

**LA VOZ DE MAESTRAS CON UNA EXPERIENCIA DE CÁNCER DE MAMA:**

**“SU CALIDAD DE VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL”.**

**SANDRA ROCÍO SALAMANCA VELANDIA**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA DE EDUCACIÓN  
MAESTRIA EN PEDAGOGIA  
BUCARAMANGA  
2015**

**LA VOZ DE MAESTRAS CON UNA EXPERIENCIA DE CÁNCER DE MAMA:  
“SU CALIDAD DE VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL”.**

**SANDRA ROCIO SALAMANCA VELANDIA**

**Trabajo de grado como requisito para optar el título de  
Magíster en Pedagogía**

**Directora**

**AURA LUZ CASTRO DE PICO**

**Magíster en Investigación Educativa y Docencia Universitaria**



**UIS, patrimonio científico y cultural**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA DE EDUCACIÓN  
MAESTRIA EN PEDAGOGIA  
BUCARAMANGA  
2015**

A mi Familia, especialmente a mi Madre ya que gracias a ella, estoy donde estoy;  
a mi hija Estefanía, por su paciencia y amor.

**GRACIAS**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Profesora Aura Luz Castro de Pico por su apoyo incondicional, guía, orientación y largas jornadas dedicadas al proyecto.

A mi colega Ps. Juan Miguel Pérez Torres por sus aportes, dedicación y apoyo a este proyecto y por estar ahí cuando lo he necesitado.

A mis pacientes oncológicas docentes, por participar y creer en esta investigación.

Y a todos los que creen en mi cuando emprendo un proyecto.

## Tabla de contenido

INTRODUCCION .....	13
1. EL PROBLEMA Y SU CONTEXTO .....	15
1.1 ANÁLISIS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	19
1.3 OBJETIVOS .....	21
1.4 CONTEXTUALIZACION .....	21
2. SUSTENTO CONCEPTUAL.....	24
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	24
2.2 MARCO TEÓRICO .....	36
2.2.1 Calidad de vida: conceptualización.....	36
2.2.2 Calidad de vida y rol profesional y laboral. ....	38
2.2.3 Cáncer de mama y la calidad de vida.....	39
2.2.4 Imaginarios y representaciones mentales. ....	42
2.2.5 Dimensión afectiva y cáncer de mama.....	44
3. METODOLOGÍA .....	51
3.1 ENFOQUE Y DISEÑO METODOLÓGICO .....	51
3.2 DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO Y PARTICIPANTES.....	52
3.2.1 Población .....	52
3.2.2 Muestra .....	53
3.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	55
3.4 PROCESO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN .....	59
3.5 VALIDEZ INTERNA .....	60
3.6 PRINCIPIOS ÉTICOS.....	60
4. RESULTADOS.....	62
4.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	62
4.2 HALLAZGOS CUALITATIVOS .....	75
4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	99
5. CONCLUSIONES .....	105
6. RECOMENDACIONES.....	108
BIBLIOGRAFÍA .....	110
ANEXOS .....	116

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de mujeres con cáncer de mama: población y muestra.....	53
Tabla 2. Intervalos y Porcentajes según edad .....	54
Tabla 3. Porcentajes área preocupaciones.....	63
Tabla 4. Porcentajes área aislamiento.....	64
Tabla 5. Porcentaje área de percepción corporal .....	65
Tabla 6. porcentaje área funciones cognitivas.....	67
Tabla 7. Porcentajes área de desempeño físico.....	68
Tabla 8. Porcentajes área tiempo libre .....	69
Tabla 9. porcentajes área vida cotidiana .....	70
Tabla 10. Porcentajes área familia.....	72
Tabla 11. Porcentaje redes sociales .....	73
Tabla 12. Porcentajes actitud ante al tratamiento .....	74
Tabla 13. Matriz categorial.....	76

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Comparación entre población y muestra.....	53
Gráfico 2. Intervalos de edades .....	55
Gráfico 3. Comparación niveles área preocupaciones.....	63
Gráfico 4. Comparación resultados área aislamiento .....	65
Gráfico 5. Comparativo percepción corporal.....	66
Gráfico 6. Comparativo funciones cognoscitiva .....	67
Gráfico 7. Comparativo área desempeño físico.....	69
Gráfico 8. Comparativo puntajes tiempo libre .....	70
Gráfico 9. Comparativo porcentajes vida cotidiana.....	71
Gráfico 10. Comparativo porcentajes área familia .....	72
Gráfico 11. Comparativo porcentajes redes sociales.....	73
Gráfico 12. Comparativo porcentajes actitud ante el tratamiento.....	75

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	116
ANEXO 2. FORMATO DE ENTREVISTA .....	121

## RESUMEN

**TÍTULO:** LA VOZ DE MAESTRAS CON UNA EXPERIENCIA DE CÁNCER DE MAMA: “SU CALIDAD DE VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL”

**AUTORA:** SANDRA ROCIO SALAMANCA VELANDIA\*\*

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de Vida, Cáncer de seno, estilos de vida, duelo, pedagogía, Educación, Estrategias de afrontamiento.

### DESCRIPCIÓN

Ante la preocupación que genera la no existencia de estudios en docentes, que dejen de manifiesto las características e influencias educativas, cognitivas, afectivas y conductuales de las enfermedades como el cáncer de seno en la Calidad de Vida (CV) de las personas y específicamente en las mujeres maestras que lo padecen, se realizó la presente investigación como alternativa para conocer el significado subjetivo representacional que tiene para un grupo de maestras la aparición del cáncer de mama y la forma como esta situación afecta su calidad de vida personal y profesional. El enfoque metodológico de la investigación fue mixto y el diseño utilizado se denominó de dos etapas con aplicación independiente; se asumió primero un enfoque cuantitativo mediante la aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa y posteriormente el enfoque cualitativo con diseño etnográfico, utilizando las técnicas de observación, entrevista a profundidad y análisis documental, las cuales permitieron hacer una recuperación de los significados, experiencias, sentimientos y motivaciones predominantes en las maestras pacientes. Para lograr tal fin, se trabajó con una muestra del 15% de 78 maestras.

Los resultados permitieron develar los sentimientos, pensamientos, acciones y vivencias que predominaron en las maestras pacientes y su dinámica social y familiar, aspectos cuyo conocimiento posibilita que las redes de apoyo como la familia, el personal de salud, la comunidad educativa realicen un acompañamiento más humano; la pedagogía y la educación aportaron elementos para entender y dar significado a la cotidianidad de las maestras y a la forma como aprenden a crear y a implementar estrategias de adaptación para enfrentar la realidad y aceptar la situación.

---

\*Tesis de Grado

\*\*Universidad Industrial de Santander, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Educación. Maestría en Pedagogía. Director: Mg. Aura Luz Castro de Pico

## ABSTRACT

**TITLE:** THE VOICE OF TEACHING EXPERIENCE WITH BREAST CANCER: "QUALITY OF LIFE AND PROFESSIONAL STAFF"

**AUTHOR:** SANDRA ROCIO SALAMANCA VELANDIA\*\*

**KEY WORDS:** Quality of Life, Breast Cancer, lifestyles, grief, pedagogy, education, coping strategies

### DESCRIPTION:

Given the concerns about the absence of studies on teachers to stop reveal the characteristics and educational, cognitive, emotional and behavioral influences of diseases like breast cancer Quality of Life (QOL) of people and specifically in female teachers who have it, this research was performed as an alternative to meet the representational subjective meaning for a group of teachers the development of breast cancer and how this affects their quality of personal and professional life. The methodological approach of the research was mixed and design used is called two-stage stand-alone application; A quantitative approach was first assumed by applying the Inventory Quality of Life and Health InCaViSa and later ethnographic qualitative approach design, using the techniques of observation, depth interviews and document analysis, which led to a recovery of the meanings, experiences, feelings and motivations teachers dominant patients. To achieve this end, we worked with a sample of 15% of 78 teachers.

The results allowed to reveal the feelings , thoughts, actions and experiences that teachers dominated patients and their social and family dynamics , aspects whose knowledge enables support networks such as family, health personnel , the educational community made more accompaniment human ; pedagogy and education contributed elements to understand and give meaning to the daily life of teachers and learn how to create and implement adaptation strategies to face reality and accept the situation

---

\*Thesis

\*\* Santander Industrial University, Faculty of Humanities, School of Education. Masters degree in Pedagogy. Director: Mg. Aura Luz Castro de Pico.

## INTRODUCCION

La presente investigación parte de la necesidad de entender una realidad que se ha detectado en un grupo poblacional constituido por maestras que enfrentan una experiencia de cáncer de mama, situación que está relacionada con su calidad de vida tanto en lo personal como en lo profesional. Se presenta un análisis riguroso concerniente a la realidad subjetiva que viven estas maestras desde sus pensamientos, sentimientos, expectativas y vivencias y las diversas formas como han enfrentado la situación a partir del aprendizaje de estrategias de afrontamiento que les ha permitido adaptarse y estar por encima de cualquier circunstancia negativa que las pueda hacer sentir que van a desfallecer.

No se pretende hacer una generalización a partir de los hallazgos; sin embargo, sin duda, lo aquí mostrado, son informaciones significativas que revelan una situación real de lo que está sucediendo en el mundo subjetivo de quien enfrenta la enfermedad y que para la mayoría de las personas como estudiantes, colegas, directivos de las instituciones educativas, padres de familia, son lejanas y están ausentes del diario transcurrir de la escuela; así las maestras en esta situación viven en su intimidad el dolor y la tristeza de sentir que pueden dejar de existir en cualquier momento, razón que las motiva a tomar conciencia para sacar el máximo provecho de esta experiencia considerada negativa y elegir un estilo de vida que las lleve a la auto-realización . Este cambio de rumbo en la vida de las maestras les ha permitido, dentro de su situación, recuperar espacios como el familiar, el educativo, el social, para darle un mayor sentido a lo que hacen, a lo que enseñan a lo que sienten y así, mejorar su calidad de vida.

Este es el gran desafío de esta investigación que se presenta en cuatro capítulos dispuestos de la siguiente manera:

En el primer capítulo, se plantea la situación problemática, la justificación, los objetivos generales y específicos que orientaron el proceso de investigación, así como el contexto en el cual se desarrolló.

En el segundo capítulo, se presentan los fundamentos conceptuales que comprenden los antecedentes investigativos, los fundamentos teóricos y legales que sustentan el presente trabajo; se delimitan además, los aspectos generales sobre la calidad de vida y su relación con quehacer profesional, el significado de cáncer de mama y finalmente aspectos relacionados con los imaginarios.

El tercer capítulo contiene el proceso metodológico, en el cual se precisa el camino seguido en el trabajo de campo y el posterior proceso de análisis e interpretación de la información.

El cuarto capítulo hace mención a los resultados cuantitativos obtenidos mediante la aplicación del instrumento de Incavisa y a los hallazgos cualitativos, los cuales están organizados en una matriz categorial que parte de cuatro unidades de análisis: los pensamientos, los sentimientos, las vivencias y las expectativas; igualmente se presenta la discusión de resultados en la cual se integran, interpretan y analizan los resultados cuantitativos y cualitativos.

Finalmente se plantean las conclusiones generales de la investigación y las recomendaciones.

# 1. EL PROBLEMA Y SU CONTEXTO

## 1.1 ANÁLISIS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según la OMS<sup>1</sup>, el cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en el mundo, dado que en el 2008 se presentaron 12.4 millones de nuevos casos y 7.9 millones de defunciones, lo que significa aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales. Se prevé que el número de decesos anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en 2015, siendo el cáncer de mama el más común entre las mujeres. Garduño y Angarita<sup>2</sup>, afirman que no existe otro cáncer como éste, cuya incidencia haya aumentado más en el mundo desde 1970 y que afecte la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. En la actualidad, este tipo de cáncer es el responsable de casi el 25% de todas las neoplasias diagnosticadas en mujeres estadounidenses y ocupa el primer lugar en frecuencia para mujeres en el mundo. Expresan los mismos autores que en Colombia, *“la situación es alarmante: la tasa de incidencia estimada es de 30 por 100.000 mujeres, muy similar a la de cáncer de cuello uterino que es de 33 por 100.000 mujeres”*<sup>3</sup>.

En Colombia, las cifras del DANE<sup>4</sup> ratifican lo expuesto y muestran que la mortalidad por cáncer de seno se ha incrementado en las dos últimas décadas, en las cuales pasó de una tasa de 3,5 por 100.000 en 1981 a una tasa de 6,8 por 100.000 en el año 2000. El Instituto Nacional de Cancerología<sup>5</sup> encontró que la incidencia del cáncer de mama en mujeres colombianas entre el año 2002 y 2006, es de 6.999 casos anuales. Al mismo tiempo para el Departamento de Santander se encontró una incidencia de 358 casos en el año 2002 al 2006. Según el reporte

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Calidad de Vida. 2005, p. 11

<sup>2</sup> GARDUÑO, O y ANGARITA, L. El Concepto de la Calidad de Vida y la Evolución de los Paradigmas. En: Revista Cubana Salud Pública, Nº 25, vol. 13. . 2005. p.8.

<sup>3</sup> *Ibíd.* p. 17

<sup>4</sup> COLOMBIA, DANE, Estadísticas Vitales, Epidemiología, Cáncer de Seno. Bogotá: DANE. 2010.

<sup>5</sup> INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Bogotá. p.11

en los años 1995 al 1999, el cáncer de mama apareció como la tercera causa de mortalidad en mujeres pertenecientes a este Departamento, lo que se evidencia en 347 fallecimientos durante los cinco años<sup>6</sup>.

Las condiciones de vida actuales comportan una serie de situaciones que de manera aislada o en sumatoria, predisponen a la persona para padecer la enfermedad, condiciones que se denominan factores de riesgo y son constantemente analizados por epidemiólogos y otros profesionales de la salud y de la educación. Estos factores de riesgo pueden presentarse independientes del sujeto, como aquellos que no pueden ser voluntariamente modificados por la persona y que corresponden a condiciones físicas del ambiente como la contaminación ambiental, las características intrínsecas de la actividad laboral y económica realizada, las condiciones socioeconómicas, los índices de violencia social, etc.; así mismo se presentan otros factores que dependen del propio sujeto y forman parte de su estilo de vida; tanto factores internos como externos constituyen lo que se denomina calidad de vida, definida por la OMS como *“ la percepción que tiene una persona de sus propias metas, de su estilo de vida y expectativas, de su bienestar físico, social, espiritual y psicológico, todo esto en relación con el contexto social, cultural y moral en el cual se desenvuelve dicha persona.”*<sup>7</sup>.

Goldbaum<sup>8</sup> señala que los factores que dependen de la voluntad y los hábitos del individuo, tales como consumo de alcohol, tabaco y drogas, comportamiento sexual, hábitos alimenticios, higiene, visitas al médico, se les denomina estilo de vida y Lara y Cols<sup>9</sup>, consideran al estilo de vida como comportamientos que el sujeto adopta de manera general y cotidiana, que eventualmente lo pueden afectar de manera positiva o negativa, sea de forma real o por lo que lo que el

---

<sup>6</sup> COLOMBIA. DANE. o. cit. p. 4.

<sup>7</sup> OMS. Op. cit. p.11.

<sup>8</sup> GOLDBAUM. A. Parámetros de la Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos. España: Psicotema. 2001. p. 25.

<sup>9</sup> LARA J. y COLS, M, Cognición hacia la Enfermedad, Calidad de Vida. En: Red de Revista. España, Abril 20 de 2002. p.14.

mismo sujeto cree y siente que le está sucediendo; queda entonces abierta la hipótesis de que algunos de estos factores, sean reales o imaginarios, podrían favorecer la aparición de la enfermedad y que su control por parte del individuo, podría incidir en la reducción de su nivel de riesgo.

Al hacer una revisión bibliográfica a nivel mundial sobre investigaciones acerca de la aparición del cáncer de mama que profundicen en los imaginarios, vivencias, pensamientos, sentimientos y expectativas y su incidencia en la calidad de vida del paciente, pocas son las que se encuentran y menos aún, en Colombia, Santander y Bucaramanga; si se indaga sobre un grupo ocupacional como el de docentes, la búsqueda lleva a no encontrar investigaciones de este tipo. Sin embargo, llama la atención el elevado número de maestras que en Bucaramanga y Santander presentan cáncer de mama; instituciones de salud en esta ciudad que atienden docentes como es el caso de Avanzar Médico, contemplan dentro de sus estadísticas que el tumor maligno de seno en Santander, es el que más prevalece en las maestras, encontrándose que actualmente hay 78 pacientes con esta patología<sup>10</sup>. Al comparar las cifras presentadas en el Departamento de Santander con las de otras regiones del nororiente colombiano, se encontró que existen 78 casos de maestras, frente a 7 casos en Cesar, 9 en Arauca y 13 en Norte de Santander lo que constituye un 44.8% del total de las neoplasias en maestros<sup>11</sup>.

Existe un vacío en Bucaramanga en cuanto al estudio de la calidad de vida en asocio con la aparición del cáncer de mama en maestras y de las vivencias, pensamientos, sentimientos y expectativas que ellas como docentes viven y enfrentan al padecer esta situación, hecho que es preocupante, si se observa que su labor es eminentemente social y se centra específicamente en orientar el

---

<sup>10</sup> AVANZAR MEDICO. Informe de Estadísticas, Bucaramanga. 2012. p. 1

<sup>11</sup> *Ibíd.* p. 23

aprendizaje de sus estudiantes y coadyuvar en su formación, labor que requiere de la presencia de condiciones óptimas en cuanto a su calidad de vida.

El impacto de la aparición de la enfermedad puede afectar no sólo al ser humano que la padece sino a aquellos sobre los cuales irradia su acción, de tal forma que las dimensiones física, psicológica, cognitiva, económica, afectiva, social, personal y laboral entre otras, son susceptibles de verse afectadas; de ahí que estudiar los efectos de la enfermedad y las vivencias personales y profesionales de estas maestras sea una oportunidad para entender el significado que tiene para ellas esta experiencia, las estrategias de afrontamiento que utilizan para mejorar su calidad y estilo de vida personal, social, familiar y laboral, los factores psicosociales que intervienen y comprender mejor su visión pedagógica frente a sí mismas y a los demás.

El anterior análisis ha permitido plantear la siguiente pregunta de investigación:

**¿Qué vivencias desde la subjetividad se hacen presentes en maestras con una experiencia personal de cáncer de mama y de qué manera esta condición se relaciona con su calidad de vida personal y profesional?**

- Preguntas Directrices

¿Cómo vive un sujeto, que es docente, que es mujer y que afronta cáncer de mama?

¿Qué situaciones contribuyen a afrontar este suceso en su vida al momento de darle un significado subjetivo a su existencia?

¿Qué emociones, motivaciones y expectativas vivencian ante esta nueva situación?

¿Cuál es su visión frente a sí mismas y frente a los demás?

¿De qué manera la experiencia de cáncer de seno se relaciona con su calidad de vida laboral y personal?

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo que comienza a aparecer en las bases de datos científicas en 1969 y desde entonces ha recibido una creciente atención dado que se trata de un término que engloba varios aspectos del bienestar. Dicho concepto se ha adoptado como un indicador en disciplinas tan diversas como economía, política, psicología, medicina, educación y otras ciencias sociales. Según Fernández<sup>12</sup> la comparación de diversas bases de datos (de 1985 a 1995) muestra que, en bases especializadas en psicología, urbanización y biología, se duplicaron las menciones sobre la calidad de vida, mientras que en las bases de datos médicas se triplicó durante el mismo período; así mismo empezó a incursionar esta temática en las bases de datos del área de educación.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre la calidad de vida hacen referencia más al impacto de un padecimiento sobre ella o al efecto de fármacos en su mejoría, que al estudio de condiciones o aspectos de tipo social relacionados con situaciones personales o laborales que afectan al individuo y su entorno; de ahí que sea imprescindible no solamente conocer las estadísticas de morbilidad y mortalidad debido a una realidad como es el cáncer de mama, sino ahondar en aspectos pedagógicos y sociales de esta realidad, profundizando en las vivencias de las personas para desde allí, encontrar el sentido subjetivo a su existencia.

---

<sup>12</sup> FERNANDEZ, M. y VERA. Citado por OBLITAS, L. Psicología de la Salud y Calidad de Vida, México: Thompson. 2003 p. 318

La Ley Sandra Ceballos N° 1384 del 19 de abril de 2010, artículo 17<sup>13</sup>, establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia y resalta la importancia de esta situación como tema prioritario de investigación. Desde esta última perspectiva, los esfuerzos internacionales, nacionales y locales no solo deberían analizar estadísticas y su incidencia en la calidad de vida de las personas, sino que podrían estar dirigidos a conocer y explicar qué les está sucediendo y cómo lo están afrontando, para contar con una base real contextualizada que permita a los entes generar propuestas para mejorar las condiciones de las personas que lo afrontan, en este caso las docentes; para esto se requiere profundizar e indagar acerca del significado atribuido por ellas al cáncer mama, cómo afecta su ámbito personal y laboral y qué cambios se han producido en su vida que hayan incidido en la calidad de la misma.

Esta temática constituye un campo muy valioso de investigación que enriquece y aporta a la práctica pedagógica en la medida en que posibilita a la propia persona, entender lo que le está sucediendo y de esta forma, asumir su propio quehacer docente como un proceso de continuo aprendizaje con una nueva perspectiva que le permite una mayor comprensión de la problemática que vive; de la misma manera tal reflexión coadyuva a la búsqueda personal de estrategias pedagógicas de afrontamiento que redunden en beneficio de sí mismo y de aquellas personas sobre quienes la maestra ejerce su acción docente como son, alumnos, padres de familia, compañeros y sociedad en general.

Esta investigación también puede generar impacto sobre la política educativa, por cuanto puede brindar información sobre la calidad de vida de las maestras con cáncer de mama a los entes de gobierno que toman decisiones como la Secretaría de Educación y la misma institución educativa; el hecho de que ellos conozcan esta situación hace posible generar directrices para realizar adecuaciones en

---

<sup>13</sup> COLOMBIA. Ley N° 1384 de 2010, Artículo 17, p. 20.

cuanto a horarios, carga académica y otros aspectos laborales que sean más coherentes con las necesidades sentidas por este grupo de maestras.

Igualmente para la sociedad constituye un importante aporte, dado que a partir de los resultados podrían generarse programas pedagógicos de prevención y de intervención con la participación de la misma sociedad y de otras disciplinas como la psicología y la medicina.

### **1.3 OBJETIVOS**

- **General:** Analizar el significado subjetivo representacional que tiene para un grupo de maestras la aparición del cáncer de mama y la forma como esta situación afecta su calidad de vida personal y profesional.

- **Específicos:**

- Describir las vivencias de las maestras como resultado de la aparición del cáncer de mama.
- Develar las emociones y sentimientos que experimentan frente a esta nueva situación.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan como mecanismo de adaptación.
- Analizar los aspectos personales y laborales relevantes de calidad de vida en estas maestras.

### **1.4 CONTEXTUALIZACION**

El contexto en el que se realizó la investigación fue una EPS de régimen especial asociada al magisterio, que atiende a los docentes del nororiente que están afiliados a ella. Al hacer una revisión de las estadísticas sobre el servicio, se detectó que entre los años 2012 y 2013 se presentaron 76 casos de pacientes

con cáncer de mama, lo que ha activado las alarmas en esta institución de salud y ha motivado a sus directivas y personal profesional a buscar mecanismos que propendan por la calidad de vida de las pacientes

Coherente con lo anterior, la misión de esta entidad prestadora de servicios de salud al personal docente del departamento, se describe así: *“Somos una institución prestadora de servicios de salud para docentes, comprometidos con la satisfacción y mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, a través de una atención Integral con profesionales idóneos, tecnología apropiada, y la función social bajo los principios de Responsabilidad, Calidad y Calidez para con nuestros trabajadores y usuarios”*.<sup>14</sup> Así mismo, su visión apunta a que *“alcanzará en el 2016 el reconocimiento Nacional como uno de los mejores entes Prestadores de Servicios de Salud, brindando satisfacción y confianza a nuestros usuarios mediante altos estándares de Calidad, Calidez y Oportunidad.”*<sup>15</sup>

Avanzar Medico como entidad es el resultado de la unión de cuatro grandes IPS (Instituciones Prestadores de Servicios de Salud) del nororiente colombiano que se unen para atender las necesidades de Salud de los afiliados al Fondo Nacional del Magisterio y sus beneficiarios, ubicados en los departamentos de Arauca, Cesar, Santander Norte y Sur. Integran esta unión: Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lulle – FOSCAL, área Metropolitana de Bucaramanga, Clínica Santa Ana S. A., de Cúcuta, Sociedad Clínica Valledupar Ltda, de Valledupar y la Caja Santandereana de Subsidio Familiar - CAJASAN, de Bucaramanga.

La unión temporal avanzar medico región 1, es liderada técnica y administrativamente por la Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos

---

<sup>14</sup> AVANZAR MEDICO. Bucaramanga, 2013. p 2

<sup>15</sup> Ibid. p. 2

Ardila Lulle – Foscal, clínica que presta servicios de salud en todas las especialidades médicas. En cuanto a la especialidad en oncología cuenta con el Centro de cáncer Virgilio Gálvis R. que ofrece servicios de quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, psicología para apoyo a los pacientes y a sus familiares

## 2. SUSTENTO CONCEPTUAL

A continuación se hará un esbozo de los antecedentes investigativos internacionales, nacionales y locales para luego dar paso a un análisis del marco teórico y legal que fundamentan la investigación.

### 2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- **A nivel internacional.** Durán e Ibáñez<sup>16</sup>, realizaron una revisión del trabajo histórico de la Psico-oncología y las diversas temáticas en las cuales se ha centrado el trabajo de esta línea de investigación; entre ellas se rescatan temáticas como, características de personalidad asociadas al desarrollo y progresión del cáncer; programas de intervención psicosocial dirigidos a enfermos de cáncer; aspectos psicológicos implicados en la prevención de esta enfermedad; reflexión sobre factores psicológicos y enfermedad oncológica y por último, necesidad de una formación específica en Psicooncología y la conveniencia de fomentar la práctica profesional de la misma.

Dentro de la primera temática se encontró la investigación “*Características de personalidad asociadas al desarrollo y progresión del cáncer*” cuyo objetivo fue establecer una relación entre cáncer y personalidad; se encontró que los patrones de conducta tipo A y C están relacionados con el cáncer.

Los patrones de conducta tipo A, según Friedman y Rosenmen, son un “*complejo particular de acción emoción que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha relativamente crónica para lograr un*

---

<sup>16</sup> DURÁN, E. e IBAÑEZ, E. Perspectivas Futuras de Investigación e Intervención Profesional. En: Revista Psicología, Salud y Dolencias, Vol. 1 N° 001, p. 18-31

*número de metas, usualmente ilimitadas de su medio ambiente, en el menor tiempo posible, y si es necesario, contra los esfuerzos de otras personas o cosas de su mismo entorno.*<sup>17</sup> Este patrón se concibe actualmente como un constructo multidimensional, constituido por factores de diversa naturaleza como son a) componentes formales: voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora; b) conductas manifiestas: urgencias de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo; c) aspectos motivacionales: motivación de logro, competitividad, orientación hacia el éxito y ambición; d) actitudes y emociones: hostilidad, impaciencia, ira y agresividad; e) aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico.

Los patrones de conducta tipo C están relacionados fundamentalmente con la no expresión y/o no experiencia de emociones negativas, especialmente la ira y la cólera. Quienes presentan estos rasgos poseen las siguientes características: son personas con baja hostilidad, poca ansiedad y neuroticismo, con una emocionalidad blanda y constreñida, muy racionales, distantes y anti emocionales. También presentan el estilo represivo de afrontamiento, cuyas características dominantes son: a) bajos niveles de comunicación de las emociones negativas como ansiedad, ira e impulsos hostiles. b) déficit de memoria para recuerdos emocionales negativos; c) intentos de evitar dar una impresión de perturbación psicológica c) poca descripción de la experiencia emocional. En general, se encontró en la investigación, que tanto un alto control emocional así como la baja expresividad emocional, son rasgos específicos que se encuentran asociados en muchos casos, con el padecimiento de la enfermedad cancerosa.

En Europa, el grupo de profesionales EORTC (organización europea para la investigación y tratamiento de cáncer), desarrollaron en 2004 un estudio titulado: *“Evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico”* liderado por Arraras y

---

<sup>17</sup>FRIEDMAN & ROSENMAN. Citado por OBLITAS, L. Op.cit. p. 114

Cols<sup>18</sup>, quienes plantearon como objetivo medir la calidad de vida del paciente oncológico a través de la elaboración y diseño de un cuestionario; tal instrumento fue construido y diseñado por el grupo y contiene diferentes ítems relacionados directamente con la enfermedad como por ejemplo, síntomas, efectos secundarios de los medicamentos, aspectos de imagen corporal, sexualidad, miedos o temores, etc.; para validarlo se aplicó a una muestra de 125 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en niveles iniciales de la enfermedad.

Concluyen los autores que las pacientes evaluadas tienen una percepción a futuro positiva de calidad de vida y de mejoramiento en función a los tratamientos recibidos, sin dejar de tener miedo o temor por recaer en los síntomas de la enfermedad; hacen énfasis en que los profesionales encargados brinden mejores alternativas de tratamiento y acompañamiento pedagógico que permita al paciente construir seguridad en cuanto a su calidad de vida. Así mismo se llegó a la conclusión de que la *“calidad de vida es un fenómeno subjetivo, por lo que es el paciente quien mejor puede medirla”*<sup>19</sup>.

En Perú, el psicólogo clínico, Monge en el año 2006, publicó un estudio titulado *“Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en el Hospital de Essalud Cusco”*<sup>20</sup>; su estudio se enfocó en describir la variable calidad de vida en pacientes oncológicos a través del uso de un instrumento de medición conocido como QLQ-C30 (Cuestionario de Calidad de Vida) para pacientes con cáncer, diseñado por (EORTC), el que fue aplicado a una muestra de 48 pacientes entre los 41 -45 años de edad. Luego de la aplicación del instrumento el autor del estudio logró identificar que la gran mayoría de las evaluadas presentaron un deterioro significativo en la calidad de vida, percibiéndola así mismo como mala; de ahí que recomendó la creación de programas de evaluación y psicoeducación usados de manera constante en pacientes desde los inicios de la enfermedad, sin

---

<sup>18</sup> ARRARAS, J. I. y COLS, S. Evaluación de la Calidad de Vida del paciente Oncológico. En: Revista Psicooncología, N°1, vol.1, p. 87

<sup>19</sup> Ibid.p.17

<sup>20</sup> MONJE, F. Calidad de Vida en Pacientes con cáncer de mama En: Revista de Psicooncología. Op.cit. p. 48-54.

dejar de lado a los pacientes terminales y sin excluir ninguna variable del contexto (familia, amigos, relaciones de pareja, cultura, etc.); de la misma forma hizo sugerencias para nuevos estudios en los que la variable economía sea tenida en cuenta pues según el autor, dicha variable influye significativamente en el acceso de los tratamientos y por ende a la percepción de la calidad de vida.

Otro trabajo relacionado con la temática calidad de vida es el de Terol, Roig, Rodríguez, Ángeles, Mora y Lizon,<sup>21</sup> denominado “*Diferencias en la calidad de vida*” cuyo objetivo fue evaluar y comparar la calidad de vida y estado emocional, (ansiedad y depresión) de 21 pacientes oncológicos entrevistados en dos momentos de su enfermedad: al inicio y, en sus últimos ciclos de quimioterapia<sup>22</sup>; la muestra estuvo constituida por 10 hombres y 11 mujeres entre 27 y 77 años de edad, la gran mayoría casados y de baja escolaridad. Según las variables de la historia clínica, 5 sujetos presentaban cáncer de mama, 4 diagnosticados con cáncer de pulmón y solo 2 presentaban otros tipos de cáncer. Utilizaron como instrumentos, el cuestionario de datos socio-demográfico, el cual registraba datos de identificación, el cuestionario de variables de historia clínica que recogía información sobre diagnóstico, estadio, tipos de tratamientos, situación actual, valoración de la gravedad y pronóstico. También utilizaron el cuestionario de ansiedad y depresión.

Durante la primera fase de estudio no se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión, igualmente no aparecieron diferencias entre los niveles de calidad de vida global percibida. En la segunda fase de estudio, los pacientes se percibieron físicamente peor. En la primera fase del estudio los resultados de correlación del impacto social se relacionaron con los niveles de depresión y ansiedad. En la segunda fase de estudio, los síntomas de

---

<sup>21</sup> TEROL, C. et al. *Diferencias en la Calidad de Vida*. España: Grao. 2000. p. 111-122.

<sup>22</sup> *Ibíd.* p.111-122.

enfermedad y el impacto económico aparecen relacionados con la ansiedad. Por último, la discapacidad funcional se relacionó con la calidad de vida.

Otra investigación a nivel internacional, fue desarrollada por Monje, F. y se denominó "*Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*"<sup>23</sup>; se centró en describir los siguientes aspectos: las variables en estos pacientes y cómo ellas afectan su calidad de vida; las variables psicosociales que más inciden en ellos; la relevancia de los efectos secundarios de los tratamientos y las estrategias de intervención que mejoran el bienestar de los pacientes e incrementan su supervivencia. La muestra que se utilizó fue de 25 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en un rango de edad de entre 24 a 60 años; los instrumentos que se utilizaron fue el cuestionario de calidad de vida QLQ-C30, que mide la calidad de vida en los pacientes con la enfermedad y revisa cómo el tratamiento la está afectando en relación a las áreas de funcionamiento.

Los resultados obtenidos muestran que un 68,8% consideró que la salud es mala y un 4,2% que es buena; la salud es entendida como el estado de mayor calidad de vida y la muerte como el peor; la enfermedad ha ocasionado dificultades a nivel psicológico afectando notablemente las relaciones con sus familias y con ellos mismos; el funcionamiento a nivel físico presenta una dificultad ya que se deteriora con los tratamientos. A nivel de la ejecución del rol, se obtuvo que existan limitaciones para realizar algún tipo de actividad. En el nivel del funcionamiento emocional la mayoría de los pacientes, cuando se encuentran enfrentados a una realidad como es el cáncer, se ven afectadas a nivel psicológico, pasando por las etapas del duelo. Presentan manifestaciones de ansiedad en alto grado; su nivel cognitivo se afecta en lo concerniente a la concentración y la atención. A nivel social, el 50% de la muestra estudiada ha tenido sensación de desamparo, rabia, y malas relaciones con sus familiares. En general, los resultados muestran que los pacientes tienen una percepción mala de su estado de salud y de su calidad de vida.

---

<sup>23</sup> MONJE, F. Op.cit. p. 48-54.

- **A nivel nacional** Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M. Zapata, M.<sup>24</sup>, realizaron el trabajo *“Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar”*, el cual estuvo encaminado a evaluar las dimensiones de calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social en pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón y observar las relaciones entre estas variables. La muestra fue de 29 pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón en fase no terminal del instituto de cancerología de la clínica Las Américas de Medellín. De acuerdo a la muestra, 16 eran mujeres y 13 hombres en edades entre los 36 y 86 años, de distintos estratos socioeconómicos; la selección de la muestra fue a través de la base de datos de la institución. Entre los instrumentos se utilizaron el cuestionario de calidad de vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-30), el cual evalúa 5 escalas funcionales: social, emocional, física, cognitiva y de rol. También se utilizó el módulo específico para cáncer de pulmón (EORTC QLQ-C13) de la misma organización, el cual está compuesto por 13 ítems que buscan evaluar los efectos secundarios de la quimioterapia, radioterapia y síntomas de cáncer de pulmón; otro inventario fue el de puntos de vista personal (PUS) que contiene 50 ítems tipo Likert y evalúa 3 dimensiones: compromiso, reto y control. Por último, la escala de apoyo social percibido (EASP), con 3 ítems, que miden las dimensiones de proveedores, calidad y acciones de apoyo.

Según los resultados las variables socio demográficas no ejercieron una influencia significativa en ninguna de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La muestra estudiada percibe una favorable calidad de vida; una gran proporción de la muestra reportó haber tenido pocos o ningún efecto secundario en el tratamiento, sin embargo las tres cuartas partes manifestaron dolor, siendo éste el

---

<sup>24</sup> VINACCIA, S. et al. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. 2005. p. 207-220

síntoma que más se presenta en estos pacientes, lo que posiblemente influye en la percepción de la calidad de vida. La muestra presenta rasgos de personalidad resistente débilmente definida, sin embargo contrariamente a la teoría, estas personas han buscado apoyo social adecuado en otras personas, asesoramiento, información, asistencia y comprensión. Los participantes manifestaron estar más satisfechos con el apoyo social percibido por parte del personal de salud y amigos que de sus familiares.

Payán, E., Vinaccia, S y Quinceno, J. realizaron la investigación denominada *“Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal”*<sup>25</sup>. Su objetivo fue hacer una evaluación de la cognición hacia la enfermedad y relacionarla con el bienestar espiritual y la calidad de vida en una muestra de 50 pacientes con cáncer en estado terminal en la ciudad de Medellín, quienes fueron escogidos por muestreo no aleatorio; el diseño fue de tipo exploratorio- descriptivo con diseño correlacional- transversal. Se utilizaron varios instrumentos como el Inventario de bienestar espiritual, el de cognición hacia la enfermedad y el de calidad de vida, los cuales miden variables como espiritualidad, desesperanza, aceptación, beneficios percibidos, síntomas físicos, psicológicos, bienestar existencial y apoyo social; para el análisis de la información se cruzaron los resultados obtenidos en cada instrumento, utilizando estadísticos propios de la investigación cuantitativa.

Se encontró que los pacientes con cáncer en estado avanzado no solo deben enfrentarse a los cambios físicos, consecuencia de la enfermedad, sino también a los tratamiento para el proceso del cáncer, experimentando cambios relacionados con sus estilos de vida, percepción, bienestar, aspectos emocionales, sociales y espirituales, que implica que el paciente utilice estrategias a nivel interno y externo para adaptarse a su nueva situación de vida. Se encontró también que el apoyo social es primordial en este tipo de pacientes y que la auto-

---

<sup>25</sup> PAYÁN, Enna; VINACCIA, S. y QUINCENO, J. Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. En: Revista Redalyc. Medellín: N° 02, vol. 14. 2011, p. 79-89.

eficacia con el tiempo de pronóstico y la espiritualidad, son relevantes en la aparición de los síntomas psicológicos como delirium, tristeza, preocupación, depresión e incertidumbre, lo que perjudica la salud mental del paciente.

Se evidencia además, que los pacientes de este estudio tenían una alta expectativa sobre el bienestar espiritual, dándole sentido y significado de la vida; así mismo mostraron alta capacidad para resolver y enfrentar los problemas personales de manera eficaz y una favorable percepción de los síntomas psicológicos de control y regulación de las emociones negativas como tristeza, angustia, preocupación e incertidumbre hacia el futuro. Es importante la percepción que le dan los pacientes a los síntomas, al sentirse físicamente estables, dado que están asociados a la elaboración de las cogniciones centradas en el aprender a vivir y darle un significado positivo a la enfermedad, hecho que permite el fortalecimiento personal y disfrute de todo cuanto le acontece, lo que lleva a tener mejores niveles de calidad de vida en momentos y situaciones críticas.

*“Este estudio determinó que los pacientes con enfermedades crónicas desarrollan estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo que les permite aceptar, aprender, convivir y paliar con los problemas y limitaciones del cáncer, dándoles la posibilidad de darle una mejor calidad de vida desde el punto físico, emocional, social, espiritual y económico. Es por esto que a nivel psicológico la capacidad de las cogniciones positivas frente a las consecuencias de la enfermedad y los sentimientos de desamparo, desesperanza, depresión, preocupación, tristeza e incertidumbre hacia el futuro pueden verse disminuidas, brindando un mejor bienestar”<sup>26</sup>. Los resultados fueron coherentes con lo expresado por Fonnegra: “... no solamente es el dolor que afecta al paciente, sino también juega un papel importante las emociones debido a las pérdidas, separaciones, miedos, deterioro, cambios corporales, soledad, abandono, a la falta de control y creerse una carga*

---

<sup>26</sup> Ibíd. p. 87,88

*para sus familiares, todo esto causa un notable deterioro en la calidad de vida de los pacientes con cáncer*<sup>27</sup>.

Otra de las investigaciones a nivel nacional es la realizada en la ciudad de Bogotá por Palacios, X. y Vargas, L. denominada, *“Adherencia a las quimioterapias y Radioterapia en pacientes Oncológicos: una revisión de la literatura”*<sup>28</sup>; su objetivo fue realizar una revisión de la literatura sobre la adherencia a la quimioterapia y a la radioterapia para el cáncer por los altos costos biopsicosociales y culturales que acarrea y cómo están relacionados con bajas tasas de adherencia.

En este trabajo se analizan los diferentes tratamientos para el cáncer como son, la radioterapia, quimioterapia y la mastectomía, cuál es su impacto y cuál de ellos es más soportable, puesto que la literatura sugiere que entre el 25% y el 50% de los pacientes no cumplen con las recomendaciones médicas para la adherencia al tratamiento; en las enfermedades crónicas se presentan diferentes variables de tipo biológico, psicológico y social que influyen en la conducta de la adherencia o no adherencia a los tratamientos; uno de estos factores se relaciona con los prejuicios y los imaginarios colectivos alrededor del tipo de tratamiento, lo cual explica las respuestas de evitación y los efectos secundarios que se presentan y que pueden desencadenar un mayor riesgo. Se adhieren a las recomendaciones de su médico para la prevención o tratamiento de las enfermedades crónicas o agudas, como son tomar los medicamentos a tiempo, asistir al proceso de quimioterapias o radioterapia, realizar modificaciones en los hábitos personales.

Finalmente los resultados obtenidos en este estudio hacen énfasis en que la adherencia al tratamiento oncológico es el complejo de conductas que los pacientes con cáncer adquieren y mantienen a partir del momento en que deciden seguir las instrucciones y procesos terapéuticos, participando activa y

---

<sup>27</sup> FONNEGRA, L. citado por PAYAN, E. op.cit. p. 80

<sup>28</sup> PALACIOS, Ximena y VARGAS, L. Adherencia a las Quimioterapias y Radioterapias en Pacientes Oncológicos. En: Revista Psicooncología. Op.cit. p. 423-440

asertivamente en él, y teniendo una comunicación clara con el oncólogo en cuanto a la toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado y sus efectos.

Cuando se toma una decisión de evitación, rechazo o baja adherencia al tratamiento, ésta puede desencadenar en un mayor riesgo, lo que a su vez, trae altos costos biológicos, psicológicos y sociales. También se concluyó que los pacientes con cáncer que no se adhieren a los tratamientos oncológicos ponen en peligro su salud incluso su vida. La deserción del tratamiento implica altos costos biológicos, psicológicos y sociales y pone en evidencia la gran influencia que tienen algunas alteraciones psiquiátricas como la depresión y la ansiedad en la baja adherencia al tratamiento, pues en ocasiones la desesperanza, el aislamiento social, los temores que presentan algunos pacientes impiden que adquieran una nueva conducta como es la de adherirse a la quimioterapias o la radioterapia.

Se resalta asimismo el papel de la pedagogía en este tipo de situaciones pues, *“En lo que refiere a la intervención psicológica de la adherencia de los pacientes a los tratamientos oncológicos se deben incluir factores pedagógicos, como modificaciones en el comportamiento y estrategias enfocadas en el afecto”*.<sup>29</sup>

Otra investigación realizada en Popayán. Colombia 2006-2007 se denominó: Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con cáncer de mama, de la autoría de Sandra Felisa Muñoz Bravo, Paula Andrea Tose Vergara, Daniel Alejandro Molano Gabalán, la cual fue publicada en la revista Lilacs<sup>30</sup>. Sus objetivos apuntaron a la descripción de las vivencias y prácticas de las mujeres con cáncer de mama en cada una de las fases descritas, identificando los factores de condicionamiento básico (edad, nivel educativo, etc.), describiendo requisitos de autocuidado universal (relaciones familiares y con el personal de salud), requisitos de desviación de la salud (conocimientos generales sobre el cáncer) e identificando prácticas y necesidades de autocuidado.

---

<sup>29</sup> Ibíd. p. 434

<sup>30</sup> Revista Lilacs , 2008 p 15

En los resultados se sugiere que los conocimientos sobre aspectos generales del cáncer de mama son deficientes; el cáncer sigue siendo una enfermedad tabú, sinónimo de sufrimiento, dolor, desfiguración y muerte; genera cambios en el estilo y calidad de vida haciendo que el proceso de adaptación sea lento y difícil. Los trámites que deben realizar las pacientes, constituyen un obstáculo dentro de este proceso.

La investigación realizada en la Universidad de Antioquia, Colombia, 2010 sobre la Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, de los autores: Salas Zapata C; Grisales Romero H, tuvo como objetivo determinar la calidad de vida y algunos factores asociados en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama inscritos en los programas de tratamiento del cáncer en una provincia colombiana. En los resultados se evidencio que la calidad de vida fue mejor en: las mujeres con mayor escolaridad; en quienes fueron beneficiarios del sistema de salud contributivo; en las personas que recibieron el apoyo de los familiares; en los grupos de altos ingresos, y en aquellos cuyas creencias personales (religiosas y espirituales) ayudó a hacer frente a la enfermedad. Pertenecer a un grupo de menores ingresos y tener una actitud escéptica constituyen factores de riesgo para la obtención de resultados más bajos de calidad de vida.<sup>31</sup>

**A nivel local.** En el ámbito local, vale la pena reseñar la investigación realizada por Manrique, A., Moreno, C. y Corredor, M. en Bucaramanga (Colombia) denominada *“Perfil de la personalidad en pacientes con cáncer de próstata en proceso de radioterapia”* cuyo objetivo fue la determinación de áreas con características propias del perfil de personalidad de estos pacientes <sup>32</sup> . Tales áreas fueron la motivación, la cognición y el aspecto social; en general se encontró que son individuos con tendencia a agudizar y centrar sus problemas en

---

<sup>31</sup> Revista Lilacs , p. 25 2008

<sup>32</sup> MANRRIQUE, A; MORENO C. y CORREDOR, M. Perfil de la personalidad en pacientes con cáncer de próstata en proceso de radioterapia. Bucaramanga. 2002. p.16

sí mismos y a percibir el pasado como algo problemático manteniendo la expectativa de que algo nuevo salga mal.

De acuerdo con el área de motivación se encontró que las motivaciones de estas personas están dirigidas o impulsadas hacia el polo del pesimismo y la conformidad; en las áreas de modo cognitivo se encontró ensimismamiento, utilización de sus propios pensamientos y sentimientos como recursos para invalidar los canales comunicativos que les mantiene distantes de los hechos de su mundo externo; se describen como personas predecibles, convencionales, rigurosas, metódicas y excesivamente planificadas; en el área social indican que el estilo de comportamiento interpersonal es indiferente, no buscan comprometerse con los demás, tendiendo poco a realizar su parte comunicativa, interiorizan sus emociones con una marcada tendencia hacia la tranquilidad y pasividad. Tienden a ser sensibles a la indiferencia o rechazo social, se sienten inseguros de sí mismos; igualmente se preocupan ante situaciones nuevas, son intranquilos y tímidos, su estado de ánimo es cambiante, se sienten incomprendidos y no valorados; de la misma manera sienten desesperanza. Sus roles dentro de la familia, trabajo y entorno social son adversamente afectivos, contribuyendo esto a la depresión y aislamiento.

Otra investigación es la desarrollada por Mantilla, L. y Milla, D. en Bucaramanga (Colombia) la cual se denominó *“Factores de personalidad asociados a la adhesión al tratamiento quimioterapéutico en pacientes con cáncer”*<sup>33</sup>; la adherencia se ha definido desde los factores de personalidad y desde las variables que surgen por efecto de la enfermedad y hace referencia a una gran diversidad de cambios de conducta asociados al estar enfrentado a una enfermedad crónica que provoca alteraciones en las funciones cognitivas y trae sentimientos de desesperanza, frustración y negación.

---

<sup>33</sup> MANTILLA, L. y MILLA, D. Factores de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento quimioterapéutico en pacientes con cáncer. Trabajo de grado Psicología. Bucaramanga: Universidad Autónoma. 2005. p. 203

Se evidenció en la investigación que las dimensiones en las que se genera un fuerte deterioro son la energía, afabilidad, tensión, estabilidad emocional, apertura mental; los factores de personalidad están relacionados con mayor frecuencia con la aparición de la enfermedad y no con el cumplimiento de todas las acciones encaminadas a la mejora del paciente. Igualmente se encontró que un alto nivel de adherencia al tratamiento se debe a que el paciente siente que participa afectivamente en el análisis y la toma de decisiones sobre su propio tratamiento, mirando la enfermedad con una nueva perspectiva y una mayor comprensión sobre lo que el tratamiento pretende. Esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de Bucaramanga.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

En este aparte se analizará la fundamentación teórica que sustento la investigación, la cual abordo tres componentes: calidad de vida y su relación con el cáncer y con el campo laboral, específicamente con la docencia; los imaginarios como formas de pensamiento y, la afectividad y el cáncer de mama.

### **2.2.1 Calidad de vida: conceptualización.**

Según Velarde, J. E. y Ávila, F. C., la calidad de vida consiste en la *“sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales...<sup>34</sup>”*. A su vez Izquierdo, González, Alerm y Jáuregui <sup>35</sup> sostienen que existe un consenso de que la calidad de vida es un área multidimensional que abarca como mínimo tres grandes campos: físico, psicológico y social, que pueden verse afectados por una enfermedad y/o tratamiento. El funcionamiento físico se define como la capacidad de realizar un

---

<sup>34</sup> VELARDE, J. E. y ÁVILA, C. Evaluación de la Calidad de Vida. México: Thompson. 2002. p. 3

<sup>35</sup> IZQUIERDO M. et. al. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. La Habana, 2008. p.3

grupo de actividades de la vida diaria, así como los síntomas físicos resultantes de una enfermedad o de un tratamiento médico. La función psicológica va desde un distrés psicológico severo, hasta un sentimiento positivo de bienestar y puede, igualmente, abarcar la función cognitiva. El aspecto social incluye los elementos cualitativos y cuantitativos de la interacción, así como la relación y la integración social. Aparte de estos tres campos centrales de la calidad de vida, otros aspectos pueden tener relevancia para los grupos específicos de pacientes de cáncer, en función de las afectaciones que le provocan su enfermedad y tratamiento<sup>36</sup>.

Según Oblitas L. A., la calidad de vida *“es responsabilidad de uno mismo, es decir, es una resultante de nuestro propio comportamiento;... depende de nuestros hábitos de alimentación, sueño, conductas adictivas (fumar, beber alcohol, etc.), práctica de ejercicio, afrontamiento del estrés familiar y laboral, factores socioeconómicos, satisfacción de la relación conyugal, pasatiempos e intereses, realización de actividades estéticas, entre otros, ....actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además, puede ser definido, en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo”*<sup>37</sup>.

Otros autores involucran la valoración personal respecto a cómo se percibe y se siente la situación y pareciera que la calidad de vida asume aspectos evaluativos que parten del propio individuo y que involucra áreas como su bienestar físico, psicológico, social, es decir, cada individuo da un significado a la situación en la que se encuentre; al respecto Andrew y Withey afirman que: *“la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de éstas por parte del individuo...coherente con este enfoque la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre*

---

<sup>36</sup> Ibíd. p.3

<sup>37</sup>OBLITAS, L. A. O. cit. p. 249-368

*cada uno de los dominios de su vida... desde la perspectiva de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria... así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar subjetivo, el análisis de los procesos que conducen a esta satisfacción y los elementos integrantes de ésta*<sup>38</sup>. De ahí que la calidad de vida termina siendo primordial en la vida de cada individuo, dado que ésta toca aspectos fundamentales en el equilibrio psicológico, social, familiar y personal en cada sujeto. De acuerdo a la realidad actual, estos aspectos permitirán que el individuo realice una valoración subjetiva y objetiva de su calidad de vida.

### **2.2.2 Calidad de vida y rol profesional y laboral.**

Teniendo en cuenta las definiciones anteriores sobre calidad de vida, es posible afirmar que el aspecto laboral es uno de los elementos más que influye en ella. La dimensión laboral adquiere una importancia esencial debido a que la gran mayoría del tiempo, las personas la dedican al trabajo; es así como la cotidianidad de un maestro transcurre en su ejercicio docente, convirtiéndose para él, en uno de los aspectos fundamentales de su existencia. Según Segurado y Agulló. *“La calidad de vida en el trabajo se caracteriza por su esencia integradora, holística, sistémica y contextualizada”*.<sup>39</sup>

Al hacer una revisión acerca del trabajo de los profesores y su calidad de vida, De la Cruz y Camino, señalan que: *“En relación con el trabajo de los profesores, se ha apuntado que las profesiones asistenciales en las cuales se clasifica a la labor docente suponen una mayor implicación y compromiso personal, por lo que quienes las desempeñan traen mayor riesgo de padecer estrés y sus consecuencias en la salud integral debido a la responsabilidad moral de atender las necesidades sociales emergentes en el nuevo siglo ....en la misma dirección*

---

<sup>38</sup> ANDREW & WHITNEY. Citado por: OBLITAS, L. A. Op. cit. p. 249-250.

<sup>39</sup> SEGURADO y AGULLÓ. citado por: VERDUGO, L.J. et. al. Psicología y Salud, Factores que Influyen en la Calidad de profesores Universitarios. 2008, p. 28.

se sustenta que los docentes que están sometidos a fuertes presiones y demandas laborales debido a su función, sufren en consecuencia altos niveles de estrés ocupacional, lo que afecta negativamente su nivel de satisfacción, desempeño, productividad y salud, y conlleva a síntomas psicosomáticos y serias enfermedades<sup>40</sup>. Entonces estas situaciones, interfieren en la satisfacción laboral y el bienestar personal de los docentes, lo que provoca que éstos perciban un deterioro en su calidad de vida con relación al trabajo que se encuentran desempeñando.

De otra parte y de acuerdo a todo lo anterior, cabe recordar que a su vez la calidad de vida en el trabajo puede también llegar a ser muy favorable, para lo que deben darse unas condiciones propicias que incidan sobre sus representaciones mentales e imaginarios; igualmente la interpretación y significado que cada individuo construya sobre lo que significa su calidad de vida, será crucial en su valoración. *“Si la Calidad de vida laboral es buena, genera un clima de confianza y respeto mutuo en el que el individuo tiende a aumentar sus contribuciones y elevar sus oportunidades de éxito, y la administración a reducir sus rígidos mecanismos de control”*<sup>41</sup>. Para concluir, la calidad de vida en lo laboral específicamente en la profesión docente, termina siendo beneficiosa o desfavorable de acuerdo a las condiciones de vida en las que encuentre cada sujeto.

### **2.2.3 Cáncer de mama y la calidad de vida.**

Como ya se planteó, la Organización Mundial de la Salud al definir la calidad de vida, hace referencia a la percepción y valoración individual que tienen los sujetos frente a sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Este concepto es coherente con el de enfermedad que refiere la misma organización, a

---

<sup>40</sup> DE LA CRUZ Y CAMINO. Citado por: VERDUGO, L., J. et. al. Op. cit. p. 28

<sup>41</sup> Según el Grupo de Investigación Eumed. Recuperado en 2011. <http://www.eumed.net/rev/ced/26/pcm.htm>

la que considera como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada”*.<sup>42</sup>

A partir de los conceptos de calidad de vida y enfermedad, es válido mencionar la definición de calidad de vida relacionada con la salud. Patrick y Erickson la definen como *“el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos”*<sup>43</sup>. De ahí que al analizar el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, es el propio sujeto quien dará un valor subjetivo de su realidad de acuerdo a como se sienta y, no a su estado real, por lo que su enfermedad, sintomatología, oportunidades, avances, percepciones dependerán de la manera como perciba su calidad de vida.

En términos generales, los factores que constituyen la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

- Síntomas y quejas subjetivas (como sintomatología depresiva)
- Diagnóstico
- Funcionamiento fisiológico
- Funcionamiento psicológico y cognitivo
- Funcionamiento físico (como restricciones en la calidad y deterioro en el auto-cuidado)
- Percepciones generales de salud (como auto-calificación de estado de salud)
- Funcionamiento social (como naturaleza y frecuencia de interacciones sociales).

---

<sup>42</sup> OMS, citado por: OBLITAS, L. A. Op. cit. p. 250

<sup>43</sup> PATRICK Y ERICSON. Citado por OBLITAS, L. A. Op. cit. p. 250

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes, que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida.<sup>44</sup> En razón a lo anterior, se entiende que las enfermedades crónicas y terminales tales como el cáncer de mama, afectarán la calidad de vida de las personas que las padezcan debido a que esta enfermedad impacta de manera directa la cotidianidad de cada ser humano y a su vez, conlleva unas consecuencias a nivel físico, biológico, psicológico, social, personal y familiar; ello puede terminar afectando al individuo quien será finalmente el autor directo de esta relación entre cáncer y calidad de vida.

Al llegar a este punto cabe aclarar la definición de lo que es cáncer de mama; según la Sociedad Americana del Cáncer, el cáncer de seno (mama) es *“un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pudiera crecer hacia (invadir) los tejidos circundantes o propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. Esta enfermedad ocurre casi por completo en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer, La mayoría de los cánceres de seno comienza en las células que recubren los conductos (cánceres ductales). Algunos cánceres de seno se originan en las células que recubren los lobulillos (cánceres lobulillares), mientras que un pequeño número se origina en otros tejidos... el cáncer de seno es la segunda causa principal de muerte por cáncer en las mujeres, siendo la primera el cáncer de pulmón.”*<sup>45</sup>

Interpretando a Delgado, S. y Tejerina, A., el cáncer de mama es la forma más común de cáncer entre las mujeres. Los avances recientes en la detección precoz y el tratamiento han hecho posible el adecuado control de esta enfermedad y la

---

<sup>44</sup> OBLITAS, L. A. Op. cit. p. 250

<sup>45</sup> SOCIEDAD AMERICANA DEL CÁNCER. 2012. p. 30

supervivencia por largos periodos en muchas mujeres; no obstante, el cáncer sigue siendo la enfermedad más temida. Los desarrollos en su atención han puesto de relieve la importancia de factores psicológicos y sociales en los procesos de detección diagnóstica, tratamientos y el curso de la enfermedad, los cuales suponen auténticos sucesos estresantes tanto para la paciente como sus familiares. *“De la forma que afronten este desafío quienes lo padecen y su familia, dependerá su calidad de vida, su bienestar mental y social, así como la adherencia a los tratamientos médicos y la respuesta a dichas intervenciones”*<sup>46</sup>.

Al respecto y para terminar, conviene aclarar que la calidad de vida está íntimamente ligada al cáncer de mama por el factor estresante que conlleva sobre la salud y el bienestar del individuo, así como por las implicaciones que tiene la enfermedad sobre los diferentes dominios psicológico, social, mental, físico, familiar, laboral etc. de la vida en cada sujeto.

#### **2.2.4 Imaginarios y representaciones mentales.**

A medida que el individuo va acumulando experiencias en su vida, va formando representaciones mentales acerca del significado de tales experiencias las cuales se denominan imaginarios, concepciones, creencias, etc. Es así como la aparición de una enfermedad como el cáncer adquiere un significado especial y entra a formar parte del sistema cognitivo del individuo, el que a su vez direcciona su pensar y su actuar. Por esta razón, para la presente investigación se trabajará con el concepto de imaginario, dado que se pretende explorar el pensamiento de las personas que afrontan esta experiencia.

Sólo a partir del siglo XX, se empieza a problematizar el término imaginario desde la subjetividad de los seres humanos, es decir, se abre un espacio para debatir y reflexionar sobre la importancia que tienen las experiencias en la constitución de representaciones mentales construidas por el sujeto sobre la realidad y así

---

<sup>46</sup> DELGADO, S. y TEJERINA, A. citado por OBLITAS, L.A. Op. cit. p. 285-286.

explicar los fenómenos de la naturaleza o los fenómenos sociales en el contexto en el cual se desarrollan. Se empieza entonces a entender el concepto desde lo real y no desde lo ideal. El imaginario se convirtió por tanto, en un campo de investigación y en un campo temático construido a partir del siglo XX.<sup>47</sup>

El término imaginario tiene función polisémica, en cuanto que presenta diversos significados; así mismo tiene un carácter multidisciplinar, dado que su origen proviene de las diferentes disciplinas del conocimiento como la antropología, la sociología, la historia, el arte, la literatura, entre otras. Por tal motivo las ciencias sociales se constituyen en la base fundamental para analizar este concepto, debido a que son ellas las que hacen pensar y comprender sociedades.<sup>48</sup>

Para Baczkó B, los imaginarios sociales son *“referencias específicas en el vasto sistema simbólico que produce toda colectividad y a través del cual ella se percibe, se divide y elabora sus finalidades”*<sup>49</sup>. Para el autor estas construcciones sociales se construyen desde la cotidianidad y desde las interacciones que establece el individuo con la familia, los amigos, el maestro y las instituciones sociales que participan en la socialización e internalización que el sujeto hace de la cultura. Los imaginarios son entonces, *“construcciones mentales que hemos realizado en el proceso de formación como sujetos que nos permiten entender el mundo. Pueden considerarse como generadores de acciones específicas”*.<sup>50</sup>

Es decir, que cada una de las acciones que realiza el ser humano esta predefinida y configurada de acuerdo a la construcción mental que tiene el sujeto sobre la realidad que interpreta. Esta definición destaca además, el impacto que tiene la

---

<sup>47</sup> ESCOBAR, Juan C. Lo Imaginario entre las Ciencias Sociales y la Historia. Medellín: EAFIT. 2000. p. 14.

<sup>48</sup> *Ibíd.* p 27

<sup>49</sup> BACZKO, Bronislaw. Los Imaginarios Sociales: Memorias y Esperanzas Colectivas. Buenos Aires: Nueva Visión. 1991. p. 28.

<sup>50</sup> REYES, Lilia; SALCEDO, Luis y PERAFAN, Gerardo. Acciones y Creencias: Tesoro Oculto del Educador. Tomo I. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá: Arfo. 1999. p. 33.

sociedad y la cultura en la formación del imaginario, dado que éstos caracterizan una forma de pensar, de entender los fenómenos cotidianos y a su vez, de saber actuar frente a determinadas situaciones que demanda la sociedad.

Se le atribuye al imaginario un carácter colectivo puesto que se construye y se valida en la relación con el otro para dar sentido a la vida, explicar los fenómenos de la naturaleza, *“Introducir valores y modelar conductas individuales y colectivas”*<sup>51</sup>, de manera que configuren la identidad de dichos grupos sociales; en esto se diferencian de las concepciones ya que éstas enfatizan en lo cognitivo. Según Marx, todo grupo *social “fabrica imágenes que exaltan su papel histórico y su posición global, y que no se define a sí mismo más a que a través de las representaciones”*.<sup>52</sup>

Se destaca así una de las características más importante de los imaginarios y, es que se instauran en lo social, se transmiten de generación en generación y son susceptibles de modificar de acuerdo a los cambios tecnológicos, políticos y económicos del mundo moderno.

### **2.2.5 Dimensión afectiva y cáncer de mama.**

Otro concepto que vale la pena analizar es la vida afectiva y emocional del sujeto, dado que esta dimensión es otro aspecto que se indagará en la investigación y que tiene una relación directa con los imaginarios que la sociedad tiene acerca de enfermedades como el cáncer; tanto imaginarios como afectividad se articulan con la calidad de vida y generan algunas respuestas emocionales ante la enfermedad crónica.

Después de abordar los temas de calidad de vida y cáncer, es relevante mencionar cómo la personalidad, las condiciones sociales, la forma de pensar del sujeto, sus imaginarios, sus sentimientos, influyen de manera notable en la salud y, cómo las emociones se involucran en la manera de sentir de actuar y de pensar

---

<sup>51</sup> BACZKO, B. Op.cit p. 29.

<sup>52</sup> MARX, C. Citado por: BACZKO, B. Op. cit. p. 21.

de la gente, modificando los estilos de vida de forma positiva o negativa desde la perspectiva del individuo. Las emociones se encuentran implícitas en la vida de las personas y producen bienestar o insatisfacción; cuando se presentan de forma positiva permiten que el ser humano haga un reajuste psicológico que le permite tener un mejor afrontamiento al momento del diagnóstico de una enfermedad crónica como es el cáncer de mama; pero si el paciente experimenta emociones negativas, éstas afectan notablemente el sentido de la vida perjudicando su bienestar y su calidad de vida.

Para García, B. y Ellgring, H, *“Las principales funciones que cumplen las emociones son: (1) la función adaptativa, que nos prepara para reaccionar a las demandas del medio, (2) la función social, mediante la comunicación de nuestras emociones y (3) la función motivacional en cuanto las emociones van acompañadas de conductas de acercamiento o rechazo. Las emociones pertenecen a las funciones psicológicas básicas como la motivación y la cognición y son fundamentales para poder comportarse de una manera flexible y adaptativa; controlan no sólo la propia conducta, sino también la conducta de otras personas mediante la expresión de nuestras propias emociones”*<sup>53</sup>.

Para los mismos autores *“una emoción es una reacción subjetiva a estímulos externos o internos y que se vive como agradable o desagradable, excitante o tranquilizadora y no una reacción del organismo a una situación de privación o carencia incluso cuando esta vaya acompañada de reacciones fisiológicas determinadas”*.<sup>54</sup> En la misma línea, Esquivel, L. afirma que *“las emociones se viven, se sienten, se reconocen, pero solo una parte de ellas se puede expresar en palabras o conceptos”*<sup>55</sup>. Se interpreta entonces que la emoción es una vivencia personal, que solo quien la experimenta puede verbalizarla sin que en

---

<sup>53</sup>GARCÍA, B. y ELLGRING, H. Los Motivos y las Emociones en la Vejez. España: Grao. 2004. p. 72-73.

<sup>54</sup> *Ibid.* p 52

<sup>55</sup> ESQUIVEL, L. El Libro de las Emociones. España: Grao. 2001. p. 10

esta verbalización esté contenido todo su significado; de ahí lo subjetivo de este proceso.

Para Lazarus, R. *“Las emociones reflejan básicamente lo que pensamos y queremos y como creemos que deberíamos intentar lograrlo, y la mayor parte de las veces, nuestras alternativas son imprudentes. Hay dos razones para que el proceso de la emoción se interponga en el camino de la razón, aunque ambas se combinan habitualmente en un único fallo y se refuercen entre sí. La primera es que nuestra atención se haya distraído o dirigido erróneamente; la segunda es que carezcamos de la capacidad para controlar nuestros impulsos para pensar antes de actuar, como cuando no logramos inhibir los objetivos a corto plazo que nos perjudican a largo. Aunque sean llamadas las emociones como irracionales, es un juzgamiento peyorativo que se le da cuando no se analiza el trasfondo de que está sucediendo con la persona que la lleva a reaccionar con emociones negativas o positivas”*<sup>56</sup>.

Lazarus, R, expone su teoría cognitivo emocional-relacional de las emociones, *“la cual aporta una serie de propuestas sobre lo que debe pensar una persona para sentir una emoción determinada; si la teoría es correcta, debería posibilitar la adivinación de lo que la persona ha estado pensando a través de lo que ha estado sintiendo, y viceversa, deberíamos ser capaces de predecir la reacción emocional si conocemos de antemano lo que esa persona está pensando y las condiciones ambientales a las que se enfrenta”*<sup>57</sup>. Es en este sentido que emoción y cognición se entrelazan para formar un entramado que matiza todas las actuaciones de las personas.

Se hace necesario reconocer el impacto de las enfermedades crónicas en los estados emocionales ya que en esta situación están inmersas gran cantidad de variables como sus metas y objetivos, creencias e imaginarios, recursos personales, acontecimientos ambientales, valores personales, redes de apoyo,

---

<sup>56</sup> LAZARUS, R. Estrés y Emoción, Manejo e Implicaciones en Nuestra Salud. España: Grao. 2000. p. 99

<sup>57</sup> Ibíd. p.102.

relaciones interpersonales, situación económica, etc., que cuando se relacionan y entrecruzan entre sí, modelan las valoraciones sobre las que descansa cada emoción.

Según Brannon y Feist, *“las enfermedades crónicas presentan una crisis en la vida de las personas que suelen exceder la mera adaptación a la enfermedad”*<sup>58</sup>, ya que producen cambios significativos para la persona y su grupo de apoyo, como son las dificultades a nivel económico, social y personal, que trae un poderoso cambio en la visión de la vida y afecta gravemente las relaciones con los demás; a su vez el individuo vivencia dificultades a nivel emocional debido al impacto psicológico cuando son diagnosticados con la enfermedad, cambiando la percepción de sí mismos y su auto percepción y llegando en algunos casos hasta experimentar alguna clase de depresión.

Para los mismos autores,<sup>59</sup> *“la enfermedad produce sensaciones de vulnerabilidad y pérdida de control sobre acontecimientos futuros”*, por tanto la actitud de los pacientes que experimentan enfermedades crónicas como el cáncer, puede tornarse en cierta medida resignada, haciendo que esta conducta se convierta en habitual por la presencia constante de emociones negativas, situación que afecta notablemente el tratamiento y la vida social. Las emociones negativas *“suelen ser habituales entre los enfermos crónicos, debido al curso incierto de sus trastornos”*.<sup>60</sup>

Cuando las personas se encuentran diagnosticadas con una enfermedad crónica, entran en un dolor psicológico y presentan reacciones emocionales similares al duelo, entre las que se pueden enumerar la negación, el enojo, la desesperación y/o negociación, depresión, reconciliación o aceptación de la realidad. Oblitas, L. al respecto afirma que ante el diagnóstico de la enfermedad *“las personas*

---

<sup>58</sup> BRANNON, L. y FEIST, J. Psicología de la Salud. España: Grao. 2001, p. 55.

<sup>59</sup>Ibíd., p 356

<sup>60</sup> Ibíd. p. 356-357.

*presentan un buen número de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección”.*<sup>61</sup>

Las personas bajo situaciones de enfermedad crónica presentan o experimentan las “*etapas del duelo*”, que son explicadas por el constructo teórico elaborado por O’Connor, N. el cual plantea las siguientes etapas:

- *“Negación: Es un estado de entumecimiento e incredulidad; este es un estado protector que aísla al afligido de la angustia que se presentará en los siguientes meses para alcanzar la aceptación. El periodo de negación produce el efecto benéfico de movilizar los recursos internos para que se pueda enfrentar la realidad de la nueva situación.*
- *Enojo: se expresa externamente con rabia y se experimenta en forma de depresión; en el fondo el enojo es temor para satisfacer las propias necesidades y a tomar decisiones; el miedo a no ser capaz de manejar la parte financiera, emocional y física. En esta etapa la persona proyecta hacia los demás su rabia y puede quedar en los sentimientos de amargura y resentimiento.*
- *Negociación: es pensar que puede suceder un milagro, que se descubre una cura inmediata; es hacer tratos en cuanto a la espiritualidad para que el diagnóstico esté equivocado. La negociación es una etapa en la que el individuo desea ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación que está enfrentando.*
- *Depresión: es el enojo dirigido hacia adentro y que incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; es una perturbación del ánimo. También intervienen sentimientos de tristeza, decepción, soledad; las personas pierden la capacidad para sentir placer o gozo y evita las situaciones agradables que antes experimentaba en la vida. En este momento en algunas*

---

<sup>61</sup> OBLITAS, L.A. Op. cit. p. 86.

*ocasiones requieren de tratamiento psicológico. En esta etapa los pacientes ponen en riesgo la vida, dado que presenta ideas de muerte, siente deterioro físico, indisposiciones, fatiga, mala digestión y perturbaciones en el sueño. En esta etapa los pacientes quieren estar solos para organizar sus sentimientos y empezar de nuevo.*

- *Aceptación: en esta etapa los pacientes tratan de vivir en el presente y mejorar su calidad de vida en compañía de sus seres queridos aunque en algunas ocasiones, no se resuelve el hecho de estar enfermos, o tardan mucho tiempo en llegar a este importante paso.*

*Estas etapas no siempre se presentan de manera lineal, porque pueden saltarse algunas de ellas, por ejemplo, pasar de depresión a la negación o al enojo”<sup>62</sup>.*

Es relevante revisar el papel de la vida afectiva en los pacientes con enfermedades crónicas para determinar cuáles son los cambios significativos que afectan su calidad de vida y la de sus cuidadores y el impacto del diagnóstico de cáncer de mama y su incidencia en las diversas dimensiones de sus vidas. Oblitas, al respecto plantea: *“La afectividad es un papel destacado en la salud, ya que es la capacidad de reacción que presenta un sujeto ante los estímulos que provengan del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos y las emociones, y cómo repercuten de manera positiva y negativa en el bienestar de los individuos”<sup>63</sup>*; se infiere entonces, que los seres humanos necesitan de la afectividad para vivir, interactuar y desarrollarse a plenitud; en el caso de una enfermedad crónica los sentimientos son importantes para que se sientan amados y apoyados por otras personas, ya que ellos adquieren un valor significativo cuando se afrontan situaciones estresantes, por lo que el apoyo de personal médico, familiares, amigos, compañeros es fundamental. La enfermedad trae análogamente comportamientos que presentan

---

<sup>62</sup> O’CONNOR, N. Déjalos ir con Amor “La Aceptación de Duelo”, Explicación de las Etapas del Duelo. México: Grao. 2001. p. 23,45.

<sup>63</sup> OBLITAS, L.A. Op. cit. p. 86.

un fuerte impacto en la familia de los pacientes, modificando notablemente la vida de éstos, sino de toda la familia y de su principal cuidador.

### 3. METODOLOGÍA

En este capítulo se mostrará el sendero seguido para lograr los resultados.

#### 3.1 ENFOQUE Y DISEÑO METODOLÓGICO

Con base en las características de las preguntas de investigación y los objetivos propuestos, se optó por el enfoque mixto de investigación, cuyo diseño se denomina de dos etapas, que consiste en que dentro de la misma investigación se aplica primero un enfoque, para este caso el cuantitativo y, posteriormente el otro, el cualitativo, siguiendo en cada etapa las técnicas propias de cada uno de dichos enfoques y haciéndolo de manera independiente o integrada. Esta modalidad de diseño metodológico implicó la variante de diseño de aplicación independiente, que significa que un estudio precede al otro, con posibilidad de presentar los resultados de manera independiente pero complementándose.<sup>64</sup>

El enfoque cuantitativo que se utilizó en la primera etapa implicó la aplicación del Test Psicológico de calidad de vida InCaViSa, cuyo objetivo fue hacer mediciones de ciertas áreas y variables para determinar la presencia de algunos factores contemplados en el test; de otro lado, la segunda etapa asumió el enfoque cualitativo dado que éste concibe que *“las realidades humanas y sociales no son una cosa dada (como es el caso de los fenómenos físicos), sino que son realidades construidas por los mismos sujetos sociales y reconstruidas por los investigadores”*.<sup>65</sup> A partir de este supuesto la tarea del conocimiento en este enfoque metodológico es una *“tarea de comprensión, descubrimiento, construcción y generación de teorías y modelos teóricos y la tarea del investigador es lograr la objetividad a través de la intersubjetividad (es decir el*

---

<sup>64</sup> HERNANDEZ S, Roberto et al. Metodología de la investigación. op cit. p.759

<sup>65</sup> YUNI, José A. y URBANO, Claudio A. Mapas y Herramientas para Conocer la Escuela: Investigación Etnográfica, Investigación – Acción. 3ed. Buenos Aires: Claridad. 2005. p.88.

*acuerdo que prestan otros científicos y los mismos sujetos sociales, referido a la congruencia de la posición del investigador y el nivel de comprensión alcanzado del fenómeno estudiado).*<sup>66</sup> El diseño utilizado en esta etapa cualitativa fue el etnográfico por cuanto permitió definir ciertos patrones de comportamiento y entender la complejidad simbólica que subyace a las acciones, es decir, hacer la descripción, el registro sistemático y el análisis de una realidad social o cultural a partir de la descripción de sus acciones<sup>67</sup>

## 3.2 DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO Y PARTICIPANTES

Se definen los escenarios como los diferentes contextos en los que la realidad social se manifiesta, considerando que son construcciones sociales y no tanto localizaciones físicas; de ahí que se buscó un escenario que permitiera agrupar a pacientes maestras que afrontan el cáncer de mama, en el cual pudieron expresar sin reservas sus sentimientos, vivencias e imaginarios. Tal escenario propicio fue una Institución de Salud de Santander que presta servicios de oncología y ofrece un programa integral de recuperación a pacientes pertenecientes al Magisterio y a la que acuden maestras que presentan la enfermedad.

### 3.2.1 Población

La población estuvo constituida por maestras que enfrentan la situación de cáncer de mama y sus cuidadores, quienes aportaron datos para triangular la información aportada por las pacientes. Esta población, según las estadísticas de la institución es de 78 maestras que son mujeres, cuyas edades oscilan entre los 30 y 65 años con diagnóstico de cáncer de mama, sin interesar el tiempo de diagnóstico y cuya profesión es, o ha sido la docencia.

---

<sup>66</sup> Ibi P759

<sup>67</sup> GALEANO M, María Eumelia. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial U. EAFIT. 2004. P.19

### 3.2.2 Muestra

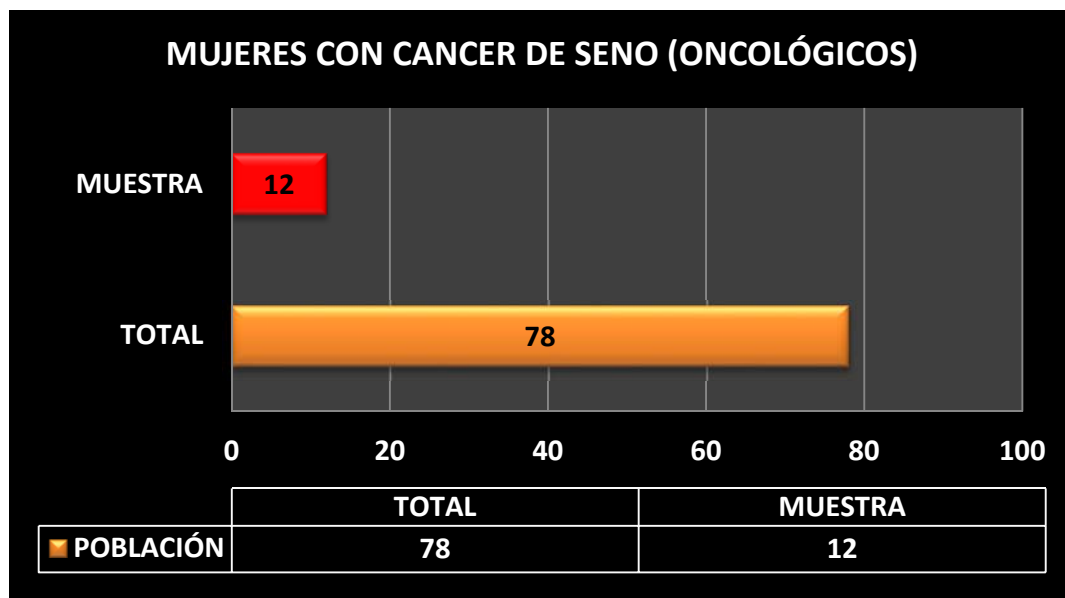
La muestra fue de tipo intencional y voluntaria; fue por un lado integrada por participantes voluntarias que llegaron de manera fortuita o casual al programa, y que voluntariamente accedieron a participar en el estudio y por otro, de tipo intencional ya que posee la representatividad que el investigador requiere para el desarrollo de la investigación.<sup>68</sup> Estuvo constituida por 12 mujeres o sea el 15.38% de docentes que padecen esta patología. Ver Tabla 1

**Tabla 1. Porcentaje de mujeres con cáncer de mama: población y muestra**

POBLACIÓN	TOTAL	MUESTRA
Mujeres Con Cancer De Seno (Oncológicos)	78	12
EQUIVALENTE (%)	100%	15.38%

La gráfica 1 ilustra de manera comparativa la muestra y la población.

**Gráfico 1. Comparación entre población y muestra.**



<sup>68</sup> TAMAYO, M y TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica. México: Limusa. 1997. p. 68

Esta muestra de docentes se tomó de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

1. Sin límite de edad.
2. Que estén ejerciendo o hayan ejercido la docencia.
3. Que se encuentren en cualquier fase de la enfermedad.
4. Sin discriminación de estado civil.
5. Cualquier estrato socioeconómico.

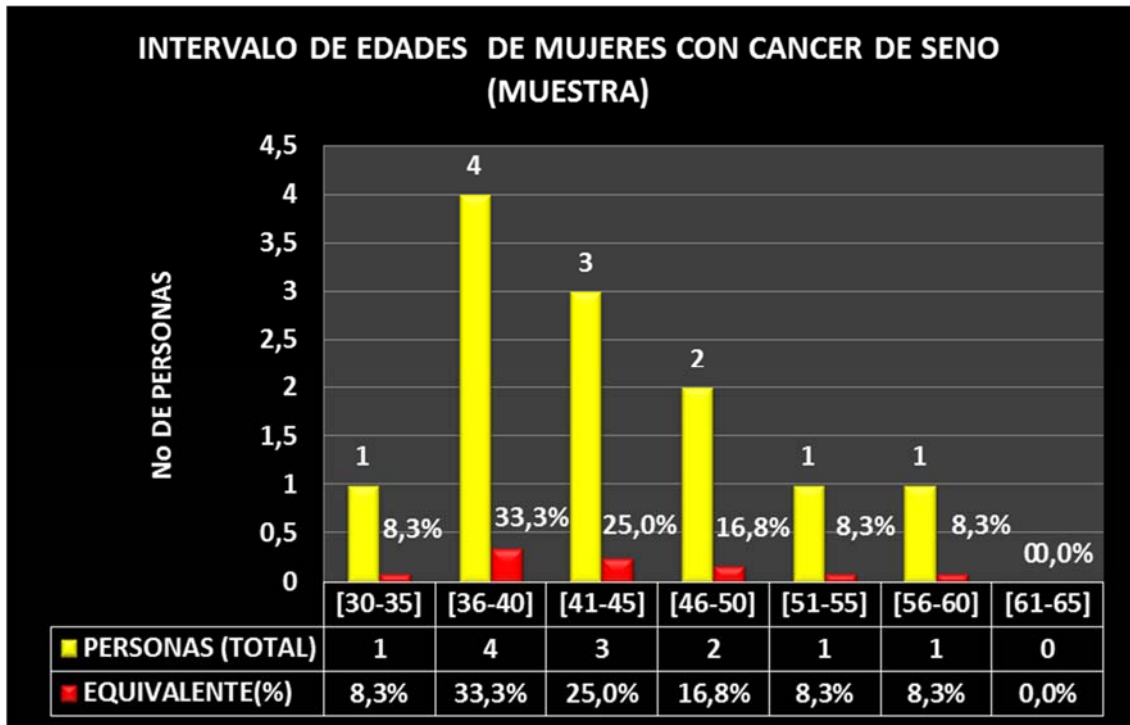
Las edades de las participantes fluctuaron entre 30 y 50 años, edades que se agruparon en seis intervalos. Ver tabla 2.

**Tabla 2. Intervalos y Porcentajes según edad**

EDAD (AÑOS)	INTERVALO	PERSONAS (TOTAL)	EQUIVALENTE (%)
		[30-35]	1
	[36-40]	4	33.3%
	[41-45]	3	25.0%
	[46-50]	2	16.8%
	[51-55]	1	8.3%
	[56-60]	1	8.3%
	[61-65]	0	0.0%

La gráfica 2, refleja los intervalos de edades de las participantes, al igual que el número de casos correspondientes a cada uno de ellos.

**Gráfico 2. Intervalos de edades**



### 3.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se refiere al proceso y a los dispositivos mediante los cuales se obtuvo la información para reconstruir el objeto de estudio. La investigación se inició solicitando el consentimiento informado por parte de la entidad prestadora del servicio y de los participantes, a partir de suministrar la información sobre lo que se tenía previsto realizar (ver anexo 1). El acceso o la entrada al escenario se realizó en un clima de confianza y de plena sinceridad unido al compromiso solidario de reconstruir esa realidad cultural y personal.<sup>69</sup>

Las técnicas de recolección de información que se utilizaron fueron las siguientes:

<sup>69</sup> MC-CRACKEN. En: SANDOVAL Carlos. El Proceso de Investigación: Enfoque Cualitativo, Bucaramanga. 2008. P. 133.

### **Enfoque Cuantitativo:**

- **Técnica explorativa** consiste en la medición de una serie de variables y su relación, a través de pruebas psicológicas y utilizando para ello estadística descriptiva; se utilizó específicamente el test de calidad de vida, instrumento que se describirá a continuación:

**Test De Calidad De Vida:** con el fin de explorar las distintas dimensiones del paciente se aplicó el test de calidad de vida y salud, InCaViSa, elaborado por Angélica Riveros Rosas, Juan José Sánchez Sosa y Mark del Águila, el cual ha sido publicado y estandarizado por la editorial Manual Moderno en el año 2009. Este inventario se construyó con el objetivo de medir la Calidad de Vida de pacientes, en una escala lo suficientemente inclusiva para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones.

\*\* **Áreas Que Explora:** El inventario de Calidad de vida y Salud<sup>70</sup> evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente, como son:

**Preocupaciones:** se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.

**Aislamiento:** Explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual

**Desempeño Físico:** se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.

**Percepción Corporal:** se refiere al grado de satisfacción- insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.

**Funciones Cognitivas:** revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.

**Actitud Ante El Tratamiento:** revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.

---

<sup>70</sup> RIVEROS, SANCHEZ, AGUILA, Test de Calidad de vida, Bogotá: Manual Moderno, 2009, pg. 20.

**Tiempo Libre:** explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.

**Vida Cotidiana:** revisa el grado de satisfacción – insatisfacción percibida por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.

**Familia:** explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.

**Redes Sociales:** explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.

El inventario incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento, y una sección de datos socio-demográficos. Los reactivos se califican en escala de opción forzosa con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de “nunca” a “siempre”; y c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos. Como el test ha sido estandarizado y validado, para su interpretación y puntuación, aplica las técnicas de análisis de datos cuantitativos relativo a la escalas Likert.

### ***Enfoque Cualitativo:***

**Observación:** Técnica que sirvió para obtener de los propios sujetos de investigación sus definiciones de la realidad y los constructos con los que organizan su mundo, así como también para que la investigadora elaborara un discurso descriptivo de la realidad; permitió describir las acciones y la forma de vida que caracterizan al grupo y prestar mayor atención a las prácticas y al significado que le otorgan a las mismas los propios actores. Como instrumentos se utilizaron los **Formatos de Observación** que sirvieron como guía para explorar los aspectos más relevantes de la experiencia y de las vivencias de los participantes de la investigación. También se utilizó el **Diario**

**de Campo** que *“Es un registro continuo y acumulativo de todo lo acontecido durante la vida del proyecto de investigación”*.<sup>71</sup> Se registraron hechos, anécdotas, interacciones, experiencias personales, laborales y familiares que hacen parte del proceso que viven los sujetos de la investigación con relación a su enfermedad

**Entrevista a Profundidad:** es la relación profesional que se establece entre un entrevistador/a y un informante con el objeto de obtener información sobre la vida, en general, o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de una persona. A través de esta técnica, el entrevistador/a conoció lo que es importante y significativo para la investigación y llegó a comprender cómo los participantes ven, clasifican e interpretan su mundo o una experiencia. La entrevista, que fue abierta y flexible, se realizó de manera personal a cada una de las pacientes las veces que fuera necesario, para profundizar sobre cada una de las categorías que fueron apareciendo a lo largo del estudio. Su objetivo fue descubrir las motivaciones, creencias, y sentimientos ocultos sobre sus vivencias y emociones frente a la enfermedad. Se realizó sobre preguntas abiertas. Se utilizó el **Formato de Entrevista** que permitió contar con un derrotero flexible para obtener información profunda de cada uno de los participantes (ver anexo 2)

**Análisis documental:** Permitted conocer la información que está plasmada en diversos documentos institucionales; *“A través de ella es posible capturar información muy valiosa”*<sup>72</sup>. Se analizaron historias Clínicas y documentos sobre el seguimiento del proceso oncológico de cada una de las pacientes.

---

<sup>71</sup> PEREZ, S. Gloria. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes: Técnicas y Análisis de Datos. Madrid: La Muralla. 1994. p. 39.

<sup>72</sup> SANDOVAL, C, op, cit p 137

### **3.4 PROCESO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

En la primera etapa (cuantitativa) se aplicó el Test de Calidad de Vida y Salud, cuya interpretación se hizo siguiendo los parámetros establecidos por los autores en la normalización y tipificación del instrumento y utilizando los estadísticos necesarios para ello. Ello dio como resultado la identificación del grado de calidad de vida identificada por los participantes en cada uno de los factores medidos por el test.

En la segunda etapa (cualitativa), las áreas del inventario cuantitativo sirvieron como ejes iniciales de análisis; los instrumentos cualitativos se enfocaron a explorar y profundizar en dichas áreas y en otros aspectos que fueron emergiendo de la información obtenida; a medida que ésta se recogió se fue organizando a partir de un monitoreo permanente de los datos, de la identificación de rasgos nuevos del fenómeno que pudiesen pasar desapercibidos y de la identificación de categorías analíticas potenciales; es decir, que el acopio de la información por medio de las diferentes técnicas e instrumentos cualitativos, permitió organizar tal información a partir de la codificación, lo que permitió el diseño de una matriz categorial que sirvió como base para la interpretación y análisis y para relacionar y complementar la información cuantitativa y la cualitativa.

Los resultados del análisis cualitativo se confrontaron y complementaron con los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación del Test de Calidad de vida y Salud; de esta manera se fue coherente con el diseño metodológico elegido.

Durante el avance del análisis de información se utilizaron representaciones gráficas que permitieron la reducción de los datos; además se hizo la redacción de memos descriptivos e interpretativos que facilitaron el avance en la comprensión de los resultados.

### 3.5 VALIDEZ INTERNA

La validez hace relación al grado de coherencia lógica interna de los resultados y al grado en el cual éstos reflejan la situación estudiada. La validez del Test de Calidad de vida y salud Incavisa ya está dada, puesto que se trata de un instrumento validado y adaptado a nuestro medio. *“El inventario de Calidad de Vida y Salud (Incavisa), muestra adecuadas propiedades psicométricas de consistencia interna, validez concurrente y test re-test, así como sensibilidad para distinguir entre condiciones de salud.”*<sup>73</sup>

Con relación a la información cualitativa, para lograr la validez de los resultados, se recurrió a la triangulación que *“consiste en comparar los hallazgos obtenidos a través de diferentes técnicas de recogida de datos, de diferentes lugares, de diferentes muestras etc.”*<sup>74</sup>. Coherente con lo anteriormente enunciado en la teoría, se comparó la información recogida mediante la observación, las entrevistas y los documentos; así mismo se confrontaron los datos obtenidos de las maestras, de sus cuidadores y de otras personas que aportaron información como compañeros, alumnos, padres; también se confrontaron los resultados con la teoría formal y con el propio investigador, o sea que se realizó triangulación de participantes y técnicas, se ponderó la evidencia y se hizo devolución parcial de resultados.

### 3.6 PRINCIPIOS ÉTICOS

Por tratarse de una investigación que pudo afectar a los participantes dado que pretendió explorar dimensiones tan íntimas del ser humano, su desarrollo se guió por tres principios<sup>75</sup>:

---

<sup>73</sup> RIVEROS, SANCHEZ, AGUILA, Manual Incavisa, 2009

<sup>74</sup> CARDONA MOLTÓ, María C. Introducción a los Métodos de Investigación en Educación. España: Grao. 2002. p. 151.

<sup>75</sup> PAPALIA, D. et. al. Desarrollo Humano. 8ed. Bogotá: McGraw-Hill. 2001. p. 56.

- **.Beneficio**, que consiste en la garantía a los participantes de maximizar los beneficios potenciales y minimizar los posibles perjuicios.
- **Respeto por la autonomía de los participantes**, lo cual se evidenció en el consentimiento informado, en la manera voluntaria como ellos participaron en el estudio, en el respeto a su autoestima y en el respeto a su privacidad y a la confidencialidad.
- **Justicia**, que consistió en atender cualquier impacto que la investigación pueda tener sobre los participantes.

En razón a que la investigadora ejerce la función de Psicóloga de la institución, ello garantizó el cumplimiento de estos principios éticos.

## 4. RESULTADOS

Coherente con la metodología utilizada, se presentan a continuación los resultados de cada una de las etapas para posteriormente proceder a integrar los mismos en la discusión de resultados.

### 4.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Se presentan los resultados a partir de la identificación de los tipos de problemática detectados por el test, cuyos significados son los siguientes

:

- **Problemática dominante cognitiva**, se refiere a los procesos mentales como pensamiento, memoria, atención, percepción, inteligencia que intervienen en el proceso de la enfermedad; esta problemática la evalúan las áreas de preocupaciones, aislamiento, funciones cognoscitivas, percepción corporal.
- **Problemática dominante instrumental**, se refiere a las acciones que realizan los pacientes en los diferentes escenarios; esta problemática la evalúan las áreas de desempeño físico, tiempo libre, vida cotidiana.
- **Déficit interpersonales**, se refiere a los procesos comunicativos, sociales y de apoyo que recibe el paciente; tiene que ver con las áreas de apoyo de la familia y redes sociales.

Una vez aplicado el Test se obtuvo el siguiente resultado:

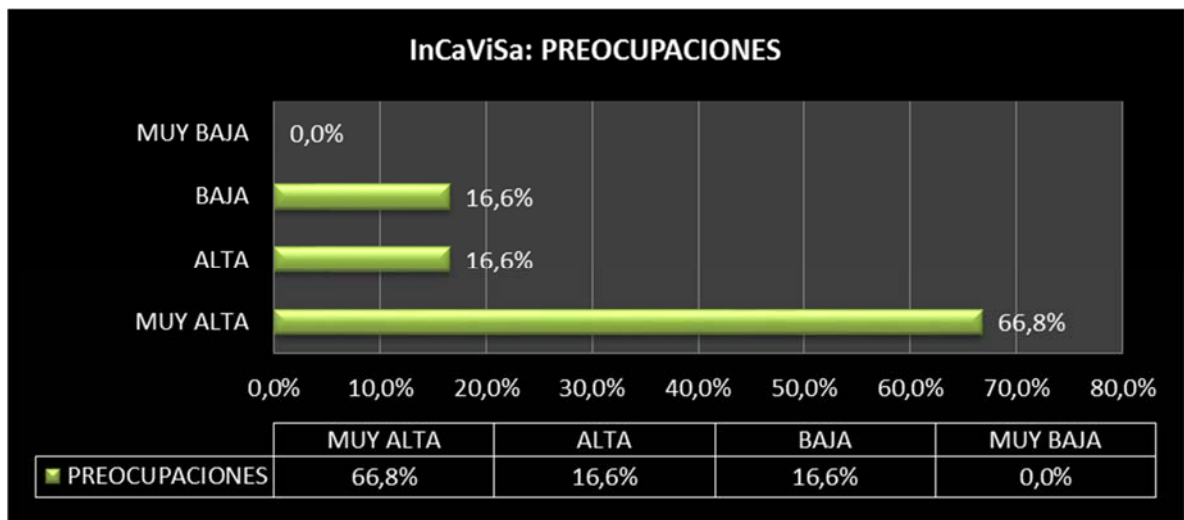
**Área Preocupaciones:** apunta a identificar cambios que como consecuencia del proceso de enfermedad se presentan en el sujeto y que originan modificaciones en la percepción de sí mismo y de los demás frente a la interacción con otros. La tabla 3 muestra el porcentaje obtenido en esta área.

**Tabla 3. Porcentajes área preocupaciones**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
PREOCUPACIONES	66,8%	16,6%	16,6%	0,0%

Los resultados de la calificación percentilar de CV (Calidad de Vida) con relación al área de *preocupaciones* muestran, que ocho (8) pacientes puntuaron MUY ALTA, dos (2) ALTA, dos (2) BAJA y ninguno (0) MUY BAJA, equivalentes al 66.8%, 16.6%, 16.6% y 0% respectivamente. Estas puntuaciones muestran que el grupo está ubicado en un **nivel muy alto** de preocupaciones. En la gráfica 3 se observa que esta área obtiene unas puntuaciones bastante elevadas (83.4%, entre muy alta y alta) en cuanto a cómo se sienten y al exceso de preocupaciones que la enfermedad les genera con relación a la molestia que pueden causar a los demás.

**Gráfico 3. Comparación niveles área preocupaciones**



Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Cognitiva; las docentes suelen dejar en evidencia que tienden a realizar interpretaciones negativas de la vida de aquellas personas que les suelen rodear.

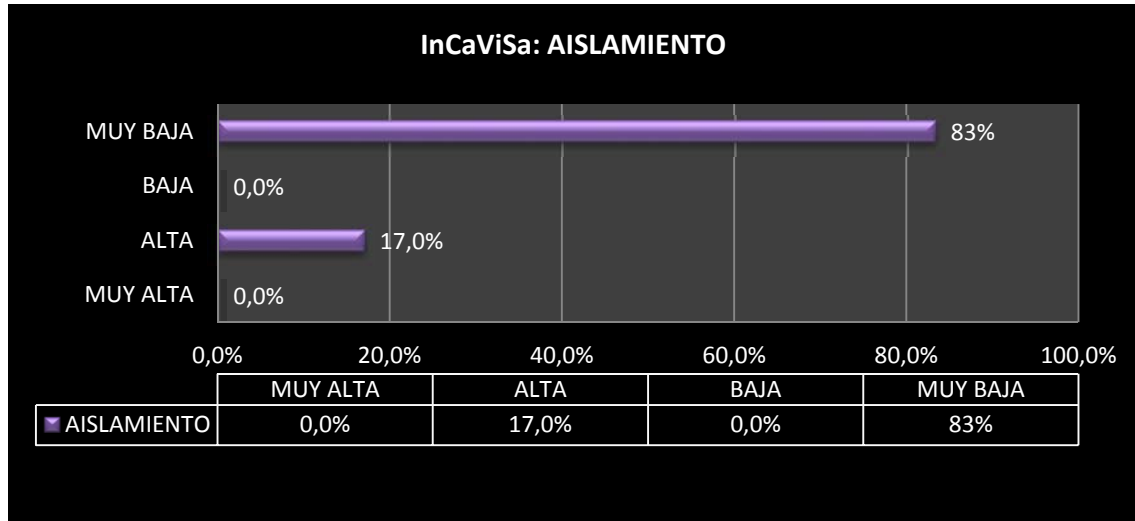
**Área Aislamiento:** Explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual. La tabla 4 muestra los resultados obtenidos de la calificación percentilar de CV con relación al área de *aislamiento*, la cual arrojó que diez (10) pacientes puntuaron MUY BAJA, dos (2) ALTA, y ninguno (0) en MUY ALTA y BAJA; Esto es equivalente al 83%, 17%, 0% y 0% respectivamente. Estas puntuaciones muestran que el grupo está ubicado en un **nivel muy bajo** de aislamiento.

**Tabla 4. Porcentajes área aislamiento**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
AISLAMIENTO	0,0%	17,0%	0,0%	83%

Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Cognitiva; en ella la mayoría de las docentes expresan que pueden apoyarse o contar con el afecto y la valoración de las personas que los rodean y que ello les ayuda a sobrellevar su enfermedad. El auto concepto positivo aquí es evidente, ya que no suelen sentirse inútiles o incompetentes.

**Gráfico 4. Comparación resultados área aislamiento**



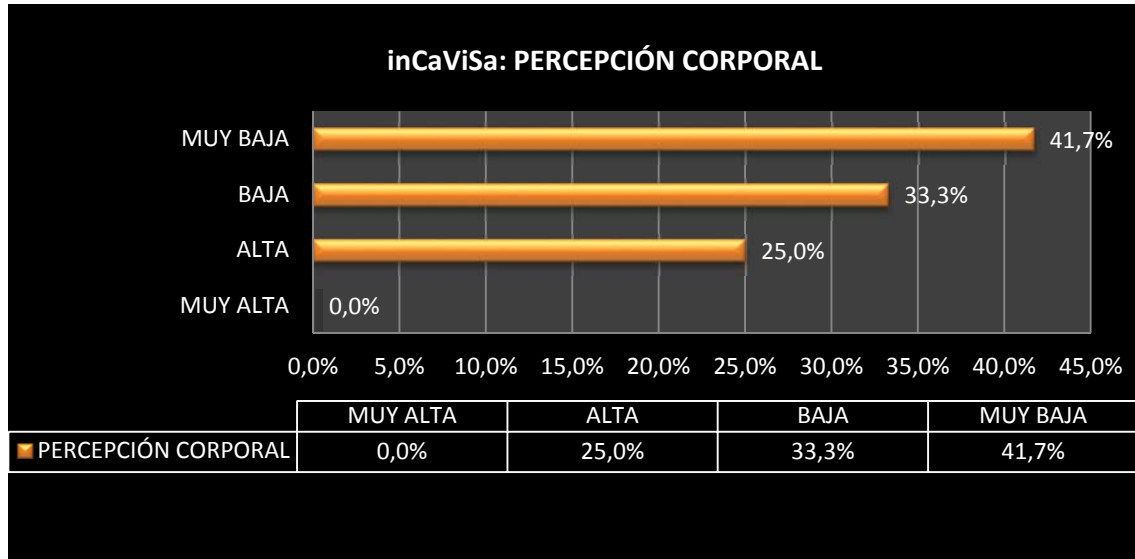
**Área de Percepción Corporal:** se refiere al grado de satisfacción o insatisfacción que el propio paciente tiene sobre su aspecto o atractivo físico y que determina su percepción. Los resultados de la calificación percentilar de CV con relación al área de *Percepción Corporal*, arrojó que cinco (5) pacientes puntuaron MUY BAJA, cuatro (4) BAJA, tres (3) ALTA y ninguna (o) MUY ALTA; Esto es equivalente al 41.7%, 33.3%, 25% y 0% respectivamente.

**Tabla 5. Porcentaje área de percepción corporal**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
PERCEPCIÓN CORPORAL	0,0%	25,0%	33,3%	41,7%

En la gráfica 5 se evidencia que los mayores porcentajes corresponden a un nivel bajo y muy bajo, equivalente a un 75%, lo que muestra una percepción **baja** sobre su propio cuerpo que posiblemente no corresponde con la realidad.

**Gráfico 5. Comparativo percepción corporal**



Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Cognitiva; las docentes tienden a percibirse como personas poco atractivas, percepción que incide en una baja autoestima y las lleva a manejar también un bajo concepto de sí mismas que las hace sentirse desagradables ante sí y ante los demás, debido a aspectos relacionados con conceptos como peso, talla y apariencia física.

**Área de Funciones Cognoscitivas:** se relaciona con la detección de la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.

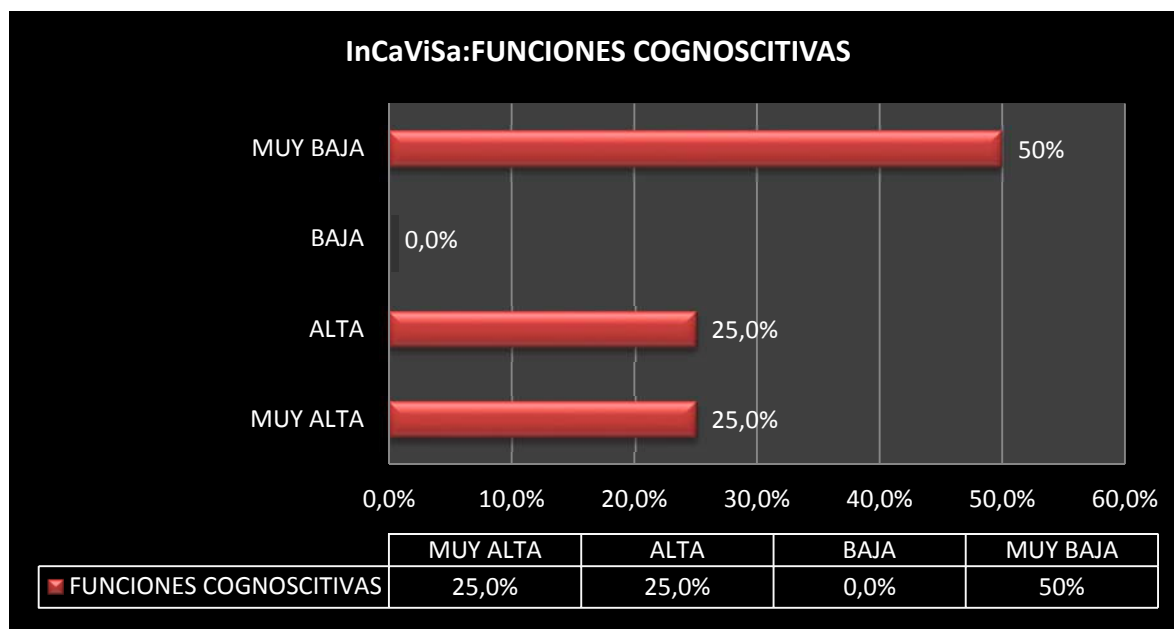
La tabla 6 hace referencia a los resultados de la calificación percentilar de CV con relación al área de *Funciones Cognoscitivas*, en la cual se evidencia que seis (6) pacientes puntuaron MUY BAJA, tres (3) MUY ALTA, tres (3) ALTA y ninguna (0) BAJA; Esto es equivalente al 50%, 25%, 25% y 0% respectivamente. Estas puntuaciones muestran que el grupo está ubicado en un **nivel medio** en cuanto sus funciones cognitivas.

**Tabla 6. porcentaje área funciones cognitivas**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
FUNCIONES COGNOSCITIVAS	25,0%	25,0%	0,0%	50%

Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Cognitiva; las docentes aunque son conscientes de que poseen capacidades y procesos cognitivos como el aprendizaje, la memoria y la atención, suelen expresar que existe una disminución de estas funciones debido posiblemente a la influencia de su aspecto emocional y afectivo que se ve afectado a causa de la enfermedad; otra posible causa de sentir este deterioro puede deberse a los procesos neurológicos por los cuales atraviesan durante la enfermedad. El área de funciones cognitivas es fundamental para los docentes puesto que es la dimensión directa sobre la cual trabajan con sus estudiantes y la afectación de cualquiera de las funciones mentales incide directamente en la calidad educativa. La grafica 6 muestra estos resultados.

**Gráfico 6. Comparativo funciones cognoscitiva**



**Área de Desempeño Físico** se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo. La tabla 7 evidencia los resultados de la calificación percentilar de CV con relación al área de *Desempeño Físico*, la cual arrojó que seis (6) pacientes puntuaron BAJA, tres (3) MUY BAJA, dos (2) MUY ALTA y una (1) ALTA; esto es equivalente al 50%, 25%, 16.7% y 8.3% respectivamente. Estas puntuaciones muestran que el grupo está ubicado en un **nivel bajo** de percepción de desempeño físico.

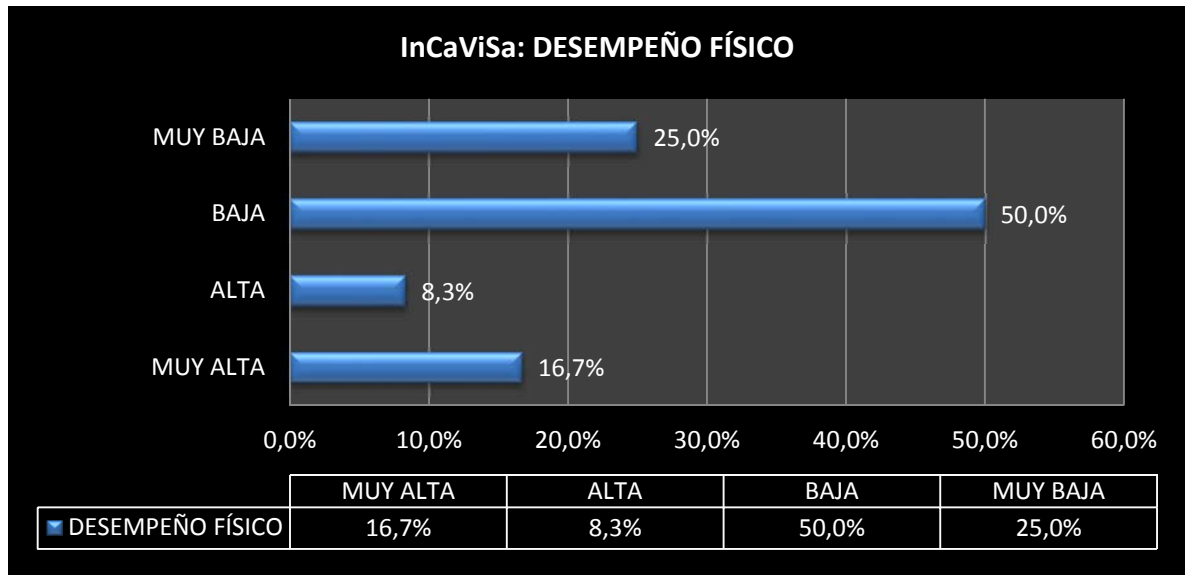
**Tabla 7. Porcentajes área de desempeño físico**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
DESEMPEÑO FÍSICO	16,7%	8,3%	50,0%	25,0%

Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Instrumental; las docentes en su mayoría expresan que existe un deterioro notable en la capacidad que poseen para realizar actividades físicas; ellas manifiestan que les falta energías para realizar algunas actividades cotidianas y que la fatiga es evidente sobre todo al desplazarse caminando o, mientras dictan clase.

Esta situación puede afectar su vida laboral por cuanto es posible que sus competencias pedagógicas se puedan ver disminuidas, dado que la docencia exige altas dosis de energía y capacidad física especialmente cuando se trabaja con niños o adolescentes. La gráfica 7 muestra que las puntuaciones BAJA y MUY BAJA predominan sobre las demás, lo que equivale a un 75%

**Gráfico 7. Comparativo área desempeño físico**



**Área de Tiempo Libre: Tiempo Libre:** explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas. Los resultados de la calificación percentilar de CV con relación al área de *Tiempo Libre*, arrojó que seis (6) pacientes puntuaron BAJA, cuatro (4) ALTA, una (1) MUY BAJA y una (1) MUY ALTA; esto es equivalente al 50%, 33.3%, 8.4% y 8.3%, datos que se observan en la tabla 8. Estas puntuaciones muestran que el grupo está ubicado en un **nivel Bajo** de percepción de la utilización del tiempo libre.

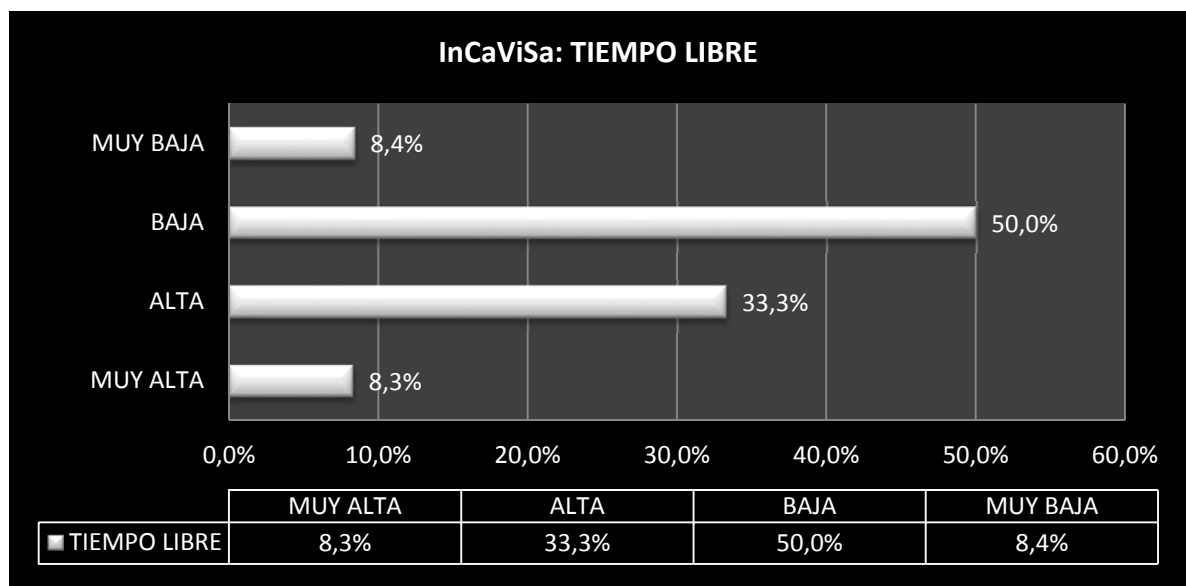
**Tabla 8. Porcentajes área tiempo libre**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
TIEMPO LIBRE	8,3%	33,3%	50,0%	8,4%

Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Instrumental; las docentes aunque reconocen algunas de sus limitaciones, producto de su enfermedad actual, no la adoptan como el argumento para dejar de aprovechar

actividades recreativas, y algunas de ellas manifiestan que su enfermedad no es un mayor impedimento para disfrutar y aprovechar del tiempo libre. Los resultados muestran que aun cuando las puntuaciones que indican bajo y muy bajo están por encima, no se evidencia mucha diferencia frente a los puntajes que se ubican en alto y muy alto. (Ver gráfico 8)

**Gráfico 8. Comparativo puntajes tiempo libre**



**Área Vida Cotidiana:** Hace referencia al grado de satisfacción o insatisfacción percibida por los pacientes frente a los cambios en las rutinas producidos a partir de la enfermedad. Al observar la tabla 9, se evidencia que cinco (5) pacientes puntuaron BAJO, cuatro (4) ALTO, dos (2) MUY BAJO y una (1) MUY ALTO; Esto es equivalente al 41,8%, 33,3%, 16,6% y 8,3% respectivamente. Estas puntuaciones muestran que el grupo está ubicado en un **nivel bajo** de percepción sobre la vida cotidiana.

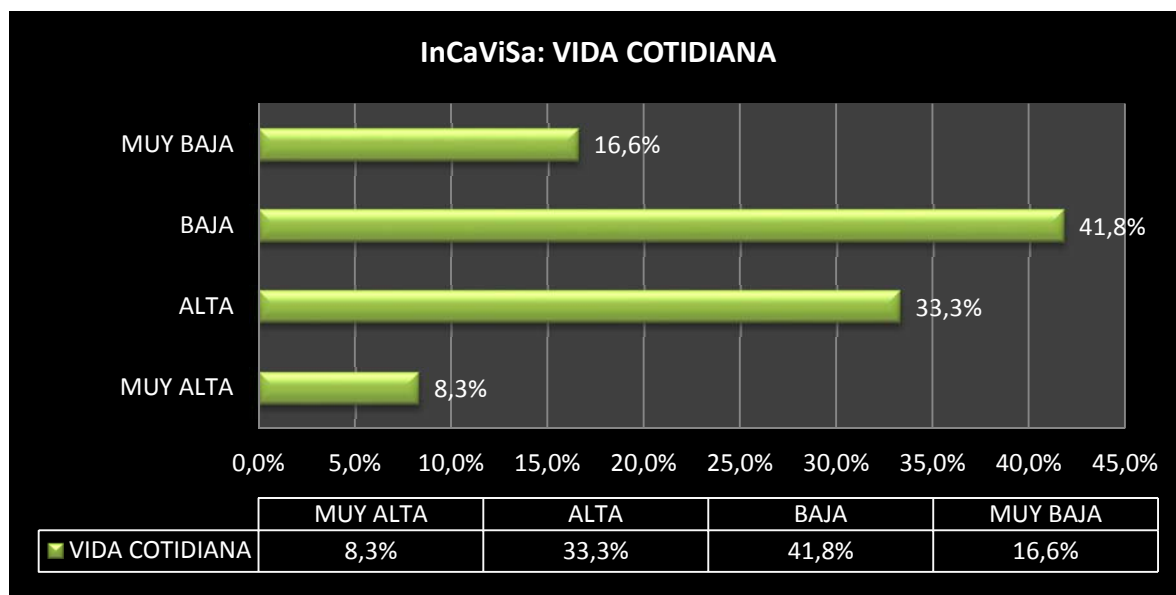
**Tabla 9. porcentajes área vida cotidiana**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
VIDA COTIDIANA	8,3%	33,3%	41,8%	16,6%

Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Instrumental; las docentes expresan que frecuentemente vivencian y experimentan frustración, ira, desesperanza y tristeza. Los resultados demuestran que existe una tendencia a crear valores de adhesión con sus terapeutas, situación que puede crear una dependencia que se ve reflejada en las consultas frecuentes para la toma de decisiones y para obtener orientaciones en el quehacer cotidiano.

En la gráfica 9 es posible observar que el grado de satisfacción con relación a las actividades desarrolladas en su vida cotidiana es más bajo que alto, si se tiene en cuenta que el 58.4% se ubica entre bajo y muy bajo.

**Gráfico 9. Comparativo porcentajes vida cotidiana.**



**Área Familia:** hace referencia al apoyo emocional que percibe el paciente de su familia durante la enfermedad, Los resultados de la calificación percentilar de CV con relación al área de *Familia*, arrojó que siete (7) pacientes puntuaron MUY ALTA, cinco (5) ALTA, ninguno (0) BAJA, al igual que ninguno (0) MUY BAJA. Esto es equivalente al 58.3%, 41.7%, 0% y 0% respectivamente. (ver tabla 10).

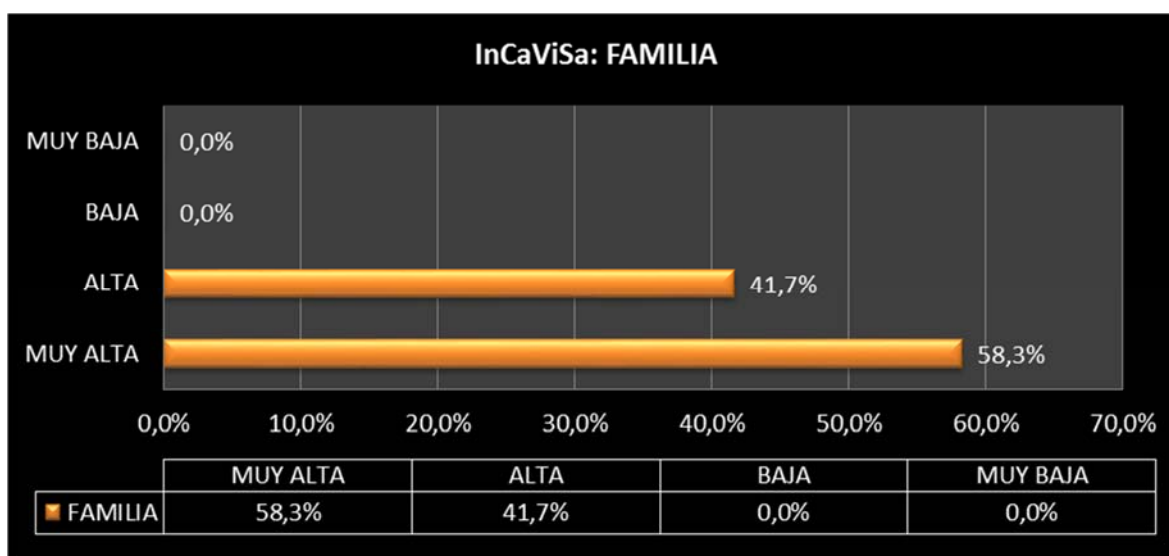
Estas puntuaciones muestran que el grupo tienen un nivel de percepción **muy alto** sobre su familia.

**Tabla 10. Porcentajes área familia**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
FAMILIA	58,3%	41,7%	0,0%	0,0%

Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Déficit Interpersonales; las docentes resaltan el hecho de percibir que los miembros de sus familias les brindan apoyo y un significativo afecto frente a su condición y sus necesidades básicas y de auto-realización. Son evidentes los resultados que muestra la gráfica 10, que resaltan la imagen familiar positiva que construyen los pacientes de su familia y el papel que ella juega para la recuperación de su enfermedad.

**Gráfico 10. Comparativo porcentajes área familia**



**Área Redes Sociales:** explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas. Los resultados de la calificación percentilar de CV con

relación al área de *Redes Sociales*, arrojó que doce (12) pacientes puntuaron MUY ALTA, ninguno (0) ALTA, ninguno (0) BAJA, al igual que ninguno (0) MUY BAJA. Esto es equivalente al 100%, 0%, 0% y 0% respectivamente, datos que se muestran en la tabla 11. Estas puntuaciones muestran que el grupo está ubicado en un nivel muy alto en cuanto a la percepción de redes sociales.

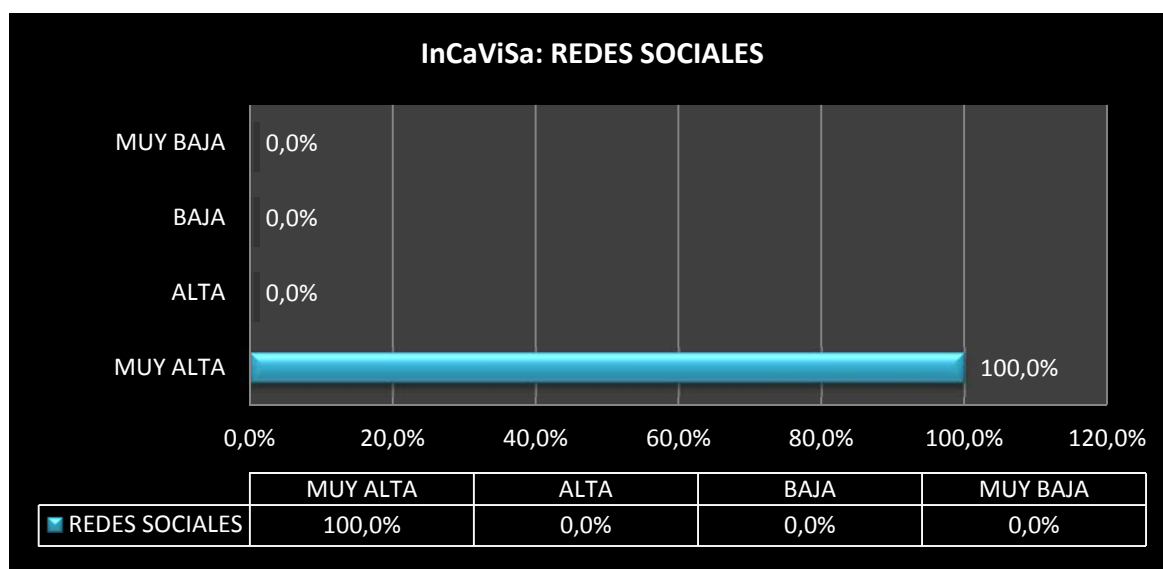
**Tabla 11. Porcentaje redes sociales**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
REDES SOCIALES	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Déficit Interpersonales; todas las docentes expresan que existe a su alrededor personas que están dispuestas a colaborarles y a ayudarles en la solución de situaciones emergentes o inesperadas, brindándoles tranquilidad y seguridad en aspectos individuales, familiares, sociales y económicos.

Es la única área en la cual el 100% de los participantes la consideró fundamental en su tratamiento. (Ver gráfica 11).

**Gráfico 11. Comparativo porcentajes redes sociales.**



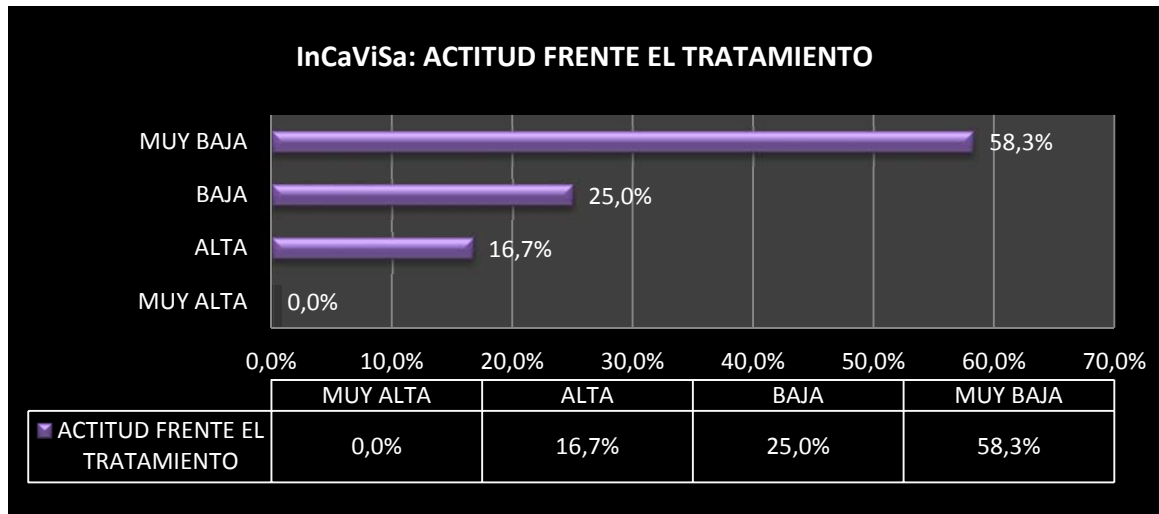
**Área Actitud Frente El Tratamiento:** revisa el desagrado que puede generar en la paciente el adherirse a un tratamiento médico. Los resultados de la calificación percentilar de CV con relación al área de *Actitud Frente el Tratamiento*, arrojó que siete (7) pacientes puntuaron MUY BAJA, tres (3) BAJA, dos (2) ALTA, y ninguna (0) MUY ALTA. Esto es equivalente al 58.3%, 25%, 16.7% y 0% respectivamente, datos que se muestran en la tabla 12. Estas puntuaciones muestran que el grupo está ubicado en un nivel **muy bajo** de actitud frente al tratamiento.

**Tabla 12. Porcentajes actitud ante al tratamiento**

ÁREA	MUY ALTA	ALTA	BAJA	MUY BAJA
ACTITUD FRENTE EL TRATAMIENTO	0,0%	16,7%	25,0%	58,3%

Esta área se categoriza como Tipo de Problemática Dominante Déficit Interpersonales; las docentes son conscientes de su enfermedad y que deben seguir con un tratamiento médico acorde a su avanzado estado; aunque expresan resistencias con relación al cumplimiento de los medicamentos, comprenden la importancia de su uso y acceden a seguir con la incomodidad y efectos secundarios que pueden generar los tratamiento. Se evidencia que la actitud hacia el tratamiento es muy baja, lo cual puede repercutir en la toma de decisiones frente a su tratamiento, lo que puede conllevar a que lo rechacen de plano o no sigan las instrucciones del médico tratante. ( ver gráfica 12)

**Gráfico 12. Comparativo porcentajes actitud ante el tratamiento**



#### 4.2 HALLAZGOS CUALITATIVOS

Los resultados que se presentan en esta sección y su análisis y discusión, parten del reconocimiento hecho sobre la manera como las maestras pacientes con cáncer de seno asumen esta experiencia.

El problema desde el enfoque cualitativo se trabajó a partir de cuatro unidades de análisis: **pensamientos**, que corresponde a los imaginarios que han construido las maestras sobre lo que para ellas significa el cáncer de mama; **los sentimientos**, relacionados con las actitudes y emociones que se generan en ellas cuando experimentan la enfermedad; las **vivencias**, que hacen relación al campo de sus experiencias tanto personales como profesionales y por último las **expectativas**, que corresponden a la forma como generan estrategias de afrontamiento relacionadas con los comportamientos asumidos por ellas para enfrentar la realidad que están viviendo.

Alrededor de estas cuatro unidades de análisis giró el proceso de sistematización de la información, proceso que se consolidó en una matriz categorial compuesta

por sub-categorías, categorías y categorías axiales, desde las cuales se hizo la interpretación y análisis de resultados. (Ver tabla 13)

**Tabla 13.** Matriz categorial

U. DE ANALISIS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CATEGORIA AXIAL
<p><b>PENSAMIENTOS</b></p>	<p>“Me voy a morir “.</p> <p>“No es posible, hay un error”</p> <p>“Ahora soy una carga para todos”</p> <p>“Perdí independencia”</p> <p>“Disminución de capacidades”.</p> <p>“Preocupación por los gastos”.</p> <p>“Tengo que salir adelante.”</p>	<p>Invisibilidad y muerte</p> <p>“Convertirme en una carga.... después de ser tan productiva... y autosuficiente.”</p> <p>“La incertidumbre de los gastos. “</p> <p>Dar la batalla, no desaparecer, dejar huella.</p>	<p>Cáncer: sinónimo de invisibilidad y muerte, pero también de oportunidades</p>



U. DE ANALISIS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CATEGORIA AXIAL
<p><b>VIVENCIAS</b></p>	<p><b>Personales:</b></p> <p>Pérdida de Memoria y concentración.</p> <p>Cambios en apariencia física.</p> <p>“Hago lo que me gusta, soy más sensible.”</p> <p>Disfrutar más el día a día sin pensar en el mañana.</p> <p>Prioridad: ellas mismas más que su trabajo</p> <p><b>Laborales:</b></p> <p>“Siempre viví en función de la Institución.”</p> <p>Transmitir al estudiante y colegas el valor de la vida.</p> <p>Valorar la vida y la profesión</p> <p>Valorar lo que se enseña</p>	<p>Disminución de capacidades mentales y cambios en la apariencia física</p> <p>La familia, apoyo pero también preocupación</p> <p>Mística y dedicación por el trabajo.</p> <p>Más calidad de vida para enseñar con calidad</p>	<p>Pérdidas pero también ganancias.</p> <p>Ser, más que tener y hacer</p> <p>Alta valoración de la vida y de la profesión de docente.</p>

U DE ANALISIS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA	CATEGORIA AXIAL
<p><b>EXPECTATIVAS: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</b></p>	<p>“Me sumergí en la lectura de lo que es el cáncer “</p> <p>Búsqueda de información sobre la enfermedad</p> <p>Cortar con el ocio</p> <p>Participación en grupos de apoyo.</p> <p>Dios mi tabla de salvación</p> <p>Búsqueda de mi interioridad</p> <p>Apego a un ser superior y fomento de la espiritualidad</p>	<p>Un conocimiento profundo de la enfermedad</p> <p>Búsqueda de apoyo social, emocional y psicológico</p> <p>Ocupación tiempo libre</p> <p>Fortalecimiento de la espiritualidad</p>	<p>Afrontamiento Cognitivo: anteponer la razón a los sentimientos.</p>

## **UNIDAD DE ANÁLISIS: PENSAMIENTOS**

Para comprender el significado que la población estudiada asigna al cáncer de seno, se partió de los imaginarios que las maestras, a través de su experiencia, han construido mentalmente, siendo éste el primer elemento que permitió entender la forma como han construido sus pensamientos. Los pensamientos hacen referencia entonces, al marco de las ideas que circulan en la mente de las maestras y que orientan y dan dirección a sus actuaciones, motivaciones y acciones.

### **CATEGORÍA AXIAL 1. CÁNCER: SINÓNIMO DE DISMINUCIÓN Y MUERTE PERO TAMBIÉN DE OPORTUNIDADES.**

Esta categoría axial reúne algunas de las dimensiones que se involucran en los pensamientos que a lo largo del tiempo la propia sociedad ha construido sobre el cáncer y que el mismo sujeto ha venido internalizando dentro de sí, con base en sus propias experiencias.

El primer significado se asocia con la muerte, con la desaparición definitiva de este mundo, con un acabarse; pero aun cuando ésta es la inmediata representación mental, aparecen otras menos radicales relacionadas con pérdidas parciales e invisibilidad como son, la disminución de sus capacidades a nivel físico y psíquico, pérdida de independencia para actuar y también, afectaciones de tipo económico; finalmente se capta una visión positiva y optimista de la experiencia.

#### ***Invisibilidad y muerte***

La primera categoría agrupa los imaginarios relacionados con **la muerte**, los que hacen referencia a que una vez diagnosticada la enfermedad, las maestras pacientes piensan que *“me voy a morir”...“pienso en mi testamento y a quien*

*dejarle mis cosas*"; la imagen que ronda de inmediato en su mente se relaciona con los momentos previos a su deceso, tal como lo afirma una paciente *"me veo ya en el cementerio, en el velorio y quiénes están presentes en el entierro"*; otra dice *"...estoy muerta"*. Esta visión de sí mismas hace que su actitud sea de derrota frente a una situación inesperada que genera en ellas y en sus familiares incredulidad y pesimismo ante la imagen de la propia muerte; la mente se rebela a aceptar esa realidad mediante razonamientos que incluyen, *"errores en los exámenes médicos"*... *"creía que no era tan grave"*... *"están confundidos"*... o, *"morirme yo?... imposible"*; *"¿por qué a mí sí, soy buena?"*... *"¿qué hice para que me pasara esto?"*; tales razonamientos se convierten en racionalizaciones o justificaciones inconscientes para no aceptar la realidad pero a la vez, darse tranquilidad.

Esta primera forma de pensar frente a la nueva situación coincide con el concepto de duelo planteado por O'Connor, cuya primera etapa se refiere precisamente a la negación, que es un estado de incredulidad o entumecimiento que la mente utiliza para liberarse de la angustia producida por la noticia y para desechar la idea de muerte que constantemente ronda en la mente de los pacientes y de su familia; es decir, el propio sujeto recurre a una dinámica que es beneficiosa para sí mismo por cuanto le permite enfrentar la realidad de la nueva situación. Las demás etapas planteadas por el mencionado autor, están relacionadas con las emociones, aspecto que se evidenció en la unidad de análisis "sentimientos", la cual será tratada más adelante.

***Convertirme en una carga... y tener menos capacidades  
después de ser tan productiva y autosuficiente.***

De ser mujeres independientes y autónomas, las pacientes piensan que pasarán a tener que depender de los familiares cercanos; a este aspecto se refiere una maestra cuando afirma que *"empezar a pedir favores a mi familia es muy duro"* o

*“después de ser tan productiva, depender de mi familia”...“que horror, ahora cargando con esto”* Las maestras desde que empezaron a ejercer su profesión han sido personas que se caracterizan por su independencia personal, social y económica, hecho que generalmente las convierte en personas con una autoestima elevada y con una auto imagen positiva. Ahora piensan que se constituyen en un estorbo dado que su fuerza y actividad está limitada no solamente por la enfermedad sino por los tratamientos que recibe.

El hecho de sentir que su capacidad física está menguada y que ello puede afectar su rendimiento y calidad como profesora en el aula de clase, es una de las ideas que constantemente está presente en ellas y que impacta la calidad de su trabajo profesional; piensan que las jornadas laborales pueden verse afectadas, producto del cansancio por la enfermedad o por el tratamiento; les preocupa el ausentismo y las incapacidades. Creen que después de ser tan activas deben depender de otras personas para que cubran sus ausencias y que al delegar responsabilidades educativas a otros, pierden el control de las asignaturas y de las funciones que desempeñan *“ahora tengo que pedir favores a mis colegas para que me hagan los reemplazos”*; así mismo consideran que los tratamientos de quimioterapia - radioterapia con sus efectos colaterales, hacen mella en su salud, situación que las pueden incapacitar para realizar su labor profesional con excelencia.

### ***“La incertidumbre de los gastos”***

La baja en la economía familiar es uno de los asuntos que surge con gran fuerza, dado que piensan que la enfermedad implica un costo altísimo en razón a que los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, así como los honorarios médicos, son muy especializados y las EPS tienen un alto grado de exigencia para cubrirlos; así mismo, creen que los trámites requeridos implican para el paciente

mucho tiempo y burocracia. *“tengo que pedir autorizaciones y hacer muchos trámites que me han hecho perder tiempo”*

Esta situación económica se constituye en una de las principales preocupaciones, aunada a aquellas relacionadas con la inestabilidad económica en la que posiblemente quedará su familia cuando ella ya no esté.

*“yo soy un soporte económico para mi familia, ahora no sé qué va a pasar”*

### ***Pero...hay que dar la batalla, dejar huella***

No obstante la presencia de *“pensamientos negativos”* y el creer que *“todo es malo”* como una de las participantes lo declaró, aparecen algunas maestras que superan la situación y consideran la experiencia como una oportunidad para aprender a estar por encima de las dificultades, dar la batalla y dejar huella, lo que significa poner al descubierto la capacidad del ser humano para traspasar la dimensión material y buscar otras opciones que lo lleven a la realización personal a pesar de la enfermedad. Este imaginario fue evidente en todas las unidades de análisis.

### **EJE DE ANÁLISIS: SENTIMIENTOS**

En esta unidad de análisis se encierran todas las emociones que el proceso oncológico, despierta en las maestras. Se hace mención a lo que sienten en su experiencia con la enfermedad y cómo el estado emocional determina la forma como afrontan la realidad siendo significativo el papel que juegan las expectativas que se tienen frente a la labor realizada y los aspectos que caracterizan el contexto del proceso oncológico. Igualmente, desde esta unidad de análisis se llega a dimensionar cuáles son las motivaciones que mueven a cada una de las pacientes a participar en los tratamientos para posteriormente adquirir un compromiso con su desarrollo.

## **CATEGORIA AXIAL 2 DESDE EL DOLOR INTENSO, EL MIEDO Y LA RABIA HASTA LA ACTITUD POSITIVA DE LUCHA.**

Tal vez, una de las mayores repercusiones de la enfermedad se presentó a nivel emocional debido al duelo de perder la salud, considerada un bien cuyo reconocimiento sólo hicieron cuando se perdió. Así, los sentimientos que se generaron fueron descritos de diversas maneras, pero todos apuntaron al dolor y desesperación que experimentaron frente a la nueva situación.

### ***Miedo, temor, rabia, desesperación***

Una vez diagnosticadas las pacientes, el miedo a morir fue profundo y apareció como primera manifestación emocional junto con la negación, una sensación de frustración y rabia al considerar que después de tener su vida organizada, de un momento a otro todo se acababa y las metas, proyectos, aspiraciones se derrumbaban; así lo expresó una participante *“dejar mis objetivos y metas sin terminar...”* También manifestaron que ese miedo les produjo llanto y que en ciertos momentos llegaron hasta la desesperación *“al principio lloré muchísimo... lo hacía a escondidas, no quería que mi familia se preocupara por mí”... “me desesperé, lloré, me sentí impotente y con mucho temor a lo desconocido”*

El miedo generado por la enfermedad produjo en las pacientes sentimientos encontrados, pues son maestras que han dedicado toda su vida a enseñar, a liderar procesos de aprendizaje en sus estudiantes y que son vistas por ellos como modelos de identificación, interpretaciones que las hacía sentirse invencibles ante el mundo; pero todas estas realidades de su mundo subjetivo se fracturaron ante la posibilidad de “morirse” razón que les impidió inicialmente ser optimistas y asumir la realidad de la enfermedad como algo que puede ser natural.

Otra manifestación de la dimensión afectiva y emocional que se evidenció fue la depresión que es el enojo dirigido hacia sí mismo y que incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; se observó en las pacientes una perturbación del ánimo constante y sentimientos de tristeza, decepción, soledad así como la pérdida de la capacidad para sentir placer o gozo y la evitación de las situaciones agradables que antes experimentaban en la vida y que les producía satisfacción. También fueron evidentes los sentimientos de culpa cuando por algún caso no tenían la capacidad para realizar las rutinas que cotidianamente ejecutaban, especialmente en el hogar y en las instituciones educativas en las que laboran

Se hizo evidente que las pacientes atraviesan por el duelo generado por la enfermedad, pues según lo explica Fonnegra: *“.... no solamente es el dolor que afecta al paciente, sino también juegan un papel importante las emociones debido a las pérdidas, separaciones, miedos, deterioro, cambios corporales, soledad, abandono, a la falta de control y creerse una carga para sus familiares; todo esto causa un notable deterioro en la calidad de vida de los pacientes con cáncer”*<sup>76</sup>.

También se evidenció que en el grupo estudiado se presentaron emociones y sentimientos que coinciden con lo planteado por O'Connor como son, el **enojo** que se expresa externamente con **rabia** que se proyecta hacia sí mismo y hacia los demás, los que a su vez se convierten en sentimientos de amargura, resentimiento y desesperación *“tengo rabia de que esto me haya pasado...estoy desesperada”*; en el fondo el enojo es temor para satisfacer las propias necesidades y para tomar decisiones; al respecto algunas maestras manifestaron *“siento miedo a no ser capaz de manejar la parte financiera, emocional y física”*.

Sus emociones también giraron alrededor de su campo laboral por cuanto consideraron que podían perder su trabajo o, que la pensión se les podía

---

<sup>76</sup> FONNEGRA, L. citado por PAYAN, E. op.cit. p. 80

disminuir al salir de su vida laboral por incapacidad permanente *“me preocupa que me digan que me tengo que ir del colegio”*; otro temor en este campo se relacionó con la baja en su capacidad y calidad de trabajo, aspecto que para ellas fue muy importante por el compromiso que mostraron con sus alumnos *“no sé ahora que hacer con los alumnos pues a veces me siento muy débil y no puedo rendir lo mismo que antes”*

A pesar de la relación entre cáncer y muerte identificada en los pensamientos de las participantes, no se evidenció que alguna de ellas pusiera en riesgo la vida; no obstante se observó deterioro físico, indisposiciones, fatiga, mala digestión y perturbaciones en el sueño, búsqueda de la soledad para organizar sus sentimientos y empezar de nuevo manifestada en retraimiento, silencios profundos e introversión, síntomas, conductas y actitudes que según ellas, son consecuencia de la misma enfermedad o son efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidas.

Es importante destacar aquí la relación encontrada entre las dimensiones cognitiva y afectiva y cómo las dos se influyen mutuamente puesto que el imaginario que predominó en las maestras apuntó a que el cáncer equivale a la muerte, hecho que puede estar originado en el temor, el miedo y la desesperación que hacen parte de la vida emocional

### ***Motivación y espíritu de lucha***

Pero la experiencia vivida por las maestras pacientes les proporcionó la fuerza necesaria para movilizar los recursos internos de su personalidad y fue así que se evidenció otra categoría en la cual se captó **una actitud positiva de lucha** constante por superar la enfermedad y por tratar de vivir el presente: *“ahora disfruto, no me estreso con facilidad”... “expreso más mis emociones, hago lo que me gusta y le sacó provecho a cualquier experiencia por pequeña que sea”...”se*

*me ha desarrollado mucho la sensibilidad”... “disfruto el día a día y he dejado el mal genio”... “expreso lo que siento....sufro menos...vivo más....”*

Vale la pena resaltar que las pacientes ante su duelo y sentimientos presentados en el proceso oncológico, una vez atravesaron la etapa de aceptación que es vivir en el presente y mejorar su calidad de vida en compañía de sus seres queridos, iniciaron la lucha por vivir y dar lo mejor de sí para que el tratamiento actuara eficazmente, comportamientos y actitudes que corresponden a la etapa de aceptación del duelo según O'Connor.

### **EJE DE ANÁLISIS: VIVENCIAS**

Las vivencias hacen referencia al campo de las experiencias de las participantes desde **lo personal y lo laboral** y de sus acciones frente a la realidad que están enfrentando. Esta unidad de análisis es muy importante ya que las maestras durante su tratamiento han tenido cambios significativos que las lleva a tener otra mirada de su realidad.

### **CATEGORÍA AXIAL 3. PÉRDIDAS PERO TAMBIÉN GANANCIAS**

Las pacientes manifestaron la presencia de una cantidad de cambios significativos y preocupaciones profundas **a nivel personal** cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos colaterales de la enfermedad.

#### ***Disminución de capacidades mentales y cambios en la apariencia física***

Los cambios de tipo personal hacen referencia a la **disminución en su capacidad de memoria a corto plazo y de la concentración**; las docentes aun cuando son conscientes de que poseen capacidades y procesos cognitivos como el aprendizaje, la memoria y la atención, expresaron que existe una disminución

considerable de estas funciones debido posiblemente a la influencia de su aspecto emocional que se ve afectado a causa de la enfermedad y del mismo tratamiento; otra posible causa de sentir este deterioro puede deberse a los procesos neurológicos por los cuales atraviesan durante la enfermedad.

Para estas pacientes todos los sucesos en su proceso oncológico han determinado cambios significativos en su calidad de vida y en su quehacer como educadoras; fue así que su **apariencia física** se constituyó en otro tema de preocupación; en primer lugar, la cirugía de seno significó para algunas de ellas una amputación de su cuerpo y la pérdida de una característica propia de su feminidad que produjo cambios en su vida de pareja y en sus relaciones; en segundo lugar, dado que su trabajo es eminentemente de tipo social y deben alternar con grupos de estudiantes, de colegas, de padres de familia, piensan que así como ellas se sienten afectadas, de la misma forma los demás las pueden percibir de manera diferente por su aspecto físico, debido a los efectos de los tratamientos cuyos resultados son, la caída del cabello, la palidez, la pérdida de peso, etc.

Al hacer un análisis acerca de lo que para las maestras significa pérdidas se encontró que éstas se refieren a: **perder la vida**, “*es el fin*” “*hasta aquí llegué*”; a **perder capacidades** ,” *una mujer tan activa como yo, morir tan joven*”; a **asumir gastos no previstos**, “*no tenemos dinero para el tratamiento*” o “*tener que pedir dinero porque ya no puedo producir como lo hacía antes*”; a **perder la independencia** “*de ser la cabeza de mi casa, pasar a depender de mi familia*” a **constituirse en una carga**, “*ahora tendrán que trasladarme en silla de ruedas*” ... “*ahora tendré que estar acompañada*”... “*qué horror, ahora cargando con esto, yo y mi familia*”; a **perder la belleza corporal**, debido a los cambios de apariencia física que se suceden en ella y que la afectan, dado que para la mujer su aspecto físico constituye un valor elevado, especialmente en nuestra sociedad que le rinde tributo a la belleza física.

### ***La familia: apoyo pero también preocupación***

Algunas de las necesidades psicosociales de las pacientes con cáncer de seno hacen referencia a la seguridad, la garantía de no ser abandonadas, la aceptación, el amor, la pertenencia y la autoestima, necesidades que considera el grupo estudiado que su familia ha satisfecho *“me acogí a mi familia...ella me ayuda y me da apoyo”*; han sentido que su familia las ha aceptado tal y como son, con sus limitaciones y posibilidades, que son amadas, que las consideran útiles e importantes, que son parte del grupo familiar y que no las han abandonado sino por el contrario, las han apoyado muchísimo.

Sin embargo, la familia es otro gran foco de preocupación para las maestras, pues ésta se convierte en el centro de su vidas y su posible partida les causa gran dolor; el miedo a dejar a su esposo, a sus hijos, a sus padres, a sus hermanos, las lleva a experimentar sensaciones de abandono y temor hacia lo desconocido. Paradójicamente, tal experiencia les ha dado la oportunidad de unirse más y compartir, dialogar y disfrutar a diario de las oportunidades que les brinda la vida. Una maestra comentó al respecto *“me aferré a mi familia”... “por mí, por mi familia y por mi colegio, dí la batalla”*

Constantemente las participantes hablan de su familia, de su preocupación por dejarlos solos, por lo que ellos pueden estar sintiendo, al *“perderla”, “del trabajo y la incomodidad que implica para ella (la familia) la carga de su enfermedad”*. Pero también valoran de manera profunda el apoyo que reciben por parte de sus hijos, esposo, padres, hermanos, pues consideran que sin este apoyo, no tendrían fuerzas para continuar por el camino de la vida.

De las maestras estudiadas el 41.6% vive con su esposo, hijos y un hermano(a); el 8.3% con sus padres; el 16.66% con esposo, hijos y madre y los demás, el 33.5%, viven indistintamente con padres, hijos, hermanos; como se observa en las

cifras, la mayoría de las familias son extensas y solamente se da un caso de una maestra soltera que vive con sus padres.

#### **CATEGORÍA AXIAL 4. SER MAS QUE TENER Y HACER**

No obstante las preocupaciones antes mencionadas, se dio en las maestras un giro en la mirada que les permitió **ver la vida desde otra óptica**, otorgándole relevancia e importancia **más al ser que al hacer o al tener**; es decir, la enfermedad se convirtió en **una oportunidad para crecer** y para hallarle el significado que nunca le habían dado a su vida y a ellas mismas.

##### ***“Prioridad: yo misma más que mi trabajo”***

Al ir descubriendo la fragilidad y brevedad de la vida, la auto-percepción y percepción del mundo en las pacientes se fue modificando hasta el punto de lograr una mayor aceptación de su realidad y la búsqueda de sí mismas a través de la valoración de su entorno y de las experiencias que antes parecían para ellas sin ninguna significación; esta actitud se observó en la mayoría de las investigadas quienes a lo largo del tratamiento fueron modificando su forma de pensar y de actuar. Su foco de atención se centró en diferentes aspectos a medida que se daba el proceso. Primero se preocuparon por la muerte, su familia y conocer a fondo la enfermedad, luego por la presencia de un milagro, posteriormente por los cambios y pérdidas para finalmente, dar prioridad a ellas mismas y al disfrute del día a día *“ahora pienso en mí” o “tengo que disfrutar la vida”*.

En las entrevistas se hizo evidente que ahora su mayor interés está en *“ser mejores personas”* como lo expresó una maestra *“ahora soy una persona de verdad y disfruto”* u otra que afirmó *“en este momento expreso más las cosas, pienso y hago las cosas que me gusten”* o *“siempre viví en función de la institución, ahora pienso en mí”*. Estas descripciones permiten inferir la prioridad

que tiene para ellas el **ser**, antes que el **tener** o el **hacer**; el lograr adquirir bienes materiales pasa a un segundo plano, *“soy mejor ser humano, menos materializada, ahora no me interesa tener”*; de la misma forma, el trabajo, aun cuando es importante, ya no es su prioridad; así habla una participante, *“menos trabajo, más YO”*

También se puso de manifiesto que las mismas pacientes están en una búsqueda constante para lograr una mejor calidad de vida y una disminución del sufrimiento, *“sufro menos, vivo más”* *“ahora se ve la vida desde otra óptica, con más calidad de vida”* o *“he tenido un cambio del cielo a la tierra, dedico lo necesario al colegio pero saco tiempo para mí”*

### ***Disfrutar el día a día sin pensar en el mañana***

Poco a poco la aceptación se hizo evidente pero antes se dio en el interior de las investigadas un proceso de negociación que consistió en acudir a racionalizaciones que les permitieron tranquilizarse y ver la vida con optimismo; en su mente rondaron ideas como *“me voy a curar”* o *“puede ocurrir un milagro”*, pensamientos que sirvieron para aceptar la verdad de la situación a la que se enfrentaban.

Este momento corresponde a la etapa del duelo denominada por O'Connor de aceptación, en la cual los pacientes tratan de vivir al máximo el presente en compañía de sus seres queridos; por ello ahora disfrutan cualquier experiencia por pequeña que sea *“hago lo que me gusta, soy más sensible”*, *“mi prioridad ahora es yo misma, más que mi trabajo”*... *“disfruto más el día a día sin pensar en el mañana”* o *“vivir el momento es lo que me importa”*. Esta experiencia, según Servan-Schreiber, puede *“devolver a la vida su auténtico sabor...si dejamos para*

*mañana la búsqueda de lo esencial, es posible que un día descubramos que la vida se nos escapa entre los dedos sin haber llegado a saborearla”.*<sup>77</sup>

### **CATEGORIA AXIAL 5. ALTA VALORACION DE LA VIDA Y DE LA PROFESIÓN DOCENTE**

Esta categoría axial destaca un ámbito muy importante en la vida de las maestras que es su trabajo; esta actividad siempre está presente en sus pensamientos, sus afectos y sus acciones. Se trabajarán entonces vivencias de tipo laboral.

#### ***Mística y dedicación en el trabajo***

Las maestras se caracterizan por el gran compromiso que tienen con la institución educativa, con los estudiantes, compañeros, directivos y padres de familia, hecho que se evidenció en la forma como se expresaron: *“siempre viví en función de la institución”* o, *“mis niños son lo más importante y me ha tocado dejarlos solitos”...* *“siempre con la idea de ayudar en el colegio así esté enferma”.*

También consideran que han entregado la mayor parte de su vida a la institución educativa y que han recibido como recompensa el cariño de sus alumnos y la tranquilidad del deber cumplido. Ahora con la nueva situación de salud, se esfuerzan para realizar la labor con la calidad de siempre y han aprendido a ser *“más positiva con mis estudiantes”,* a ser *“mejor persona y profesora”* a *“no estresarme en el colegio”,* ahora *“soy más receptiva con mis estudiantes”* y los *“entiendo y le tengo más paciencia a los niños”;* ya *“veo más la persona en los niños”,* pues *“estando bien yo, puedo dar lo mejor de mí”*

---

<sup>77</sup> SERVAN-SCHREIBER, David. Anti cáncer: una nueva forma de vida. Bogotá: Espasa.2009. p.46

## ***Más calidad de vida para enseñar con más calidad***

Ahora, con la nueva situación de salud, las maestras se esfuerzan por realizar la labor con calidad *“hago las cosas laborales con más motivación”* y se preocupan por *“ser más persona”*.

Trasmitir a los estudiantes y a los colegas el valor de la vida, se constituyó para las maestras en un hecho crucial, pues la experiencia que están viviendo les ha permitido hablar con autoridad sobre ella y preparar a los demás para superar momentos difíciles como el que ellas están atravesando. Consideran que *“más que conocimiento, en la escuela se debe trabajar la “formación de la persona”* Precisamente la enseñanza, según ellas, debe dar prioridad a los aspectos afectivos para que los individuos sean más permeables al cambio y puedan desarrollar con facilidad procesos de adaptación, tan necesarios para una mejor convivencia tanto personal como social.

La prioridad de las maestras es lograr que al interior de sus instituciones la comunidad cambie la forma de ver el mundo y que la educación abarque todas las dimensiones del ser humano para trascender hacia lo espiritual, dimensión que constituye su referente para actuar; manifestaron que todo hombre que desconoce hacia donde quiere y puede llegar, va a tener problemas de inseguridad (autoconfianza) y de autoconocimiento, componentes básicos que se constituyen en pilares para una educación basada en la autovaloración. El ser para estas pacientes, es lo más importante y su objetivo es transmitirlo a sus colegas, estudiantes, padres de familia.

El hecho de ejercer la docencia es una *“bendición”* para las investigadas, por cuanto ello les ha permitido entender aún más el significado de su enfermedad y de la vida y compartir con otras personas diferentes a su familia sus estados

afectivos y sus vivencias. Con referencia a los aprendizajes que les ha dejado la experiencia consideran que *“de la maestra que estaba en todo, ahora aprendí a priorizar las cosas y dejar que otros compañeros asuman el liderazgo”*

## **UNIDAD DE ANALISIS: EXPECTATIVAS**

Hace referencia a las esperanzas, a aquello que esperan de la vida, de sus seres queridos, de su trabajo, de sus estudiantes y colegas y de la sociedad, que les permite generar acciones y estrategias para afrontar la realidad que están viviendo

## **CATEGORIA AXIAL 6. AFRONTAMIENTO COGNITIVO: ANTEPONER LA RAZÓN A LOS SENTIMIENTOS.**

Ante cualquier eventualidad de la vida, la persona consciente o inconscientemente trata de adaptarse a la situación en la búsqueda de satisfacción y evitación del sufrimiento y lo hace de manera positiva o negativa mediante la utilización de estrategias de afrontamiento; precisamente en esta categoría se evidenció que las maestras recurren a este tipo de estrategias de adaptación centradas en el problema o en la emoción, que según Lazarus y Folkman, consisten en *“poner en práctica un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas e internas que son valoradas por la persona como excedentes de su conducta”*.

### ***Un conocimiento profundo de la enfermedad***

Una de las primeras respuestas o reacción de las maestras cuando recibieron el diagnóstico fue la búsqueda de información por diferentes fuentes; internet se constituyó en la principal herramienta para obtener datos posiblemente porque el perfil de su profesión les exige tener la experticia en su manejo y por la facilidad

que para ellas representa utilizar un computador. Así lo expresaron: *“investigué especialmente en internet todo lo que había de cáncer”* y *“me puse en contacto con casos similares utilizando la red”*.

La lectura de libros, de revistas científicas y no científicas, la asistencia a cursos, la consulta a profesionales de la medicina y a personas que han pasado por esta experiencia, como lo expresó una maestra, *“le preguntaba a todo el que pasara por mi lado”*, fueron otras formas de conocer más acerca de la enfermedad. Expresaron sentirse un poco más tranquilas al tener información sobre el cáncer, sin embargo a medida que descubrían las implicaciones de la enfermedad se preocupaban y preferían no seguir investigando *“me cansé de tanto investigar, no quiero saber más de eso... que lo estudien los médicos”*. Esta es una estrategia de afrontamiento muy utilizada que disminuye las crisis iniciales que generalmente presentan los pacientes.

***Búsqueda de apoyo social,  
psicológico y emocional.***

Esta categoría se relaciona con la dimensión social del ser humano que tiene que ver con la expresión de la sociabilidad o necesidad de interacción afectiva con los demás, la participación en grupos, la conciencia de la existencia de sí mismo y de los otros, el lenguaje y la intención de comunicar; también se relaciona con la dimensión psicológica que se refiere a los procesos cognitivos (percibir, pensar, solucionar problemas, conocer, representarse a sí mismo y a otros); afectivos (emociones, motivos, esperanzas, confianza en sí mismo) y conativos (voluntad, autocontrol, perseverancia), que permiten a la persona guiar sus acciones según los contextos cambiantes en los que se dan las diferentes situaciones en las que participa.

Al respecto se encontró que la constante tensión derivada de satisfacer los requerimientos de tipo físico y emocional a que están sometidas las maestras, las

llevó a la búsqueda de apoyo especialmente de su familia y de otros grupos sociales como amigas y colegas; así lo expresan *“me aferré a mi familia”* y *“por mi familia doy la batalla.”*

Esta estrategia de afrontamiento les permitió encontrar compañía para realizar actividades, para asistir a los tratamientos, para disfrutar del tiempo, para dialogar y sentirse acompañadas; así mismo les dio apoyo físico pues les proporcionó recursos y asistencia en tiempos de necesidad, *“siempre me acompañaron”* o *“a veces iba al tratamiento con una compañera”*; de la misma manera se constituyó en un apoyo a su “yo”, pues las hizo sentirse valiosas, queridas y les proporcionó aprobación social de los otros, lo que es sumamente importante para elevar su autoestima y para asumir una actitud de optimismo frente al pesimismo y actitud de derrota que se generó en los primeros momentos de su enfermedad. Al respecto afirman *“siento que me quieren, que me apoyan”*. Finalmente, les proporciono intimidad, afecto, confianza en sí mismas, tranquilidad.

Otra estrategia frecuentemente utilizada fue el desahogo a través de la centración emocional, dado que el sentirse apoyadas y que alguien las oyera significó mucho para ellas. En los primeros momentos se captó ensimismamiento, silencio, el no querer hablar de la situación *“no quería ni siquiera pronunciar la palabra cáncer”*; pero a lo largo del proceso comenzaron a fluir las emociones positivas que lograron la catarsis de los sentimientos *“ahora quiero desahogarme, hablar con alguien para que oiga lo que estoy sintiendo”*

### ***Ocupación del tiempo libre***

El tiempo libre hace referencia a una construcción social que implica un hacer cotidiano en el que se involucran las personas y que tiene una forma, es decir, unas características visibles y observables; una función, o sea un propósito y una intencionalidad y finalmente un significado, que hace alusión a las vivencias

internas que resultan de la participación en cada una de las actividades y que dependen de las expectativas, experiencias previas, creencias y valores de las personas que participan.

Ocupar el tiempo libre fue una estrategia a la que generalmente recurrieron todas las maestras para *“no pensar tanto en la enfermedad”*, que adquirió la forma de recreación a través de reuniones con amigas, asistencia a eventos, ayuda social, talleres, seminarios; también recurrieron al ejercicio físico como *“caminar”, “hago gimnasia y ejercicios y eso me desestresa”*. La ocupación del tiempo libre tuvo como intención y propósito vivir una vida más larga y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para alcanzar un nivel aceptable de vida; significó para ellas olvidarse de la enfermedad, dar prioridad a otros aspectos de su vida que habían olvidado, tomar como centro de la vida su propio yo, y *“sentir algo de placer en medio de tanto dolor”*

Volver al trabajo fue una forma de ocupar su tiempo *“fue positivo, me integré al equipo hubo menos desgaste ya que hice todo sin afanes demostrando que sigo siendo plena”... “cuando me reincorporé al trabajo sentí apoyo y soy activa como antes, pero sin matarme”*

### ***Fortalecimiento de la espiritualidad***

Una noticia inesperada como la presencia de la enfermedad, generó en las maestras un sinnúmero de reacciones que finalmente desembocaron en la búsqueda de una dimensión que superara lo simplemente material; recurrieron entonces a su dimensión espiritual que conduce a dotar de sentido y propósito las propias acciones y existencia, independiente de las condiciones externas, para aprender a encontrar disfrute en las experiencias cotidianas, a construir y aplicar posiblemente un nuevo esquema de valores, a centrarse en algo que va más allá

de uno mismo, es decir a trascender y a vivir de manera más profunda su experiencia interior a pesar de la enfermedad: *“decidí dar lo mejor de mí”*

La búsqueda de la dimensión espiritual fue una constante que se evidenció en todas las maestras; una nueva relación con el propio cuerpo, la transformación de la visión de la vida, el descubrir el significado de su propia existencia para reconstruir su proyecto de vida, la toma de conciencia para lograr intimidad e interioridad, fueron los aspectos destacados por las participantes como acciones por las que decidieron optar.

La vivencia espiritual incluyó realizar prácticas asociadas con la fe, las creencias y los valores morales y religiosos que profesan *“creo más en Dios”*; establecieron una relación personal con un ser trascendente como fuerza unificadora y generadora de salud, bienestar, amor, plenitud de vida, felicidad y goce, en contraposición al sufrimiento, fracaso, miedo a la muerte, sentimientos de soledad, de culpa y frustración, que venían experimentado desde que se dieron cuenta de su situación de salud; la mayoría de las maestras recurrieron a *“estar más cerca de Dios”, a “rezar el rosario” y “me volví devota de la virgen...ahora soy más espiritual”*

Esta nueva visión les ha permitido generar una actitud positiva ante la vida, la que a su vez ha llevado según ellas, a que se sientan más recuperadas, a que traten de hacer su vida normal, a seguir laborando profesionalmente con optimismo y a que la fractura que se había presentado en su vida, en su familia y en su trabajo por efecto de la enfermedad, poco a poco se vaya superando *“ahora tengo más ganas de salir adelante, tengo actitud”... “soy un ejemplo de vida para mis compañeras”*.

Con la espiritualidad se satisface la necesidad de auto-realización que se refiere a encontrar sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y plantear y dar

respuesta a interrogantes relativos al sentido de la existencia, del amor del dolor, de la muerte trascendiendo la dimensión física y material.

El mecanismo de afrontamiento más adaptativo fue el espíritu de lucha, que implicó la utilización activa de varias estrategias de afrontamiento con la intención de modificar y solucionar el problema; incluyó acciones directas para intentar paso a paso el afrontamiento de la situación.

### **4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

La investigación mixta para este caso, implicó que los datos cuantitativos se complementaran con los cualitativos para responder de manera más integral y holística a la pregunta de investigación. En este apartado se pretende precisamente, establecer esa relación entre los resultados cuantitativos y cualitativos y así corroborar los resultados del test aplicado a los participantes. Se parte entonces de las áreas exploradas cuantitativamente para profundizar en su análisis con información cualitativa.

**PREOCUPACIONES:** esta área muestra la aparición de preocupaciones que antes de la enfermedad no se presentaban en las maestras y que se refleja con un porcentaje de 86% en el test que corresponde a un nivel muy alto. Las mayores preocupaciones giran alrededor de los imaginarios que han construido sobre el cáncer: sinónimo de muerte, convertirse en una carga, tener menos capacidades después de ser tan productivas y autosuficientes con la consiguiente pérdida de independencia, así como la reducción en la economía familiar por “la incertidumbre de los gastos”. Otro grupo de preocupaciones está relacionado con pérdidas como la belleza física, la feminidad, el esposo, la familia, el trabajo, sus estudiantes, el ámbito social y educativo en los que están insertas.

La reacción ante estas representaciones mentales se hizo evidente en las emociones que vivenciaron: miedo y temor; rabia y enojo; dolor y desesperación que las llevó al estrés, a la depresión y a la negación, que son indicadores del duelo por el que están atravesando ante la pérdida de su salud. Esta situación reduce la calidad de vida de las maestras y las impulsa a la búsqueda de formas de adaptación con el fin de aliviar el estrés proveniente de las condiciones nocivas y amenazantes a las que se ven enfrentadas. Por ello, recurrieron a conocer más acerca de la enfermedad, a ocupar su tiempo libre mediante la recreación, gimnasia y ejercicio diario, manualidades, lectura, a buscar apoyo psicológico, emocional y social y al fomento de su espiritualidad y apego a un ser superior como una forma de auto-realización.

**AISLAMIENTO:** aun cuando los resultados de la escala ubican a las participantes en un nivel muy bajo en esta área, se captó que inicialmente se sienten tristes, se retraen y aparece cierto grado de aislamiento e introversión; sin embargo la utilización de estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social, familiar, laboral y la respuesta positiva por parte de sus esposos, hijos, padres, hermanos, compañeros, amigos, alumnos, genera en ellas la elevación de su autoestima y la confianza en sí mismas; la búsqueda constante de la espiritualidad y principios morales y religiosos se constituyeron en su *“tabla de salvación”*.

**PERCEPCION CORPORAL:** es evidente la auto-percepción de los cambios que ocurren en su cuerpo y en su apariencia física y la forma negativa como las maestras los interpretaron; así lo muestran los resultados correspondientes a 33.3% y 41.7% ubicados en los intervalos bajo y muy bajo respectivamente, obtenidos por el test de calidad de vida. Tales cambios representan para ellas pérdidas en cuanto a belleza física debido a la baja de peso, la caída del cabello y la palidez, que son efectos del tratamiento; a la pérdida de su aspecto femenino en razón a la posible cirugía de seno a la que deben ser sometidas; a cambios en

sus relaciones de pareja puesto que consideran que su apariencia física ya no es suficientemente atractiva para su cónyuge. Esta auto-percepción corporal redujo hasta cierto punto su calidad de vida, por cuanto afectó su auto-concepto.

**FUNCIONES COGNITIVAS:** las docentes son conscientes de la pérdida de algunas funciones cognitivas especialmente en su memoria a corto plazo, que es aquella memoria de trabajo que almacena la información que está siendo procesada; este deterioro según ellas, puede estar originado en los efectos del tratamiento más no en la enfermedad. Los resultados del test mostraron que el grupo está ubicado en un nivel medio en cuanto a sus funciones cognitivas.

Las funciones cognitivas disminuidas son consideradas como vivencias personales que pueden afectar la calidad de vida en cuanto a lo laboral, dado que el trabajo que realizan las maestras es una labor de tipo intelectual que requiere de ciertas condiciones para realizarlo; no obstante, estas limitaciones son superadas con su espíritu de lucha y con su motivación constante para realizar sus funciones docentes.

**DESEMPEÑO FÍSICO:** esta área está muy relacionada con el área de percepción corporal y muestra la misma tendencia; las maestras tienen una baja percepción al respecto (50% baja y 25% muy baja) lo que significa que están en un nivel bajo de percepción sobre su estado físico; sienten que ha habido deterioro físico que les impide hasta cierto punto realizar sus actividades cotidianas; sin embargo, hacen ejercicio físico y asisten a reuniones con amigas, familia, colegas, como una estrategia para superar su situación de salud; esta motivación para la acción, les ha inyectado una actitud de optimismo y se muestran felices de regresar a las instituciones en las que laboran.

**TIEMPO LIBRE:** la utilización del tiempo libre se constituyó en la principal actividad que realizan las maestras y en una de las estrategias de afrontamiento

más utilizadas; así como reconocen que hay cambios en su apariencia y desempeño físicos, también son conscientes de la necesidad de utilizar positivamente el tiempo, de no desaprovecharlo, especialmente en esos momentos en los que están incapacitadas laboralmente. El hacer algo y vivenciar ratos de esparcimiento teniendo en cuenta sus intereses, experiencias previas, valores, expectativas, les produjo gran satisfacción y las llevó a olvidarse por momentos de su realidad. Fueron experiencias que coadyuvaron al restablecimiento de su equilibrio físico y psicológico y desarrollaron en ellas la solidaridad y la aceptación de sí mismas y de los otros

Los resultados del test mostraron que el grupo está ubicado en un nivel bajo de percepción sobre la utilización del tiempo libre.

**VIDA COTIDIANA:** las vivencias de su cotidianidad identificadas, fueron de tipo personal y laboral; predominaron las emociones y la satisfacción de necesidades psicosociales; en su vida cotidiana hubo pérdidas pero también ganancias. Pérdidas en su salud, en su apariencia, en su bienestar físico y psíquico, en su independencia, en su capacidad cognitiva y laboral, en el aspecto económico, en su tiempo, en algunas de sus relaciones, en considerarse un estorbo y carga para su familia; no obstante también hubo ganancias que apuntaron a dar más valor a la vida, a conocerse más a sí mismas, a valorar más al SER que el hacer o el tener, a disfrutar el día a día sin pensar en el mañana, a ser ellas mismas la prioridad de su vida, a valorar a su familia y considerarla el mayor apoyo, el dar a la profesión docente su verdadero valor, el valorar a sus alumnos y lo que ellas enseñan Pero uno de sus mayores logros fue el haber trascendido hacia la espiritualidad a través de un encuentro íntimo con sí mismas y con su fe y principios morales y religiosos. Al confrontar estos hallazgos con los obtenidos en la prueba de calidad de vida se encontró que son coherentes dado que la percepción sobre la vida cotidiana está ubicada en un nivel bajo.

**FAMILIA:** fue el contexto social por excelencia para lograr superar las dificultades presentadas; precisamente para las maestras, la familia se constituyó en un gran foco de preocupación pero también de apoyo; de preocupación por la posible separación, por la posible pérdida; de apoyo porque se convirtió en un escenario de comprensión de los sentimientos y angustias de las maestras; de ella recibieron amor, apoyo, compañía y colaboración para la satisfacción de sus necesidades; igualmente se convirtió en el eje sobre el cual giró su vida. Estos resultados coinciden y complementan los encontrados en la aplicación del test de calidad de vida que corresponden a 58.3% y 41.7% de percepción positiva del papel de la familia.

**REDES SOCIALES:** las maestras percibieron en un 100% que disponen de todos los recursos humanos para solucionar sus problemas. Hicieron un reconocimiento de la atención médica recibida, de la calidad de los servicios y tratamientos, del apoyo de la institución educativa en la que trabajan, del apoyo de directivos y colegas para la aprobación de permisos y para hacer los reemplazos y destacan la creación de espacios de diálogo para reflexionar sobre la situación y para llevar a cabo tratamientos psicológicos. Destacan la posibilidad actual de estar informadas a través de la red y de materiales especializados. En el mismo sentido valoran altamente su profesión dado que les permite contar con muchas personas que las apoyan además de su familia como son, sus colegas, alumnos, directivos, padres de familia. Es decir, el campo laboral se convierte para ellas en un apoyo incondicional así como lo es su familia.

**ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO:** el test arrojó puntuaciones muy bajas de actitud ante el tratamiento, lo que significa que hacen resistencia a los medicamentos manifestada en la incomodidad por los efectos secundarios de los mismos; sin embargo han hecho conciencia de la importancia del plan médico formulado para mejorar sus condiciones de salud. Esta área según las maestras,

se relaciona con la calidad de vida en razón a que dichos efectos son los que más desestabilizan la cotidianidad de su trabajo y de sus relaciones.

## 5. CONCLUSIONES

Comprender el proceso que vivenciaron las maestras pacientes con cáncer de seno y su dinámica social y familiar no solo a través de un instrumento psicológico como un test, sino desde sus propias experiencia y desde su propia voz, constituyó un hecho muy significativo para abordar con más humanidad la situación de enfermedad y detectar las necesidades especiales en términos de estilos y calidad de vida. Esta información se constituye en un insumo que puede ser utilizada por las diferentes redes de apoyo como la familia, los profesionales de la salud que están alrededor del tratamiento y la misma comunidad educativa en la cual laboran las maestras.

A pesar de la experiencia de salud por la que están atravesando, la calidad de vida de las maestras es percibida por ellas mismas como aceptable con tendencia a mejorar, toda vez que, contaron con recursos internos y externos para afrontar el proceso oncológico; el espíritu de lucha se constituyó en el principal mecanismo adaptativo para salir avante del proceso, que implicó a su vez, la utilización de varias estrategias de afrontamiento con la intención de modificar y superar el problema.

La pedagogía y la educación como disciplina y práctica, aportaron elementos que permitieron comprender, explicar y dar significado a la cotidianidad de las maestras que están viviendo situaciones de enfermedad crónica como el cáncer y, la forma como aprendieron a crear ellas mismas estrategias para enfrentar la realidad y mejorar su calidad y estilo de vida personal, social, familiar y laboral; ello complementa lo aportado por la psicología que se centra en la evaluación y tratamiento psicoterapéutico para modificar conductas y eliminar síntomas negativos. Una mirada desde la pedagogía y la educación fue entonces de gran ayuda para hacer una inmersión en el mundo subjetivo de las pacientes y

entender aspectos íntimos que desde otros espacios y metodologías, posiblemente no se hubiesen descubierto.

La labor investigativa permitió no solo detectar las necesidades que demandan las pacientes en los distintos aspectos, sus imaginarios, percepciones, emociones, sentimientos, preocupaciones, vivencias, esperanzas y expectativas, sino a la vez, contar con información válida y confiable para la toma de decisiones que permitan construir procesos de prevención e intervención, a partir de una concepción integral de ser humano y mediante un trabajo multi e interdisciplinar, cuyo objetivo apunte a mejorar la calidad de vida y el aprendizaje de hábitos saludables para superar limitaciones.

Coincidieron los resultados de la investigación con lo planteado desde la Psicología con relación a las etapas del duelo que vivencian las pacientes, destacándose en un primer momento la no aceptación y negación de la situación acompañadas de emociones negativas como el enojo, el dolor intenso, el miedo, la rabia, la desesperación, asociadas a un imaginario de muerte, pérdidas y disminución de capacidades. En el transcurso de la enfermedad las mismas maestras elaboran nuevas formas de adaptación hasta llegar a la aceptación de su situación mediante la búsqueda de información, de apoyo social, psicológico y emocional, de ocupar su tiempo y, de trascender en la búsqueda de lo espiritual.

La familia representa para las maestras la principal red de apoyo que contribuye a mantener en ellas patrones emocionales estables y sostenidos y a eliminar las condiciones sociales y psicológicas negativas que coadyuvan a agravar la enfermedad. De ahí que el rol que juega para la recuperación de la paciente, sea definitivo.

La vida laboral y ejercer la docencia adquirió un nuevo significado para las maestras, toda vez que la enfermedad les dio la oportunidad de entender y

valorar aún más su rol de formadoras; esta nueva visión las llevó a plantear que en adelante una de las prioridades será transmitir a sus colegas y estudiantes el valor de la vida y el valor de lo que enseñan. La educación ha de centrarse en aprender a ser, por encima del tener y el hacer.

## 6. RECOMENDACIONES

A partir de la exploración de los pensamientos, sentimientos, vivencias y expectativas de las participantes de la investigación, se hizo evidente la necesidad de generar en las maestras con una experiencia de cáncer de mama, un ambiente propicio para el desarrollo de actitudes positivas ante la vida, lo cual es posible lograr mediante un programa educativo que involucre a su familia y a las personas que tengan significado en su vida. De ahí la importancia de plantear a la institución prestadora de servicios de salud un programa inter y multidisciplinar en el que participen los especialistas de las distintas áreas de la salud, pero también, pedagogos o educadores que orienten los aspectos educativos que hacen parte de la vida del paciente.

Se propone entonces, un trabajo multi e inter disciplinar que contemple ejes temáticos como los siguientes:

- Autoestima: auto conocimiento, auto aceptación, autoconfianza, autovaloración.
- Motivación: restructuración de metas tanto internas como externas. (Imagen social, física y persona); valoración de bienes materiales y espirituales
- . Diseño del proyecto de vida y superación personal que contemple metas y formas de alcanzarlas, cambios, pérdidas pero también ganancias, estrategias de afrontamiento.
- Trabajo sobre la toma de decisiones, la fortaleza en la ejecución y la perseverancia; énfasis en la integralidad del ser humano y sus dimensiones físico-biológica, psico-social, mental y espiritual y su inter-relación.
- Compromisos: no solamente hacer énfasis en el trabajo individual sino en el trabajo en equipo, en el trabajo en familia y en el mejoramiento de las

relaciones humanas; en el trabajo conjunto con el equipo de salud y con los miembros de la institución educativa en la que labora.

- Se propone además, que este tipo de investigaciones sean replicadas en otras instituciones de salud que traten problemas similares, con el ánimo de profundizar en un tema que es de vital importancia para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y cuyos resultados sirvan de insumo para el diseño de programas de prevención y promoción que apunten a disminuir los niveles de aparición de cáncer de seno en mujeres y/ o la aceptación de la situación con el aprovechamiento de estrategias de adaptación.

Es recomendable además, la creación de redes de apoyo especialmente familiares y laborales, que permitan mantener unos patrones emocionales estables y sostenidos en las pacientes; ello contribuye a eliminar las condiciones psicológicas que coadyuvan a sostener y mantener la enfermedad y permitirá además, que su entorno asimile los cambios que el enfermo pueda requerir para mejorar su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

ARRARAS, J. I., MARTINEZ, M., MONTERROTA, A., & LAINEZ, N. Evaluación de la Calidad de Vida del Paciente Oncológico. Grupo de calidad de vida de la EORTC. Revista Psicooncología, vol. 1, (núm. 1), 2004.

BACZCKO, B. Los Imaginarios Sociales Memorias y Esperanzas Colectivas. Buenos Aires Argentina: Ediciones Nueva Visión .P 1991.

BOTERO, E., PICO, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. Una aproximación teórica. Recuperado de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf).

BOWLING, A. & WINDSOR, J. Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. Journal of Happiness Studies, 2 (1), 2001.

CONTRERAS, F., ESGUERRA, G., ESPINOSA, J.C. & GÓMEZ, V. (noviembre, 2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Acta colombiana de psicología, 10(2).

CORTAZAR-PALAPA, J. Calidad de vida en pacientes diabéticos. Tesis de Licenciatura, México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2003.

DELGADO, S. y TEJERINA, A .Medicina Legal en Patología Mamaria. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. 2002.

DIAZ, C. ILEANA B. Variables e indicadores personales intervinientes y/o co-determinante en la calidad de vida, desde su dimensión personal. Monografía. Agosto 28 de 2012. Recuperado de <http://www.monografias.com>

DURAN, E., IBAÑEZ, E. Perspectivas Futuras de Investigación e Intervención Profesional. Psicología, Salud y Dolencias, Vol. 1 (Nº 001). 2000.

ESQUIVEL, L. El libro de las Emociones, España: Plaza & Janés, Recuperado <http://siaa.ucc.edu.co:2063/lib/ucooperativasp/docDetail.action?docID=10006064&p00=libro%20emociones>.

FERNANDEZ, R.B. Quality of life: Concept and assessment (pp. 387-406). En J. Adair, D. Belanger & K. Dion. Advances in Psychological Science. Vol. I. Social, Personal and Cultural Aspects. Montreal: Psychological Press. 1997.

GONZALEZ-PUENTE, J.A & SANCHEZ-SOSA, J.J. Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. International Journal of Clinical and Health Psychology, 1(3):519-528. 2001.

GODWIM, D., BOGGS, S. & GRAHAM-POLE, J. Development and validation of the pediatric oncology quality of life scale. Psychological Assessment, 6, 321-328. 1994.

GOLDBAUM, A Parámetros de la Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos. España: Psicotema. 2001.

Grupo de Investigación EUMED. Cuadernos de Educación y Desarrollo, vol. 3, núm. 26. Recuperado el 26 de febrero de 2013, de <http://www.eumed.net/rev/ced/26/pcm.htm>.

HAJIRAN, H. Toward a quality of life theory: Net domestic product of happiness. Social Indicators Research, 75(1), 31-43. 2006.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNANDEZ COLLADO, E. y BAPTISTA L, P. Metodología de la Investigación. 4ed. México: Mc-Graw-Hill. 2006.

HILLERS, T., GUYATT, G. & OLDRIF, N. Quality of life after a myocardial Infarction. *Clinical Epidemiology*, 47, 287-296.1994.

IZQUIERDO, G, M., GONZALEZ, P, U. ALERM, G, A. & JAUREGUI, H, U. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2008.

LARA J. y COLS M, Cognición hacia la Enfermedad Calidad de Vida. *Red de Revista. España*, 20 abril. 2002.

LAZARUS, R S. Estrés y Emoción, Manejo e implicaciones en nuestra salud, España: Desclée de Brouwer. 2002.  
<http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10485969>

MANRIQUE., MORENO, C., CORREDOR, M. Perfil de la Personalidad en Pacientes con Cáncer de Próstata en Proceso de Radioterapia. Trabajo de investigación para optar al título de psicólogo; Trabajo de grado no publicada. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. 2002.

MANTILLA, L, & MILLA, D, Factores de Personalidad, Asociada a la Adhesión al Tratamiento Quimioterapéutico en Pacientes con Cáncer, Trabajo de grado en Psicología; Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. Facultad de Psicología. 2005.

OBLITAS, L, A. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Thompson Editores. 2004.

O´CONNOR, N., Déjalos ir con Amor: La Aceptación de Duelo, Explicación de las Etapas del Duelo. México: Thompson. 2001.

Organización Mundial de la Salud. 2005.

PAYÁN, Enna; VINACCIA, S. y QUINCENO, J. Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. En: Revista Redalyc. Medellín: v 14 n 002, 2011.

PALACIOS, X., & VARGAS, L., Adherencia a las quimioterapias y Radioterapia en pacientes Oncológicos: una revisión de la literatura. Bogotá (Colombia), Revista Psicooncología, vol. 8. 2011.

PEREZ, S. Gloria. Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes: Técnicas y Análisis de Datos. Madrid: La Muralla. 1994.

Recuperado de [http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15\\_169-179.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf).

REMOR, E., ARRANZ, P., ULLOA, S. (2003). El psicólogo en el ámbito hospitalario. Madrid: Desclée De Brouwer.

REYES, Lilia; SALCEDO, Luis y PERAFAN, Gerardo. Acciones y Creencias: Tesoro Oculto del Educador. Tomo I. Universidad Pedagógica Nacional Bogotá: Arfo. 1999.

RIVEROS, A.R., CORTAZAR -PALAPA, J., ALCAZAR, L.F., y SANCHEZ-SOSA, J.J. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 5(3), 445-462. 2005.

RODRÍGUEZ, A. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería. N. 18. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision3.pdf>

RODRIGUEZ, H. et al. Validación del inventario de calidad de vida y salud en una muestra con diagnóstico de hipertensión. Póster presentado en el XI Congreso Mexicano de Psicología, Campeche, 22-24 de octubre.2003

RODRIGUEZ, O.S. Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos. Tesis de Licenciatura, México: Universidad Nacional Autónoma de México. 2002.

SANCHEZ-SOSSA, J.J. & GONZALEZ-CELIS, A.L. Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: CABALLO, V.E. (Dir.) Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos, Madrid: Psicología Pirámide. 2006.

SELLTIZ, C., WRIGHTSMAN, L.S. y COOK, S.T.: Métodos de investigación en las relaciones sociales. Madrid: Rialp. 1980.

STAKE, R.E.: "Case Studies" en DENZIN, N.K. y LINCOLN, Y.S. (Edit.): Handbook of Qualitative Research. Sage, London, 1994, p. 236-247.

TAMAYO, M. y TAMAYO, M. El proceso de la investigación científica. México: Limusa . 1997.

TRULL, T. y PHARES, P. Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. 6 Ed. México: Thompson. 2003

VELARDE J, E. & ÁVILA, F, C. Evaluación de la calidad de vida. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 44 (4), 2002.

VELASCO, M., SINIBALDI, J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia (Sistemas, historias y creencias). México: Manual Moderno.

VERDUGO, L. J.; GUZMAN., J.; MOY, L., N.; MEDA, L., R., & GONZALEZ, P., O. Factores que Influyen en la Calidad de Vida de Profesionales Universitarios. Psicología y Salud, 2008.

YUNI, José A. y URBANO, Claudio A. Mapas y Herramientas para Conocer la Escuela: Investigación Etnográfica, Investigación – Acción. 3ed. Buenos Aires. ed. claridad 2005.

## ANEXOS

### Anexo A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

TITULO DE LA INVESTIGACION: LA VOZ DE MAESTRAS CON UNA EXPERIENCIA DE CÁNCER DE MAMA: “SU CALIDAD DE VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL”.

Una vez recibida la explicación pertinente por parte de la investigadora, entiendo que:

1. Descripción de la metodología de investigación:

Que la investigación a realizar es de enfoque mixto; por una parte se realizará una medición cuantitativa a través de la aplicación del instrumento InCaViSa (Inventario de Calidad de Vida y Salud) a la población objetivo, logrando la identificación de los diferentes aspectos característicos de la CV de las participantes y su condición actual y por otra, se realizará una investigación cualitativa mediante entrevistas a profundidad, observación y análisis documental a las participantes

Los datos de la prueba se recolectan mediante el Inventario de Calidad y Salud o “InCaViSa” (Riveros, Sánchez-Sosa & Del águila, 2009), compuesto por 53 reactivos tipo Likert en doce áreas de Calidad de Vida: Preocupaciones, Desempeño Físico, Percepción Corporal, Aislamiento, Funciones Cognitivas, Actitud Frente el Tratamiento, Tiempo Libre, Vida Cotidiana, Familia, Redes Sociales, Dependencia Médica, y Relación con el Médico.

El inventario de Calidad de Vida y Salud, InCaViSa, se construyó con el objetivo de medir la Calidad de Vida de pacientes, en una escala lo suficientemente

inclusivas para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones. El inventario incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento, y una sección de datos socio- demográficos.

Los reactivos se califican en escala de opción forzosa con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de “nunca” a “siempre”; y c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre).

Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos.

Descripción de las Áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud.

El inventario de Calidad de Vida y Salud evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente, como son:

- Preocupaciones: se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros, como “Me preocupa que alguien se sienta incomodo (a) cuando está conmigo, por mi enfermedad”.
- Desempeño físico: se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, contiene reactivos como “Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos”.
- Aislamiento: Explora los sentimientos de soledad o de separación de su gran grupo habitual, por ejemplo “Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes”.
- Percepción corporal: se refiere al grado de satisfacción- insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente como “Me da pena mi cuerpo”.
- Funciones cognitivas: revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración, como “Se me olvida en dónde puse las cosas”.

- Actitud ante el Tratamiento: revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo “Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad”.
- Tiempo libre: explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; contiene reactivos como “Desde que enfermé dejé de pasar rato con mis amigos”.
- Vida cotidiana: revisa el grado de satisfacción – insatisfacción percibida por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad, por ejemplo “Ahora que estoy enfermo (a) la vida me parece aburrida”.
- Familia: explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como “Mi familia cuida mis sentimientos”.
- Redes sociales: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas; contiene reactivos como “Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me pueda ayudar”
- Dependencia médica: se refiere al grado en el que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, por ejemplo “No me importa qué tengo, solo quiero que el médico me cure”.
- Relación con el médico: se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante, por ejemplo “Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad”.

## 2. Indicación del procedimiento

### Participar de los encuentros programados

- Inducción y Sensibilización
- Aplicación de la prueba
- Entrevistas
- Observación
- Talleres
- Socialización de los resultados

## 3. Beneficios a recibir

Los resultados servirán a la entidad de Salud para que futuro diseñe un programa educativo que ayude a la optimización de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de seno.

Un texto guía y programa para el fortalecimiento de la CV relacionados con el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida de las personas con cáncer.

4. Riesgos frecuentes Ninguno
5. Riesgos específicos Ninguno
6. Disposición y voluntad

Yo \_\_\_\_\_ con documento de identidad tipo \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, decido participar libre y voluntariamente en la investigación denominada

\_\_\_\_\_, donde la investigadora principal es SANDRA ROCIO SALAMANCA VELANDIA.

Nota: Todas las fases desarrolladas de la investigación están sujetas al secreto profesional respecto a la identidad de los participantes y los resultados obtenidos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante  
Cedula:

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

---

Nombre del testigo

Cedula

---

Firma del testigo

---

Firma del investigador principal

Cedula

## Anexo B. FORMATO DE ENTREVISTA

Esta entrevista es anónima por lo cual se garantizara la confidencialidad de la información; los resultados solo se utilizarán para fines investigativos, al igual que la revisión de las historias Clínicas.

### Datos personales:

Edad:

Fecha:

Estado Civil:

Fase del cáncer de mama: I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ III \_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_

Grado de escolaridad

Docente de: Primaria \_\_\_\_\_ Bachillerato: \_\_\_\_\_

Actualmente en tratamiento de Quimioterapia \_\_\_\_\_ Radioterapia \_\_\_\_\_

### Contenido

1. Al iniciar el tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia, ¿cuáles fueron sus pensamientos iniciales sobre el proceso de oncología?
2. ¿Qué emociones, sentimientos, motivaciones y expectativas vivenció durante el proceso de cáncer de seno?
3. ¿Durante el proceso oncológico, las funciones cognitivas se han alterado? ¿Cómo?
4. ¿Qué estrategias ha utilizado como mecanismos de adaptación a la nueva situación de salud?
5. ¿Cómo ha cambiado su vida por efecto del cáncer de seno, en las áreas personal y laboral?
6. ¿Con quiénes viven actualmente?
7. ¿Cómo ha sido la reincorporación a la vida laboral durante y/o después del tratamiento?