los Estados Unidos de América realizó una conferencia de consenso, patrocinada por la *American Cancer Society*, para unificar la terminología diagnóstica y determinar el significado clínico de los cambios histológicos agrupados bajo el término de enfermedad fibroquística. En una publicación resultante de esa reunión se agruparon las diferentes lesiones de acuerdo al riesgo relativo que implicaban para un subsiguiente cáncer infiltrante.

En el año 1998, como resultado del aumento de casos de tumores mamarios que se habían estudiado, se procedió a una revisión de la categorización de las lesiones formuladas en el consenso inicial de 1985, con la incorporación de datos provenientes de nueva información epidemiológica. A continuación se brinda esta nueva clasificación que en la actualidad presenta vigencia para su análisis, la misma ha sido realizada teniendo en cuenta el riesgo de carcinoma invasivo en comparación con aquellas mujeres supuestamente sanas que no han sido sometidas a biopsia (Fitzgibbons, 2006):

### **RIESGO RELATIVO PARA CARCINOMA MAMARIO INVASIVO BASADO SOBRE EL ESTUDIO HISTOLÓGICO DE TEJIDO MAMARIO BENIGNO**

-

#### **SIN AUMENTO DE RIESGO**

- ADENOSIS (distinta de la adenosis esclerosante)
- ECTASIA DUCTAL
- FIBROADENOMA SIN HECHOS COMPLEJOS
- FIBROSIS
- MASTITIS
- HIPERPLASIA LIGERA SIN ATIPIA
- QUISTES
- METAPLASIA APOCRINA SIMPLE (sin hiperplasia o adenosis)
- METAPLASIA ESCAMOSA

#### **RIESGO LIGERAMENTE AUMENTADO PARA CARCINOMA INFILTRANTE**

- FIBROADENOMA CON HECHOS COMPLEJOS
- HIPERPLASIA MODERADA O INTENSA SIN ATIPIA
- ADENOSIS ESCLEROSANTE
- PAPILOMA SOLITARIO SIN HIPERPLASIA ATÍPICA ASOCIADA

#### **RIESGO MEDIANAMENTE AUMENTADO PARA CARCINOMA INFILTRANTE**

- HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA
- HIPERPLASIA LOBULILLAR ATÍPICA

## **MARCADO AUMENTO DEL RIESGO PARA CARCINOMA INFILTRANTE**

- CARCINOMA DUCTAL IN SITU
- CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU

Muchas de las patologías referenciadas constituyen un factor de riesgo importante en la aparición del carcinoma invasivo mamario, de estas se ubican en la clasificación TNM el Carcinoma Ductal in situ y el Carcinoma Lobular in situ las cuales son muy frecuentes en los servicios de oncología y que de manera general pueden ser resueltas con cirugía sin daños colaterales al paciente aumentando su calidad de vida y supervivencia.

En cuanto a la clasificación histológica de la enfermedad, el American Joint Committee on Cancer (2002) plantea la presencia de varias patologías en este grupo. En este sentido se debe apuntar que el cáncer ductal infiltrante o invasor es el tipo histológico más frecuente de cáncer de mama que se presenta y abarca entre 70% y 80% de todos los casos.

### **Carcinoma NOS (sin otra especificación, por sus siglas en inglés).**

#### **Ductal**

- ✓ Intraductal (*in situ*).
- ✓ Invasor con componente intraductal predominante.
- ✓ Invasor, NOS.
- ✓ Comedón.
- ✓ Inflamatorio.
- ✓ Medular con infiltración linfocítica.
- ✓ Mucinoso (coloide).
- ✓ Papilar.
- ✓ Escirroso.
- ✓ Tubular.
- ✓ Otro.

## **Lobular**

- ✓ *In situ*.
- ✓ Invasor con componente predominante *in situ*.
- ✓ Invasor.

## **Pezón**

- ✓ Enfermedad de Paget, NOS.
- ✓ Enfermedad de Paget con carcinoma intraductal.
- ✓ Enfermedad de Paget con carcinoma ductal invasor.

## **Otro**

- ✓ Carcinoma no diferenciado.

Los siguientes son subtipos de tumores que se presentan en la mama, pero que no se consideran cánceres típicos de mama:

- ✓ Cistosarcoma filoide.
- ✓ Angiosarcoma.

En cuanto a la estadificación de la enfermedad se han establecido cuatro estadios, a los que se corresponden sub-estadios cada uno con sus especificaciones histológicas y grado de invasividad, las mismas indican hasta dónde se ha propagado el tumor dentro de la mama, a tejidos cercanos y a otros órganos. La etapa del cáncer es uno de los factores más importantes en la selección de las opciones de tratamiento y el más significativo en la predicción del pronóstico. A continuación se expone una de las más actualizadas (Heron y col., 2000):

**Estadio 0 (carcinoma in situ):** Con los nuevos métodos de detección el cáncer mamario se diagnostica más precozmente y a menudo en una fase preinvasiva y por lo tanto sin capacidad de diseminación sistémica. Ambos tipos de carcinoma no invasivo, carcinoma ductal y carcinoma lobulillar in situ, son enfermedades muy diferentes con distintos planteamientos terapéuticos.

### **Tipos de carcinoma de mama in situ:**

**Carcinoma Ductal in situ (CDIS):** Recientemente, estos tumores se clasificaban en base a patrones arquitecturales (comedo, cribiforme, papilar, sólido y micropapilar) y presencia o ausencia de necrosis, pero con el mejor conocimiento de esta enfermedad se ha observado la gran heterogeneidad arquitectural existente, el alto componente subjetivo en su valoración y sobre todo el predominio de las formas mixtas, además de la escasa significación clínica de las diferentes formas, ya que cualquier subtipo arquitectural puede presentar cualquier grado nuclear, con necrosis o sin ella y es que los rasgos citonucleares, y también la necrosis, son de considerable importancia en el CDIS. Es además una afección precancerosa no invasora en la que se encuentran células anormales en el revestimiento del conducto de la mama. Las células anómalas no se han diseminado fuera de este conducto hasta otros tejidos de la mama. Algunas veces, el CDIS se puede volver cáncer invasor y diseminarse hasta otros tejidos, aunque por el momento no se sabe cómo predecir cuáles lesiones se volverán invasoras.

**Carcinoma Lobular in situ (CLIS):** Es una afección en la que se encuentran células anormales en los lóbulos de la mama. Muy raras veces esta afección se vuelve cáncer invasor; sin embargo, el padecer de carcinoma lobular in situ en una mama aumenta el riesgo de padecer de cáncer de mama en cualquier de las mamas. El CLIS o neoplasia lobulillar tiene el mismo lugar de origen que la mayoría de los CDIS, la unidad terminal dúctulo-lobulillar (*UTDL*), pero en él la diferenciación neoplásica se produce hacia estructuras acinares más que ductales. La diferencia básica de ambas enfermedades se refiere a su consideración biológica: el CDIS es una lesión preinvasiva, que si desarrolla un carcinoma infiltrante tiende a producirse en su vecindad. Por el contrario el CLIS más que una lesión preinvasiva, se considera una lesión de riesgo para carcinoma infiltrante, que de producirse va a asentar en cualquier lugar tanto de la mama ipsilateral como de la contralateral. El CLIS es una neoplasia detectada incidentalmente por lo que su frecuencia es difícil de estimar. Enfermedad generalmente bilateral y muchas veces multicéntrica, no presenta rasgos mamográficos distintivos y tampoco es susceptible de diagnóstico citológico cierto mediante punción-aspiración (European Commission Working Group on Breast Screening Pathology, 1998).

**Estadio I:**

- En el estadio I, el tumor mide dos centímetros o menos y no se ha diseminado fuera de la mama.

**Estadio IIA:**

- No hay presencia de tumor en la mama, pero el cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos debajo el brazo).
- El tumor mide más dos centímetros o menos y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.
- El tumor mide más de dos centímetros pero no más de cinco centímetros y no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

**Estadio IIB:**

- Mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.
- Mide más de cinco centímetros, pero no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.

**Estadio IIIA:**

- No se encuentra un tumor en la mama, pero el cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras.
- El tumor mide cinco centímetros o menos y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras.
- El tumor mide más de cinco centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que pueden estar unidos entre sí o a otras estructuras.

**Estadio IIIB:** El cáncer puede tener cualquier tamaño y se presentan las siguientes situaciones:

- Se ha diseminado hasta los tejidos cerca de la mama (la piel o la pared del pecho, incluso las costillas y los músculos pectorales).
- Se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos dentro de la mama o debajo de los brazos.

**Estadio IIIC:**

- Se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos debajo de la clavícula y cerca del cuello.
- Puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos dentro de la mama o de abajo de los brazos y hasta los tejidos cercanos a la mama.

**En el estadio IIIC operable:**

- Se encuentra en 10 o más ganglios linfáticos debajo del brazo.
- Se encuentra en los ganglios linfáticos debajo de la clavícula y cerca del cuello del mismo lado del cuerpo en que se encuentra la mama con cáncer.
- Se encuentra en ganglios linfáticos dentro de la mama misma y en los ganglios linfáticos de abajo del brazo.

En el estadio IIIC no operable del cáncer de seno (mama) se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos más arriba de la clavícula y cerca del cuello del mismo lado del cuerpo en el que se encuentra el tumor.

**Estadio IV:** El cáncer se ha diseminado hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

Es importante apuntar que desde el punto de vista patológico, el cáncer de mama puede ser una enfermedad multicéntrica y bilateral. La enfermedad bilateral, resulta más común en las pacientes con carcinoma lobular infiltrante. Las pacientes de cáncer de mama deberán someterse a una mamografía bilateral en el momento del diagnóstico para descartar la posibilidad de una enfermedad sincrónica. En el caso de las pacientes tratadas con cirugía conservadora de la mama deberán seguir sometiéndose a exámenes regulares de la mama y mamografías para detectar la recurrencia en la mama ipsilateral o un segundo cáncer primario en la mama contralateral. El riesgo anual de contraer un cáncer primario en la mama contralateral es de aproximadamente 1%. Si la paciente es menor de 55 años en el momento del diagnóstico o la histología del tumor es lobular, este

riesgo parece aumentar a 1,5% La presentación de un cáncer en la mama contralateral está relacionada con un mayor riesgo de recurrencia a distancia (Heron, 2000).

Un momento importante lo constituye la clasificación que se brinda sobre la velocidad de crecimiento del tumor, así como la clasificación TNM, que fue descrita con anterioridad, ambas constituyen un paso importante para el tratamiento que se empleará con el paciente. En función de la velocidad de crecimiento, los tumores mamarios se clasifican clínicamente según el concepto del PEV (“pooussé evolutive”), estableciendo por el Instituto Gustav Roussy de París, (Broët, 1995).

- PEV 0: Tumores que crecen muy lentamente.
- PEV 1: Tumores con crecimiento rápido, percibido por la propia paciente o por el médico en dos controles sucesivos.
- PEV 2: Tumores de crecimiento rápido con signo inflamatorio localizados en un solo cuadrante de la mama.
- PEV 3: Cáncer inflamatorio o mastitis carcinomatosa. Los signos inflamatorios abarcan toda la mama.

Clasificación TNM de los tumores mamarios (*Statement of the American Society of Clinical Oncology*, 1996).

### **TUMOR (T):**

- TX: No existen datos sobre tumor primario.
- Tis: Carcinoma in situ. Carcinoma intraductal o lobular in situ, enfermedad de Paget sin tumor objetivable.
- T0: Tumor no palpable.
- T1: Tumor hasta 2 cm. en su máxima extensión, aunque invada el pectoral mayor.
- T2: Tumor entre 2-5 cm. en su máxima extensión, aunque invada el pectoral mayor.
- T3: Tumor de más de 5 cm. en su máxima dimensión, aunque invada el pectoral mayor.

- T4: Tumor de cualquier tamaño, con fijación a la pared costal o piel. (La pared costal incluye: costillas, músculos intercostales y músculo serrato anterior, pero no el músculo pectoral).
- T4a: Extensión a pared torácica.
- T4b: Edema cutáneo (incluyendo piel de naranja), úlceras cutáneas o nódulos satélites en la propia mama.
- T4c: Ambas posibilidades.
- T4d: Carcinoma inflamatorio de la mama.

### **ADENOPATÍAS (N):**

- N0: Adenopatías axilares no metastásicas.
- N1: Adenopatías axilares ipsilaterales metastásicas.
- N2: Adenopatías axilares ipsilaterales metastásicas con fijación a la grasa axilar u otras estructuras de la zona.
- N3: Metástasis en adenopatías de la cadena mamaria interna ipsilateral.

### **METASTASIS**

- M0: Ausencia de metástasis.
- M1: Metástasis a distancia más allá de la propia mama y de los ganglios de la axila y cadena mamaria interna.

#### **1.3.2 Estrategias terapéuticas a seguir en los tumores mamarios**

Una vez que se ha logrado determinar un diagnóstico certero e integral de la paciente, se procede al establecimiento de la estrategia terapéutica a seguir en cada caso en particular. Ahora bien, de manera general uno de los procedimientos más comunes es la cirugía que en cada tipo de esta patología toma sus peculiaridades en términos procedimentales, que en los casos que resulta necesario se complementa con otros tipos de terapias, las cuales pueden ser químicas, radiantes e ionizantes. En la actualidad existen diferentes tipos de tratamientos para todas las pacientes con cáncer de mama. Algunos se consideran estándar y otros se encuentran en evaluación en estudios clínicos. Se utilizan cuatro tipos de tratamiento estándar (Chaney, 2000):

## **Cirugía**

La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía a fin de extirpar el cáncer de la mama. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo y se examinan bajo un microscopio para determinar si estos contienen células cancerosas.

Cirugía conservadora de la mama, una operación para extirpar el cáncer pero no la mama misma e incluye:

- **Mastectomía:** Remoción del tumor y una pequeña cantidad de tejido normal circundante. Después de la mastectomía generalmente se aplica radioterapia a la mama. La mayoría de los médicos extirpan algunos de los nódulos linfáticos bajo el brazo.
- **Mastectomía parcial o segmentaria:** Remoción del cáncer, parte del tejido mamario en torno al tumor y el recubrimiento de los músculos pectorales por debajo del tumor. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo. En la mayoría de los casos, se realiza una mastectomía seguida por radioterapia.

Otros tipos de cirugía incluyen los siguientes:

- **Mastectomía total o simple:** Remoción de toda la mama. En algunas ocasiones también se extirpan los ganglios linfáticos bajo el brazo.
- **Mastectomía radical modificada:** Remoción de la mama, muchos de los ganglios linfáticos bajo el brazo, el recubrimiento de los músculos pectorales y, en algunas instancias, parte de los músculos de la pared pectoral.
- **Mastectomía radical (denominada en algunas ocasiones mastectomía radical de Halsted):** Remoción de la mama, los músculos pectorales y todos los ganglios linfáticos bajo el brazo. Esta cirugía se utiliza solo cuando el tumor ha afectado los músculos pectorales.

Si el médico extirpa todo el cáncer visible al momento de la cirugía, el paciente tal vez sea sometido a radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal después de la cirugía a fin de eliminar toda célula cancerosa que pueda quedar aún. El tratamiento administrado después de la cirugía para incrementar las posibilidades de curación se denomina terapia coadyuvante.

Se considera necesario además hacer un análisis de las distintas opciones quirúrgicas según el estadio y el tipo de tumor que se presenta.

### **OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL CARCINOMA INTRADUCTAL DE MAMA:**

El tratamiento del carcinoma ductal in situ (CDIS) puede incluir lo siguiente:

- Cirugía conservadora de mama con o sin radioterapia o terapia hormonal.
- Mastectomía total (cirugía para extirpar la mama en su totalidad), con o sin terapia hormonal.

### **OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL CARCINOMA LOBULAR IN SITU DE MAMA:**

El tratamiento del carcinoma lobular in situ (CLIS) puede incluir lo siguiente:

- Biopsia para diagnosticar el CLIS por medio de exámenes regulares y mamografías regulares a fin de detectar cambios tan pronto como fuera posible. Esto se denomina observación.
- Tamoxifeno para reducir el riesgo de padecer cáncer de mama.
- Mastectomía total profiláctica bilateral (cirugía para extirpar las dos mamas completamente antes de que la enfermedad se desarrolle). Esta opción de tratamiento se utiliza en algunas instancias en mujeres que tienen un alto riesgo de padecer cáncer de mama. La mayoría de los cirujanos opina que en estos casos este es un tratamiento más agresivo que el que se necesita.

### **OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL CANCER DE MAMA EN LOS ETAPAS I, II Y IIIA**

El tratamiento de las etapas I, II y IIIA del cáncer de mama confinado a la mama y a los ganglios linfáticos bajo el brazo puede incluir lo siguiente:

- Cirugía conservadora de la mama para extirpar solo el cáncer y parte del tejido circundante a la mama, seguida por radioterapia. También se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo.
- Mastectomía radical modificada (cirugía mediante la cual se extirpa toda la mama y el recubrimiento de los músculos pectorales así como algunos ganglios linfáticos bajo el brazo), con o sin cirugía para la reconstrucción mamaria.
- Un estudio clínico que evalúa la biopsia de ganglios linfáticos centinela (remoción del primer ganglio linfático o los primeros ganglios linfáticos a los cuales probablemente se disemine el cáncer a partir del tumor) seguida por cirugía.

**La terapia coadyuvante puede incluir:**

- Radioterapia a los ganglios linfáticos cerca de la mama y la pared torácica después de mastectomía radical modificada.
- Quimioterapia sistémica, con o sin terapia hormonal.
- Terapia hormonal

**Radioterapia**

La radioterapia es el uso de rayos X u otros tipos de radiación para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radioterapia puede utilizar radiación externa (con el uso de una máquina fuera del cuerpo) o radiación interna. La radiación interna implica la colocación de isótopos radiactivos (materiales que producen radiación) por medio de tubos plásticos delgados en el área en el que se detectan células cancerosas. La radiación puede utilizarse después de la cirugía además de la quimioterapia y la terapia hormonal. El cáncer de mama se trata con radiación externa.

**Quimioterapia**

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Estos pueden tomarse en forma oral o pueden administrarse en el cuerpo con una aguja en una vena o músculo. Se dice que la quimioterapia es un tratamiento sistémico ya que

el medicamento se introduce al torrente sanguíneo, se transporta a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas en todo el cuerpo.

### **Terapia hormonal**

Las hormonas son sustancias químicas producidas por las glándulas del cuerpo y que circulan por el torrente sanguíneo. El estrógeno y la progesterona son hormonas que afectan la manera en que crece el cáncer. Si las pruebas revelan que las células cancerosas tienen receptores de estrógeno y progesterona (moléculas que se encuentran en algunas células cancerosas a las cuales se adherirán el estrógeno y la progesterona), la terapia hormonal se utiliza para bloquear la manera en que esas hormonas contribuyen al crecimiento del cáncer. Esto puede realizarse mediante la utilización de medicamentos que bloquean la manera en que funcionan las hormonas o mediante la extirpación quirúrgica de órganos que producen hormonas, como los ovarios.

La terapia hormonal con Tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con etapas tempranas de cáncer de mama y pacientes con cáncer metastático de mama (cáncer que se ha esparcido a otras partes del cuerpo). La terapia puede actuar sobre las células de todo el cuerpo y aumentar la posibilidad de padecer cáncer del endometrio. Las mujeres que reciben este tratamiento deben someterse a un examen pélvico todos los años para controlar la aparición de signos de cáncer.

Se están examinando otros tipos de tratamiento en estudios clínicos a continuación se muestran los siguientes:

- **Biopsia de ganglios linfáticos centinela.** La biopsia de ganglio linfático centinela es un procedimiento por el cual el médico inyecta una sustancia radioactiva y/o un tinte azul cerca del tumor. La sustancia o el tinte fluye a través de los conductos linfáticos hacia el nódulo o los nódulos centinela (el primer ganglio linfático o los primeros ganglios linfáticos donde posiblemente se hayan diseminado las células cancerosas). El cirujano extirpa solo ganglios con la sustancia radioactiva o el tinte. Un patólogo luego examina los ganglios linfáticos centinela para controlar la existencia de células cancerosas. Si no se detectan

células cancerosas, tal vez no sea necesario extirpar otros ganglios. Después de la biopsia de ganglios linfáticos centinela, el cirujano extirpa el tumor (cirugía conservadora de la mama o mastectomía).

- Alta dosis de quimioterapia con trasplante de médula ósea y trasplante de glóbulos primarios periféricos. La quimioterapia puede reducir la capacidad de la médula ósea para producir glóbulos. Se han evaluado el trasplante de médula ósea y el trasplante de glóbulos primarios periféricos como maneras para ayudar a la sangre a recuperarse de modo tal que puedan administrarse dosis de quimioterapia más elevadas que las normales.

#### **1.4 Una mirada desde la Psicología al cáncer de mama.**

Unido a lo traumático que pueden resultar estos tratamientos para la mujer, desde el punto de vista físico, también trae aparejado grandes cambios en el orden psicológico los cuales pueden estar determinados por un sinnúmero de elementos. Dentro de ellos podemos apuntar el género, ya que en este caso las mujeres son las más afectadas con este tipo de patología, las redes de apoyo social con que se cuenta, relaciones familiares, interpersonales, el estado civil, en fin variables sociodemográficas, que unido a los estilos de afrontamiento, la tolerancia a las frustraciones, la autoestima, concepción del mundo, intereses, motivaciones, autovaloración, y de manera general el funcionamiento personalógico, indudablemente influyen en las reacciones emocionales de la paciente con respecto a su enfermedad, y las posteriores particularidades psicológicas en las mujeres que sufren cáncer de mama.

La experiencia por la que se pasa al sufrir cáncer de mama no depende solo del pronóstico médico y del alcance del tratamiento, sino que se basa en gran parte en las conceptualizaciones previas de la enfermedad que tenga la mujer en su estado psicológico. Además, un elemento profundamente arraigado en nuestra cultura, es el concepto de responsabilidad personal frente a la enfermedad, de forma que un estado de salud negativo se achaca a motivos personales y a la flaqueza de carácter. Se atribuye el cáncer de mama a las emociones reprimidas, la depresión, el aporte nutricional deficiente,

y el excesivo consumo de cafeína. Estas creencias son frecuentes, erróneas y tienden a provocar sentimientos de culpabilidad (Haber, 2000).

El impacto psicológico general provocado por el cáncer de mama y el tratamiento se debe a:

- Presencia de estados emocionales tales como: depresión, ansiedad, hostilidad, agresividad, frustración, miedo.
- Cambios en los estilos de vida motivados por trastornos psicológicos, malestares o conflictos conyugales y sexuales, así como disimulación del ritmo de actividad.
- Disminución de la autoestima, cambios en la autovaloración.

Los estudios que con más frecuencia se han realizado con respecto al cáncer de mama y las particularidades psicológicas de las pacientes con este tipo de patología han demostrado la presencia de cambios significativos en configuraciones de importante valor para el funcionamiento de la personalidad (Ganz, 2004; Pandey, 2006; Uzun, 2004). Se plantea que esta enfermedad afecta la imagen corporal, el autoconcepto, la autoestima, la autovaloración como categoría psicológica dentro de la calidad de vida percibida, y la autovaloración propiamente como configuración psicológica. Lo anterior demuestra la necesidad de brindar especial atención a los factores emocionales al abordar el estado de salud en general de cualquier paciente y en especial con el cáncer de mama, pues la ciencia ha demostrado la posible implicación de estos factores en la etiología y evolución de esta enfermedad tan común en nuestros tiempos.

#### **1.4.1 La autovaloración como configuración de la personalidad**

La autovaloración constituye un componente activo de la estructura dinámica de la personalidad dependiendo de la misma, el carácter de las interrelaciones sociales que establece el sujeto, la efectividad en la actividad y el desarrollo de la personalidad, es además un importante regulador del comportamiento y de las emociones del individuo y es un factor significativo para el desarrollo y formación armónica de la personalidad (González, F., 1994; González, L., 2001).

El desarrollo de la autovaloración como formación motivacional compleja ocurre mediante un proceso de subjetivación activa de la valoración social a través de los diversos espacios de interacción en los cuales se inserta el sujeto, tales como la valoración de los padres, familiares, maestros, coetáneos y en la percepción que se alcanza de los resultados de su propia actividad así como a través de la comunicación interpersonal en un complejo proceso de comparación entre lo que se es, lo que no se es, lo que se desea ser, y lo que se espera que se sea (Toledo y col., 1996).

Diversos autores han abordado el tema de la autovaloración otorgándole diferentes denominaciones, tales como “imágenes de sí mismo”, “conciencia de sí”, “Yo”, etc. H. Wallon, le otorga un papel importante a la conciencia de sí o yo, en el comportamiento del sujeto, que tiene como centro el papel de los otros en la formación del yo, en la toma de conciencia de la propia individualidad. Esta toma de conciencia de sí mismo, forma parte de la personalidad, reflejando la realidad de sí, logrando ejercer la regulación del comportamiento, lo que pone de manifiesto las necesidades de la personalidad, jerarquía de motivos, manteniendo el equilibrio en la interacción sujeto-medio. Desde esta perspectiva el individuo mediante la conciencia de sí, trata de reducir los conflictos y controlar las aspiraciones logrando un ajuste a la realidad.

Por su parte, Savonko (1981), citado en Pereira y N'guyen (2002), define la autovaloración como un componente indispensable de la autoconciencia, es decir, de la conciencia que el hombre tiene de sí mismo, de las fuerzas y capacidades mentales propias, de las acciones motivos y objetivos de su comportamiento, de su actitud ante lo que lo rodea, hacia las personas y hacia sí mismos.

Las dos concepciones mostradas con anterioridad aunque logran aportar ideas importantes con respecto a la autovaloración, se centran en este como un fenómeno propiamente de la conciencia, de ese “yo” o la imagen de “sí”, este es un fenómeno mucho más complejo en el que juegan un papel importante el grado en que se forman las relaciones entre las aspiraciones, las exigencias que el medio le impone al sujeto, las que él mismo se establezca, sus posibilidades reales, y el éxito alcanzado en la actividad. Se plantea que la autovaloración es el nivel superior de la autoconciencia.

En este sentido, una de las concepciones más avanzadas en el estudio de la personalidad le corresponde a Fernando González quien define esta formación como "... subsistema de la personalidad que incluye un conjunto de necesidades y motivos, junto con sus diversas formas de manifestación consciente", expresándose en "... un concepto preciso y generalizado del sujeto sobre sí mismo que integra un conjunto de cualidades, capacidades, intereses, etc., que participan activamente en la gratificación de los motivos integrantes de las tendencias orientadoras de la personalidad, o sea, que están comprometidos en la realización de las aspiraciones más significativas de la persona" (González, F., 1983, p. 32).

Este mismo autor plantea que posee un carácter sistémico al integrar los elementos que la conforman, así como la presencia de aspectos cognoscitivos como el razonamiento y la reflexión, consideradas expresiones del pensamiento orientados por las principales necesidades que forman estas estructuras. Dichos procesos están incluidos en el aspecto funcional de la autovaloración en tanto son portadores de la carga emocional de las necesidades y motivos representados en ella y se expresan en las vivencias que los razonamientos sobre sí mismo provocan y del conocimiento acumulado en torno a éstas (González, F., 1983).

Mas adelante Lourdes Fernández (2002), establece una síntesis del concepto expuesto anteriormente, y expresa: "... La autovaloración es una configuración de la personalidad que integra de modo articulado un concepto de si mismo (cualidades, capacidades, intereses, motivos), preciso, generalizado, con relativa estabilidad, dinamismo y comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de la vida. Constituye la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia. La autovaloración supone la presencia de reflexiones, valoraciones, vivencias sobre si mismo, sobre los contenidos esenciales de la propia personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes en las cuales el sujeto se implica afectivamente. Se trata de un proceso vivo, dinámico, organizado de reflexiones desde un compromiso altamente emocional en torno a un conjunto de marcos estables de referencia".

En este sentido el estudio de la autovaloración supone el análisis de importantes configuraciones psicológicas tales como: autoconciencia, identidad, autoconocimiento, autoestima, entre otras. Se plantea que la autoconciencia le permite al sujeto delimitarse a sí mismo, como diferente, así como darse cuenta de la existencia de una subjetividad propia, existente, independiente de la realidad que le rodea, como única diferente, e irrepetible. Es posible establecer una diferenciación entre la autoconciencia corporal la cual supone la imagen del propio cuerpo como punto de referencia y a su vez permite al individuo darse cuenta de su existencia independiente e irrepetible.

A la par de la autoconciencia corporal y de sí mismo como individualidad se va gestando otro proceso de considerable valor para la formación de personalidad, este es la identidad personal, la misma nos remite a la idea de la autodiferenciación a la que se hizo referencia anteriormente. La misma se define como la idea y el sentimiento de la existencia propia, la percepción de uno mismo como único, diferente, es el proceso de individuación que se gesta desde edades tempranas, de delimitación individual, de identificación con una realidad corporal y subjetiva que es única y que es propia. El desarrollo de esta identidad personal va complejizándose en la medida en que va incorporando nuevos elementos que la enriquecen y profundizan (González, F., 1992).

Aparejado a este proceso surge el sentimiento íntimo de pertenencia a uno u otro género en función de la socialización que haya recibido el individuo. En la medida en que el sujeto va avanzando en la adquisición de conciencia de su propia existencia y se identifica con un modo de ser y existir individual, va logrando un mayor conocimiento de sí mismo. El sujeto comienza a conocerse cómo es corporalmente, explorando su cuerpo, logrando un conocimiento de cuáles son las partes y formas del mismo y en esta misma medida en que va logrando este conocimiento corporal, también va conociendo su subjetividad, logrando un conocimiento de sí en términos psicológicos, qué le gusta, le motiva, cuáles son sus principales características.

En coherencia con lo anterior se debe apuntar que la autoestima constituye la dimensión afectiva global de todo este proceso de autorreferencia, reflejando cuánto se ama, se

respeto, se acepta, y se estima el individuo siendo la misma fuente de dignidad y de orgullo personal. La autovaloración por tanto, trasciende a este concepto, ya que supone la presencia de reflexiones, valoraciones, vivencias sobre sí mismo, sobre los contenidos esenciales de la personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes en las cuales el sujeto se vincula afectivamente. La fuerza de los motivos que están en su base y la mediatización reflexiva de las mismas generan el nivel de elaboración presente en la autovaloración, de gran valor en su eficacia reguladora. Es por ello, que la misma funciona mediante mecanismos de razonamiento, y elaboración cognoscitiva con una alta carga emocional.

Esta configuración está presente en la construcción del nivel de aspiración, su satisfacción y adecuación, pues participa en la configuración del pronóstico subjetivo de los posibles éxitos y fracasos a través de los cuales se expresa su dinamismo. En este sentido al abordarse el estudio de la autoestima se ha hecho desde la perspectiva de la salud, mientras que la autovaloración se ha estudiado desde las teorías de la personalidad.

Como nivel superior de la autoconciencia, la autovaloración en su calidad de componente de la autorregulación de la personalidad se convierte en una condición de la reestructuración y organización del mundo subjetivo de la personalidad, favoreciendo la formación en el individuo de criterios objetivos, de valoración de su conducta, y de las cualidades de la personalidad ayudándolo a enmendar sus errores y superarlos. En fin, constituye el mecanismo regulador central de la determinación y concreción del modo de realización en cualquier situación actual, determinando la percepción concreta de la autoobjetivación, y de la autoeducación como los dos mecanismos o direcciones principales de la autorrealización total. (Labarrere, 1994).

#### **1.4.2 Funciones y niveles de la autovaloración**

En coherencia con lo anterior, y teniendo en cuenta la participación decisiva de la autovaloración en el sistema regulador se hace necesario hacer referencia a las funciones que ejerce esta importante configuración, la cual posee tres funciones fundamentales:

- **Función valorativa:** consiste en la comparación que realiza el sujeto entre las cualidades que cree poseer para su desempeño comportamental, así como satisfacer las exigencias de la vida y sus aspiraciones futuras. Se trata de la valoración de los conceptos que tiene de sí mismo a partir de sus principales exigencias, motivos, demandas sociales.
- **Función reguladora:** la autovaloración regula las conductas en las cuales los sujetos se sienten comprometidos de modo muy personal, radicando aquí su función reguladora. A partir de su estrecha relación con el nivel de aspiración desempeña un papel significativo en la expresión y realización de las necesidades y motivos principales. Además mediante la autovaloración se regula la expresión de diversos rasgos y configuraciones de la personalidad, y sus tendencias motivacionales de un modo más o menos exitoso. Se expresa además el grado de correspondencia entre el contenido y el comportamiento así como entre el contenido, las exigencias del medio y las aspiraciones futuras.

La autovaloración regula de modo efectivo el comportamiento cuando se estructura alrededor de un sistema de cualidades interrelacionadas y expresadas con un compromiso afectivo, con una reflexión valorativa, activa, en correspondencia con las exigencias necesarias para el logro de sus aspiraciones, indicándose tanto elementos favorables como desfavorables de sí mismo, aunque en un sentido autoeducativo, constructivo, convirtiéndose esta formación en un elemento central de la autoeducación.

Por el contrario, la autovaloración pierde efectividad en la regulación del comportamiento cuando se articula a partir de un contenido pobre, restringido, o de cualidades abstractas inalcanzables, poco sistémicas, con tendencia a la descripción comportamental más que a las causas del mismo, contenidos poco elaborados, con insuficiente mediatización reflexiva y flexibilidad.

- **Función autoeducativa:** esta constituye el momento superior de la función autorreguladora pues implica la retroalimentación que posibilita al sujeto reorientar

su conducta cuando esta no se corresponda con sus objetivos. Presupone la existencia de flexibilidad autovalorativa, autocrítica, así como la posibilidad de movilizar la conducta en el sentido de corregir los defectos propios, desarrollar características personológicas o controlar la expresión de la misma con el fin de garantizar eficacia en el desempeño del sujeto en los diversos espacios interactivos en los cuales se inserta. La formación psicológica que posibilita la autotransformación, la autoeducación, la acción del sujeto psicológico como determinante de sí mismo es justamente la autovaloración.

El individuo regula su conducta a partir de la relación que establece con los demás, de la percepción que establece de los otros, elementos de peso en la valoración, y autovaloración de sí mismo, constituyendo el reflejo del grado de conciencia, de profundidad, y generalización de la experiencia adquirida en la actividad por la personalidad, reflejando correcta o incorrectamente las posibilidades reales del hombre.

La autovaloración alcanza diversos grados de desarrollo y adecuación en función de las condiciones de vida en las cuales se haya formado la personalidad del sujeto. Las aspiraciones se van adecuando a las particularidades de la autovaloración, propiciando la estabilidad de la misma o su modificación. Además de que constituye un pilar importante en la regulación de la actividad del sujeto, ya que no sólo analiza la correspondencia entre las conductas expresadas y las cualidades integradas en este sistema, sino que se relacionan las cualidades y elementos que la integran tanto en la vida futura como con las diferentes exigencias del medio hacia el individuo.

Es por ello que la valoración de sí, se alcanza cuando existe un nivel elevado de la conciencia de sí, cuando se concientiza y valora cualidades morales, físicas e intelectuales. El problema de la adecuación de la autovaloración hace referencia a la capacidad del individuo de conocerse a sí mismo y el grado de fidelidad con que experimenta este autoconocimiento, en el que se incluyen elementos de orden cognoscitivo, afectivo y valorativo, cada uno cualitativamente diferente.

González, F. (1985) manifiesta que el estudio de la autovaloración no debe basarse únicamente en el análisis de la adecuación o no de la autovaloración, sino que debe analizarse su contenido, pues este y su nivel de adecuación forman una unidad indisoluble, incluso puede estudiarse su adecuación a partir de su contenido. En este mismo orden y con la intención de operativizar el estudio y la comprensión de la autovaloración ofrece una clasificación atinada de la cuestión:

- Autovaloración adecuada: existe una correspondencia entre el nivel de aspiraciones y el nivel de realización, existiendo una adecuada relación del individuo con el entorno. Es por ello que plantea que existe una autovaloración adecuada cuando existe:
  - a) Riqueza de contenido: Posibilita al sujeto orientarse conscientemente y con apropiada previsión en todas las esferas de su actividad.
  - b) Flexibilidad: Posibilidad de asimilar elementos autovalorativos disonantes, no acordes a la tendencia general de la personalidad, así como analizar y asimilar resultados contrapuestos a las expectativas personales.
  - c) Integridad: Revela la tendencia de la autovaloración a mantener su estabilidad y sus particularidades cualitativas a pesar de que los resultados en la actividad en ocasiones, no se correspondan con el nivel de aspiraciones propuestos por el sujeto.
- Autovaloración inadecuada: No existe una adecuada correspondencia entre el nivel de aspiraciones y el nivel de realización, reflejándose en una inadecuada relación del individuo con el medio y se manifiesta en dos variantes:
  - a) Autovaloración inadecuada por exceso de sobrevaloración: Hace referencia a la proposición de metas elevadas por el sujeto con respecto a sus posibilidades reales, expresando una fuerte y elevada reacción emocional ante los fracasos. Puede asociarse a características personalógicas tales como: prepotencia, autosuficiencias, y autoritarismo.
  - b) Autovaloración inadecuada por defecto o subvaloración: Los objetivos propuestos por el individuo se encuentran por debajo de sus posibilidades reales, no se establece un nivel de pretensiones que estimule al sujeto en la realización de una actividad concreta. En sí mismos, carecen de

autodesarrollo, pueden aparecer características de personalidad, tales como: pesimismo, minusvalía, y estancamiento, el desaliento precede el enfrentamiento a la actividad.

La psicóloga rusa E. Chenoskova (1977), citado en Pereira y N'guyen, (2002), ha dedicado importantes esfuerzos investigativos al estudio de la autovaloración, considerando que el proceso de formación de la autovaloración no es espontáneo, sino que se forma a partir del conocimiento que adquiere el individuo del mundo que le rodea y del propio conocimiento que adquiere de los demás sujetos a través de las relaciones que establece con estos. Según esta misma autora la autovaloración no constituye un tipo de conciencia, sino que es la misma conciencia orientada hacia la personalidad, de sus ideas, sentimientos, hacia el mundo interno del sujeto

Para Chenoskova (1977), conforman la autovaloración tres mecanismos internos fundamentales:

- a) El autoconocimiento.
- b) La actitud emocional valorativa.
- c) La autorregulación.

Desde esta perspectiva el autoconocimiento es definido como un proceso complejo, en el que se forma la imagen de sí mismo, radicando la complejidad de este fenómeno en el hecho de que el hombre es objeto y sujeto de conocimiento, por lo que debe extraerse aparentemente al exterior para sí mismo, verse con los ojos de los demás, como algo independiente con relación a sí mismo. El sujeto debe verse a sí mismo como otro, aparentemente en forma independiente de sí mismo.

El segundo componente, la actitud emocional-valorativa es un tipo de sentimiento muy específico, en que el sujeto refleja su propia actitud hacia aquello que él conoce, que comprende y descubre con relación a sí mismo. Esta esfera al igual que el autoconocimiento a medida que se amplía la experiencia emocional del sujeto, va integrándose hasta formar la actitud emocional valorativa generalizada del individuo hacia sí mismo, sobre la base de las vivencias que surgen en el proceso de realización de la

actividad al obtener determinados logros en ella y a través de la valoración que recibe de los demás personas, así como la actitud de los “otros” hacia el sujeto en la comunicación.

La integración de estos aspectos, es decir el autoconocimiento y la actitud emocional valorativa es lo que constituye la autovaloración, siendo una formación subjetiva compleja, donde esta unificación se constituye en la unidad de lo afectivo y lo cognitivo.

El tercer componente es la autorregulación, definida por la autora como aquella forma de regulación de la conducta en la que se incluyen los resultados tanto del autoconocimiento, como de la actitud emocional –valorativa, hacia sí mismo y constituye el eslabón final de la formación de la autovaloración. La autovaloración desde que surge está implícita en la estructura de la regulación de la conducta y aunque el hombre no es consciente de presencia es en ella en quien se basa la comparencia de las posibilidades reales del hombre con las exigencias de la actividad y de las demás personas. La adecuación, estabilidad, e integridad de la autovaloración influye en los resultados del proceso de autorregulación.

A partir del análisis realizado se demuestra la necesidad de estudiar la autovaloración en este grupo de mujeres aquejadas por cáncer de mama, pues permitirá una mayor comprensión de estas como pacientes y un mejor manejo por parte de parte de los profesionales de la psicología que trabajan con estos casos. En ocasiones, estos estados de malestar subjetivo que se presentan en estas pacientes no son tenidos en cuenta y sólo se trata la enfermedad como parte del componente físico y se deja a un lado el elemento psicológico que tan importante puede ser a la hora de emprender el tratamiento, y de este modo lograr una mayor efectividad en la cura y acción farmacológica de los mismos. Es por ello, que como resultado de una demanda de la práctica asistencial y de la ausencia de investigaciones asociadas al estudio de la autovaloración en mujeres aquejadas de cáncer de mama que han sido sometidas a cirugía conservadora se decide realizar esta investigación.

## **CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL-METODOLOGICO**

En el capítulo se presentan los fundamentos metodológicos de la investigación abordándose las particularidades del paradigma asumido, el diseño metodológico, el tipo de investigación, la estrategia general de trabajo, la conformación de la muestra, la definición y operacionalización de las variables. Se brinda además una explicación de los principales métodos y pruebas psicológicas utilizadas, los procedimientos de la investigación y el análisis de los datos obtenidos, así como los aspectos éticos de la investigación.

### **2.1 Paradigma de investigación**

Para el desarrollo de la investigación se asumieron los presupuestos de un paradigma mixto cuantitativo-cualitativo, intentando lograr una perspectiva integradora donde se combinan metodológicamente tanto instrumentos cuantitativos como cualitativos, al ser el referente el estudio de un constructo tan complejo como la autovaloración donde si bien es importante estudiarla desde la dimensión subjetiva no puede desvincularse de su dimensión objetiva.

### **2.2 Diseño de investigación**

El diseño de la investigación fue cuasi-experimental, en el sentido de que se podían tomar datos sobre las variables anteriores en dos grupos pre-conformados, y objeto de comparación, y específicamente: cuasi -experimento 1 con post-prueba con grupo de control, la existencia de este grupo se justifica para la comparación final, pero no hay observaciones iniciales que permitan establecer equivalencia inicial entre los grupos y queda conformado del modo siguiente:

G1: X O1.

G2: X O2.

G1: Mujeres con cáncer de mama operadas con cirugía conservadora (Grupo de Estudio).

G2: Mujeres con cáncer de mama operadas con cirugía tradicional-radical (Grupo Testigo).

### **2.3 Tipo de investigación**

Después de desarrollar el marco teórico se decidió que esta investigación se iniciara como exploratoria, descriptiva y correlacional. Es exploratoria, en el sentido de que lo reducido de la muestra disponible permite sólo explorar las estimaciones descriptivas y las relaciones de correlación que a largo plazo se aspira a comprobar con muestras mayores. Es además descriptiva, en el sentido de que se muestran, con la mayor confiabilidad posible, las tendencias de variables cuantitativas y cualitativas importantes y correlacional, en el sentido de que no se descarta, desde un período exploratorio, la comparación de las características de la autovaloración de mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora y radical, para ello se utilizan en todo lo posible técnicas que alivien lo reducido de la muestra inicial.

### **2.4 Estrategia general de trabajo**

1. Revisión bibliográfica del tema objeto de estudio.
2. Confección de los fundamentos teóricos y metodológicos de la investigación.
3. Selección de la muestra.
4. Aplicación de la metodología de trabajo.
5. Análisis de los resultados.
6. Elaboración de conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

### **2.5 Selección de la muestra**

En la población se incluyen todas las mujeres con cáncer de mama, que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital “Celestino Hernández Robau”, de la ciudad de Santa Clara, que se encuentran en período de control de la enfermedad con una evolución de 1 año, dentro del lapso de tiempo comprendido entre mayo y noviembre de 2008. Existían 80 mujeres con estas características, y de acuerdo a sus historias clínicas, en 30 de ellas la cirugía coincidía con criterios de ser conservadora, mientras que 50 coincidían con criterios de cirugía radical.

Se utilizó un muestreo no probabilístico, concretamente de sujetos voluntarios, esto es de todas las mujeres de esa población que asistieron a consulta en el período de

investigación. Así se pudieron obtener datos actualizados de 12 casos de cirugía y 20 de cirugía radical, que representan casualmente, el 40% de 30 y 50 respectivamente.

A partir de las relaciones entre volumen de la población en general y en estos grupos, los porcentajes o probabilidades medios a estimar (fijados por ejemplo en 25%), la confiabilidad (digamos del 95% o equivalentemente, la significación del 5%) que errores de muestreo producen aproximadamente estos volúmenes de muestra ajustados a la población y con qué error obtendremos las estimaciones de los porcentajes. Las fórmulas que relacionan estos parámetros son las siguientes:

$$n = \frac{p(1-p)}{\epsilon^2}$$

$$n' = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Error de las estimaciones:  $t * \epsilon$

Donde  $t$  es el percentil del 95% de la distribución de Student con  $n'$  grados de libertad.

Los resultados se muestran a continuación en la Tabla 1:

Parámetros	Muestra general	Cirugía radical	Cirugía conservadora
N (población)	80	50	30
p (porcientos aproximados a estimar)	0.25	0.25	0.25
Alfa (significación=1-confiabilidad)	0.05	0.05	0.05
t de Student	2.04	2.10	2.16
Epsilon (error del muestreo)	0.06	0.08	0.09
n (volumen crudo de la muestra)	52.1	29.3	23.1
n' (volumen ajustado para la población finita)	31.5	18.5	13.1
t*epsilon (error de las estimaciones de los porcientos)	12.2%	16.8%	19.4%

Entonces, para la población en general (ambas cirugías) el número de 32 casos permite, con un error de muestreo del 6% hacer las estimaciones con un 12.2% de error. Para la población específica de cirugía conservadora, con un error de muestreo del 9%, permite obtener estimaciones con una precisión del 19.4% y para la población de cirugía radical,

el número de 20 casos permite, con un error de muestreo del 8%, hacer las estimaciones con un 16.8% de error y. Estos valores son aceptables para un estudio de carácter exploratorio.

Con la finalidad de garantizar la confiabilidad y la validez de los resultados, un momento importante lo constituye la determinación de los criterios para conformar la muestra, para ello se deben precisar los siguientes:

### **Criterios de inclusión**

- ✓ Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en los estadios I, II y III.
- ✓ Consentimiento informado.
- ✓ Pacientes sometidas a cirugía conservadora de la mama.
- ✓ Mujeres mayores de 20 años.
- ✓ Nivel escolar de sexto grado.
- ✓ Asisten a consultas de control de la enfermedad.

### **Criterio de exclusión**

- ✓ Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio IV.
- ✓ Pacientes sometidas a mastectomía radical.
- ✓ Mujeres con deficiencias intelectuales.
- ✓ No desear formar parte de la investigación.

### **Criterios de eliminación**

- ✓ No desear continuar con la investigación.
- ✓ Que la paciente fallezca durante el período de la investigación.

## **2. 6 Operacionalización de variables**

Las variables que han sido objeto de estudio de la investigación son las siguientes: cáncer de mama y autovaloración.

**Cáncer de mama:** consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células; es un tumor maligno que se caracteriza por una multiplicación anormal y desordenada de

las células de la mama, que de invaden los tejidos adyacentes y provocan metástasis, este se puede clasificar a partir de la evolución del tumor en Fase I, II, III y IV.

**Cirugía Conservadora:** se procede a la remoción del tumor y una pequeña cantidad de tejido normal circundante.

**Cirugía Radical:** se procede a la remoción de la mama, los músculos pectorales y todos los ganglios linfáticos bajo el brazo.

**Autovaloración:** es una configuración de la personalidad que integra articuladamente un concepto de sí mismo, generalizado, con relativa estabilidad, dinamismo, comprometido en la realización de las aspiraciones más significativas del sujeto en las diferentes esferas de la vida. Constituye la dimensión valorativa dinámica de la autoconciencia, y supone además la presencia de valoraciones, vivencias sobre sí mismo, sobre los contenidos esenciales de su personalidad a través de los cuales se expresan las tendencias motivacionales más importantes en las cuales se implica afectivamente. Se trata de un proceso vivo, dinámico, organizado de reflexiones desde un compromiso altamente emocional en torno a un conjunto de marcos estables de referencia, (Fernández, 2002).

A partir de esta definición se establecen un grupo de indicadores que permiten comprender el contenido de la autovaloración:

1. Autoconocimiento: conocimiento que tiene el sujeto de sus fuerzas, capacidades mentales, vivencias, acciones, motivos y objetivos de su comportamiento, de su actitud hacia el medio y hacia las personas con las que interactúa donde se manifiesta la relación afectivo cognitivo, mediatizado por la personalidad.
2. Autoestima: percepción evaluativa que hace el sujeto de sí mismo, que implica una actitud positiva o negativa hacia sí mismo y sus actuaciones expresadas en un determinado grado de confianza, respeto, consideración, aceptación y amor incondicional de su propio yo.

3. Criticidad en la valoración de su realidad y potencialidades en relación con exigencias del medio y del propio sujeto.
4. Expresión de las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad, en el autorreferente de sí mismo y su conducta.
5. Flexibilidad: capacidad que tiene el sujeto para ajustarse a su situación real de vida.
6. Correspondencia entre logros y aspiraciones.
7. Valoración de los demás hacia si mismo.
8. Correspondencia entre la valoración de si y la aceptación de las condiciones objetivas de existencia.

## **2.7 Métodos y pruebas psicológicas aplicadas**

### **Métodos del nivel teórico:**

El analítico-sintético, el inductivo-deductivo, el análisis histórico-lógico, y el análisis sistemático estructural. Los mismos favorecieron la sistematización de la información teórica, así como el procesamiento e interpretación de los datos empíricos obtenidos, y la elaboración de las conclusiones y recomendaciones resultantes de la investigación.

### **Métodos del nivel empírico:**

- ✓ Entrevista en profundidad.
- ✓ Cuestionario de Autoestima de Coopersmith.
- ✓ Completamiento de Frases Modificado.
- ✓ Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein Modificada.

### **Entrevista en profundidad**

Considerada como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bodgan, 1992, citado en Rodríguez, Gil y García, 2004).

Entre sus características fundamentales se reconocen el hecho de que el entrevistador busca acercarse a las ideas y opiniones de los otros, es informal, abierta y flexible, tiene un propósito explícito, se ofrecen explicaciones sobre la finalidad y sobre lo que se

espera, los entrevistados por su parte, expresan con sus propias palabras, en el diálogo establecido el entrevistador pregunta y el entrevistado responde, el entrevistador muestra interés en la conversación y busca la repetición de lo que ha afirmado el entrevistado.

### **Objetivos**

- ✓ Obtener información diagnóstica sobre la autovaloración.
- ✓ Profundizar en el estudio de las principales configuraciones asociadas a la autovaloración en las pacientes objeto de estudio.
- ✓ Triangular la información obtenida.

### **Procedimientos**

Luego de crear un clima de confianza e interacción a través de muestras de interés, posibilidad de que hablaran, no emisión de juicios que pudieran afectar el proceso se procedió a obtener información más profunda y concreta. Es importante destacar que la misma fue realizada de manera dinámica y sistemática a lo largo de toda la investigación. El registro de información fue realizado, previo consentimiento de los entrevistados, con notas de campo.

### **Materiales**

- ✓ Invariantes a desarrollar en la entrevista. Estas invariantes se focalizarán a través de las preguntas de contenido, estructurales y de formato (véase anexo 1).
- ✓ Hojas de papel.
- ✓ Lápiz.

### **Calificación e interpretación**

Se pretende profundizar en aspectos fundamentales, valorando los momentos axiales significativos.

- ✓ Principales preocupaciones sobre la enfermedad.
- ✓ Temores asociados a la enfermedad.
- ✓ Criterios de determinación de la cirugía.
- ✓ Repercusiones psicosociales de la enfermedad.

- ✓ Sintomatología psíquica.
- ✓ Vivencias.
- ✓ Antecedentes Patológicos Familiares.
- ✓ Proyectos.
- ✓ Valoraciones sobre la vida.
- ✓ Principales logros.
- ✓ Motivaciones profesionales.
- ✓ Redes de apoyo familiar.
- ✓ Relaciones Familiares.
- ✓ Cambios en la dinámica familiar.
- ✓ Logros en el contexto familiar.
- ✓ Díada esposo-esposa.
- ✓ Redes de apoyo social.

### **Cuestionario de Autoestima de Coopersmith**

Este cuestionario fue elaborado por Stanley Coopersmith a partir de estudios realizados en el área de la autoestima y es una versión actual para adultos. Tiene como objetivo conocer el nivel de autoestima de los individuos. En el año 1959 el autor describió la versión original de esta prueba, observándose tres diferencias fundamentales con respecto al actual, una, dirigida a focalizar el estudio de las autopercepciones con respecto a diferentes áreas: padres, pares, el sí y el colegio, el número de ítems asignados (50) y etapa de vida a la que se dirigió, a escolares.

### **Objetivo**

- ✓ Determinar las particularidades de la autopercepción del individuo con respecto a la autoestima.

### **Procedimientos**

Se le entrega a la paciente un modelo con las proposiciones que han sido establecidas con anterioridad y se le leen las instrucciones. Posteriormente se hace una breve prueba y se constata que ha comprendido la demanda. El experimentador observa los gestos,

reacciones, verbalizaciones que realice durante la aplicación del instrumento. Finalmente se realiza entrevista en profundidad.

### **Instrucciones**

Lea detenidamente las oraciones que a continuación se presentan y responda SI o NO de acuerdo a la relación en que lo expresado se corresponda con usted. No hay respuestas buenas o malas, se trata de conocer cuál es su situación de acuerdo al asunto planteado.

### **Materiales**

- ✓ Cuestionario conformado por 25 proposiciones (ítems) donde el sujeto debe responder de manera afirmativa (SI) o negativa (NO) (véase anexo 2).
- ✓ Hoja de papel.
- ✓ Lápiz.

### **Calificación e interpretación**

Se califica otorgando un valor de 1 punto por aquellos ítems que están redactados en sentido positivo y a los cuales el sujeto responde afirmativamente, estos ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19,20. Cuando el sujeto contesta no, en alguno de ellos, se le otorga un punto (0) en ese ítem. En las restantes proposiciones con sentido negativo se le otorga un punto (1) si responde no y cero punto (0) si responde si, estas son: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25. Al final son sumados estos puntajes obteniéndose una puntuación total. Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

**Nivel Alto de Autoestima:** los sujetos que se clasifican en este nivel alcanzan un puntaje, entre 19 y 24 puntos. Los primeros obtienen puntos en la mayoría de los ítems que indagan felicidad, eficiencia, confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, relaciones interpersonales, expresando una conducta desinhibida, sin centrarse en sí mismos, ni en sus propios problemas.

**Nivel Medio de Autoestima:** los sujetos que se clasifican en este nivel puntúan en el rango de 13 a 18 puntos. Los mismos presentan características de los niveles altos y bajos, sin que exista un predominio de un nivel sobre otro.

**Nivel Bajo de Autoestima:** los sujetos que se ubican en este grupo alcanzan un puntaje inferior a los 12 puntos. Obtiene pocos puntos en los ítems que indican una adecuada autoestima y que fueron descritos con anterioridad, en este sentido los sujetos de este nivel se perciben infelices, inseguros, centrados en sí mismo, en sus problemas particulares, donde su estado emocional depende de los valores y exigencias esperados.

### **Completamiento de Frases Modificado**

Este instrumento pertenece al grupo de técnicas de asociación, frases-frases, que cuenta con numerosas versiones. Una de las más conocidas y utilizadas es el Test de Completamiento de Frases de J.B. Rotter. La técnica inicialmente parece haber sido creada por Payne en 1928 y desde su aplicación se ha visto continuada por un largo cotejo de pruebas equivalentes. J: A: Villar, considera que pierde eficacia cuando se hacen por escrito y que es preferible hacerlas oralmente. Por su parte, J.B. Rotter y Willerman, recomiendan utilizarla de forma escrita. Ellos brindan una técnica de calificación un poco difícil, lo que ha motivado que muchos investigadores realicen un análisis preferentemente cualitativo y global. Es una técnica útil para evaluar actividades y áreas de conflictos, además a veces puede extraerse información a cerca de los intereses, motivos, etc. (citado por Portero, 1996).

### **Objetivo**

- ✓ Profundizar en las principales necesidades, motivaciones, intereses, conflictos, preocupaciones en las áreas personal, familiar, laboral y de pareja.

### **Procedimientos**

A la paciente se le entrega un modelo con los ítems establecidos y se le leen las instrucciones. Durante la realización de la prueba el experimentador observa las reacciones físicas, comentarios, etc.

Una vez culminada la misma se procede a darle una hoja en blanco con una frase inductora para que la complete: “Mi enfermedad y Yo” mediante el recurso que desee, puede ser un dibujo, una frase, una oración, un poema, una composición, etc.

### **Instrucciones**

“Complete las oraciones siguientes con la primera idea que se le ocurra, no lo pienses mucho. No hay respuestas buenas ni malas”.

### **Materiales**

Se utiliza una hoja de papel donde se plasman diferentes frases trucas que se han modificado por los investigadores en función del alcance de la presente investigación (véase anexo 3).

### **Calificación e interpretación**

Inicialmente se analiza la respuesta ofrecida en cada ítem y se clasifica, teniendo en cuenta el tipo de respuesta:

### **Clasificación de los tipos de respuesta**

- ✓ **Positivas:** indican una conformación mental saludable y optimista.
- ✓ **De ajuste:** tendencia al ajuste y protección ante la situación real de vida en todas sus dimensiones.
- ✓ **Conflictivas:** indican una organización mental desajustada, no saludable. Incluyen reacciones de hostilidad, pesimismo, enunciación de los síntomas, desesperanza.
- ✓ **De omisión:** respuestas en las que se da un pensamiento preciso (respuestas incompletas).
- ✓ **Neutra:** respuestas que no brindan una información relevante.

**Nota:** los dos últimos tipos de respuesta no se califican.

Con posterioridad se realiza un análisis cualitativo de los datos donde se establecerán un conjunto de categorías derivadas del contenido de las respuestas ofrecidas por las

mujeres objeto de estudio (no predefinidas) en diferentes áreas de expresión de la personalidad.

### **Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein Modificada**

Esta técnica es una adaptación realizada por Z. B. Dembo y ampliamente utilizada y reformada por la psicóloga soviética L. S. Rubinstein, a ello debe su nombre en el año 1970, con la pretensión de evaluar la autovaloración.

### **Objetivos**

- ✓ Profundizar en las particularidades de la autovaloración en las pacientes objeto de estudio.
- ✓ Triangular la información obtenida en técnicas anteriores.

### **Procedimiento**

Inicialmente se le solicita a la persona que defina el parámetro Ejemplo ¿Qué significa para usted el parámetro felicidad y así sucesivamente? Se le explica a la paciente que los valores máximos de cada línea se encuentran en la parte superior y los mínimos en la inferior, y se le pide al sujeto que marque con un lápiz el lugar que él ocupa en la escala. Posteriormente se realiza una entrevista donde se precisan autorreferentes valorativos utilizados al precisar la tendencia posicional, a continuación se muestran las preguntas:

### **Preguntas**

- ✓ ¿Dónde te ubicas en la escala?
- ✓ ¿Por qué te ubicas allí?
- ✓ ¿Qué te falta para ubicarte en el nivel superior?

### **Materiales**

Consta de un talonario con hojas independientes y líneas verticales de igual tamaño (15 cm.) en cada una de las cuales en su parte inferior aparece una categoría. Estas líneas no tienen delimitado su centro. La presente modificación consta de un total de 11 categorías: felicidad, inteligencia, salud, carácter, optimismo, recuperación, relación de

pareja, conocimiento de sí misma sufrimiento, belleza, seguridad en sí misma, las últimas siete fueron incorporados por la autora (véase anexo 4).

### **Calificación e interpretación**

Se realiza un análisis cuantitativo a partir de los datos obtenidos y de acuerdo a la tendencia posicional, utilizando las categorías:

- ✓ B: Bajo se ubica de 1 a 5 cm. (otorgándole 1 punto).
- ✓ M: Medio se ubica de 6 a 10 cm. ( otorgándole 2 puntos)
- ✓ A: Alto se ubica de 11 a 15 cm. (otorgándole 3 puntos).

Posteriormente se procede a una calificación cualitativa prefijando algunas categorías después de realizar la revisión teórica:

1. Autoconocimiento: conocimiento que tiene el sujeto de sus fuerzas, capacidades mentales, vivencias, acciones, motivos y objetivos de su comportamiento, de su actitud hacia el medio y hacia las personas con las que interactúa donde se manifiesta la relación afectivo cognitivo, mediatizado por la personalidad.
2. Criticidad en la valoración de su realidad y potencialidades en relación con exigencias del medio y del propio sujeto.
3. Expresión de las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad, en el autorreferente de sí mismo y su conducta.
4. Flexibilidad: capacidad que tiene el sujeto para ajustarse a su situación real de vida.
5. Correspondencia entre logros y aspiraciones.
6. Correspondencia entre la valoración de si y la aceptación de las condiciones objetivas de existencia.

## **2.8 Procedimientos de la investigación**

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”, de la ciudad de Santa Clara, específicamente en el Servicio de Oncología, en la consulta #3 en el período de mayo a noviembre del 2008.

En los inicios de la investigación se comenzó estudiando y seleccionando cuidadosamente los fundamentos teóricos, así como las pruebas psicológicas a emplear, posteriormente se obtuvo el consentimiento informado de las personas que conforman la muestra. Para la aplicación de las pruebas psicológicas se partió de la revisión de la Historia Clínica, resultando la primera aproximación en el conocimiento individual de las pacientes objeto de estudio, precisando los elementos siguientes:

1. Datos generales.
2. Motivo de Consulta.
3. Historia de la enfermedad actual.
4. Antecedentes Patológicos Personales.
5. Antecedentes Patológicos Familiares.
6. Pronóstico.
7. Tratamiento.
- 8.

Se tuvieron en cuenta algunos aspectos ecológicos, asociados a las condiciones del espacio donde se realizarían los intercambios, los mismos se hicieron en la consulta #3, del Servicio de Oncología del Hospital “Celestino Hernández Robau”, en adecuadas condiciones de ventilación, iluminación y privacidad.

Fue necesario establecer dos intercambios con las pacientes objeto de estudio, en horarios matutinos. En todos los encuentros realizados se aplicó la entrevista en profundidad. En el primero además se procedió a la aplicación del Cuestionario de Autoestima de Coopersmith, y el Completamiento de Frases Modificado, en el segundo, la Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein.

## **2.9 Análisis de los Datos**

El análisis de los principales resultados emanados de la investigación se realiza a partir de los objetivos planteados, incorporándose la valoración estadística-matemática para cada caso, así como la explicación psicológica de los hallazgos resultantes que son mostrados en el capítulo próximo.

### ✓ Cuantitativo:

Los datos fueron vaciados en Excel y luego importados al SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versión 13.0. El procesamiento estadístico se realizó en el Centro de Estudios de Informática de la UCLV en una computadora Centrino Duo.

En el procesamiento estadístico se utilizaron dos tipos de técnicas:

1. Técnicas no paramétricas de análisis descriptivo y de comparación de grupos utilizando particularmente el Test de Mann-Whitney y el Test de la mediana. También se utilizaron correlaciones no paramétricas entre variables como edad y el tiempo de evolución (tiempo transcurrido desde los primeros síntomas hasta la asistencia a consulta).
2. Técnica de análisis multivariado, específicamente regresión logística para comparar integralmente las respuestas al Cuestionario de Autoestima de Coopersmith entre los dos grupos.

Posteriormente se procedió al establecimiento de las tareas estadísticas mostradas en la Tabla 2 siguiente:

<b>Tarea Estadística</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Estadígrafos utilizados</b>	<b>Pruebas realizadas</b>
Comparar edad y tiempo de evolución de los síntomas por tipo de	Ordinal (edad y tiempo de evolución)	Media, mediana, mínimo y máximo. Rangos medios	Análisis descriptivo, comparación entre grupos con test de

cirugía.	Nominal (tipo de cirugía)	según Mann-Whitney	Mann-Whitney. Correlación no paramétrica entre edad y tiempo con Tau b de Kendal
Análisis de puntuaciones por ítem en el inventario de autoestima.	Nominal: Incorrecta o Correcta	Frecuencias de respuestas correctas o incorrectas para cada pregunta y por grupos	Tablas de contingencia de la puntuación de cada ítem con los grupos. Test exacto de Fisher
Comparar los niveles de autoestima.	Ordinal (total de respuestas correctas)	Media, mediana, mínimo y máximo. Rangos medios según Mann-Whitney	Análisis descriptivo, comparación entre grupos con test de Mann-Whitney. Regresión logística del conjunto de preguntas entre grupos
Describir tipos de respuestas en el Test de Completamiento de Frases.	Ordinal (frecuencia de respuestas por tipo y grupo)	Media, mediana, mínimo y máximo. Frecuencias por grupos	Análisis descriptivo
Comparar tipos de respuestas entre grupos.	Ordinal (frecuencias de respuestas de cada tipo)	Rangos medios según Mann-Whitney	Comparación entre grupos con test de Mann-Whitney.
Comparar los niveles de autovaloración en general en la Escala de autovaloración Dembo-	Ordinal: (Mediana general de las respuestas)	Mediana y Rangos medios según Mann-Whitney	Comparación de la mediana general entre los grupos utilizando el Test de

Rubinstein.			Mann-Whitney y el Test de la mediana
Comparar los niveles por cada categoría.	Ordinal	Rangos medios según Mann-Whitney	Comparación entre grupos con test de Mann-Whitney

Todos los resultados se vacían en tablas y cada vez que se estima conveniente facilitar la visualización de los resultados son mostradas.

En todos los casos se utilizan las hipótesis estadísticas siguientes:

**H<sub>0</sub>:** No existen diferencias significativas en la adecuación de la autovaloración entre las mujeres del grupo de estudio y las del grupo testigo.

**H<sub>1</sub>:** Existen diferencias significativas en la adecuación de la autovaloración entre las mujeres del grupo de estudio y las del grupo testigo.

✓ Cualitativo.

En la investigación se realiza la triangulación de instrumentos, permitiendo contrastar y conocer la multiplicidad de resultados obtenidos, esencial para conocer la realidad con profundidad.

### **2.10 Aspectos éticos de la investigación**

La investigación se realizó respetando los principios éticos de la ciencia psicológica, garantizando la confidencialidad de las informaciones expresadas por los sujetos durante la investigación. Para ello se contó con un consentimiento informado en el que se explican las generalidades de la investigación, así como la declaración voluntaria que deben hacer las pacientes para acceder a la investigación (véase anexo 5).

### **CAPITULO III. ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Partiendo de la metodología propuesta en el diseño metodológico y el problema científico que conduce la investigación, en este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos durante la investigación, el cual se organiza a partir de los objetivos específicos, y queda estructurado por varias etapas que se muestran a continuación:

- ✓ Establecer una relación entre tipo de cirugía, edad y tiempo de evolución de la sintomatología en mujeres con cáncer de mama.
- ✓ Caracterizar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora.
- ✓ Realizar una comparación de las manifestaciones de la autovaloración en mujeres que padecen cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora con un grupo sometidas a mastectomía radical.

Un primer momento en este análisis constituye la relación que se establece entre tipo de cirugía, edad y tiempo de evolución de la sintomatología, tanto en el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora, como en el grupo de iguales sometidas a cirugía radical, estableciéndose así la existencia de correlaciones entre estas variables. La segunda y la tercera etapa se fusionan en un solo momento en este análisis, siendo el primero la caracterización de la autovaloración de las pacientes que conforman el grupo de estudio y posteriormente se caracteriza el grupo testigo, y en la medida en que se realiza este se procede a un análisis comparativo, identificando si existen o no diferencias significativas entre ambos grupos. Al finalizar se realiza un análisis integral de los principales resultados emanados de la investigación en el que muestran los hallazgos esenciales.

#### **3.1 Relación entre tipo de cirugía, edad y tiempo de evolución de la sintomatología en mujeres con cáncer de mama.**

A partir de los resultados obtenidos se constató que la edad promedio es 45 años aproximadamente, en el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora de la mama, mientras que para el grupo sometido a cirugía radical es de 55 años existiendo diferencias medianamente significativas entre ambos grupos, sin embargo en este segundo grupo, el rango de edades oscila desde los 37 años hasta los 78 existiendo

una mayor dispersión, y siendo el rango de 50 a 70 años, (14 mujeres), el más numeroso, por lo que se encuentra un significativo número de pacientes que se encuentran transitando por la etapa evolutiva de la adultez mayor (6 pacientes), o que están próximas a ella. La descripción por edades se muestra en la Tabla 1:

**Estadísticas descriptivas de la edad por grupos**

Grupo		N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad	C. Conservadora	12	45.25	45.00	37	55
	C. Radical	20	55.20	53.50	37	78
	Total	32	51.47	48.50	37	78

Resulta interesante establecer una comparación entre el tiempo de evolución de la sintomatología para cada grupo, este lapso de tiempo se establece desde la aparición del primer síntoma detectado por la paciente, hasta que acude a los servicios de salud. En este sentido, se constató que existen diferencias medianamente significativas, con un nivel de significación de 0.009, entre ambos grupos. En el grupo de estudio este tiempo oscila de un mes a tres meses, mientras que en el grupo testigo transcurre desde los quince días hasta cuatro meses, siendo en este último más extenso, a continuación se muestra en las Tablas 2 y 3 siguientes:

**Estadísticas descriptivas del tiempo transcurrido desde los primeros síntomas**

Grupo		N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo
Tiempo transcurrido desde los primeros síntomas	C. Conservadora	12	1.583	1.500	1.0	3.0
	C. Radical	20	2.525	2.500	.5	4.0
	Total	32	2.172	2.000	.5	4.0

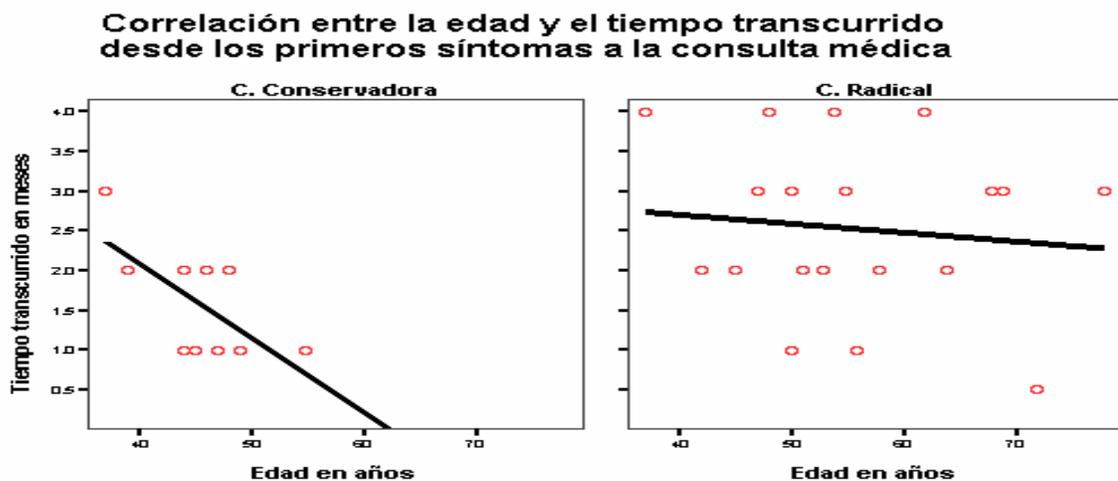
**Rangos medios según el test de Mann-Whitney**

Grupo		N	Rangos medios	Suma de rangos
Tiempo transcurrido desde los primeros síntomas	C. Conservadora	12	11.29	135.50
	C. Radical	20	19.63	392.50
	Total	32		

A partir de estos resultados resulta importante establecer una correlación entre el tiempo de inicio de los síntomas, la edad y el tipo de cirugía, ya que, aún cuando no se muestren correlaciones altamente significativas, se destaca que en relación al tiempo de evolución de los síntomas en el grupo de pacientes que han sido sometidas a cirugía

conservadora es menos extenso que en el grupo testigo, siendo este último superior a los tres meses de evolución.

Coincide además, en el grupo testigo que mientras más edad tiene la paciente este lapso de tiempo se hace más extenso, lo que conlleva a que el diagnóstico no se realice en estadíos tempranos de la enfermedad, a diferencia de las pacientes del grupo de estudio que son más jóvenes. A partir de lo anteriormente expuesto, se puede inferir que constituye un factor de riesgo la edad de las mujeres comprendida entre los 45 a los 70 años de edad, siendo más propensas a ser diagnosticadas en estadíos avanzados de la enfermedad, las pacientes con edades comprendidas entre los 50 y 70 años y por tanto sometidas a mastectomía radical, constituyendo este un elemento a tener en cuenta para la labor de prevención. En esta triada formada por: tiempo de evolución de la sintomatología, edad y tipo de cirugía, es una variable moduladora, el tiempo de evolución de la sintomatología, ya que existe una relación directamente proporcional entre este y el estadío en que se diagnostica el cáncer de mama y por tanto el tipo de cirugía a la que es sometida la paciente, lo que se muestra a continuación en el Grafico 1:



### 3.2 Caracterización de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora y comparación con un grupo de mujeres sometidas a mastectomía radical.

### **Cuestionario de Autoestima de Coopersmith.**

A partir de la aplicación del cuestionario de autoestima, se constató que no existen diferencias significativas de la autoestima de las pacientes sometidas a cirugía conservadora y radical respectivamente, lo anteriormente expuesto se demostró a partir del Test de Mann Whitney y a continuación se exponen los resultados:

#### **Rangos según el test de mann-Whitney**

	Grupo	N	Rangos medios	Suma de rangos
Autoestima	C. Conservadora	12	15.75	189.00
	C. Radical	20	16.95	339.00
	Total	32		

#### **Test estadístico de Mann-Whitney**

	Autoestima
U de Mann-Whitney	111.000
W de Wilcoxon	189.000
Z	-.404
Sig. exacta (2 colas)	.718

En coherencia con lo anteriormente expuesto y a partir del análisis de los rangos medios del Test de Mann-Whitney, donde las puntuaciones medias oscilan entre 15,95 y 16,95, ubicándolos en los percentiles que plantea el cuestionario para la interpretación se concluye que tanto las pacientes que pertenecen al grupo de cirugía conservadora como el que pertenece al grupo de cirugía radical presentan un nivel medio de autoestima, pues puntúan en un rango de 13 a 18 puntos, con una tendencia al ubicarse por encima de los 15 puntos, es decir con una tendencia a ubicarse cercano a valores altos.

Los ítems que valores más bajos recibieron fueron ítem tres y ítem siete. Con relación al ítem tres que hace referencia a: "Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí", tanto en el grupo de estudio como en el grupo testigo no se presentan diferencias significativas, sin embargo los valores son elevados, en el grupo de cirugía conservadora el 58.3% respondió afirmativamente, mientras que el de cirugía radical lo hizo el 55% de las pacientes, lo anterior puede ser expresión de insatisfacción consigo misma.

Sólo se mostraron diferencias en relación a la proposición al ítem 7: “Puedo tomar una decisión fácilmente”, en el grupo de estudio, el 50% refiere que puede tomar fácilmente una decisión, mientras que en el grupo testigo el 90% responde afirmativamente. Las dificultades constatadas para la toma de decisiones pueden estar condicionadas por la presencia de inseguridad en las mujeres durante la etapa de control de la enfermedad.

### **Completamiento de Frases Modificado**

Como parte de los procedimientos para el análisis de esta técnica, se procede en un primer momento a realizar una clasificación de las respuestas ofrecidas por los sujetos y posteriormente se establecen una serie de categorías derivadas del contenido de las propias respuestas ofrecidas. Para el análisis de la clasificación de las respuestas se establecieron varias categorías: Positivas, De ajuste, Conflictivas, Neutras y de Omisión, estas últimas no se clasifican, por lo que solo se hará referencia a las tres primeras.

Aún cuando las diferencias en relación al tipo de respuesta en ambos grupos no son significativas, se evidencia que al analizar los rangos medios resultantes del Test de Mann-Whitney se presentan sutiles diferencias, que apuntan a un mayor rango de puntuaciones para el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical, siendo menor estos en el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora, lo cual se demuestra en la Tabla 4:

**Rangos medios según el test de Mann-Whitney**

Grupo		N	Rangos medios	Suma de rangos
Respuestas positivas	C. Conservadora	12	15.08	181.00
	C. Radical	20	17.35	347.00
	Total	32		
Respuestas de ajuste	C. Conservadora	12	15.96	191.50
	C. Radical	20	16.83	336.50
	Total	32		
Respuestas conflictivas	C. Conservadora	12	15.13	181.50
	C. Radical	20	17.33	346.50
	Total	32		
Respuestas omitidas	C. Conservadora	12	13.75	165.00
	C. Radical	20	18.15	363.00
	Total	32		
Respuestas neutras	C. Conservadora	12	12.88	154.50
	C. Radical	20	18.68	373.50
	Total	32		

Al realizarse el análisis de frecuencia por tipo de respuestas, se evidencia que en el grupo de pacientes que han sido sometidas a cirugía conservadora, no se constató la prevalencia de un solo tipo de respuestas, por lo que no existe uniformidad en las mismas. En las respuestas positivas el 25% marcó un total de doce respuestas a las frases inductoras, siendo esta la mayor frecuencia. Lo anteriormente expuesto se demuestra en la tabla 5:

**Respuestas positivas <sup>a</sup>**

	Frecuencia	Por ciento
2	2	16.7
3	3	25.0
8	1	8.3
10	1	8.3
12	3	25.0
15	2	16.7
Total	12	100.0

a. Grupo = C. Conservadora

En coherencia con lo anterior es importante mostrar varias expresiones de las pacientes: “Amo a mis hijas y mi nieto”, “Mi familia me apoya y me comprende”, “Los demás me estiman y no quieren que muera”, se evidencia en estas del apoyo familiar y social con que cuentan, así como optimismo.

En relación a las respuestas de ajuste también coincide que un 25% de las pacientes, ofrece 8 respuestas de este tipo, mientras que el 16,7%, 10. En relación a lo anterior se evidencia que el 33,3% en sus respuestas no expresó respuestas de este tipo, y en comparación con las respuestas positivas se constata una mayor tendencia a ofrecer respuestas de ajuste y se muestra en la Tabla 6:

**Respuestas de ajuste** <sup>a</sup>

	Frecuencia	Por ciento
0	4	33.3
2	1	8.3
7	1	8.3
8	3	25.0
10	2	16.7
15	1	8.3
Total	12	100.0

a. Grupo = C. Conservadora

Varias respuestas que denotan ajuste se muestran a continuación: “Siento que estoy enfrentando muchos cambios en mi vida pero aprendo a convivir con ellos”, “Necesito estar bien para seguir con mi vida”, “El cáncer me he adaptado a vivir con él”, “Hago lo que puedo para recuperarme”, permiten sustentar los resultados anteriores. Como expresión de ajuste se evidencia aceptación de la enfermedad, expresado en el hecho de que reconocen los cambios y han aprendido a manejarlos, se presenta además la necesidad de continuar con sus proyectos de vida, supeditada esto al bienestar físico, siendo muestra de optimismo y autorregulación en función de la recuperación.

En coherencia con lo anteriormente expuesto las respuestas conflictivas se presentan en el 16,7% de las pacientes, con frecuencias de una respuesta conflictiva, 18 y 20 respectivamente, y viene a contrastar la ausencia en el 33,3% de las pacientes de respuestas de ajuste y en la Tabla 7 se muestra:

**Respuestas conflictivas** a

	Frecuencia	Por ciento
0	4	33.3
1	2	16.7
2	1	8.3
15	1	8.3
18	2	16.7
20	2	16.7
Total	12	100.0

a. Grupo = C. Conservadora

Algunas expresiones de las pacientes lo denotan: “El mayor problema esta enfermedad que me hace sentir mal”, “Quisiera ser más optimista de lo que soy”, “Quisiera tener más esperanzas”, “Siento que algo muy malo me ocurre”, “El cuerpo enfermo y sin cura”, “Lamento que por mi enfermedad todos se sientan mal”, “Hago lo que puedo porque me siento cansada de todo esto que está pasando”, “Quisiera morirme, a veces creo que no voy a terminar el día”, “El futuro no me trae nada bueno”. Estas elaboraciones de los sujetos para este grupo son expresión de malestar subjetivo, en las cuales se evidencia pesimismo, sentimientos de desesperanza, de culpa, resistencia al cambio, no aceptación de la enfermedad, se presenta la muerte como un momento inminente.

A diferencia del grupo de estudio, en el grupo testigo al clasificar los tipos de respuestas se constató que en las respuestas positivas se presenta una distribución de frecuencias, donde el 30% de las pacientes muestran respuesta de este tipo coincidiendo con una frecuencia de diez respuestas, mientras que las restantes también dan respuestas similares, mostrando un predominio de este tipo de respuestas en estas pacientes, se demuestra en la Tabla 8:

**Respuestas positivas** <sup>a</sup>

	Frecuencia	Por ciento
2	1	5.0
3	1	5.0
4	2	10.0
7	1	5.0
9	2	10.0
10	6	30.0
11	2	10.0
12	1	5.0
14	1	5.0
15	2	10.0
16	1	5.0
Total	20	100.0

a. Grupo = C. Radical

Algunas respuestas de las pacientes de este grupo demuestran lo anteriormente expuesto en frases tales como: “Amo la vida, “Siento placer de vivir”, “La gran esperanza es vivir”, que cualitativamente apoyan la idea anterior.

En relación a las respuestas de ajuste el 15 % ofrece 10 y 4, el 10% ofrece 9, 8, 6 3 indistintamente, mientras que el 20% ofrece solo dos, constatándose que se muestra como tendencia en el grupo la presencia de este tipo de respuestas, solo que la variable en comparación con el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora se muestra un mayor número para cada grupo de frecuencias, demostrándose en la Tabla 9:

**Respuestas de ajuste** <sup>a</sup>

	Frecuencia	Por ciento
2	4	20.0
3	2	10.0
4	3	15.0
5	1	5.0
6	2	10.0
7	1	5.0
8	2	10.0
9	2	10.0
10	3	15.0
Total	20	100.0

a. Grupo = C. Radical

Algunas expresiones son evidencia de esto: “El mayor problema nunca ha sido el cáncer, creo que hemos aprendido a vivir juntos”, “El trabajo, ya no tengo y aunque me ha sido difícil acostumbrarme, creo que ahora puedo cuidar de mis nietos que antes no lo hacía”. Se constata aceptación de la enfermedad, así como la presencia de proyectos futuros en función del cuidado de la familia, expresión de flexibilidad y de reestructuración del campo de acción.

Por último, las respuestas conflictivas se presentan en el 30% de las pacientes, siendo cuatro el valor máximo, mientras que en el resto de las pacientes se presenta pero con una menor frecuencia y un menor número de respuestas, lo cual se demuestra en la Tabla 10:

**Respuestas conflictivas** <sup>a</sup>

	Frecuencia	Por ciento
1	1	5.0
2	3	15.0
3	5	25.0
4	6	30.0
5	1	5.0
10	3	15.0
12	1	5.0
Total	20	100.0

a. Grupo = C. Radical

En relación a este tipo de respuesta varias pacientes expresan: “Quisiera a veces ser más decidida”, “El cáncer es difícil acostumbrarme a él, pero ahora estoy más tranquila”. Se evidencia en el contenido de estas expresiones, insatisfacción consigo misma, resistencia al cambio, así como el hecho de que no se expresa aceptación de la enfermedad y falta de autodeterminación en la toma de toma de decisiones.

Como parte del análisis cualitativo que se hizo del instrumento se arribó a los siguientes resultados:

**Proyecciones futuras:** Las principales proyecciones de las pacientes del grupo de estudio se encuentran en función de la vida familiar, el área social, personal, la relación

de pareja, elementos que se establecen como parte de la situación social de desarrollo. En coherencia se constata que las principales motivaciones se orientan al contexto familiar, constituyéndose en una tendencia orientadora de la personalidad.

Lo anterior, se encuentra determinado por el hecho de que se encuentran transitando por la adultez media etapa evolutiva del desarrollo psicológico en la que se dan importantes logros como parte del proyecto de vida de cada sujeto, dentro de los que se encuentra la esfera familiar, siendo la familia centro de las principales proyecciones, preocupaciones y logros. Se evidencian frases tales como: "Vivo por mis hijos", "Vivo por mi familia y para mi familia", en este sentido se expresa además un fuerte vínculo afectivo con la familia, siendo parte de su sentido de vida. Por otra parte, se evidencia la necesidad de aumentar la cercanía entre los miembros de la familia, así como contar con el apoyo brindado por esta a cada paciente, expresado en las demandas que se expresa en frases como: "Necesito que mi familia siga ayudando y cooperando en todo como hasta ahora", "Necesito a mi familia unida en este momento", "Mi familia me apoya".

Las pacientes que han sido sometidas a cirugía radical de la mama sus principales proyecciones se orientan a la recuperación, al disfrute de la familia, la continuidad de sus proyectos de vida. En el grupo de mujeres que mantienen un vínculo laboral estable (7), aspiran a reincorporarse a este, en relación a este último grupo de pacientes, ejemplo de esto son las siguientes referencias: "Espero recuperarme", "Aspiro volver a trabajar y hacer mi vida normal", "Aspiro recuperarme y vivir unos cuantos años más al lado de mi familia". En relación a la continuidad de sus proyectos de vida, la expresión algunas expresiones lo demuestran: "Aspiro a continuar alcanzando logros en mi vida", "Espero que la vida me dé la oportunidad de continuar disfrutando de ella".

Lo anteriormente expuesto demuestra la presencia de proyecciones futuras en estas pacientes, así como el hecho de que el sentido de vida de estas pacientes, tiene como centro la supervivencia, asociado a un fuerte sentimiento de amor por la vida. Sin embargo, dentro de este grupo testigo, se presenta un reducido número de pacientes (2) que sus aspiraciones difieren de las anteriores del mismo y manifiestan: "Aspiro a nada",

“Espero que a estas alturas la vida no me de nada”, que son manifestaciones de pesimismo y frustración.

**Principales preocupaciones.** Como tendencia general en el grupo de estudio las principales preocupaciones expresadas por las mujeres se encuentran en función del área familiar y la repercusión que ha tenido la enfermedad en esta, así como el desempeño adecuado de los roles en este contexto, ejemplo de ellos es: “La preocupación principal es no faltarle nunca a mi hija”, “La preocupación principal es que quiero trabajar y no puedo, soy el sustento de la casa”, “Mi mayor temor es que no vuelva a ser la misma madre de familia como lo he sido siempre”. Otra preocupación importante es el hecho de que la enfermedad tenga recurrencia en otras localizaciones, así como la evolución que tenga la misma, algunas frases lo demuestran: “La preocupación principal es que esto no me vaya a salir por otra parte”, “La preocupación principal es esta enfermedad que no sé hasta dónde va”, esta preocupación es identificada en este grupo de pacientes.

En las pacientes sometidas a cirugía radical de la mama coincide con las del grupo testigo evidenciadas en una constante preocupación por los hijos, y el hecho de que estos gocen de bienestar y salud, teniendo un papel esencial la figura de los hijos en sus vidas, ejemplo de ello es: “Los hijos se quieren con la vida, son muy valiosos”; La preocupación principal es el bienestar de mis hijos”, “Los hijos sirven de alegría y felicidad”; “Los hijos mientras estén bien no hay problemas con nada”. En este sentido, es importante destacar que los hijos para estas pacientes forman parte de su sentido de vida expresiones tales como: “Vivo por mis hijos y mi familia”, “Los hijos son mi sentir por la vida, por ellos vivo, y lucho”, son muestra fehaciente de ello.

A diferencia del grupo de estudio las pacientes del grupo de estudio expresan que sus mayores preocupaciones asociadas a la enfermedad se encuentran en función de sus temores por la muerte y la repercusión que puede tener esta sobre los miembros de la familia, y el bienestar de los hijos después de este suceso, algunas expresiones lo denotan: “La preocupación principal después que muera son mis hijas”; “Temo morirme

y que mi hijo se quede desorientado por la vida”; “La preocupación principal son mis nietos”.

En coherencia con lo anterior un elemento importante es el hecho de que las preocupaciones asociadas a la evolución de la enfermedad no se presentan en función de una posible recurrencia, sino al desenlace de la enfermedad causada por la muerte unido la posibilidad de recuperación, lo anterior puede estar condicionado por el conocimiento que poseen las pacientes de su diagnóstico y el hecho de que la enfermedad está en estadios avanzados.

**Áreas de conflicto.** En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora, según sus expresiones el mayor problema que tienen en sus vidas en la actualidad, es su enfermedad, siendo esto fuente de sentimientos de culpa aún cuando quede claro que la aparición de la enfermedad no está asociada a factores personales. Se muestran frases tales como: “El mayor problema en mi vida es estar enferma con cáncer”, “El mayor problema es estar en la casa sin hacer nada por culpa de esta maldita enfermedad”, “El mayor problema es estar enferma”, esta situación por la que están transitando se convierte en fuente de conflictos personales, que provocan malestar subjetivo. En relación a lo anterior aparecen frases tales como: “Lamento que me haya enfermado y ser carga para todos en mi casa”, “Lamento estar enferma y no tener cura es algo muy triste”, que sustentan la idea expuesta, y son expresión de sentimientos de culpa, pesimismo, insatisfacción consigo misma.

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical las principales preocupaciones se convierten en parte de sus conflictos identificando varios elementos como el mayor problema con que cuentan en la actualidad. Dentro de ellos identifican como el mayor problema su constante preocupación por la evolución de la enfermedad, especialmente que esta tenga un curso negativo (2): “El mayor problema es que mi enfermedad no tenga mejoría”, otro conflicto que identifican en sus vidas es la situación económica por la que transitan (2), mientras que otras pacientes refieren no presentar ningún problema ejemplo de ello es: “El mayor problema no tengo ninguno.

Coincidentemente con las pacientes sometidas a cirugía conservadora se evidencia en estas pacientes la presencia de sentimientos de culpa (2) expresados en frases tales como: “Lamento que mi hija esté pasando por esta situación tan difícil, me culpo todo el tiempo por eso”, “Lamento que esto le haya sucedido a nuestra familia”, nuevamente se expresan sentimientos de culpa asociados a la familia.

**Necesidades.** En el grupo de pacientes que fueron sometidas a cirugía conservadora se evidencia la expresión de necesidades sentidas de apoyo y comprensión, por parte de las redes de apoyo social y familiar con que cuenta, ejemplo de ello: “Necesito sentir la compañía de alguien”, “Necesito apoyo de mi familia”, “Necesito ser comprendida”, así como un creciente número de expectativas en función de recibir esta comprensión y apoyo: “Espero que me comprendan”, “Espero que mi familia me ayude”. Estas pacientes manifiestan dependencia de los otros condicionando su bienestar.

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical a diferencia de las mujeres sometidas a cirugía conservadora, sus principales necesidades se encuentran orientadas a la familia, en especial el cuidado de los hijos y la familia en general, ejemplo de ello son expresiones tales como: “Amo a mis hijos”; “Amo a mi esposo”; “Mi familia lo mejor que tengo en la vida, es adorable”; “Mi familia que esté bien”. Se percibe la presencia de sentimientos de afecto hacia la familia, siendo esta fuente de bienestar y satisfacción para estas pacientes. A diferencia de las pacientes del grupo de estudio estas necesidades se expresan están centradas en sí mismas, expresadas por el valor que tiene la familia para sí.

En este sentido, es importante destacar que otras necesidades que expresan las pacientes de este grupo (2) están orientadas al mejoramiento del status de vida, específicamente la situación económica, y en menor medida a la recuperación de la enfermedad, algunas expresiones lo demuestran: “Necesito una casa que no tengo”, “Quisiera que mi situación económica mejore, esto me ayudaría a enfrentar mejor la enfermedad”.

A partir de estas necesidades se establecen motivaciones significativas dentro de estas se evidencia el disfrute de la descendencia de los hijos, la continuidad de la generación, el bienestar físico y emocional de los hijos, unido a un creciente número de expectativas en relación a ello, se presentan frases tales como: “Espero que mi hija se decida pronto a tener un bebe”; “Espero poder disfrutar por más años de mis dos nietecitas pequeñas”, “Espero que todo marche bien con mi hija que tendrá jimaguas”. La familia en su máxima expresión forma parte de las principales motivaciones de estas pacientes: “Vivo por mi familia y mi hija”, “Necesito que mi familia se encuentre bien”.

**Aspiraciones.** Se presenta en las pacientes sometidas a cirugía conservadora como tendencia general un significativo número de aspiraciones que son expresadas a través de frases como: “Espero curarme y durar muchos años”, “Espero curarme y ponerme bien”, “Espero recuperar mi bienestar”, estas aspiraciones están en función de la recuperación y del bienestar físico, mientras que otras están en función del disfrute de la vida y de la descendencia que han logrado en sus respectivas familias y brindarle un mayor apoyo a los hijos: “Aspiro a poder ayudar más años a mi hija”, “Aspiro volver a vivir mi vida normal”, “Aspiro mantenerme bien”, lo que demuestra la presencia de optimismo y confianza en el futuro, expresándose en las proyecciones futuras de estas pacientes.

Otra aspiración importante en este grupo es que las mujeres que mantienen un vínculo laboral estable antes de ser sometidas a cirugía (6), desean volver a reincorporarse a la vida laboralmente activa, aún cuando tienen conciencia de las limitaciones que presentan muchos de los casos y que están asociadas a la enfermedad. El resto que desempeñan actividades en su puesto de trabajo y que en la actualidad no están en condiciones de asumir sus labores y que serán pasadas por comisión médica, expresan: “Siento que me retiren por comisión médica”, “Temo no poder reincorporarme al trabajo”, elementos que denotan preocupación por su nuevo status que sin dudas traerá consigo cambios para la vida de estas pacientes.

En comparación con las pacientes sometidas a cirugía conservadora las principales aspiraciones de las pacientes sometidas a cirugía radical se orientan coincidentemente a la recuperación, y en el caso de las mujeres que mantienen un vínculo laboral estable

aspiran a reincorporarse a la vida social y laboral, en relación a este último grupo de pacientes, ejemplo de ello son las siguientes referencias: “Espero recuperarme”, “Aspiro a volver a trabajar y hacer mi vida normal”.

**Repercusiones psicosociales de la enfermedad.** Las pacientes que han sido sometidas a cirugía conservadora de la mama que están en condiciones de mantener su vínculo laboral se evidencia en sus expresiones motivación por reincorporarse a la vida laboral: “Quisiera volver a mi vida normal, continuar trabajando”, “La gran esperanza es volver a trabajar”,: “En el trabajo he logrado sentirme bien y tener buenas relaciones”, “En el trabajo he logrado ser feliz y hacer lo que me gusta”, “En el trabajo he logrado que los padres de los alumnos me quieran y se sientan con esperanza”, constituyendo este ámbito fuente de realización personal y social, así como se evidencia fuerte vínculo afectivo hacia la profesión lo que demuestra que el área laboral es una fuente importante de bienestar y satisfacción de sus necesidades y principales motivaciones, además de expresarse un ajuste de sus principales aspiraciones a su nueva condición de paciente con una enfermedad crónica que presenta limitaciones físicas y que requiere cuidado.

Por otra parte dentro del grupo de estudio, varias pacientes (2) expresan desajuste en sus aspiraciones laborales y su nueva situación y manifiestan no haber obtenido logros y satisfacciones en esta esfera de su vida, expresión de frustraciones, ejemplo de ello es: “En el trabajo no he logrado nada”, “El trabajo nunca ha sido bueno, he trabajado por necesidad no por placer”, lo cual a diferencia del grupo anterior no constituye un factor resiliente en estas pacientes.

Las pacientes que no tienen vínculo laboral y se ocupan de las labores domésticas estas repercusiones han provocado limitaciones para el desempeño de dichas actividades algunas frases lo muestran: “En el trabajo ya no estoy trabajando, ahora tengo muchas limitaciones para hacer las cosas en mi casa”.

Las pacientes sometidas a cirugía radical también expresan un significativo número de repercusiones psicosociales pero a diferencia de las sometidas a cirugía conservadora predomina el hecho de que existe un gran número de mujeres que son amas de casa

(14), dentro de este grupo (3) abandonaron su vínculo laboral estable tiempo antes de ser intervenidas quirúrgicamente, por lo que en la actualidad no tienen vínculo laboral alguno, por lo que el contexto laboral no ha sido afectado por la enfermedad.

En el grupo testigo las limitaciones que ha traído consigo la enfermedad han estado en función de las restricciones que le ha ocasionado para el desempeño de las actividades que realizan en sus casas, ya que este espacio es fuente de realización personal, algunas frases lo denotan “El trabajo ya no estoy fuera de la casa, pero tampoco puedo hacer nada en la casa por ahora”, “El trabajo ahora lo hago en la casa”.

**Vivencias:** Como tendencia en este grupo de estudio se constata también un afrontamiento positivo a la enfermedad (10) y una tendencia saludable al ajuste a las nuevas condiciones de vida, hay aceptación, aunque se presentan en un reducido número de pacientes sentimientos de culpa y un considerable número de temores que sin dudas están influyendo en la subjetividad de estas pacientes y en sus estados psicológicos, predominando en ellas vivencias negativas.

En este grupo de pacientes en las que predominan las vivencias positivas (10), según sus expresiones existe apoyo familiar y social muestra de satisfacción con su familia, se evidencia la esperanza por la continuidad de la vida, la confianza en el tratamiento en frases tales como: “Espero ponerme bien”, “Espero recuperarme”, “El cáncer yo lo voy a vencer”, “El cáncer lo he asimilado con calma”.

Coincide también en este grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora de la mama, la presencia de vivencias negativas como temor a la muerte, ansiedad, sentimientos de desesperanza, angustia, manifestados a través de expresiones como: “Siento ansiedad”, “Siento mucha tristeza en mi vida”, “Siento que no voy a terminar el día”, “La preocupación principal es que voy a morir”, “Temo la muerte después de hacer sufrir a mi familia por esta enfermedad”, temores que sin duda provocan estados de displacer subjetivo, se constata malestar subjetivo expresado en frases como: “El cáncer ha sido lo peor que me ha pasado”, “El cáncer a veces creo que no lo voy a vencer”, manifestaciones de pesimismo.

A diferencia del grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora en las pacientes que han sido sometidas a cirugía radical se expresan vivencias positivas que muestran una tendencia al optimismo(18), algunas frases lo demuestran: “Siento ganas de ponerme bien y empezar a trabajar”; “Yo quiero vivir”; “Siento alegría”; “Siento muchas fuerzas para enfrentar la vida y que estoy logrando algo importante”; “Siento ánimo de vivir, de luchar, de hacer por los demás”, estos elementos expresan amor por la vida, así como la necesidad de continuar viviendo y de disfrutar de ella.

Coincidentemente con el grupo de mujeres sometidas a cirugía conservadora se evidencia la presencia de vivencias negativas (2) lo que en menor medida, dentro de estas se ubican la enunciación de síntomas y de estados de malestar subjetivo, ejemplo de ello es: “Siento ansiedad”, “Siento mucha inseguridad, tristeza”; “Quisiera no sentirme tan mal a veces”, “Quisiera luchar con más fuerzas en la vida, a veces flaqueo”.

**Relaciones interpersonales.** En relación a las pacientes sometidas a cirugía conservadora, expresan el valor significativo que tienen para sí unido a la esfera familiar, las relaciones interpersonales y de pareja, aún cuando muchas de estas pacientes asocian a esta última a su familia y que juegan un papel importante en la vida de estas pacientes. Expresan además el valor de su pareja en el afrontamiento a la enfermedad: “Mi esposo durante todo este tiempo me ha apoyado”, “Mi esposo siento que me quiere como nunca antes”, “Mi esposo no le interesa que tenga cáncer” “Mi esposo es maravilloso”, como se puede constatar en este grupo de pacientes que mantienen una relación de pareja estable se presentan respuestas positivas, que indican la intensidad de la relación afectiva que mantienen con sus esposos. Expresiones tales como “Los demás son mis amigos”, “Los demás me apoyan”, también son expresión del lugar que ocupan estas en la vida de estas pacientes. A partir de estas expresiones se constata que no se han presentado conflictos, ni rechazo de las parejas de las pacientes, muestra de aceptación hacia el otro.

Coincidentemente con este grupo de cirugía conservadora las pacientes sometidas a cirugía radical también destacan el valor que tienen sus familias y en especial la figura

de su esposo para sus vidas, y expresan: “Mi esposo me ha ayudado mucho en estos momentos”, “Mi esposo se encarga de todo lo que me encargaba antes”, “Mi esposo es muy amoroso, maravilloso”, “Mi esposo me cuida”, también destacan el valor que ocupan las relaciones interpersonales para su vida, y expresan: “Los demás son mis amigos”, “Los demás me cuidan”, elementos que apuntan a la presencia de apoyo para estas pacientes de estas redes de apoyo. Se evidencia además el apoyo recibido por estas pacientes durante la enfermedad, así como la presencia de adecuadas relaciones interpersonales, así como una actitud positiva hacia los demás, constituyendo factores resilientes.

**Actitud ante la enfermedad.** Al finalizar el Completamiento de Frases, al dorso de la hoja se ubicó la frase “Mi enfermedad y yo”, a partir del análisis de esta, y aún cuando se les dio a las pacientes la posibilidad de expresar el sentido que tenía la frase para ellas y decidieron completarla con una idea, en este sentido se pretendía profundizar en las actitudes de la paciente hacia la enfermedad y a su vez cómo esta influyó en su subjetividad. Las pacientes sometidas a cirugía conservadora manifiestan: “Al principio fue muy difícil”, “Nos hemos adaptado bien y mi recuperación es buena”, “Es la peor de las enfermedades, pero hemos aprendido a convivir juntas”, todas estas frases son expresión de una clara tendencia al ajuste, como expresión de aceptación de la enfermedad, y confianza en la recuperación.

Por otra parte se expresan vivencias que denotan pesimismo en (2) pacientes: “Es lo peor que me ha pasado en la vida”, “Todavía no me acostumbro a la idea de que tengo cáncer”, expresión de desajuste. Aún cuando la enfermedad evidentemente ha sido fuente de vivencias negativas se constata una tendencia al reajuste en algunos casos y en otras de desajuste, especialmente por el hecho de que ya se ha tenido un tiempo de evolución de un año, el cual ha sido suficiente para reajustarse a la nueva situación de vida.

En las pacientes sometidas a cirugía radical, coincide en la totalidad de los casos la presencia de una actitud de aceptación de la enfermedad, así como de reajuste a la nueva situación, algunas expresiones: “Nos hemos adaptado a vivir juntos, yo la he

asumido con optimismo”, “Siempre hay que pensar con signo de más porque sino todo parece oscuro”, “Yo he asumido esta enfermedad con calma, tengo limitaciones físicas, pero sigo viviendo que es lo más importante para mí”.

**Flexibilidad.** En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora un significativo número de pacientes expresan flexibilidad mientras que en el grupo testigo muestran coincidentemente este mismo elemento. Por una parte se observa capacidad para afrontar los cambios que implican esta nueva situación de vida, jugando un papel esencial en la regulación del comportamiento mediante la estructuración consciente y activa de sus principales aspiraciones, motivaciones y tendencias orientadoras de la personalidad, estas últimas orientadas al área familiar, específicamente la continuidad de la descendencia por sus hijos, y el cuidado de la familia desde su rol de madre. Se manifiesta además la presencia de elaboración personal e implicación afectiva con el contenido expresado, sin embargo esto es más común en el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical que en conservadora.

En las pacientes sometidas a cirugía conservadora en un reducido número de pacientes (2) se constata la presencia de rigidez, y coincide también con igual número de pacientes del grupo testigo que en la expresión de los distintos contenidos psicológicos expresados, esencialmente los cambios que se dan como parte de su nueva situación no son afrontados saludablemente, existe una baja tolerancia a las frustraciones, pesimismo, resistencia al cambio, un desarrollo limitado de aspiraciones, presencia de inseguridad que se expresa en una constante demanda de afecto hacia los otros, poca elaboración personal en los contenidos expresados.

A continuación se realiza un análisis donde se valora cada una de estas categorías en las diferentes esferas de expresión de la personalidad en estas pacientes.

**Esfera familiar:** En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora las principales proyecciones en esta área se expresan a través de un fuerte vínculo afectivo hacia la familia, expresado en la necesidad de aumentar la cercanía entre sus miembros, así como continuar brindando y recibiendo apoyo familiar, identificándose

esta última como una necesidad sentida, así como la comprensión recibida por parte de las redes de apoyo familiar con que cuenta. También se encuentra como otra importante proyección el disfrute de la familia en general, en especial de la descendencia lograda por los hijos, coincidiendo esto con las principales aspiraciones. Lo que nos demuestra que en estas pacientes del grupo de estudio constituye la familia una tendencia orientadora de su personalidad.

En relación con las principales preocupaciones también se encuentra en su centro la familia, especialmente la repercusión que ha tenido la enfermedad para esta, y el desempeño adecuado de sus roles en este contexto, unido a una fuerte preocupación por la aparición de una posible recurrencia y la evolución de la enfermedad, lo que es fuente de inseguridad.

Los principales conflictos de estas pacientes que conforman el grupo de estudio se presentan asociados a la presencia de fuertes sentimientos de culpa, por haber enfermado, pesimismo e insatisfacción consigo misma, no siendo esto una generalidad dentro del grupo. Dentro de las principales repercusiones psicosociales de la enfermedad se ubican las limitaciones físicas que impiden el desempeño adecuado de sus actividades, roles y funciones en el hogar.

En el grupo de estudio, en el grupo testigo las principales proyecciones se orientan al disfrute de la familia y su descendencia. En la base de estas proyecciones se encuentran también las principales necesidades que tienen como centro a la familia, asociadas a la protección que le brindan a sus nietos y a sus hijos, siendo esta centro de las principales aspiraciones de estas mujeres.

Dentro de las preocupaciones de estas pacientes también se ubica a la familia como centro de las mismas, expresada en una constante preocupación por los hijos, asociados al bienestar y la salud de estos, así como la presencia de temores por el suceso de una muerte inmediata y la repercusión que este evento pueda tener para los hijos, y nietos, especialmente por el hecho de que los hijos ya no contarán con el apoyo que brindan en el cuidado de la familia.

**Área personal:** Las principales preocupaciones en esta área se encuentran en función de la recuperación, así la posibilidad de una recurrencia, así como que los principales conflictos se expresan a partir de insatisfacción consigo misma manifestados en sentimientos de culpa por estar enferma, constituyendo una de las principales aspiraciones alcanzar la total recuperación y por ende el bienestar físico de sí mismas. En relación a las vivencias expresadas se ubican: temor a la muerte, sentimientos de desesperanza, angustia, siendo estas expresión de vivencias negativas, no constituyendo una tendencia general, mientras que dentro de las vivencias positivas se encuentran: confianza en el tratamiento, optimismo, expresiones de bienestar psicológico.

Se evidencia además que como generalidad las pacientes del grupo de estudio asumen como actitud ante la enfermedad una tendencia al ajuste a su nueva situación real de vida, así como aceptación de la enfermedad, confianza en la recuperación, ambos expresión de flexibilidad, a partir de la reestructuración del campo de acción y de los principales contenidos psicológicos que conforman las principales tendencias motivacionales de la personalidad, mientras que en un número reducido de pacientes se constatan actitudes contrapuestas a las anteriores, siendo estas expresión de rigidez.

Las pacientes del grupo testigo, ubican como una de sus principales preocupaciones la posibilidad de la recuperación, ya que de lo contrario por lo avanzado de la enfermedad la muerte sería un suceso inevitable en sus vidas, lo cual está determinado por el fuerte vínculo afectivo con la vida que expresan. Las principales proyecciones están en función de la continuidad de sus proyectos de vida, supeditados a la evolución de la enfermedad. En estas pacientes un conflicto importante lo constituye su constante preocupación por la evolución de la enfermedad asociado a un posible desenlace que ocurra de manera inmediata, así como la situación económica por la que transitan y la presencia de sentimientos de culpa.

Dentro de las vivencias positivas expresadas se encuentran un fuerte vínculo afectivo con la vida, optimismo, expresiones de bienestar subjetivo, mientras que dentro de las negativas se ubica la enunciación de síntomas, expresión de malestar subjetivo, es

importante destacar que la expresión de vivencias negativas no constituyen una tendencia general en el grupo. En relación con la actitud de estas pacientes hacia la enfermedad se constata también aceptación de la enfermedad.

**Área Laboral:** Tanto en el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora como el grupo de iguales sometidas a cirugía radical el área laboral constituye una importante fuente de motivaciones y de satisfacción de las principales necesidades de estas pacientes especialmente la autorrealización, y es también para aquellas mujeres que antes de ser intervenidas mantenían un vínculo laboral estable centro de las principales repercusiones psicosociales de la enfermedad, determinado esto por la existencia de limitaciones físicas que por una parte impiden el desarrollo adecuado de sus roles laborales y por otra porque aún cuando la paciente esté en condiciones de reincorporarse a la vida laboral, para las etapas de diagnóstico y control de la enfermedad, ha sido necesario que abandonen temporalmente su centro laboral.

A pesar de la complejidad de estas repercusiones, tanto en el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora como en el grupo sometidas a cirugía radical se encuentran dentro de sus principales proyecciones y aspiraciones en esta área la reincorporación a su vida laboral, mientras que aquellas que perdieron su vínculo laboral porque las limitaciones físicas eran permanentes han expresado malestar subjetivo en función de esta situación por la que transitan.

**Relaciones interpersonales:** Tanto en el grupo de pacientes que han sido sometidas a cirugía conservadora como radical las relaciones interpersonales constituyen un importante factor resiliente a tener en cuenta para futuras intervenciones, lo anterior se manifiesta a partir de las expresiones de las pacientes, que denotan el valor que tiene para sí la pareja en el afrontamiento de la enfermedad en aquellos casos que mantienen una relación estable, manifestado a través de una intensa relación afectiva, así como la figura de los demás como fuente de apoyo y seguridad para sí mismas durante la enfermedad.

## **Entrevista en profundidad**

La historia de la enfermedad actual de las pacientes sometidas a cirugía conservadora de la mama, comienza en el momento en que se percatan por sí mismas de los síntomas de alarma asociados a la enfermedad mamaria, expresando la presencia de una “bolita o pelotica” en el seno, según sus propias verbalizaciones, es decir supuestas adenopatías que se manifiestan en la presencia de un nódulo palpable en la mama.

El tiempo de aparición de estos, unido a la presencia de dolor e inflamación varían de un mes a tres meses antes de ser intervenidas quirúrgicamente, pues en un primer momento acuden a los servicios de atención primaria de salud de su municipio y posteriormente si el médico determina que debe ser atendida por un especialista en patología de mama pasa a los servicios de atención secundaria donde inmediatamente se le realizan una serie de procedimientos diagnósticos que determinan si el nódulo es positivo o no para células cancerígenas, y se toma la conducta a seguir.

En caso de que el resultado sea positivo inmediatamente se reúne un equipo multidisciplinario que con la presencia del psiquiatra o psicólogo de la institución de salud le informan y explican a la paciente las posibles opciones de tratamiento. En este sentido es importante destacar que el lapso de tiempo entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica es pequeño, lo que garantiza en la mayoría de estos casos una intervención precoz evitando que las células cancerígenas se extiendan a otras localizaciones.

A diferencia de este grupo en las pacientes sometidas a mastectomía radical, la historia de la enfermedad actual en cada caso está determinada por el lapso de tiempo que transcurre desde las primeras manifestaciones de la sintomatología, el mismo oscila de quince días a cuatro meses, y el momento en que estas pacientes acuden a los servicios de salud, condicionado por el hecho de que le ocultan a sus familiares la presencia de estos síntomas, mientras que otras no le brindan la debida importancia a este suceso. Coincidentemente con el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora estas pacientes se percatan por sí mismas de los síntomas.

Las circunstancias en que son detectados estos síntomas son comunes para ambos grupos, pues ocurre en el momento en que se están bañando, a raíz de experiencias previas de familiares y amigas que en un momento también fueron intervenidas por presentar alguna patología mamaria y comienzan a realizarse el autoexamen de mama.

Los síntomas físicos que se presentan coinciden con el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora, en este segundo grupo son más acentuados que en el primero.

### **Principales preocupaciones sobre la enfermedad.**

Preocupaciones comunes sobre la salud en la totalidad de las mujeres, están asociadas al éxito del tratamiento, así como las repercusiones del mismo, ejemplo de ello es la expresión: "...al principio me preocupaba en extremo el hecho de que el médico no me quitara todo el tumor y el problema no tuviera solución, después que he visto la evolución parece que todavía queda por qué luchar". Otra preocupación que se manifiesta está asociada al hecho de la muerte y sus consecuencias para la familia, especialmente el cuidado de los nietos que estaban bajo su custodia expresión de ello es: "Temo morir y después de esto no sé si mi nietecito pequeño se adaptará, yo soy su abuela el se ha criado conmigo, y ahora quién lo cuidará".

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora sus principales preocupaciones se asocian a temores por posibles recidivas de la enfermedad una vez que ya han sido operadas. Lo anterior está determinado por el hecho de que al informársele el diagnóstico a cada paciente se le explica con precisión las ventajas y desventajas de la cirugía conservadora, y esta a diferencia de la cirugía radical se mantiene la mama intacta y solo se extirpa el tejido afectado, por lo que aunque brinda la posibilidad de que no se mutile a la paciente queda el riesgo latente de que puedan aparecer nuevos nódulos, y esto además de ser una realidad posible, es una creencia compartida en este grupo de pacientes, que en la actualidad está limitando la confianza en este tipo de proceder quirúrgico, verbalizaciones al respecto lo demuestran: "...una cirugía conservadora te deja la mama intacta es verdad pero no sabemos qué pasará después, ya a mi edad no me interesa si me la cortan o no, ahora mi prioridad es estar viva eso es lo más importante para mí, es por eso que me preocupo".

En este sentido, es importante destacar que en el grupo de pacientes que han sido sometidas a cirugía radical las preocupaciones asociadas a la enfermedad se diferencian de este grupo anterior, especialmente por el hecho de que la principal preocupación de estas pacientes se encuentran en función del éxito de la cirugía, especialmente por la posibilidad que tenga o no el médico durante el proceder quirúrgico de remover en su totalidad el tumor y que en la operación al menos esto quede resuelto.

**Temores asociados a la enfermedad.** Se constata además durante la entrevista con las pacientes sometidas a cirugía conservadora la presencia de inseguridad, desconfianza en el éxito de la cirugía, y aún cuando la cirugía radical sea más agresiva e invasiva para el paciente, la prefieren.

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora se presenta un grupo significativo de temores, asociados esencialmente a la enfermedad: "...temo que la enfermedad me salga por otra parte, aún no estoy tranquila al menos por ahora tendré que esperar para ver si estoy o no en lo cierto", "...a veces me pongo a pensar y me habrán quitado todas las células malas que tenía, prefería estar más tranquila si me hubiesen quitado la mama completa, a mi edad ya cumplieron la función para la que estaban destinadas, amamantar a mis hijos".

Es evidente que en estas pacientes se presenta un constante temor por la aparición de recurrencia de la enfermedad, y desconfianza en el proceder quirúrgico aplicado, lo que matiza que la supervivencia se convierta en una necesidad que debe ser satisfecha de manera inmediata, siendo esto más significativo que el propio hecho de ser mutilada, sin requerir de este tipo de cirugía según determinó el oncólogo.

Otro temor importante en este grupo se manifiestan a través de frases como: "...tener cáncer es terrible sobre todo cuando uno es madre de familia y no sabe qué hacer, y no se sabe cuál será el futuro que le espera a uno, es difícil", "...esta situación me ha hecho pensar mucho en mi futuro y el de mi familia", "...es muy malo saber que se tiene cáncer yo no quisiera que nadie lo viviera, pero se debe ser fuerte y luchar sobre todo por la familia de uno". Se constata en estas pacientes la presencia de incertidumbre futura,

determinado esto por el conocimiento que tienen del diagnóstico de la enfermedad, las preocupaciones que han manifestado por la evolución de la misma, visto desde la perspectiva del rol de madre.

A diferencia de este grupo, las pacientes sometidas a cirugía radical sus temores están condicionados por la posibilidad de una muerte inmediata, especialmente por el desenlace y causarle por esta situación sufrimiento a sus familiares, expresan: "...lo que más temo de mi enfermedad, es caer en una cama por esta y dejar sola a mi familia y que sufran mucho, que sé que va a suceder así". Mientras otras pacientes temen por una posible recurrencia de la enfermedad, especialmente porque en estos casos implicaría el desenlace final y la muerte porque el estadio del cáncer en estas pacientes se encuentra avanzado, representando así una carga elevada de sufrimiento para la familia.

**Criterios de determinación de la cirugía.** En este grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora se indagó en el hecho de la posibilidad de que les permitieran elegir el tipo de cirugía a la que serían sometidas, y manifiestan: "...me operaron con cirugía conservadora porque así lo decidió el médico", "...temo que por conservarme la mama quede la posibilidad de que me salga cáncer por otra parte, ahí si ya mi problema sería más difícil resolverlo", "...cualquier operación tiene riesgos nada más con el hecho de entrar a un salón de operaciones es peligroso, pero la de este tipo me da mucho más miedo, sinceramente todavía no estoy tranquila, hay que esperar a ver qué sucede más adelante".

Sin embargo, es importante señalar que la elección del tipo de cirugía aún cuando se le brinde información a la paciente sobre el proceder, es decisión de cada equipo médico que atiende cada caso en particular de acuerdo a su situación real de salud, y no como una elección que puede hacer la paciente, dentro de los criterios médicos se presentan la localización del tumor, invasividad, estadio del tumor, etc. Este es además un proceder quirúrgico que comienza a aplicarse en los servicios de oncología de mama, y que se está generalizando a un mayor número de casos.

De igual modo, coincide esto con las pacientes que han sido sometidas a cirugía radical, expresando que esto fue parte de la decisión del especialista, además de que en ningún momento hubo rechazo a esta idea, siendo esta la única solución viable para recuperar su salud y refieren: "...yo acepté esta cirugía porque el médico lo indicó así, pero aquel día le dije:...doctor haga lo mejor que usted considere porque yo necesito estar bien", "...nunca tuve miedo de que me quitaran una mama, al contrario siempre creí que si era necesario debía hacerse, yo prefiero que me falte una mama y tener vida, nada es más importante que esto". Se constata en estas pacientes una autodeterminación en la toma de decisiones, así como el valor que le dan a la vida por encima de su aspecto personal.

**Repercusiones psicosociales de la enfermedad.** En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora se manifiesta el hecho de que refieren un grupo importante de repercusiones psicosociales que ha provocado la enfermedad en sus vidas, especialmente las limitaciones para reincorporarse a la vida laboral. A pesar de que tienen conciencia de las limitaciones desean reincorporarse a su centro de trabajo, vida social y familiar realizando un pleno ejercicio de sus roles, pues en los casos que mantienen un vínculo laboral estable y sus puestos de trabajo no implican ejercicios físicos desean volver a trabajar por dificultades de su situación económica, además de ser mujeres cabeza de familia en dos casos, no les permite pasar mucho tiempo sin trabajar, algunas expresiones lo demuestran: "...mi preocupación hoy es que no sé si por esta enfermedad que tengo podré volver a trabajar, la vida está dura y la falta de aporte económico se siente, necesito dinero para venir al hospital, seguir mis tratamientos y no siempre puedo costear todo", "...me preocupa enormemente además de saber que tengo cáncer y que podré morir cualquier día el hecho de que no tengo una buena economía, ni para mí ni para mi familia".

Existe coincidencia la totalidad de estas pacientes en referir las limitaciones que ha establecido la enfermedad, para la realización de actividades físicas de manera general. En relación al trabajo refieren que este es una importante fuente de bienestar y realización personal así como de satisfacción de sus principales necesidades, unido al factor económico que tiene un peso significativo, pues constituyen una fuente de ingreso familiar que garantiza en el caso de las mujeres solteras y divorciadas el sustento. En

relación a lo que más le ha afectado de la operación y del diagnóstico, en el grupo de mujeres trabajadoras (9) es la pérdida de este vínculo, y el temor por no recuperarlo, y las afectaciones que en el plano económico esto trae consigo.

Estas pacientes en su totalidad han sufrido cambios en su vida laboral, pues después de la cirugía han tenido que abandonar temporalmente sus centros laborales para emprender el proceso de recuperación y los tratamientos que le indicó el oncólogo y algunas han sido pesquisadas por una comisión médica, pues la labor que desempeñaban requiere de un alto esfuerzo físico y la enfermedad es incompatible con ello, impidiéndole desempeñar sus funciones adecuadamente, presentándose un importante número de afectaciones no solo en el plano psicológico sino también económico y social, ya que estas pacientes son el sustento de su familia, siendo toda esta situación fuente de malestar subjetivo, lo expresan así: "...total todo lo que hice en mi trabajo la buena trayectoria que tuve y para nada, porque al final de la vida no he logrado nada, ahora ni siquiera otro trabajo me van a buscar hoy sobre en la fábrica, esa que tanto he querido", "...ahora no sé qué será de mi vida, el salario con que me retiran es escaso en comparación con lo que ganaba y lo cara que está la vida, yo estoy decepcionada, me siento muy mal con toda esta situación".

En este sentido, es importante destacar que indagando con las pacientes que han sido pesquisadas por una comisión médica, su malestar subjetivo no sólo está condicionado por la pérdida del vínculo laboral, sino porque la reubicación en otro puesto laboral es viable, y en la actualidad no existe disposición por parte de las instituciones donde trabajan de resarcir los daños causados por la enfermedad.

Las pacientes sometidas a cirugía radical que mantienen vínculo laboral (6) su principal preocupación está asociada a su situación económica y a problemas de vivienda manifestando: "...me preocupa la economía, mi esposo es custodio yo ayudaba muchísimo en la casa con lo que conseguía en el trabajo, ahora no tenemos esa entrada, la situación es muy compleja", "...yo estaba cumpliendo misión en Venezuela, pero no pude terminar pues apareció la enfermedad y mi casa se quedó inconclusa, ahora ya no podré nunca porque mi situación económica no me lo permite, ahora temo

morir y dejar a mis hijas sin una casa confortable, a veces me pongo a pensar y me quita el sueño”, “...mi esposo falleció hace unos años y estábamos construyendo una casa, yo por mi parte iba haciendo algo, pero ahora no podré hacer más nada, mi situación económica no me lo permite, ahora solo aspiro a ampliarla un poco más y terminar, a ver qué pasa con mi salud”.

En el resto de las mujeres que conformaban este grupo (3) y que perdieron su vínculo laboral a raíz de la enfermedad, según sus referencias no constituyó un motivo de insatisfacción ya que estaban cercana a la edad de jubilación no obstante este grupo refiere repercusiones emocionales y expresan: “...me ha sido difícil dejar de trabajar, allí me sentía muy contenta, ahora ya no puedo volver, soy maestra dulcera y es una profesión que requiere esfuerzo físico y en la actualidad no puedo con esas cargas, hace tiempo decidí retirarme, ahora me dedicaré al cuidado de mis nietos, y aunque me sentí mal, al menos no pierdo mi dinerito, eso me tranquiliza”, “...yo toda la vida he sido técnico de compresor y me he dedicado al trabajo, siempre me ha gustado lo que hago, ahora se me presentó la enfermedad y estoy cerca de mi edad de retiro, he decidido dejar de trabajar, sino hubiese sido por la enfermedad todavía estaría trabajando, porque me gusta, esto ha sido una limitante en mi vida sin embargo sigo adelante”.

Las mujeres que son ama de casa (14) también reconocen que se le han presentado limitaciones significativas, especialmente el impedimento para realizar las labores domésticas que habitualmente realizan, y que han sido suplidas estas responsabilidades domésticas por esposos, hijos y hermanos, en relación a esto expresan: “...yo no soporto estar en la casa sin hacer nada, toda la vida he ayudado a mi esposo con la finca, ahora el pobre tiene que hacer su trabajo y el que habitualmente yo hacía, ahora todo es más enredado, yo no me acostumbro a tener limitaciones y que los demás me hagan las cosas”, más adelante otra paciente expresa: “...no me gusta que no me dejen ayudar en la casa al menos pelando ajo, mi hija no me deja hacer nada, ella me cuida como si yo fuera un muchacho chiquito, yo soy muy activa y a veces me siento mal por esta situación, porque no me deja ni acercarme a la cocina, yo creo que ya puedo ir haciendo unas cuantas cosas”.

Se evidencia en estas pacientes resistencia al cambio, al no aceptar las restricciones que la familia les ha impuesto, por orientación médica, que se convierten en limitantes estresantes fuente de malestar subjetivo, ya que en la realización de actividades hogareñas encontraban su autorrealización.

**Sintomatología psíquica.** En las pacientes que han sido sometidas a cirugía conservadora a raíz del diagnóstico de la enfermedad, no ha sido significativo la aparición de síntomas que se han reiterado en el tiempo, establecidos propiamente en un trastorno psicológico, lo que se presentó en un número reducido de casos (2), y que sufren en estos momentos un trastorno de ansiedad y un trastorno depresivo.

Dentro de los síntomas referidos por las pacientes encontramos una tendencia a ubicar (2): llanto, tristeza, sentimientos de desesperanza. A partir de las observaciones realizadas en los intercambios se constató que les resulta difícil conversar sobre su enfermedad y de las distintas situaciones por las que han transitado, sin embargo una sola paciente refiere haber recibido ayuda profesional de un psicólogo o un psiquiatra.

Indagando en las posibles causas que han condicionado el hecho de que no vayan en busca de ayuda profesional (10) expresan: "...al principio pensé que me volvía loca que se me acababa la vida, he pasado por momentos muy difíciles pero lo que siempre me ha quedado claro es que yo lucharé hasta el final", "...a veces no tengo fuerzas, lloro cuando pienso o hablo que tengo cáncer pero he tratado de ser fuerte porque lo que si no puedo es estar loca, ni depender de medicamentos para sentirme bien", "...saber que uno tiene cáncer pesa para siempre, es una pérdida pero hay que guapear", elementos que demuestran que aún cuando estas pacientes reconocen la presencia de estados de malestar subjetivo incluso en muchos casos necesitando la ayuda de un profesional no han acudido en busca de sus servicios, decidiendo sobreponerse emocionalmente a esta situación adversa.

Estableciendo generalizaciones se debe apuntar que las reacciones ante el diagnóstico de las pacientes sometidas a cirugía conservadora según lo aportado por estas pasan por dos momentos fundamentales, un primer momento en que se presentan síntomas

de tristeza, tendencia al llanto, sentimientos de desesperanza fundamentalmente creer que el problema no tiene solución y que la muerte sería un suceso inmediato.

En un segundo momento, existió una reconceptualización de estas vivencias negativas y de repensar qué hacer con su vida, unido a una progresiva tendencia al optimismo (10), y a la ecuanimidad e ir a la búsqueda de soluciones para solventar la situación en el menor tiempo posible. Existe una coincidencia importante en estas pacientes que al haber obtenido los resultados de la biopsia por congelación se presentaron estados positivos asociados a la confianza en la recuperación y en los tratamientos que posteriormente recibirían.

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical se enuncian síntomas tales como: miedo, tristeza, llanto, pero expresan no haber necesitado ayuda profesional de un psicólogo (2). Sin embargo se constata una tendencia a sobreponerse al suceso y continuar con sus proyectos de vida, algunas expresiones lo demuestran: "...que te digan que tienes cáncer es algo terrible, al principio yo pensé que se acababa el mundo, le pregunté al médico cuánto tiempo me quedaba de vida, el me habló claro, en esos días lloré mucho, después pensé en mí y en mi familia dije debo ser fuerte salir adelante, mi psicóloga soy yo".

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical (18) coincide con las primeras pacientes sometidas a cirugía conservadora en el hecho de que existe una tendencia a sobreponerse emocionalmente al suceso, mientras que otras pacientes(2) refieren que aún cuando las primeras reacciones fueron de tristeza, estas no perduraron en el tiempo y que siempre fueron optimistas, esta expresión lo demuestra: "...el optimismo y el amor por mi familia es lo que me ha permitido salir adelante, sin esto y con todo lo que me ha pasado me vuelvo loca".

Otro importante número de pacientes refieren haber reaccionado ecuanimemente y manifiestan: "...cuando supe que tenía cáncer, y que estaba en un estadio bastante avanzado, le dije al médico haga todo lo necesario para salvar mi vida, porque quiero

durar muchos años”, se constata además reacciones de optimismo y confianza en la recuperación.

Las reacciones ante el diagnóstico han sido variadas, las mismas dependen en gran medida de la situación social de desarrollo de cada paciente y de sus características, su historia de vida, de los factores resilientes con que cuente, de sus estilos de afrontamiento, sin embargo se puede señalar que en este grupo predominan las reacciones positivas sobre las negativas.

**Vivencias.** En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora, es importante destacar a partir de las expresiones brindadas por las pacientes, unido al hecho de que el diagnóstico de una enfermedad crónica que aún no tiene cura, y que en muchos de los casos puede ser terminal, siempre será un evento vital significativo que genera vivencias negativas. En estas mujeres (2) se denotan frustración, autculpabilidad, insatisfacción consigo misma y con los logros alcanzados en la vida, pesimismo, estados de malestar subjetivo. Frases como: “...lamento todo el tiempo que perdí con mi primer matrimonio”, “...me arrepiento de lo que no hice”, “...quisiera volver a ser la misma de antes”, “...a veces me pongo a pensar qué he hecho yo para merecer tener cáncer”, “...yo creo que en ocasiones me culpo mucho porque veo a mi familia sufrir y no sé qué voy a hacer”.

En relación a lo anteriormente expuesto, un elemento que está influyendo en las vivencias de estas pacientes, son las repercusiones que ha traído la enfermedad para sí, que se pone en contradicción y limitan el pleno ejercicio de las funciones que le corresponde a cada rol que desempeña y asume como parte de su cotidianidad, instaurándose en una importante fuente de conflicto y de malestar subjetivo, que se sintetiza en la contradicción función de rol vs. sujeto enfermo.

En relación a las vivencias positivas que se presentan (10): se ubican, seguridad, confianza, esperanza, aceptación, tolerancia, satisfacción algunas frases lo expresan, optimismo: “...yo tengo absoluta confianza de que todo va a salir bien, hasta ahora ha sido así, yo he hecho al pie de la letra lo que la doctora me ha dicho, espero que no sea

en vano”, “...yo he aprendido a convivir con el cáncer soy una persona enferma, tengo limitaciones, pero no por eso mi vida es menos valiosa, al contrario todos los días agradezco estar viva, la vida es un regalo”, “...al principio uno siempre se pone a pensar en cosas malas, pero me sobrepuse rápido, hoy tengo esperanza de curarme y estar bien, volver a mis actividades normales”, “...en la medida de lo posible yo soy una persona feliz, he logrado casi todo lo que me he propuesto en la vida, aunque uno siempre quiere más”.

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical se presentan vivencias positivas y negativas con distintos matices, como tendencia en el grupo predominan las vivencias positivas, tales como: optimismo, confianza, seguridad, y expresan: “...si no es por mi optimismo, ya me hubiese muerto esto es lo que me da fuerzas”, “...tener cáncer es muy malo sobre todo porque todo el mundo te señala y dicen: mira la pobrecita tiene cáncer, lo que le queda es nada, y esto no es así, es por eso que me he dicho que debo ser fuerte, cuidarme y llenarme de pensamientos positivos todo el tiempo”.

Dentro de las vivencias negativas se presentan: frustración, autculpabilidad, insatisfacción consigo misma y con los logros alcanzados en la vida, pesimismo, estados de malestar subjetivo, “...aún cuando sé que el médico dice que tengo una evolución positiva queda la posibilidad de que la enfermedad empeore, al principio pensé que el mundo se derrumbaría, son muchos planes, proyectos que hay que repensar y no sé si pueda con todo esto, porque es posible que pasen los años y todo esté bien, pero con esta enfermedad nunca se sabe”.

Estas vivencias en la totalidad de las pacientes de ambos grupos se ubican en un momento inicial de la enfermedad, sin embargo después de la evolución que han tenido se ha manifestado una reconceptualización de las vivencias y se expresa en: “...después de la operación y a pesar de que en un inicio todo fue difícil, ahora que ya estoy más tranquila, mucho más porque he podido ver que ahora todo marcha bien”, “...saber que se tiene cáncer es triste, al menos para mí lo fue, pero con el tiempo unos se acostumbra y es una enfermedad como otra cualquiera, sobre todo porque he podido ver que hasta ahora todo marcha bien, yo lo he asimilado de manera positiva”,

“...después de la cirugía a uno se le disipan las dudas, yo me siento más tranquila, todo cambia y se empieza a ver las cosas con más claridad, los inicios son siempre difíciles y traumáticos sobre todo cuando se conoce que el riesgo de la muerte está cerca todo el tiempo”.

**Antecedentes patológicos familiares.** En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora se constatan antecedentes de cáncer en la familia de estas pacientes, en alguna de sus localizaciones, en familiares de primera generación, es decir, madres y hermanas con diagnóstico de cáncer de mama y cáncer cérvico uterino. Sin embargo debemos apuntar que en comparación con el grupo de pacientes sometidos a cirugía conservadora, en el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical los antecedentes patológicos familiares se presentan con una mayor frecuencia especialmente en familiares de primera generación.

**Proyectos.** En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora expresan que sus principales aspiraciones no se han modificado en su contenido, sin embargo refieren que a partir del diagnóstico de la enfermedad y realizando un análisis retrospectivo, anteriormente estaban orientadas con una intensa perspectiva futura, en la actualidad ha sido necesario reajustarlas a su situación real de vida determinada esta por el diagnóstico del cáncer de mama y el hecho de ser sometidas a una intervención quirúrgica por esta causa, por lo que sus aspiraciones se supeditan en la actualidad a la evolución de la enfermedad, otorgándoles a esta un carácter finito en el tiempo.

Dentro de estas aspiraciones se encuentran continuar disfrutando de la vida, de la familia y de su descendencia, por lo que se observa que las principales motivaciones de este grupo se encuentran en función de la familia y en la posibilidad de continuar cuidando de la misma, se presentan también amplios intereses fundamentalmente por el bienestar personal y familiar.

Expresiones como: “...yo aspiro a seguir viviendo muchos años más y continuar disfrutando de mis nietos eso es una alegría a la que no renunciaré nunca”, “...a pesar de toda esta situación aún aspiro a mantenerme con mucha fuerza en la vida lo único

que deseo es tener mucha salud, todavía pienso que puedo mejorarme con ser humano y ser cada día más útil los míos”, “...todo esto de tener cáncer es muy duro no solo para el que lo padece sino para todos pero yo he sido fuerte, y todavía quisiera ver a mis hijas con mis nietos y tener muchas alegrías”, “...yo ya no pienso tanto en el futuro, uno se pasa la vida dejando todo para el futuro, desde que enfermé me preocupó por el ahora y por mi presente y en cómo puedo ser más feliz”.

Coincidentemente con un importante número de aspiraciones de las pacientes sometidas a cirugía conservadora, las pacientes sometidas a cirugía radical de la mama, expresan que una de sus principales aspiraciones están en función de continuar disfrutando de la familia y de su descendencia, así como continuar brindando apoyo a sus hijos en el cuidado de los nietos y manifiestan: “...en relación a mis aspiraciones, lo que más deseo es ver crecer a mis nietos y ayudar a mi hija en todo lo que necesita sin dificultad y que yo no represente una carga pesada para ninguna de las personas de la familia”, “...aspiro a vivir mi vida feliz en compañía de mi familia, y ver cómo crece, durar más años en la vida”.

Se expresan en este sentido aspiraciones en función de la continuidad de la vida y la recuperación de la enfermedad, y expresan: “...aspiro a vivir muchos años más y recuperarme de esta enfermedad e incorporarme a realizar mi vida en mi casa, aunque claro siempre tendría que cuidarme más de lo que habitualmente hacía”.

Otro importante grupo de aspiraciones están en función del mejoramiento de su situación económica, y manifiestan: “...espero poder terminar de construir mi casa y que mi situación económica mejore”, otra expresión continúa: “...lo que más deseo y lo que más aspiro es agrandar mi casita, yo no quiero morirme sin ver esto hecho realidad”, así como del mejoramiento como seres humanos y manifiestan: “...aspiro a ser mejor madre, esposa, y que todos a mi alrededor estén satisfechos”, “...aspiro a continuar manteniendo buenas relaciones con todos y seguir disfrutando de mi familia”.

Es importante plantear que coincide en estas pacientes el hecho de que las aspiraciones en su contenido después del diagnóstico no han variado, y existe una

tendencia a la estabilidad, así como el hecho de que orientan sus recursos psicológicos en función de lograrlos, y se observa en estas pacientes una tendencia a regular su comportamiento en función de satisfacer todas estas aspiraciones, estructurándose en motivos de manera articulada.

**Valoraciones sobre la vida.** En relación a las pacientes que fueron sometidas a cirugía conservadora estas expresan asociadas al valor que tiene la vida para sí, a pesar del momento por el que están transitando, y destacan también su amor por la vida y la necesidad de continuar disfrutando de ella, manifestaron: "...yo deseo vivir muchos años, la vida es muy valiosa no le tengo miedo ni a la vida ni a la muerte", "...estar viva me permite luchar por los que quiero y tenerlos a mi lado, por eso debo curarme".

En el grupo de mujeres sometidas a cirugía radical se constata que las valoraciones sobre la vida se asocian al vínculo afectivo con el sistema familiar, formando parte de su sentido de vida. Dentro de estas se expresa: "...para mí la vida, es la vida, la casa de uno, la familia que he formado, los hijos, mis nietos, todo y siempre me he mantenido al cuidado de ellos, también mi esposo, por eso no me puedo quejar de la vida a pesar de lo difícil que han sido estos últimos tiempos", más adelante otra paciente expresa: "...la vida para mí es mi hijo, pero reconozco que me gustaría ser una mejor madre para él, debo mejorar por eso mientras tenga fuerzas lucharé contra la enfermedad". Estas expresiones que se manifiestan en estas pacientes, son expresión de optimismo, autodeterminación, así como la presencia de un importante número de proyecciones futuras en función de su familia y de sí mismas, evidenciándose amor por la vida como una importante motivación en estas pacientes.

**Principales logros.** Dentro del grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora de la mama se identifican como principales logros en la vida, el hecho de haber tenido la oportunidad de formar una familia, en los casos en que mantienen un matrimonio estable, contar con el amor de su pareja y tener la oportunidad de educar a los hijos en común juntos. También destacan el hecho de tener la oportunidad de ser madres y disfrutar del nacimiento y crianza de sus hijos, así como los logros obtenidos en su vida laboral y el reconocimiento obtenido allí.

Aunque se reconocen los logros, al indagar en qué no pueden alcanzar en este momento, refieren que aún cuando mantienen sus aspiraciones en la vida, no pueden delimitar hasta qué meta llegaran, pues depende de la evolución de la enfermedad y del curso que esta siga, ejemplo de ello es: "...definir qué voy a lograr y qué no eso es difícil, pues yo no sé hasta dónde llegará esta enfermedad y cuál será mi final, hasta ahora todo marcha bien, pero no es nada seguro, hay que esperar".

Coincidentemente con los principales logros que manifiestan las pacientes sometidas a cirugía conservadora, en el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical expresan que el mayor logro en sus vidas es haber formado una familia y la posibilidad que tienen de disfrutar de ella en especial de su descendencia, de los nietos y verbalizan: "...uno de los mayores logros que he tenido en mi vida es haber formado esta familia tan bonita que tengo, todos me cuidan y me quieren", "...hasta ahora he logrado además de tener esta familia, haber formado este matrimonio de tantos años, poder disfrutar de los logros de mi hija, que son mis logros también", "...he logrado tener todo lo que me propuesto en la vida, no me puedo quejar, son logros importantes y mientras tenga vida seguiré así".

Es importante destacar que en este grupo de pacientes aún cuando definen un importante número de logros en su vida y se evidencia optimismo, sin embargo supeditan el hecho de continuar alcanzándolos mientras tengan vida, es decir esta condicionado por la evolución de la enfermedad, otorgándoles un carácter de finitud en el tiempo, pero también se expresa una tendencia a la proyección futura.

**Motivaciones profesionales.** En relación a estas en el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora se evidencia que un significativo número de pacientes (9) mantienen un vínculo laboral estable. El tiempo que se han desempeñado en estas funciones oscila de 15 a 20 años de trabajo, dentro de esto más de 10 años vinculados a un mismo centro laboral. Refieren mantener adecuadas relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo y muchos de estos forman parte de su círculo de amistades en la actualidad.

Si embargo, a pesar de que este otro grupo de pacientes que se han distanciado por un tiempo de sus labores en sus centros de trabajo, ha sido significativo su vida en este contexto, siendo fuente de aspiraciones y motivaciones profesionales que se mantienen en el presente, encontrándose están en función de su superación profesional y la utilidad social de la labor que desempeñan, así como el hecho de que inmediatamente que se recuperen retomarán su puesto de trabajo.

Tanto en el grupo de pacientes que abandonan su puesto laboral por las limitaciones para desempeñar su función, como en aquellas en que lo abandonan temporalmente existe motivación por mantener el vínculo laboral, a pesar de las limitaciones físicas que trae consigo a enfermedad. Las pacientes refieren haber recibido el apoyo y comprensión de sus compañeros de trabajo, en todo lo que han necesitado, desde el cuidado de ellas en el hospital, en la casa, hasta el acompañamiento durante el tratamiento y en la ayuda económica en los casos que lo ha necesitado.

**Redes de apoyo familiar.** En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora, sus núcleos familiares presentan una composición variada, en el grupo de mujeres casadas convive con su esposo y en algunos casos con alguno de sus hijos, otros convive madre o abuela, y un menor número viven solas en su vivienda.

En relación al apoyo familiar ha estado presente en mayor o menor medida en las pacientes según refieren han podido contar con el apoyo de los padres, en los casos que aún los tienen vivos, hermanos, hijos, pero en los casos que están casadas el apoyo recibido por parte de la figura del esposo es reconocido, especialmente porque este ha asumido la realización de las labores que habitualmente desempeñaban las pacientes antes de enfermarse, también se le otorga una vital importancia a los hijos como una importante fuente de seguridad emocional. Coherentemente las pacientes manifiestan haber recibido el apoyo de la familia, hasta en el plano económico.

Existe un grupo de pacientes que en estos momentos están demandando más apoyo familiar del que están recibiendo, y expresan: "...no es que ellos (la familia) no me

brinden ayuda, pero no es lo que necesito, no soporto que me digan que yo no estoy enferma y que debo ser fuerte, yo estoy clara de lo que tengo y si, tengo cáncer, a veces me siento mal físicamente, necesito que me acompañen en mi dolor”.

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical, también la convivencia se presenta variada en relación a los familiares que conviven en la misma vivienda. También se sienten apoyadas por la familia, y coincide con que identifican una importante fuente de apoyo a los esposos y los hijos, y también coincide en el hecho de que existe una demanda de más apoyo familiar y manifiestan: “...yo siento que mi familia me apoya de eso no tengo quejas, pero a veces quisiera que cuando me ven triste no se preocuparan, este es un momento difícil en la vida de cualquier persona, solo quiero que me comprendan”.

**Relaciones familiares.** En relación al grupo de pacientes que han sido sometidas a cirugía conservadora expresan que existen adecuadas relaciones familiares, basadas en el armonía y en el respeto, ejemplo de ello es: “...mi esposo y yo hace 30 años que vivimos juntos, nos conocemos, educamos a los hijos en común, yo no me puedo quejar durante este tiempo me ha ayudado y cuida mucho, mis hijos también lo han hecho, y aunque hemos pasado momentos difíciles nunca he estado sola, nos apoyamos y tratamos de buscar la mejor solución”. Presentándose en menor medida se ubican un grupo de pacientes que evalúan sus relaciones familiares de regular a mal, ejemplo de ello es la siguiente expresión: “...yo por mi parte vivo con mi hijo, y mi esposo el es bueno, pero muy machista, las relaciones con mi hijo no son buenas, son pésimas, tenemos muchos problemas y siempre estamos discutiendo, y eso no me agrada, es muy triste vivir como perros y gatos, yo lamento que él esté pasando por esta situación y me culpa todo el tiempo, pero ¿qué culpa tendré yo?”. A partir de estas verbalizaciones se constata que de que en cada caso en particular el apoyo familiar varía, al igual que las reacciones de la familia elemento este que ejerce una importante influencia en el posterior curso y evolución de la enfermedad de estas pacientes.

A diferencia del grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora, en el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical refieren que las reacciones de la familia ante el

conocimiento del diagnóstico fueron positivas, de apoyo y comprensión por el momento en que estaban transitando, así como el hecho de que se han ocupado de su cuidado y restablecimiento, expresan: "...todos en la casa reaccionaron con fuerza, y aunque seguramente estaban preocupados, nunca me lo demostraron y siempre me dieron apoyo incondicionalmente", "...mi esposo al saber que yo tenía cáncer no me dijo nada, solo me dijo que al día siguiente teníamos que ir al hospital, y me dijo: pase lo que pase mañana prométeme que vivirás por mí y yo le de mi seguridad de que así sería", estas expresiones denotan como se ha comportado las reacciones en la familia de estas pacientes. Estas pacientes expresan que mantienen adecuadas relaciones familiares, basadas en el respeto y la armonía.

**Cambios en la dinámica familiar.** En el grupo de pacientes sometidos a cirugía conservadora de la mama, coinciden en que si han existido cambios en su dinámica familiar, específicamente porque otras personas, incluyendo, esposo, hijos, hermanas, se han encargado de la realización de las labores de la casa que anteriormente se encargaban de realizar, así como que sienten que después de estar enfermas la vida familiar no es la misma de antes y refieren: "...antes cuando estaba bien, yo hacía todo en la casa y me sentía tranquila, ahora viene cualquiera de mis hijas y claro siempre con el ánimo de ayudar, vienen, lavan, friegan y siempre me ha gustado poner orden , hoy no puedo hacer eso que hacía antes, ya dependo de otros, yo soy una mujer enferma, cuando me recupere y pueda hacer todo cojo la batuta y se acaban mis problemas por esta parte".

Mas adelante otra paciente refiere: "...aquí en la casa todo fue muy tranquilo, mis hijos ya están crecidos y uno piensa más en si misma, ahora son ellos las que se pasan a vida entera pendientes de mi, me ayudan en lo que no puedo hacer, pero una mujer siempre está acostumbrada a hacerlo todo". Coinciden en esta situación las mujeres que han sido sometidas a cirugía radical y expresan: "...cuando uno se acostumbra a hacer todo en una casa, sobre todo en mi caso que siempre he sido ama de casa, que otras personas vengán a hacer lo que hacía cuando tenía salud, es difícil de entender, sobre todo porque soy inquieta me gusta estar en la cocina, ayudar y ahora no puedo hacer fuerzas con mi mano de la mama operada y tampoco puedo estar cerca del calor, son

muchas limitaciones que nos pone la vida y a las que debemos acostumbrarnos poco a poco que le vamos a hacer”.

**Logros en el contexto familiar:** Para la totalidad de las pacientes sometidas a cirugía conservadora la familia constituye un logro importante en sus historias de vida, así también como el trabajo para aquellas que mantienen un vínculo laboral, siendo fuente de bienestar, seguridad y apoyo emocional. Los sujetos se ubican como el centro de su dinámica familiar alrededor de quienes se organiza la familia.

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical la familia también constituye lo más significativo en su vida, e identifican que el mayor logro en este sentido es tener la oportunidad cada día de disfrutar de estos y de sus nietos y expresan: “...lo más bonito que he tenido en mi familia, fue primero disfrutar de mis hijos y ahora de mis nietos que son mi mayor alegría, a mi edad qué más voy a pedir”.

#### **Díada esposo-esposa.**

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora se evidencia que un significativo número mantienen un matrimonio estable con un promedio de 20 años. En estos coinciden en que las reacciones de su esposo ante el diagnóstico y la enfermedad ha sido positivo, y tienen un pleno conocimiento de su estado y refieren que a pesar de ello han preferido continuara su lado, es por esto que la figura del esposo para estas pacientes es una importante fuente de apoyo, de confidencias, al que le une una historia de vida en común.

Manifiestan mantener una vida sexualmente activa, en la que predomina el vínculo amoroso y el deseo por el otro, aunque refieren que no es con la misma frecuencia de antes, pues deben cuidar de su salud. Otro grupo de pacientes refiere que su vida sexual ha cambiado en el sentido de que los afectos se mantienen, pero que en ocasiones se sienten indispuestas, y temen ser lastimadas, pero que ha recibido la comprensión del esposo, quien no la ha presionado para establecer relaciones sexuales, y que su pareja y su matrimonio son parte indisoluble de sus vidas.

En las pacientes divorciadas refieren no haber tenido éxito en sus relaciones de pareja anteriores, sin embargo manifiestan la necesidad de tener un vínculo estable y contar con la compañía de un hombre y su apoyo, elementos que según ellas le ayudará a enfrentar mejor la enfermedad.

En el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical se presenta un elevado número de mujeres casadas y se presentan 25 años como promedio en sus relaciones. Coincide con el grupo anterior en el hecho de que después del diagnóstico de la enfermedad han recibido el apoyo de su esposo, y que continúan manteniendo adecuadas relaciones, sin embargo aún queda un grupo de insatisfacciones y en algunos casos demandan mas apoyo por parte de la pareja: "...el es un hombre bueno pero quisiera que me comprendiera mejor, a veces yo siento que no comprende mi situación, y eso me hace sentir mal", "...mi esposo es una persona maravillosa, el me ayuda en la casa pero a veces cuando ve que me siento mal, me dice que no estoy enferma, con la idea de darme ánimo pero esto no me gusta, por eso quiero que me apoye más". Estas pacientes mantienen una vida sexualmente activa, sin embargo temen en ocasiones tener relaciones sexuales por temor a ser lastimadas.

**Redes de apoyo social:** En las pacientes sometidas a cirugía conservadora refieren contar con un grupo significativo de amigos y conocidos que la han apoyado, los identifican en los vecinos que tienen en su comunidad, y en los amigos del trabajo y refieren no haber tenido afectaciones en esta área. Coincidentemente se presenta esta misma situación en las pacientes sometidas a cirugía radical manifestando que cuentan con un significativo número de amigos, fuente de apoyo y seguridad, y expresan: "...gran parte de mis amigos son los mismos compañeros del trabajo, ellos me han ayudado mucho y hasta me han traído alguna que otra cosa para mejorar mi alimentación, ellos también han contribuido a mi recuperación".

### **Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein.**

Al realizarse el análisis cuantitativo de la Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein, se constató mediante el análisis de los rangos medios en la aplicación del Test de Mann Whitney, que existen diferencias altamente significativas en relación a la tendencia

posicional al comparar el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora y las sometidas a cirugía radical con un nivel de significación de 0.000, lo cual se demuestra en la Tabla 11:

**Rangos medios según el test de Mann Whitney**

Grupo	N	Rangos medios	Suma de rangos
Autovaloración general (según mediana) C. Conservadora	12	9.42	113.00
C. Radical	20	20.75	415.00
Total	32		

**Test estadístico de Mann-Whitney**

	Autovaloración general (según mediana)
U de Mann-Whitney	35.000
W de Wilcoxon	113.000
Z	-3.718
Sig. exacta (2 colas)	.000

Más adelante, al aplicarse el Test de la Mediana, se contrastó nuevamente el hecho de que existen diferencias altamente significativas, entre cada uno de los grupos, presentándose como el grupo que tiene sus valores por debajo de la mediana la cual tiene un valor de 2.5 puntos, el de pacientes que han sido sometidas a cirugía conservadora de la mama. La Tabla 12 lo demuestra:

**Frecuencias respecto a la mediana general**

		Grupo	
		C. Conservadora	C. Radical
Autovaloración general (según mediana)	> Mediana	1	15
	<= Mediana	11	5

### Test estadístico de comparación de las medianas

	Autovaloración general (según mediana)
Mediana	2.5000
Chi-cuadrado	13.333
gl	1
Sig. exacta	.001

Con la finalidad de profundizar cuáles fueron los ítems que obtuvieron una menor puntuación se procedió a realizar un análisis comparativo teniendo como punto de referencia las puntuaciones obtenidas a partir de la tendencia posicional que muestra en cada ítem, siendo los que menor puntuación recibieron en el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora: Salud, Felicidad, Sufrimiento, Recuperación, lo que se demuestra en la Tabla 13.

### Rangos medios según el test de Mann-Whitney

	Grupo	N	Rangos medios	Suma de rangos
Salud	C. Conservadora	12	9.67	116.00
	C. Radical	20	20.60	412.00
Inteligencia	C. Conservadora	12	15.33	184.00
	C. Radical	20	17.20	344.00
Felicidad	C. Conservadora	12	8.38	100.50
	C. Radical	20	21.38	427.50
Carácter	C. Conservadora	12	14.83	178.00
	C. Radical	20	17.50	350.00
No sufrimiento	C. Conservadora	12	10.46	125.50
	C. Radical	20	20.13	402.50
Seguridad en si mismo	C. Conservadora	12	14.00	168.00
	C. Radical	20	18.00	360.00
Pareja	C. Conservadora	12	15.83	190.00
	C. Radical	20	16.90	338.00
Recuperación	C. Conservadora	12	7.83	94.00
	C. Radical	20	21.70	434.00
Optimismo	C. Conservadora	12	11.92	143.00
	C. Radical	20	19.25	385.00

El análisis cualitativo de los datos tanto para el grupo de estudio como para el grupo testigo permite comprender desde lo vivencial, el sentido que adquiere para cada sujeto cada uno de los contenidos de las categorías propuestas en la escala. Es por ello que

resulta indispensable realizar un análisis pormenorizado por cada uno de estos indicadores, a partir de las respuestas ofrecidas por las pacientes al indagarse desde la valoración que hace de su situación real de vida.

En el grupo de estudio uno de los indicadores que valores más bajos obtuvo fue la Salud, indicador que tanto en este grupo de pacientes como en el otro, objetivamente deben verse afectados pues el centro de la dinámica interna de estas pacientes está modulado por la situación de salud por la que transitan. Se denota en las verbalizaciones que la representación que poseen de la salud es la ausencia de enfermedad física, dependiendo de esta la continuidad de su proyecto de vida.

En este sentido algunas expresiones lo denotan: "...la salud es lo más importante, cuando hay eso ya no hace falta más nada, lo demás va y viene solo. Me ubico allí, porque en estos momentos ya no tengo salud, tengo este problema que su futuro es incierto, no se sabe nunca lo que puede ocurrir mañana", otra paciente apunta: "...me ubico en ese nivel porque tener salud es no tener ningún problema, yo tengo muchos problemas de salud, sino fuera por el cáncer yo no tendría ningún problema eso es lo que me falta, lo que más deseo es estar bien y hacer mi vida normal", en este sentido otra paciente manifiesta: "...tener salud es lo mejor que puede tener una persona, sin esta si hay problemas. Ahora estoy enferma y lo siento, pero espero recuperarme", más adelante otra paciente expresa: "...yo me ubico en este nivel porque tener salud es no tener ninguna enfermedad, yo tengo cáncer y no sé hasta donde avanzará, hasta ahora todo va bien, pero nunca se sabe, me queda recuperar mi salud y estar bien, tengo muchas ganas de eso, por eso me ubico allí, hoy estoy esperando que la doctora me diga qué debo hacer, porque el tratamiento ya lo terminé".

A partir de estos elementos expresados no solo en estas pacientes sino como generalidad en el grupo, se infiere que asociado a la salud se constata incertidumbre futura e inseguridad en función de su salud, determinado esto por una constante preocupación por la evolución de la enfermedad y la recuperación. Un elemento que puede estar influyendo son los tabúes que a nivel de representaciones sociales existen al abordarse el cáncer ya que se ve como una enfermedad nefasta para la vida del

individuo, elemento que no se comporta de igual manera para todos los casos, pero que sin duda alguna tiene un importante condicionante objetivo.

También se constata en estas mujeres que aún cuando esté presente esta incertidumbre se evidencia optimismo y confianza en sí mismas, lo cual se muestra en frases como: "...lo que más deseo es estar bien y hacer mi vida normal", "...ahora estoy enferma y lo siento pero espero recuperarme", "...me queda recuperar mi salud y estar bien, tengo muchas ganas de eso...". Esta confianza es muestra de la existencia de una actitud positiva hacia sí mismo, valorando sus fuerzas con un sentido positivo, expresado en el análisis crítico que hace de su situación de salud real de salud teniendo centro la necesidad de supervivencia y la recuperación, mostrándose correspondencia entre estas valoraciones que hace de sí en esta aspecto de su vida y la aceptación de sus condiciones objetivas de existencia, es decir su enfermedad.

A diferencia de lo expuesto anteriormente en el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical de la mama en relación al indicador salud, expresan: "...ubico la salud ahí porque soy muy optimista con respecto a mi salud, siempre he creído que estar enferma no es y no ha sido lo peor que me ha pasado en la vida", otra paciente expresa: "...mi salud es bastante buena, yo me siento bien por eso me ubico allí, pero reconozco que me falta estar completamente bien", "...yo con respecto a mi salud me ubico en un nivel alto, porque a pesar de que tengo cáncer físicamente me siento bien y mentalmente también por eso me ubico allí".

Más adelante otra paciente expresa: "...tener salud significa no estar enferma, no sentirme mal, sin embargo el cáncer me ha sido indiferente, ya cuando avanzan los años por muy bien que se esté, eso se siente. A pesar de mi enfermedad, yo soy alguien bastante saludable, nunca antes me había enfermado con nada grave", otra expresión de una paciente lo demuestra: "...ser saludable significa no estar enferma, ser saludable es decir no tener ningún problema que te haga la vida difícil. Yo me ubico allá arriba porque a pesar de no estar bien de salud, yo soy muy optimista y creo que voy a vencer la enfermedad". Es importante destacar que aún cuando las pacientes expresen estados

de bienestar físico asociados a la enfermedad, si existe crítica de la misma y de la situación por la que transitan en la actualidad.

Con relación a la variable felicidad en comparación con el grupo de pacientes del grupo testigo también los valores disminuyeron considerablemente en relación a la tendencia posicional. A partir del análisis de las expresiones de estas pacientes se evidencia que un determinante de la felicidad es la salud asociada al bienestar físico, elemento que viene a corroborar lo expresado en relación a esta categoría, así como el bienestar de la familia expresión de una de las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad.

En coherencia con lo anterior varias frases lo denotan: "...para mí ser feliz es tener salud mi familia y yo hoy estoy enferma, pero mi familia está bien todos me hacen la vida feliz, pero no me siento bien de salud, por eso me ubico allí", "...la felicidad es algo que a mí me falta, yo siempre me comparo con mi salud y está mal, la salud es lo que me falta para ser feliz y volver a trabajar en la ronera que es lo que más me gusta hacer", "...dicen que la felicidad no existe, solo por momentos, y a mí no me sucede así, yo siento que soy feliz, y aunque estoy enferma esto no ha sido un impedimento, sólo que quisiera volver a sentirme bien de salud".

En relación a la familia expresan: "...la felicidad no sólo depende de uno mismo, sino también de los que nos rodean, los hijos y la familia en general, yo siento que soy feliz, aunque quisiera tener un poco más de salud", "...yo he sido y seré una persona feliz, aún cuando estoy enferma y no sé si estoy bien completamente, pero tengo una familia bonita y eso me hace feliz, me siento bien". Aún cuando en este grupo de pacientes la familia sea el centro de su felicidad sus preocupaciones por la salud continúan presente en estas valoraciones.

Se constata como tendencia en el grupo, que aún cuando se han obtenido puntuaciones bajas teniendo como referente al grupo testigo estos valores están condicionados por las percepciones evaluativas que poseen las pacientes de su salud, condicionadas estas por el concepto que poseen de esta categoría.

En el grupo testigo el indicador felicidad se expresa por las pacientes la presencia de vivencias positivas, aún cuando toman en cuenta la situación por la que transitan sus vidas en la actualidad, ejemplo de ello es la expresión: "...considero que soy una persona feliz, tengo casi todo por lo que he trabajado en la vida, eso me satisface", también otra expresión lo demuestra: "...yo soy feliz, dentro de poco tendré unos nietecitos jimaguas y eso es una buena alegría".

Sin embargo es importante destacar que en este sentido existe también un grupo de pacientes que expresan también estas vivencias asociadas al bienestar, expresando incertidumbre futura y apunta: "...ser feliz es tener la oportunidad de ver a mi familia unida y aún eso no lo he logrado todavía, me gustaría que mi familia hubiese más armonía", e n este caso la felicidad se supedita a la familia, en especial en especial a los conflictos que puedan ocurrir en su interior.

En el indicador sufrimiento la enfermedad se encuentra condicionando esta vivencia varias expresiones de las pacientes lo demuestran: "...mi mayor sufrimiento es la enfermedad, a veces tengo miedo y no sé a dónde iré a parar, es la incertidumbre la que me hace sentir ansiedad", "...el principal sufrimiento que tengo en mi vida es que no tengo salud y no puedo trabajar, he sufrido con esto", "...yo he sufrido a raíz de la enfermedad, para mí ha sido difícil acostumbrarme a la nueva situación, he tenido que cambiar mis estilos de vida, todo, irme a vivir con mi mamá, no poder hacer siempre lo que me ha gustado: trabajar y todos los impedimentos que tengo y la incertidumbre de que no sé si regresaré a la normalidad, los temores por la muerte, y si esta enfermedad seguirá progresando y si yo le falto a mis hijas, son muchas interrogantes".

En coherencia con lo anterior se evidencia también incertidumbre, así como la presencia de repercusiones psicosociales de la enfermedad, expresada en limitaciones para su reincorporación a sus actividades laborales, así como la presencia de importantes cambios en la dinámica de la vida de estas pacientes y la presencia de temores asociados a la muerte.

En relación al sufrimiento, se constató que las pacientes del grupo testigo expresan el sufrimiento asociados a los momentos iniciales del diagnóstico y que en la actualidad ya este no está presente, algunas verbalizaciones de las pacientes lo denotan: "...al principio sufrí un poco, sobre todo porque tenía mucha incertidumbre, ahora ya estoy tranquila y esto no es un problema para mí", otra paciente manifiesta: "...no he sufrido mucho, me he tomado las cosas con calma, en eso ha influido mi buen carácter y el apoyo de mi familia, no soy una persona sufrida a pesar de todos los golpes que me ha dado la vida, no me quejo", "...no he sufrido con esta enfermedad la he tomado con paciencia y trato de hacer lo mejor para recuperarme rápido, sigo al pie de la letra lo que me indica la doctora", en estas dos verbalizaciones se constata la ausencia de sufrimiento asociado a la enfermedad.

En relación a la recuperación este también fue un indicador visiblemente afectado, y al igual que las categorías anteriores se encuentra modulando esta variable la incertidumbre que expresan estas pacientes en relación a la evolución de la enfermedad, así como los temores asociados a una posible recurrencia, sin embargo se constata una valoración positiva de esta categoría. Varias expresiones lo denotan: "...yo me he recuperado bastante bien, pero tengo mis dudas de lo que será en el futuro y la progresión de la enfermedad, porque con el cáncer nunca se sabe, yo he sido optimista y tengo la seguridad de que saldré adelante", "...la recuperación ha sido buena, ya pasé por la fase de los sueros, ahora solo debo tener paciencia y esperar a ver qué sucede", "...según la doctora yo me estoy recuperando, pero la enfermedad sigue ahí, y los temores también, y eso me impide pensar que de verdad todo está resuelto".

A diferencia del grupo de estudio en el grupo testigo la categoría recuperación no se presentó afectada, valorándose positivamente la evolución de la enfermedad además de constatarse criticidad y adecuación a sus condiciones objetivas de existencia, en este sentido algunas frases lo demuestran: "...yo me estoy recuperando porque me siento bien, pero todavía sé que me falta alcanzar la recuperación total", "...me he recuperado muy bien tal vez lo que me falta es que la doctora me de permiso para hacer todo en la casa, ahí estaré totalmente recuperada", "...yo me he recuperado muy bien, me siento fuerte he asimilado muy bien la enfermedad".

Elementos comunes tanto para el grupo de pacientes sometidas a cirugía conservadora y como para el grupo testigo demostraron la ausencia de diferencias significativas para las categorías: optimismo, inteligencia, carácter, belleza, seguridad en sí mismas, conocimiento de sí y pareja.

En el grupo de estudio el optimismo a diferencia del resto de las categorías analizadas con anterioridad, no muestra diferencias altamente significativas con el grupo testigo, lo que se debe al hecho de que la expresión de optimismo está presente en estas pacientes, y determinado por las valoraciones de sí que tienen de su situación real de salud, que sin duda tiene un fuerte condicionante objetivo. Algunas expresiones son muestra de esto: "...yo siempre he sido optimista, y eso es lo que me ha permitido salir adelante, esta enfermedad es muy dura y nunca se sabe, pero hay que saberla afrontar, yo lo estoy tratando de hacer", "...soy optimista y tengo confianza en el futuro y en que esta enfermedad saldrá bien".

Uno de los indicadores más polémicos en el grupo de pacientes sometidas a cirugía radical fue el optimismo, de manera general se constata la presencia de optimismo en las valoraciones expresadas por las pacientes, sin embargo, también se evidencia algunas posiciones ambivalentes en este aspecto, algunas expresiones lo denotan: "Aunque a veces me faltan fuerzas, siento que he sido y que soy optimista", "No soy optimista totalmente a veces flaqueo, y no tengo mucha confianza en que todo saldrá bien y a veces me pongo a pensar en cosas malas aunque no quiera", en contraposición a ello y en relación a la presencia de valoraciones optimistas sobre la vida, la enfermedad y de sí mismas, se plantean varias expresiones: "Durante todo este proceso he sido muy optimista, he luchado para salir adelante y recuperarme", "Sino fuera por mi optimismo y las ganas de vivir que tengo, por mi familia, yo no sé si mi recuperación hubiese sido igual".

En el grupo de estudio la categoría inteligencia es evaluada a través de frases como: "...los estudios nunca fueron mi fuerte, pero en la escuela si me defendí y no creo que sea torpe", en relación a esto otra paciente expresa: "... yo me ubico allí porque me considero una mujer inteligente, la inteligencia no es solo para el estudio, lo es también para la vida, a veces es más importante tener inteligencia para la vida", elementos que son expresión de autoconocimiento y de la valoración que hacen de sus capacidades para satisfacer las exigencias de la vida.

En el grupo testigo las valoraciones que hacen de esta categoría coincide con las del grupo de estudio, varias frases lo denotan: "...yo creo que no soy muy inteligente, pero me defiendo en lo que hago", "...aunque no he alcanzado una escolaridad universitaria si he logrado hacerme de mi profesión".

En este sentido el grupo de estudio un elemento importante relacionado con la categoría carácter es que expresan satisfacción consigo mismas, pero desean continuar potenciando el desarrollo de su personalidad, así como identifican varios rasgos que las distinguen: "...siempre he sido enérgica e inquieta, sin embargo ahora con la enfermedad he tenido que tranquilizarme", "... tener carácter es ser decidida, tener simpatía, yo me ubico allí porque soy una persona bastante simpática, para llegar hasta arriba lo que me falta es que a veces me pongo molesta y eso no debe ser, me gustaría mejorar en este aspecto".

En el grupo testigo también se evidencia como tendencia también identificar la presencia de rasgos que las definen, así como satisfacción consigo mismas: "...tengo buen carácter, soy una persona sociable, simpática, conversadora, de verdad que por eso no puedo quejar", "...yo tengo buen carácter siempre estoy alegre, fastidiando con los otros y aunque después de la cirugía me puse un poco triste, solo fueron unos días eso fue algo normal, hoy soy la misma de antes".

En relación a la belleza como tendencia en el grupo de estudio, se expresa satisfacción con su imagen corporal varias expresiones lo denotan: "...ser bello es tanto ser bonita físicamente como por dentro, yo no me considero una belleza de mujer, pero tampoco

soy fea, por eso me ubico allí en el medio”, “...yo no soy fea que espante, pero tampoco me puedo comparar con una actriz, aunque no siempre lo más importante es la belleza física, también vale como es la persona”, “...la belleza ya no es algo que importe cuando se está en la quinta década de la vida, más importante que la belleza es la salud”, en relación a estas expresiones se constata que las pacientes le otorgan un valor secundario a la belleza física, ocupando un valor primario lo que las define como sujetos.

Es importante destacar que en el grupo testigo la belleza pudiera ser una variable que pudo haber presentado cambios en su contenido, sin embargo se mantuvo estable a pesar de la mutilación derivada de la cirugía, destacándose la pérdida de la mama como un elemento secundario, siendo la salud y la supervivencia lo más importante, varias expresiones lo denotan: “... a mis años pensar que una es bella puede parecer como una burla, porque ya uno está lleno de arrugas, pero lo que va quedando es como veo como persona”, “...que me falte una mama no es un problema en mi vida, ya estas cumplieron su función, lo más importante es mi salud”.

En el grupo de estudio dos categorías que están estrechamente relacionadas son la seguridad en sí misma y el conocimiento de sí. En relación a esto se muestran varias frases: “...tener seguridad es enfrentar la vida con fuerza, yo soy una persona bastante segura, aunque a veces quisiera tener más fuerzas”, “...yo soy segura, una persona segura es alguien capaz de decidirse por las cosas y seguir adelante, siento que soy bastante segura, porque a pesar de todo esto me he mantenido fuerte, por eso me ubico allí”, la seguridad en si mismas en estas pacientes esta determinado por la valoración que hacen de sus fuerzas responder a las exigencias de sí mismos y del medio. Con respecto al conocimiento de sí se expresa a través de expresiones como: “...conocerse es saber que una persona es así y de otro modo, yo siento que me conozco, sé cómo podré reaccionar, aunque creo que uno nunca llega a conocerse completamente”.

En el grupo testigo la categoría seguridad en si mismas, asociadas a esta se expresa seguridad y confianza, además de manifestar autodeterminación en la toma de

decisiones, así como el hecho de que la seguridad trasciende a la capacidad para tomar decisiones en su vida para enfrentar la vida que les ha tocado vivir.

Muy relacionado con este aspecto se encuentra el indicador conocimiento de sí, elemento este que las pacientes asocian al autoconocimiento no sólo de sus características personalógicas sino también a sus posibles reacciones ante los diferentes eventos acaecidos en su vida y expresan: “Si me conozco bien, sé cómo soy y hasta cómo puedo reaccionar ante las cosas que me pasan”, en sentido otra paciente refiere: “Siento que me conozco como persona capaz de decir soy así, me reconozco a mi misma”, es importante destacar que en estas pacientes se observa una tendencia que más que a referir características personales, se evidencia la mediación de reflexión en la elaboración de estos juicios y valoraciones sobre sí mismas.

También se evidencia la presencia de insatisfacciones en el sentido de que desean conocerse más de lo que realmente se conocen, expresión de la constante búsqueda que hace el hombre por lograr un pleno conocimiento de sí, algunas elaboraciones lo demuestran: “Siento que me conozco bien, aunque quisiera conocerme mejor”, más adelante otra paciente expresa:” Considero que estoy clara a mi edad de cómo soy, pero siempre uno se queda insatisfecho, porque no es que yo quiera ser como este o como el otro, yo simplemente me esmero por ser un mejor ser humano”.

En relación a la categoría pareja las pacientes del grupo de estudio que mantienen una relación de pareja estable manifiestan satisfacción con sus compañeros, expresado a través de frases que denotan un fuerte vínculo afectivo hacia estas personas: “...la pareja es alguien con quien se puede contar, no tengo quejas”, “...mi pareja es maravillosa he contado con todo su apoyo durante este tiempo, sino fuera por él todo hubiese sido más difícil”, mientras que aquellas mujeres que no mantienen en la actualidad una relación de este tipo expresan su necesidad de contar con una red de apoyo de este tipo, “...yo no tengo pareja, soy soltera pero me gustaría tener un compañero, en este tiempo me hubiese gustado compartir mis penas con alguien”.

En el grupo testigo la pareja también es centro de motivaciones, fuente de apoyo y bienestar psicológico para estas mujeres algunas frases lo muestran: “...mi vida en

pareja es buena, mi esposo y yo llevamos muchos años de matrimonio, él no me ha fallado, la pareja no es sólo lo sexual, también vale el cariño que nos brinda, yo me siento bien con mi esposo”, “...mi esposo es excelente, en todo este tiempo he tenido su apoyo incondicional es una excelente persona y buen padre de familia”.

Realizando un análisis casuístico a través del comportamiento de cada uno de los indicadores de la autovaloración en los parámetros que formaron parte de la escala de autovaloración, se constató que tanto en el grupo de estudio (10 sujetos), como en el grupo testigo (18), se presentan como tendencia general adecuación en su autovaloración.

Se evidencia criticidad en la valoración de su situación real de salud y de sus potencialidades para responder a las exigencias del medio y de si mismos, expresado a través de la reestructuración de las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad adecuándolas a su nueva condición de sufrir una enfermedad crónica con riesgo para la vida y ser sometidas a una intervención quirúrgica en la que las pacientes del grupo testigo fueron mastectomizadas.

Se manifiesta además una adecuación entre logros y aspiraciones donde se evidencia el conocimiento que tienen los sujetos de si, siendo este un determinante para la aceptación de sus condiciones objetivas de existencia, formándose una actitud positiva hacia su enfermedad en la que se expresa optimismo y aceptación aún cuando exista incertidumbre por la recuperación.

En el grupo de estudio se constató inadecuación de la autovaloración por defecto en dos pacientes, siendo coincidente esta cifra con el grupo testigo, expresándose subvaloración en una tendencia a sobredimensionar su situación real de salud, en el que se manifiesta en sus reflexiones y valoraciones ausencia de crítica, así como una valoración inadecuada de sus potencialidades expresado en incapacidad para responder las exigencias del medio y de si mismos, donde se evidencia un pobre conocimiento de si, por lo que la expresión de sus principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad se expresa en su autorreferente de manera limitada. Se

constata rigidez, así como la ausencia de aceptación de la enfermedad expresada en una actitud negativa hacia la misma matizado por la presencia de vivencias negativas fuente de malestar subjetivo en estas mujeres.

### **3.3 Análisis de la autovaloración en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora desde una perspectiva integral**

Mediante el análisis pormenorizado de cada una de las técnicas se constató que la edad promedio de las pacientes que conforman el grupo de estudio es de 45 años aproximadamente, mientras que en el grupo testigo es de 55 años existiendo diferencias medianamente significativas entre ambos grupos con respecto a esta variable. Sin embargo en este segundo grupo, el rango de edades oscila desde los 37 años hasta los 78 existiendo una mayor dispersión, y siendo el rango de 50 a 70 años, (14 mujeres), el más numeroso, por lo que se encuentra un significativo número de pacientes transitando por la etapa evolutiva de la adultez mayor (6 pacientes), o que están próximas a ella.

Estableciendo una correlación entre el tiempo de inicio de los síntomas, la edad y el tipo de cirugía a que son sometidas estas mujeres, se demostró que aún cuando no se presentan correlaciones altamente significativas, se destaca que en relación al tiempo de evolución de los síntomas en el grupo de estudio es menos extenso que en el grupo testigo, siendo este último superior a los tres meses de evolución.

Coincide además, en el grupo testigo que mientras más edad tiene la paciente este lapso de tiempo se hace más extenso, lo que conlleva a que el diagnóstico no se realice en estadíos tempranos de la enfermedad, a diferencia de las pacientes del grupo de estudio que son más jóvenes, lo cual está determinado por el hecho de que existe en este grupo de pacientes sometidas a cirugía radical un significativo número de pacientes que transitan por la adultez mayor, y a través de la entrevista en profundidad se constató que las principales causas por las cuales estas pacientes no acuden a tiempo a los servicios salud es que le ocultan los síntomas a sus familiares y cuidadores, o no le brindan la importancia que merece la presencia de una adenopatía en la mama, siendo esto una tendencia más común para los adultos mayores.

A partir de lo anteriormente expuesto, se puede inferir que constituye un factor de riesgo la edad de las mujeres comprendida entre los 45 a los 70 años de edad, siendo más propensas a ser diagnosticadas en estadios avanzados de la enfermedad, las pacientes en edades comprendidas entre los 50 y 70 años y por tanto sometidas a mastectomía radical, constituyendo este un elemento a tener en cuenta para la labor de prevención de la enfermedad y promoción de salud que se realice que los grupos de riesgo previamente identificados.

En esta triada formada por: tiempo de evolución de la sintomatología, edad y tipo de cirugía, es una variable moduladora, el tiempo de evolución de la sintomatología, ya que existe una relación directamente proporcional entre este y el estadio en que se diagnóstica el cáncer de mama y por tanto el tipo de cirugía a la que es sometida la paciente.

Desde la lógica de análisis que se propone consideramos que el estudio de la autovaloración no debe basarse únicamente en el análisis de la adecuación o no de esta configuración, sino que debe analizarse su contenido, pues este y su nivel de adecuación forman una unidad indisoluble.

Adentrándonos en las particularidades de la autovaloración de las pacientes que han sido sometidas a cirugía conservadora de la mama, es necesario establecer la existencia de dos eventos vitales significativos en su historia de vida que en la actualidad determinan la estructuración y funcionamiento de sus configuraciones psicológicas. Uno de estos es el diagnóstico del cáncer, aún cuando en estas pacientes fueron diagnosticadas en estadios temprano lo que garantiza un pronóstico y evolución positiva, y por tanto una mayor probabilidad de supervivencia a diferencia de las pacientes sometidas a cirugía radical, en que el pronóstico es reservado, aún cuando exista una evolución positiva.

El segundo evento es la intervención quirúrgica y los posteriores tratamientos a los que han sido sometidas como parte del arsenal terapéutico que se implementa con este tipo

de pacientes. En el caso de las mujeres que forman parte del grupo de estudio estas fueron sometidas a cirugía conservadora, un proceder quirúrgico que se está generalizando en los servicios de oncología de mama, pero que todavía no es frecuente su uso, mientras que las pacientes del grupo testigo fueron sometidas a mastectomía radical. Tanto en un grupo como en el otro, la terapia coadyuvante es común, siempre en función de las particularidades y exigencias de cada caso, siendo por tanto un tratamiento personalizado.

Utilizando el método de la triangulación y los resultados obtenidos en las diferentes pruebas psicológicas aplicadas podemos generalizar que en el grupo de estudio, así como en el grupo testigo se presenta como tendencia general a la adecuación de la autovaloración caracterizada por la presencia de criticidad en la valoración de su realidad y potencialidades para responder a las exigencias del medio y de si mismas, ya que aún cuando exista un significativo número de preocupaciones asociadas a la enfermedad, así como incertidumbre futura e inseguridad en función de la evolución y la recuperación, se constata como actitud ante la enfermedad una tendencia al ajuste a su nueva situación real de vida, así como aceptación de la enfermedad, es decir de sus condiciones objetivas de existencia en este sentido algunas expresiones lo denotan: “Al principio fue muy difícil”, “Nos hemos adaptado bien y mi recuperación es buena”, “Es la peor de las enfermedades, pero hemos aprendido a convivir juntas”.

En coherencia con lo anterior, en estas pacientes se evidencia también que las principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad a raíz de la intervención quirúrgica no se han modificado en su contenido, pero su perspectiva futura ha adquirido un carácter de finitud en el tiempo, supeditado a la evolución de la enfermedad, expresión de adecuación y reestructuración de su personalidad. En este sentido la familia constituye para el grupo una tendencia orientadora de su personalidad, expresado en un fuerte vínculo afectivo hacia la misma, siendo centro de sus principales preocupaciones, logros, motivaciones formando parte indisoluble de su sentido de vida.

Se expresa un conocimiento adecuado de si mismas, de sus fuerzas, motivos, capacidades, de su actitud hacia el medio y las personas que le rodean, en coherencia

con ello es importante resaltar que en este grupo la esfera laboral ha sido una de las más afectadas por la enfermedad revirtiéndose en repercusiones psicosociales que fuente de malestar subjetivo, sin embargo las pacientes que han presentado limitaciones para reincorporarse se han reestructurado su campo de acción, aceptando esta nueva situación teniendo como principal aspiración la reincorporación a su centro laboral, y siendo esta área fuente de realización personal y de motivaciones profesionales.

Se muestra además una correspondencia entre logros y aspiraciones, expresado en satisfacción consigo misma y con lo logrado a lo largo de su historia de vida, en el área familiar, personal e individual, en la actualidad esta correspondencia está permeada por sus preocupaciones sobre la enfermedad, elemento que no se puede separar de sus condiciones objetivas de existencia, identifican como logros haber tenido la oportunidad de formar una familia, en los casos en que mantienen un matrimonio estable, contar con el amor de su pareja y tener la oportunidad de educar a los hijos en común juntos. También destacan el hecho de tener la oportunidad de ser madres y disfrutar del nacimiento y crianza de sus hijos, así como los logros obtenidos en su vida laboral y el reconocimiento obtenido allí.

Lo anteriormente expuesto, justifica el predominio de un nivel medio de autoestima, presentándose una tendencia a los niveles altos en un total de cinco pacientes, mientras que cinco dentro de este mismo grupo se acercan a un nivel medio. Las valoraciones de los demás tienen un peso significativo en la estructuración de la autovaloración, donde la familia y en especial el apoyo recibido por la pareja y los hijos se conviertan en un importante factor resiliente para el bienestar psicológico de estas pacientes, donde existe un predominio de vivencias positivas como seguridad, confianza, esperanza, aceptación, tolerancia, satisfacción algunas frases lo expresan, optimismo: "...yo tengo absoluta confianza de que todo va a salir bien, hasta ahora ha sido así, yo he hecho al pie de la letra lo que la doctora me ha dicho, espero que no sea en vano".

El resto de las pacientes dentro del grupo de estudio, coincidentes con igual número del grupo testigo presentan una inadecuación de la autovaloración por defecto, se constata una tendencia a sobredimensionar su situación real de salud, en el que se manifiesta en

sus reflexiones y valoraciones ausencia de crítica, así como una valoración inadecuada de sus potencialidades expresado en incapacidad para responder las exigencias del medio y de si mismas, donde se evidencia un pobre conocimiento de si, por lo que la expresión de sus principales tendencias motivacionales orientadoras de la personalidad se expresa en su autorreferente de manera limitada.

Se constata rigidez, así como la ausencia de aceptación de la enfermedad expresada en una actitud negativa hacia la misma matizado por la presencia de vivencias negativas fuente de malestar subjetivo en estas mujeres. Estas pacientes presentan un nivel bajo de autoestima, en el que se expresan vivencias negativas como autoculpabilidad, insatisfacción consigo misma y con los logros alcanzados en la vida, pesimismo, estados de malestar subjetivo.

En este grupo de pacientes no existe correspondencia entre los logros y las aspiraciones, evidenciándose pesimismo, frustración, ubicando como causas de estos fracasos a la enfermedad, por lo que no son capaces en valora en si mismos sus reales potencialidades para alcanzar las principales metas trazadas que forman parte de sus proyectos de vida.

## CONCLUSIONES

- ✓ El tiempo de evolución de la sintomatología es una variable moduladora, entre la edad y tipo de cirugía a la que es sometida la paciente existiendo una relación directamente proporcional entre temporalidad y el estadio en que se diagnostica el cáncer de mama y por tanto el tipo de cirugía a la que es sometida la paciente.
- ✓ Las mujeres con edades comprendidas entre los 45 a los 70 años de edad, son más propensas a ser diagnosticadas en estadios avanzados de la enfermedad, siendo más susceptibles las pacientes en edades comprendidas entre los 50 y 70 años, resultado de alto valor para la prevención de la enfermedad.
- ✓ Como tendencia general en el grupo de estudio se constata una tendencia a la adecuación de la autovaloración, tipificado por la presencia de criticidad en la valoración de su realidad y potencialidades para responder a las exigencias del medio y de sí mismas, expresado en una adecuado autoconocimiento de sus fuerzas, motivos, capacidades, de su actitud hacia el medio y las personas que le rodean, manifestándose una correspondencia entre logros, aspiraciones y el autorreferente de sí, predominando un nivel medio de autoestima, ocupando las valoraciones de los demás un peso significativo, siendo la familia fuente de bienestar psicológico y factor resiliente, expresión de ajuste y de flexibilidad en la aceptación de su situación real de vida, mientras que dos sujetos presentan una autovaloración por defecto, expresada en subvaloración.
- ✓ En la muestra estudiada no se constataron diferencias al estudiar la autovaloración en mujeres sometidas a cirugía conservadora al compararlo con iguales sometidas a cirugía radical.

## RECOMENDACIONES

- ✓ Desarrollar posteriores investigaciones bajo el paradigma cualitativo que aborden la temática desde una perspectiva personológica.
- ✓ Ampliar el criterio de profesionales realizados sobre la operacionalización de la variable autovaloración.
- ✓ Implementar futuras intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama orientadas a potenciar su bienestar psicológico.

## REFERENCIAS

1. Aguiar, J., & Bohn, V. (1998). El Cáncer. Epidemiología y etiología. . In M. Gómez (Ed.), *Cuidados paliativos: atención integral al enfermo terminal* (pp. 91-100). Canarias: ICEPSS.
2. American Joint Committee on Cancer. (2002). *Cancer Staging Manual*. (6th ed). New York: Springer.
3. Albert, A., Bray, D., Lewis, J., Raff, M., Roberts, K., & Watson, J. (1994). *Molecular biology of cell* (3 ed.). New York: Garland Publishing.
4. American Cancer Society. (2007). *American Cancer Society: Cancer Facts and Figures*. Washintong: Autor.
5. Arango, M., Llanes, L., Díaz, T., & Faxas, M. (1997). La apoptosis: sus características y su papel en la transformación maligna de la célula. *Revista Cubana de Oncología* 5(3), 48-53.
6. Arreola, T., Seretlana, L., & Doubona, V. (2007). Cáncer de mama. . *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(2), 157-166.
7. Benítez, J. (2000). Bases genéticas del cáncer hereditario. Implicaciones diagnósticas. *Revista Cubana de Oncología*, 23(1), 8-17.
8. Braunwald, E. (2002) *Principios de medicina interna*. Madrid: McGraw- Hill, p. 579-586.
9. Broët, P., de la Rochefordiere, A., & Scholl, S. (1995). Contralateral breast cancer: annual incidence and risk parameters. *Journal Clinical Oncology* 13(7), 1578-1583.
10. Capote, L. (1992). Epidemiología del cáncer de la glándula mamaria. *Avances en Mastología*, 12(3), 67-74.
11. Carulla, J. (2004). Optimización de recursos, *I Simposio de Cuidados Continuos en Oncología Médica* (pp. 14-15). Toledo: Ministerio de Sanidad y Consumo.
12. Celis, C. & Gordillo, C., (2006). Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama. *Atención Primaria* 37(3) ,173-174.
13. Chaney, A. W., Pollack, A., & M.D., M. (2000). Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 89(7), 1502-1511.

14. Cortner, J., & Vandewoude, G. F. (1997). Essential of molecular biology. In (Jr). De Vita, S. Hellman & S. A. Rosemberg (Eds.), *Cancer. Principles and practice of Oncology* (5 ed., pp. 3-33). Philadelphia: Lippincott, Raven.
15. Dolsophon, W. (2005). La adaptación en el autoconcepto y en la función de rol en los pacientes con cáncer de mama y mastectomía. *Revista Diario Clínico*, 2, 2-20.
16. Díaz, I (2007). Algunas consideraciones de la autovaloración y la calidad de vida percibida en el paciente oncológico. *Neoplasia*, 10(2), 65-72.
17. Eilers, J., Westercamp, T. (2003). In my house are many rooms: a proposed model to examine self-concept. *Journal Clinical Nersury*, 7(1), 79-83.
18. Estape, J. (1998). Cáncer: Un "tabú" decreciente. *Neoplasia*, 15(3), 75-86.
19. European Commission Working Group on Breast Screening Pathology (1998). European pathologists in categorizing ductal carcinoma in situ of the breast using five clasificacions. *Human Patology*, 29(3), 1056-1062.
20. Fernández, L. (2002). *Pensando en la Personalidad*. La Habana, Cuba: Félix Varela.
21. Fernández, M., Ospina, F., (2002) Repercusiones que trae consigo el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Colombiana de Oncología*, 8, 8-10.
22. Fitzgibbons, P. L., Henson, D., & Hutter, R. (2006). Bening breast changes and the risk for subsequent breast cancer: an update of the 1985 consensus statement *Archive Pathology Laboratory Medical.* , 122(23), 1053-1055.
23. Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J., Meyerowitz, B. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal National Cancer Institute*, 96(5),376-387.
24. González, F. (1983). *Motivación moral en adolescentes y jóvenes.* . La Habana, Cuba: Científico-Técnica.
25. González, F. (1985). *Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad*. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
26. González, F. (1994). *Personalidad, modo de vida y salud*. La Habana, Cuba: Félix Várela.

27. González, F., & Mitjans, A. (1992). *La personalidad su educación y desarrollo*. URSS: Progreso.
28. González, L. (2001). La autovaloración y pretensiones. Elementos de alto nivel regulador para el deportista. [Electronic Version]. *www.deportes.com*, 41.from: <http://www.deportes.com/la/autovaloracion/y/pretensiones/elementos/de/alto/nivel/regulador/para/el/deportista.html>.
29. Haber, S. (2000). *Cáncer de Mama, Manual de Tratamiento psicológico*. España: Piados Ibérica.
30. Heron , D., Komarnicky, L., & Hyslop, T. (2000). Bilateral breast carcinoma: risk factors and outcomes for patients with synchronous and metachronous disease. *Cancer*, 88(12), 2739-2750.
31. Holmberg, L., & Anderson, H. (2004). HABITS steering and data monitoring committees: HABITS (hormonal replacement therapy after breast cancer--is it safe?), a randomised comparison: trial stopped. *Lancet* 363(9407), 453- 460.
32. Kastan, M. B. (1997). Molecular biology of cancer: the cell cycle. In J. D. Vita (Ed.), *Cancer: principles and practice of oncology* (5 ed., pp. 121). Philadelphia: Lippincot.
33. Khatcheressian, J. L., Wolff, A. C., & Smith, T. (2006). American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. *Journal Clinical Oncology*, 24(31), 5091-5098.
34. Kissane, D., Clarke, D., Ikin, J., Bloch, S., Smith, G., Vitetta, L., McKenzie,. D. (1998). Psychological morbidity and quality of life in Australian women with earlystage breast cancer: a cross-sectional survey. *Journal Medical Australian*, 169(4),192- 196.
35. Labarrere, A. (1994). *Pensamiento, análisis y autorregulación de la actividad cognoscitiva de los alumnos*. México: Angeles Editores.
36. Lehman, C. D., Gatsonis, C., & Kuhl, C. K. (2007). MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. *Journal Clinical Oncology*, 356(13), 1295-1303.
37. Marsman, D. S., & Borret, J. C. (1994). Apoptosis and chemical carcinogenesis. *Risk Anal* 14(2), 321-328.

38. Nishimura, S. (2003). Delineación ultrasonográfica del cáncer de mama y sus características histopatológicas. *Nippon Gecokkai Zasshi*, 92(1), 75-81.
39. Offit, K., Gilewski, T., & McGuire, P. (1996). Germline BRCA1 185delAG mutations in Jewish women with breast cancer. *Lancet* 347(9016), 1643-1648.
40. Organización Mundial de la Salud (2007). Informe sobre la salud en el mundo 2007. Forjemos el futuro [en línea]: [http:// www.who.int/whr/2003/es/](http://www.who.int/whr/2003/es/) [Consultado 17/08/07].
41. Pandey, M., Thomas, B., Ramdas, K., & Ratheesan, K. (2006). Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Journal Clinical Oncology*, 36, 468-472.
42. Pereira, Y., & N'guyen, P. (2002). *La Autovaloración y los Estilos de Afrontamientos: determinantes psicológicos de la calidad de vida percibida-vivenciada. Estudio preliminar*. Trabajo de Diploma no publicado, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
43. Portero, D. (1996). *Las contradicciones de la personalidad como mecanismos psicológicos matrices de los estados patológicos y no patológicos de la ansiedad*. Tesis de Doctorado no publicada, UCLV, Santa Clara.
44. Puente, F. (1994). *La adherencia terapéutica. Compilación de los trabajos presentados al XXIII Congreso Internacional de Psicología* (1 ed.). México: Ángeles Editores.
45. Rodríguez, G., Gil, F., y García, J. (2004). *Metodología de la Investigación cualitativa*. La Habana: Félix Varela.
46. Rosen, P., Groshen, S., & Kinne, D. (1993). Factors influencing prognosis in node-negative breast carcinoma: analysis of 767 T1N0M0/T2N0M0 patients with long-term follow-up. *Journal Clinical Oncology*, 11(11), 2090-2100.
47. Smith, I. (2001). Duration of chemotherapy in advanced non small cell lung cancer: a randomized trial of three Vs six courses of mitomycin, vimblastine and cisplatin. *Journal Clinical Oncology*, 12, 45-50.
48. Statement of the American Society of Clinical Oncology (1996). Statement of the American Society of Clinical Oncology: genetic testing for cancer susceptibility, Adopted on February 20, 1996. *Journal Clinical Oncology*, 14(5), 1730-1736.

49. Toledo, M., Ferrero, J., & Barreto, M. (1996). Cirugía del cáncer de mama y valoración de la calidad de vida global. *Revista de Psicología. UniversitasTarraconensis, Volumen XVIII*, 19-33.
50. Uzun, O. (2004). Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Journal Nurs Scholarsh* 36(3), 207-213.
51. Weisburger, J., & Williams, G. (2004). Causas del cáncer. In M. G, L. W & L. R (Eds.), *Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society*. Washington: Publicación Científica.
52. Will, B., Berthelot, J., Le Petit, C., Tomiak, E., Verma, S., Evans, W. (2000) Estimates of the lifetime costs of breast cancer treatment in Canada. *Journal European Cancer*, 36(6), 724-735.