

**EXPERIENCIA EMOCIONAL VIVENCIADA POR MUJERES
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE TRABAJADORA
SOCIAL

PRESENTADO POR

LUISA FERNANDA MORENO MENDEZ

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

ÁREA DE SALUD, CONOCIMIENTOS MÉDICOS Y SOCIEDAD
LÍNEA DE CANCER Y TRAYECTORIAS BIOCOGNITIVAS

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

BOGOTÁ, FEBRERO 2020

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias y por darme la paciencia para continuar en este proceso de obtener uno de mis mayores anhelos.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por confiar y creer en mí y en mis expectativas, a los dos por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años. A mi madre por ser mi apoyo, mi guía y compañera de vida a mi padre por impulsarme a seguir adelante y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación.

A mi hermano por estar siempre presente, acompañándome a lo largo de esta etapa, gracias a mis amigas, porque siempre me brindaron un gran apoyo moral y humano, en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.

A todas las mujeres que decidieron hacer parte de este estudio, que me compartieron su historia y me dejaron entrar un poco en sus vidas y finalmente y no menos importante gracias a mis profesores, que con sus valiosas enseñanzas y conocimientos marcaron mi futuro y me hicieron crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia y dedicación.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO 1: “MARCO REFERENCIAL - UNA APROXIMACIÓN A LA INVESTIGACIÓN DESDE LA FENOMENOLOGÍA Y LA COMPLEJIDAD”	6
1.1 ANTECEDENTES	6
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 PREGUNTA	14
1.4 OBJETIVOS.....	14
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.5 JUSTIFICACIÓN	15
1.6 REFERENTES TEÓRICOS.....	16
1.6.1 FENOMENOLOGÍA Y COMPLEJIDAD	16
1.6.2 SALUD.....	19
1.6.3 EMOCIONES.....	21
1.6.4 VIVENCIAS Y EXPERIENCIA.....	23
1.7 METODOLOGÍA	25
CAPÍTULO 2: MAS ALLÁ DEL DOLOR FÍSICO: EL CUERPO Y LA MENTE	27
2.2 NO TODAS DE LA MISMA MANERA: “LAS VOCES DE LA EXPERIENCIA”	32
2.3 NUESTRA LUCHA: “UNA MONTAÑA RUSA EMOCIONAL”	37
2.4 MIRAR EL FUTURO CON ESPERANZA	45
CAPITULO 3: APORTES DEL TRABAJO SOCIAL, CONCLUSIONES,	52
RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	53
3.1 COMPONENTE DISCIPLINAR – TRABAJO SOCIAL.....	53
3.2 LIMITACIONES	56
3.3 RECOMENDACIONES	57
3.4 CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA	63

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo da cuenta de los resultados derivados de la investigación referente a la experiencia emocional que ha sido vivenciada por mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, teniendo en cuenta la relación existente entre el cuerpo y la mente.

Para esto inicialmente es necesario entender que el cáncer ha sido tradicionalmente reconocido como una enfermedad esencialmente letal y ha sido asociada y explicada de diversas formas a lo largo de la evolución del conocimiento científico.

Sin embargo, lo único que se tiene claro es que este “suele caracterizarse por ser un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células que puede aparecer prácticamente en cualquier parte del cuerpo e invadir el tejido circundante provocando así metástasis en puntos distantes del organismo” Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f); y que su término cáncer proviene del griego karkinos y del latín cáncer, que significan “cangrejo” (Sontag,1996).

En Colombia esta enfermedad prácticamente ha sido considerada como un problema de salud pública primero porque ocasiona grandes repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas que imponen un reto y generan un fuerte impacto tanto en la persona como también en sus núcleos cercanos, familiares y laborales, segundo porque representa una alta cantidad de diagnósticos frente a la enfermedad y así mismo un alto porcentaje entre las primeras causas de muerte en países como el nuestro y finalmente por los altos costos asociados a la enfermedad, el tratamiento y los efectos secundarios que genera la misma en la calidad de vida de los pacientes.

Según la Liga Contra el Cáncer, el cáncer de mama (que es aquel se forma en los tejidos de la mama y por lo general en los conductos que llevan la leche al pezón.) es la tercera causa de muerte en Colombia ya que aproximadamente al año son diagnosticados 7.626 casos de cáncer de seno dentro de los cuales se producen cerca de 2.226 muertes.

No obstante, y teniendo en cuenta lo anteriormente dicho cabe resaltar que la ciencia ha presentado nuevas técnicas que posibilitan la detección temprana de la enfermedad y permite a los pacientes tener mejores expectativas frente al diagnóstico y a la supervivencia de este.

En concordancia con lo anterior se puede decir entonces que afortunadamente, los estudios y prácticas en torno al cáncer han tenido una profunda transformación, sobre todo en el último siglo gracias al desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas que han permitido prevenir, controlar y asociar la enfermedad y el proceso de ésta a diversos factores que están empezando a estudiarse con mayor profundidad como lo son los tipos de personalidad, la relación cuerpo-mente y la influencia emocional que resulta ser de gran importancia ya que la misma incide directamente en la salud y en la forma en cómo las pacientes sobrellevan su diagnóstico.

Es por esto que surge entonces el interés de indagar más sobre esta enfermedad y conocer cuál es la experiencia emocional vivenciada por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento partiendo de la idea de que estas alteraciones no afectan únicamente el cuerpo físico, sino que por el contrario afecta al sujeto de forma global y en sus múltiples dimensiones.

Partiendo de ello, dentro del desarrollo del texto el lector encontrara entonces un primer capítulo llamado “Marco referencial - Una aproximación a la investigación desde la fenomenología y la complejidad” en donde se abordan algunos estudios afines con el tema de investigación, las cuestiones teóricas que sustentan el planteamiento del problema y así mismo el enfoque, el marco conceptual y finalmente el marco metodológico que da cuenta del tipo de investigación, las herramientas de recolección de información y las características de la población con la cual se trabajará.

Un segundo capítulo titulado “Mas allá del dolor físico: el cuerpo y la mente” en el cual se expondrán las vivencias y experiencias de las 10 mujeres entrevistadas y se buscará vincular estos relatos directamente con el análisis de categorías y adicionalmente con algunos referentes teóricos que hacen alusión a los temas centrales de Cáncer y emociones.

Y finalmente en el tercer capítulo se presentará una discusión en torno a los resultados que arrojó la investigación, el componente disciplinar y algunos comentarios y sugerencias que se creen pertinentes para tener en cuenta en investigaciones relacionadas o vinculadas al proceso de salud – enfermedad y la relación cuerpo y mente.

CAPITULO 1: “MARCO REFERENCIAL - UNA APROXIMACIÓN A LA INVESTIGACIÓN DESDE LA FENOMENOLOGÍA Y LA COMPLEJIDAD”

1.1 ANTECEDENTES

A continuación, se realiza un breve recuento de las diversas investigaciones que se encontraron relacionadas con el tema de las emociones y como estas afectan el desarrollo de la enfermedad con la finalidad de presentar un contexto general de los primeros pasos que se dieron como investigador para dar importancia y relevancia al tema a tratar.

Para dar inicio es importante mencionar que el cáncer es una de las enfermedades más severas y de mayor afectación sobre la salud de las personas tanto a nivel fisiológico como psicológico ya que demanda una alta adaptación y expone a los pacientes constantemente a situaciones potencialmente muy estresantes durante su diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de la enfermedad, generando así un malestar emocional Bellver A, Sánchez J, Santaballa A, Munárriz B, Pérez J y Montalar J (2009) que es definido por la National Comprehensive Cancer Network (2009) como una experiencia desagradable, multifactorial, de naturaleza psicológica, social y/o espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar de manera efectiva la enfermedad, sus síntomas físicos y su tratamiento.

Ahora bien, también es necesario entender un poco sobre el significado social y simbólico que se les ha otorgado a los senos puesto que las mamas han sido consideradas como sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad, reproducción o afectividad, esto teniendo en cuenta en cuenta el punto de vista social y las formas de interpretación masculina frente al cuerpo femenino y los valores en los que se desenvuelve la mujer actual, sobre todo en las culturas occidentalizadas, las cuales destacan la importancia de un aspecto físico para lograr un potencial de atracción sexual (Martínez ,2004).

Adicionalmente a esto y enlazando las ideas anteriores la publicidad erótica en las últimas décadas también ha llevado a considerar el cuerpo femenino como una construcción comercial en donde se plasman unos estereotipos de cuerpo ideal que generan incertidumbre e inseguridad frente a la idea de que la deformación o pérdida de un seno es equivalente a la pérdida de la atracción sexual, de la feminidad, o de ambos Airaldi (2010).

Así pues resulta pertinente y necesario reconocer que en la trayectoria de esta enfermedad los cambios que suelen originarse en la apariencia física se presentan como consecuencia de los tratamientos oncológicos y vienen casi siempre acompañados del deterioro de su identidad autoestima, autoconcepto y así mismo por sentimientos de pérdida de inseguridad, incertidumbre e inestabilidad que afectan directamente a la mujer como también sus relaciones interpersonales con personas significativas de su entorno . (Aires & Virizuela, 2009).

Al respecto Vargas y pulido (s.f) explican:

“El estado físico y emocional de la mujer influye directamente en su salud y en la forma en cómo ella sobrelleve su problema afecta también su bienestar mental y social; Tener en cuenta los sentimientos y la manera como las mujeres afrontan el problema que viven, permite entender el impacto en la vida de las pacientes y sus familias; facilitando desarrollar intervenciones para disminuir el estrés y la ansiedad, mejorar la calidad de vida y formular posibles relaciones entre factores psicológicos y biológicos en el progreso de la enfermedad”.

Lo que quiere decir que dicho proceso puede ser o significar para cada mujer algo totalmente diferente teniendo en cuenta las diversas actitudes y estrategias de afrontamiento que usen para hacerle frente a la enfermedad por ejemplo según el estudio de Ausonia y la Asociación Española contra el Cáncer titulado ¿Qué nos hace más fuertes frente al cáncer de mama? Se pudo evidenciar que la autoestima de las mujeres que participaron en dicha

investigación se vio fortalecida y más de la mitad de estas mujeres expresaron sentirse más vivas y fuertes tras el padecer la enfermedad.

Además, se considera según algunos estudios psicológicos que el mantener actitudes positivas puede aportar diversos beneficios para el proceso de enfermedad ya que esto permite que los pacientes puedan aceptar su estado físico y su proceso emocional sin necesidad de recurrir a represión Asociación Española contra el Cáncer (AECC).

Así mismo, dichas reacciones psicológicas y emocionales (positivas o negativas) de las cuales hemos venido hablando y hemos hecho referencia parecen ser entonces complejas debido a la influencia de múltiples factores como lo pueden ser: el tipo de enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que supone sobre los objetivos de vida, las actitudes culturales y religiosas, el apoyo afectivo del que se dispone, las potencialidades para la rehabilitación psicológica, la personalidad previa, la autoestima y los estilos de afrontamiento (Guzmán & Álvarez, 2013).

Ahora bien, y en cuanto a las emociones y actitudes negativas se podría decir que estas son reacciones que actualmente constituyen uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales.

La represión emocional que al igual que las emociones negativas genera fuertes desgastes físicos y mentales se encuentra asociada sobre todo a “la dificultad de describir y comunicar las emociones, sin embargo, este ha sido adoptado de forma frecuente y recurrente por las mujeres como una estrategia de afrontamiento ante las situaciones difíciles que traen consigo este tipo de diagnósticos (Anarte, Esteve, Ramírez, López & Amorós 2001).

Teniendo en cuenta lo anterior es importante resaltar que las investigaciones sobre la expresión o represión de emociones y el bienestar constituye un tema actual de interés para el estudio de los procesos implicados en la salud. Sin embargo, en este punto y teniendo en cuenta la revisión documental se debe destacar que las investigaciones frecuentemente han sido direccionadas a explicar:

El miedo - Ansiedad que es definido como “una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta” (Sandín & Chorot, 1995).

La tristeza – Depresión que tiene “una función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás y constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a posteriores procesos de adaptación” (Whybrow, Akiskal & McKinney, 1984).

Ya que estas reacciones psicofisiológicas interfieren fuertemente en el proceso de salud-enfermedad puesto que cumplen una función preparatoria y adaptativa para que las personas puedan dar respuesta a las diversas demandas y situaciones de la vida.

En esta etapa del proceso de investigación ya debemos entender entonces y tener claro que:

El estado emocional de las mujeres con cáncer de mama puede variar a lo largo del tiempo tanto positiva como negativamente, esto en función de las dificultades físicas y psicosociales que se pueden encontrar a lo largo de la enfermedad, y que pueden continuar

una vez se ha finalizado el proceso de los tratamientos oncológicos. (Rodríguez y Font, 2003).

En cuanto a las experiencias emocionales que se dan a partir del diagnóstico de la enfermedad como el cáncer y aceptar someterse a los tratamientos que sean necesarios para controlarlo, puede dar un vuelco a la vida de la persona que lo padece y modificar las dinámicas sociales y familiares. La adaptación a los cambios impuestos puede ser, a su vez, un proceso largo, dispendioso y cargado de ansiedad debido a la dura realidad que impone la enfermedad y para la cual la mayoría de las personas no se encuentran preparadas y se ven invadidas por esos sentimientos negativos que empiezan a desencadenar el temor a tener menos tiempo que otros.

Aires & Virizuela, 2009 exponen que “es inevitable no pensar en la muerte, más aún si se tiene una enfermedad crónica como lo es el cáncer de mama, pues esta produce una serie de cambios que afecta la percepción de sí mismas y de sus vidas; es un impacto muy fuerte que inhabilita en gran mayoría a las mujeres haciéndolas sumamente vulnerables”.

Asimismo, existe un estudio realizado por Cardona (2008), que afirma que “la confrontación con la muerte es una expresión existencial desagradable vivenciada en el ser humano donde este se enfrenta a circunstancias dolorosas producto de una condición física y emocional difícil como padecer enfermedades con alto riesgo de mortalidad”.

Igualmente, en el trabajo realizado por Álvarez M. (2009), se reveló que “el sentimiento con mayor frecuencia ante la primera reacción debido al descubrimiento de

cáncer fue desesperación, en donde la mujer se enfrenta con el miedo a la muerte y la incertidumbre del futuro”.

Finalmente, en cualquier caso, se debe tener en cuenta que tanto la experiencia como la salud emocional son casi tan importantes como la salud física y que ante cualquier situación que se consideren fuera de lo normal, es necesaria y muy útil la intervención de especialistas en el área como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales entre otros profesionales que tengan la capacidad de proveer ayuda tanto a pacientes como a sus familias y seres amados, de manera que puedan obtener mejores y mayores herramientas para salir adelante, reduciendo al mínimo la posibilidad de que la enfermedad afecte sus estados anímicos y sus dinámicas familiares.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la información suministrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f) el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; se estima que, en 2015, ocasionó 8,8 millones de muertes de las cuales 571.000 (15,41%) correspondían a cáncer de mama, el cual consiste en la proliferación descontrolada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glandula mamaria.

Sin embargo, la mayoría de las mujeres que lo padecen no presentan síntomas ni signos que permitan evidenciar la enfermedad de forma temprana, su origen aún no cuenta con una causa precisa, pero se sabe que este es un problema multifactorial.

En Colombia se diagnostican cerca de 7.626 nuevos casos de cáncer de mama por año de los cuales 2.226 conllevan a la muerte anualmente (Liga Contra El Cáncer) las razones más elevadas referentes a la incidencia de la enfermedad y la mortalidad indican como principal causa la detección tardía, malos diagnósticos y falta de eficacia en los tratamientos, así mismo se le atribuyen a la enfermedad diversos factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de la misma como son los malos hábitos, la edad, el sobrepeso, la alimentación inadecuada y antecedentes familiares entre otros; factores que conllevan a potencializar la enfermedad y a que esta se considere como un problema de salud pública.

En relación con las implicaciones cognitivas, afectivas y comportamentales que conlleva la enfermedad se evidencia que la mayoría de estudios y/o investigaciones han intentado demostrar a partir de diversas síntesis de literatura la influencia de las emociones en el proceso de salud enfermedad teniendo en cuenta sobre todo los factores biológicos y la relación de estos con algunos factores psicológicos que en su mayoría se encuentran direccionados sobre todo a la coexistencia de la tristeza que se encuentra asociada con trastornos depresivos, ansiedad y estrés.

Lo que nos permite evidenciar de una u otra forma que la tendencia natural de los estudios es indagar sobre aquello que amenaza el bienestar de las personas, lo que conlleva a que la mayoría de los estudios e investigaciones suelen centrarse con carácter prioritario en las emociones negativas y se tienda a olvidar de esta forma el valor y la influencia de las emociones y la actitud positiva que puede surgir en el proceso de la experiencia de la enfermedad.

Por otro lado, también se evidencia la falta de estrategias que permitan a las mujeres manifestar de forma natural las emociones que emergen con el transcurso de la enfermedad.

Y es por ello que el presente estudio pretende determinar cuál es la experiencia emocional teniendo en cuenta las emociones tanto negativas como positivas, la evolución y el afrontamiento de la enfermedad debido a que “la naturaleza crónica y estresante de la misma puede incidir en el desarrollo de la enfermedad, y ser decisiva, para determinar el grado de incapacidad y deterioro de la calidad de vida producida por este tipo de enfermedades” Penzo (1990), o bien para que en el periodo de asimilación el pronóstico sea optimista y la esperanza y la actitud positiva ayude a las personas a sentirse activas y con grandes posibilidades de sobrevivir a la enfermedad.

1.3 PREGUNTA

- ¿Cuál es la experiencia emocional vivenciada por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar cuales emociones son vivenciadas con mayor frecuencia por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las experiencias más significativas vivenciadas por las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento.
- Analizar la relación entre la experiencia emocional y la valoración personal del estado de salud una vez se es diagnosticado con cáncer de mama y se ha iniciado el tratamiento.

- Identificar como incide la actitud y los estados emocionales de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles, angustiosa y temidas en la sociedad actual es por esto que la presente investigación está enfocada a identificar cuáles emociones son vivenciadas con mayor frecuencia por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento, debido a que es evidente que los tratamientos frecuentemente utilizados para el control del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia, biopsia del ganglio linfático centinela, terapia endocrina, terapia hormonal, terapia dirigida...) tienen unos efectos secundarios que no sólo afectan físicamente a la persona, sino también, y de forma muy trascendental y significativa los aspectos sociales, familiares y psicológicos de las mismas direccionando así en muchos casos a que estas mujeres desarrollen mayores niveles de ansiedad, estrés y en diversas ocasiones repriman o se nieguen a sentir y demostrar determinadas emociones creando así predisposiciones que pueden afectar en mayor medida el inicio y/o progresión de la enfermedad ya que se inhiben las reacciones inmunológicas del cuerpo.

Es por ello que es pertinente examinar, investigar, indagar y dar a entender que es importante que la atención en el ámbito de la oncología no se debe limitar únicamente al acompañamiento en el momento del diagnóstico y tratamiento sino que por el contrario es imprescindible tener además de un apoyo social y familiar un apoyo en el ámbito profesional desde diversas perspectivas y carreras humanas como lo es el Trabajo Social ya que es una profesión eminentemente intervencionista que en el ámbito de la salud además de buscar brindar una atención de calidad a los usuarios busca darle importancia y trascendencia a las

necesidades psicológicas y emocionales de los sujetos a lo largo de todo el proceso ya que estos factores pueden ayudar a garantizar una mayor adaptabilidad a la enfermedad y a la situación y así mismo puede contribuir y generar algunas pautas de afrontamiento dentro del proceso salud enfermedad que les permita a los pacientes mejorar y preservar su calidad de vida.

1.6 REFERENTES TEÓRICOS

Teniendo en cuenta que la mirada central de este proyecto está situada en identificar cuales emociones son vivenciadas con mayor frecuencia por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento, es necesario tener en cuenta los siguientes parámetros y ejes conceptuales sobre los cuales se apoyara la lectura interpretativa del corpus.

1.6.1 FENOMENOLOGÍA Y COMPLEJIDAD

En primera medida hay que tener en cuenta que la fenomenología es un método filosófico que apareció a finales del siglo XIX con el filósofo Edmund Husserl (1859-1938) y que poco a poco ha ido ganando reconocimiento como un abordaje a la investigación cualitativa aplicable a los estudios de fenómenos importantes en la vida cotidiana (Dartigues, 2003).

Este método que propone Husserl permite detallar el sentido de las cosas viéndolas como fenómenos de la conciencia y concibiéndolas como una tarea de clarificación para poder llegar a las cosas mismas partiendo de la propia subjetividad y advirtiéndole que dicha reflexión fenomenológica no presupone que algo existe con carácter material si no que más bien equivale a "poner en paréntesis la existencia", es decir, dejar de lado la cuestión de la existencia real del objeto contemplado.

En otras palabras, básicamente para Husserl “la intención de la fenomenología es comprender los fenómenos en sus propios términos para proporcionar así una descripción de la experiencia humana tal como es experimentada por la misma persona. Adicionalmente a esto y a diferencia de los otros métodos de estudio la fenomenología también centra su atención en la sucesión de eventos desde el punto de vista cronológico teniendo en cuenta la temporalidad, la espacialidad y la materialidad (Creswell, 2003) permitiendo así que la variedad de fenómenos a estudiar no sean tan limitados y los cuestionamientos que se realicen no se queden únicamente en el estudio de aspectos de la vida ordinaria como lo son los razonamientos o percepciones sino también los fenómenos excepcionales” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El punto de partida de esta investigación está entonces en volver a las cosas mismas, reconociendo la prioridad de la práctica, el ámbito de las decisiones y actuar sobre el pensamiento y la reflexión. Se debe tener en cuenta que además que experiencia no es sólo la capacidad humana para representar el mundo a través de los procesos cognitivos, ya que se tiene en sí misma “significaciones” o “unidades ideales significativas.

Para la fenomenología, la operación primordial de significación es que no existe separadamente de la expresión y, como tal, es un fenómeno sensible al cuerpo (y no una mera cuestión de la subjetividad). En este sentido, el método fenomenológico está dirigido a fijarse en los significados que se dan, y que son tal como son propuestos por nuestras experiencias (Alves, 2006).

Para resumir los estudios fenomenológicos nos abren esa puerta hacia la reflexión y la consecución de calidad en el proceso de cuidado de la salud. Es evidente que a través de la observación y al buscar la conciencia y los significados a través de la investigación

fenomenológica “las necesidades y potencialidades de los individuos se pueden conocer mejor y por ende se pueden abrir otras vías importantes para la realización de cambios en los procesos de enfermedad y cuidados de la salud” (Ponce, 2014).

Es debido a esto que es importante reconocer que “solo cuando nos adentramos en la propia existencia de los sujetos conseguimos entrar en el mundo vivido por ellos y podemos compartir sus sentimientos, dolores, angustias y ansiedades” (Ponce 2014). Acercarse a la otra persona en su esencia puede representar la oportunidad de comprender la enfermedad desde los desvíos, las fugas, y los momentos en los que el ser en el mundo cae y así mismo entender que el otro puede ser el mismo auténticamente independientemente de su existencia sufrida única y llena de significados (Estrada, 2011).

Para concluir este apartado también es fundamental hacer alusión a la complejidad ya que será el paradigma desde cual se sustentará la investigación y el por medio del cual se le dará un enfoque diferente a esta tesis con respecto a los estudios que ya se han realizado.

En primera instancia es necesario entender que la complejidad es una forma de abordar el conocimiento que no pretende conocer la verdad absoluta, pero trata de dar explicaciones más globales de la realidad. Según el Instituto Internacional del Pensamiento Complejo y el sociólogo francés Edgar Morín (s.f) la complejidad puede ser vista como un “tejido de eventos”, interacciones, acciones y azares que constituyen nuestro mundo fenoménico.

Ahora bien, enlazando un poco el paradigma con el tema central de la tesis podemos evidenciar que dicha corriente pretende además de superar el pensamiento lineal y cuantitativo que siempre ha estado presente en las corrientes científicas, realizar más bien

interpretaciones que vayan un poco más allá de lo común y empezar a trabajar desde nuevas perspectivas ya que son múltiples las transformaciones las que han ido experimentando las sociedades durante los últimos años.

De Lellis y Mozobancyk, (2009) sostienen que: “desde la complejidad la salud es entendida como una situación relativa que involucra múltiples factores, y que a su vez es dependiente de la acción permanente y recíprocamente transformadora entre la persona y su ambiente humano, psico-cultural y económico político, componentes que integran el complejo sistema de la trama de la vida”.

Es por lo que estos procesos de salud enfermedad no pueden evaluarse solo desde un nivel de análisis ya que los mismos pueden ser multidimensionales y a través de una visión más crítica y completa podrían analizarse de mejor manera pues según Ortiz (2005) “somos seres complejos formados por redes que interactúan y vinculan nuestro cuerpo no de forma lineal como un todo en donde los órganos, tejidos, células, mente, medio ambiente y dimensión social, son inseparables, irreducibles y capaz de adaptarse a los cambios”.

En fin, pensar desde la complejidad implica “ir más allá de lo aparente, es pensar en las partes y en el todo es realizar interpretaciones profundas, es analizar cualquier estudio epidemiológico, cualquier espacio social de la salud desde diferentes dimensiones, aquellas que responden a lo fenoménico y aparente y aquellas otras que involucran lo estructural y lo esencial de manera cónsona y articulada, pero a la vez sin rigidez”. (Salazar M, 2017).

1.6.2 SALUD

Si le preguntamos a varias personas que entienden por salud, seguramente obtendremos una variedad de respuestas: algunos dirán que es no estar enfermo o enfermarse poco, otros que es sentirse bien, otros que es poder vivir como desean hasta una edad avanzada, desarrollarse plenamente, sostener una calidad de vida aceptable y vivir en armonía con el medio ambiente entre otras. (Del valle, N s.f)

Sin embargo y gracias a diversas investigación conocemos dicho concepto ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo y que la conceptualización de la OMS en la primera mitad de siglo XX propone entender la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” por lo que se puede evidenciar que dicho concepto se sitúa mucho más allá del territorio biológico y natural ya que tiene implícita una conceptualización sanitaria, una nueva dinámica, una responsabilidad social, una apropiación de recursos físicos, económicos y humanos.

No obstante, y aunque al leer dicha conceptualización la misma parece ser clara y acertada surgen algunas contraposiciones ya que parece ser que el significado es problemático pues se establece que nadie puede pretender o lograr llegar a tener un completo estado bienestar físico, mental y social.

Y es por esto que desde otras perspectivas se plantean otras definiciones las cuales se encuentran encaminadas a entender la salud “como la capacidad de adaptarse y manejar los desafíos físicos, emocionales y sociales que se presentan durante la vida” (Fernandez,C 2018) definición que se tomara como referencia ya que resulta adaptarse y estar más acorde con el eje central de la investigación.

1.6.3 EMOCIONES

La emoción no es un fenómeno simple y es por esto que habitualmente se entiende la emoción como una experiencia multidimensional que trae consigo al menos tres sistemas de respuesta como lo son el cognitivo/subjetivo; el conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo, dimensiones que en sí mismas puede adquirir especial relevancia en una emoción en concreto, en una persona en particular, o ante una situación determinada.

Dicho lo anterior, es importante entender entonces que el estudio de las emociones nunca ha sido sencillo puesto que las mismas forman parte de un proceso vivo y pueden sufrir múltiples y enigmáticas transmutaciones, voluntarias e involuntarias, conscientes e inconscientes (Bericat, s.f).

Es por esto por lo que resulta difícil clasificar las múltiples teorías de la emoción desde algunos criterios generales, sin embargo, autores como Cano (1995) referencian que una teoría general sobre la emoción debe dar cuenta de al menos de algunos elementos y sus interrelaciones como lo son:

Una situación o estímulo, que reúna ciertas características o cierto potencial emocional, como generador de emociones; 2. Un sujeto capaz de percibir esta situación, procesarla correctamente y reaccionar adecuadamente ante ella; 3. el significado que el sujeto concede a dicha situación; 4. la experiencia emocional que el sujeto siente en esta situación; 5. la reacción corporal; y 6. la expresión motora-observable. (p.2).

Y por lo tanto se debe tener en cuenta entonces que:

“Las emociones sentidas por el sujeto nunca deben ser consideradas como simples respuestas mecánicas o fisiológicas a las variaciones producidas en el entorno. Tal y como han puesto de relieve diversas teorías (teoría de la apreciación, de atribución, de identidad entre otras), pues la experiencia emocional del sujeto dependerá de: Cómo valore consciente y/o inconscientemente los hechos; de a qué o a quién atribuya la causa/responsabilidad de esos hechos; de sus expectativas ante la situación; de la identidad social activa en cada momento; o de la identificación del sujeto con otras personas, grupos o colectivos” (Bericat, s.f).

Sin embargo, el psicólogo J. Wukmir plantea otra visión en lo que respecta a la definición general de la emoción partiendo de que la misma “puede ser entendida como una respuesta inmediata del organismo que informa el grado de favorabilidad de un estímulo o situación. En este caso si la situación favorecer la supervivencia, eventualmente se experimentara una emoción positiva y sino la misma dará respuesta a la experiencia de una emoción negativa”.

A partir de lo anterior se puede decir entonces que las emociones en general cumplen una función adaptativa ya que mediante estas podemos llevar a cabo acciones que faciliten los intentos de supervivencia y de adaptación a las condiciones cambiantes.

Sin dejar de lado que las mismas también juegan de cierta forma un papel influyente en el proceso de la salud y así como pueden ser beneficiosas también pueden ser consideradas como un factor de riesgo ya que estas no intervienen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden

ejercer influencia de varias maneras que además pueden incidir en los diferentes momentos del proceso de enfermedad (Fernández y Edo, 1994).

Como se puede evidenciar “El estudio de las emociones positivas es controvertido y complejo; al mismo tiempo, es apasionante en cuanto integra los dominios biológicos, cognitivos y sociales del desarrollo humano” (Vecina, 2006).

Es por esto que los investigadores muestran un gran empeño en controlar y disminuir los estados emocionales negativos, cuando resulta igualmente valioso promover lo que da pie a este trabajo: el cultivo de las emociones positivas

En este sentido en el campo de la salud los cambios emocionales se consideran como cambios adaptativos del individuo a las demandas de las situaciones cotidianas.

En este punto entonces es importante entender la multiplicidad que la vida emocional tiene sus altas y bajas y por ende pueden distorsionar la conducta de los pacientes y hacer que estos tomen decisiones o adopten actitudes que interfieran en el proceso de curación debido a que el significado personal de la enfermedad influye en las respuestas emocionales, las conductas de afrontamiento y los significados que atribuimos a las experiencias o vivencias.

1.6.4 VIVENCIAS Y EXPERIENCIA

La experiencia de enfermedad desencadena en el ser humano muchas sensaciones y reacciones de tensión, por ejemplo: ansiedad, ira, negación, pena, culpabilidad y desconcierto. Las pruebas diagnósticas, el tratamiento médico, los cambios corporales, las reacciones familiares, la experiencia de la hospitalización y los cambios en el modo de vida intervienen en la adaptación de las personas a situaciones nuevas. Por lo general, el enfermo

es excepcionalmente vulnerable y susceptible; pues al menos y pasajeramente se ha alterado toda su vida (Chavesta et al., s.f) y es por esto que las nociones, actitudes, sentimientos, percepciones y expectativas desarrolladas por los pacientes respecto de su enfermedad constituyen lo que llamamos la experiencia subjetiva de la enfermedad (B, Kaliksztein 2001).

Por otro lado, se puede decir que la experiencia vivida por los pacientes durante el padecimiento de una enfermedad grave es una experiencia novedosa, inesperada, “relevante” y “dura para la cual la persona no recibe preparación e inducción de ningún tipo, por lo que resulta importante resaltar que el significado que dan las personas a cada una de las experiencias es único y propio y que algunos de los factores de los cuales depende la asignación de significados pueden ser personales, familiares, sociales culturales o religiosos.

Así mismo es fundamental comprender cuáles son las repercusiones de aquellas vivencias en las personas y concebir la experiencia de la enfermedad “como una categoría analítica que refiere a los medios y los modos como individuos y grupos sociales perciben, conciben y responden a un determinado episodio de enfermedad” (Alves, 2006).

Ahora bien, el conjunto de conocimientos que se adquieren al convivir con una enfermedad de carácter crónico, pero a la vez estigmatizante, enfrenta a las personas afectadas a una serie de transformaciones en su cotidiano (Recoder, 2011) que demandan el despliegue de un conjunto de procesos de reinterpretación y reorganización del día a día.

Aimar (2009) en una construcción teórica realizada mediante un estudio científico sobre vivencias y sentimientos de un enfermero, define las vivencias como: “aquellas experiencias conscientes e inconscientes del sujeto desarrollados durante una situación o fenómeno determinado en su modo o

momento de vida, ante lo cual el individuo adopta una posición valorativa, que genera distintos sentimientos observables a través de los gestos, posturas, conductas o su relato oral y que forman parte del acervo de su personalidad”.

Para concluir es fundamental comprender entonces que la vivencia subjetiva de la enfermedad, el estilo de personalidad, de afrontamiento de las dificultades y las experiencias anteriores hacen parte de algunas de las variables que modularán el impacto emocional, la vivencia del diagnóstico y la manera en la cual los sujetos hacen frente al proceso de enfermedad.

1.7 METODOLOGÍA

El tipo de investigación fue descriptivo se trabajó sobre realidades de hecho y se realizó una descripción de las emociones y vivencias sentidas y vividas por cada una de una de las personas entrevistadas teniendo en cuenta su mundo y la situación en la que se encuentran con la finalidad de presentar una interpretación adecuada y autentica. El enfoque que se aplicó fue cualitativo fenomenológico ya que se partió del supuesto básico que plantean Jiménez y Domínguez de que el mundo social está construido de significados y símbolos lo que nos permite estudiar la realidad en su contexto natural y así mismo describir de forma minuciosa, hechos, situaciones, experiencias y pensamientos que los participantes experimentan o manifiestan.

Por otro lado, y teniendo en cuenta los objetivos y el marco teórico de la investigación, se optó por utilizar como un método de recolección de información la entrevista a profundidad que es una entrevista personal, directa y no estructurada en la cual el entrevistador hace una indagación exhaustiva para lograr que las mujeres entrevistadas

hablen libremente y expresen en forma detallada sus motivaciones, creencias y sentimientos sobre su proceso de salud enfermedad.

Este operativo de campo cumplió con un criterio de selección de las participantes sin embargo el mismo no fue muy específico ni muy delimitado con características concretas ya que acceder a esta población resulta complejo y en ocasiones difícil debido a la disposición que tengan por su estado de salud; es por esto que básicamente las mujeres participantes debían estar diagnosticadas y encontrarse en la fase o ciclo de tratamiento y aceptar participar voluntariamente en la investigación; En este punto es necesario aclarar que aunque según varios estudios se sabe que las mujeres tienen o presentan mucho más riesgo de padecer cáncer cuando aumenta la edad, para la investigación no se estipuló un rango etario pero si un número de (10) mujeres que contarán con el tiempo y la disposición para participar en el estudio.

Finalmente es importante tener en cuenta que la recolección de datos se realizó en un periodo de aproximadamente 3 meses, desde marzo del año 2019 a junio del mismo año, en este tiempo se logró entrevistar a profundidad diez mujeres (cantidad máxima que había sido contemplada para la muestra) con un promedio de edad entre los 23 y 55 años adicionalmente a esto es importante resaltar que 8 de las mujeres que prestaron su voz para la realización de la investigación fueron contactadas por medio de redes sociales y la mayoría de las mismas pertenecían a otros países de origen como Perú, Chile y Argentina además de 2 mujeres colombianas que con las que se pudo establecer contacto directo; En los relatos de estas mujeres se evidencia que todas establecen una relación directa con las creencias que tienen en Dios y con el poder supremo que tiene el mismo en sus vidas pero ninguna hace referencia

específica a alguna religión por lo que no se pueden establecer comparaciones o realizar análisis que vayan más allá de la información general que nos brindaron las mismas.

CAPÍTULO 2: MAS ALLÁ DEL DOLOR FÍSICO: EL CUERPO Y LA MENTE

Hablar de cáncer de mama es hablar de una enfermedad compleja tanto física como psicológicamente y afrontar los múltiples retos que supone su diagnóstico, como los tratamientos prolongados puede traer fuertes y significativas repercusiones en la vida de las mujeres es por esto que en este capítulo se dará a conocer por medio de 4 apartados una aproximación a la realidad y cotidianidad de aquellas mujeres que compartieron conmigo sus testimonios, la experiencia de vivir con cáncer y de estar sometidas a tratamientos que en ocasiones traen consigo periodos difíciles y traumáticos que se traducen en “cambios profundos de vida”.

Para esto es necesario tener claro que el apartado de sobrevivientes y guerras dará cuenta de la información general de las mujeres que participaron en la investigación; el segundo apartado que se referencia “No todas de la misma manera” dará cuenta del primer objetivo específico referente a las vivencias y experiencias más significativas; El tercero que hace referencia a “Nuestra lucha” hará mención a la experiencia emocional y la valoración de salud que realizaron estas mujeres, frente a su proceso de salud enfermedad y finalmente un Cuarto apartado que dará cuenta del tercer objetivo específico que va direccionado a la actitud y los estados emocionales y adicionalmente a 2 categorías emergentes que surgieron el proceso de investigación como lo son la religión, las creencias y las redes de apoyo tomadas como factores de afrontamiento.

OBJETIVO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
Describir las experiencias más significativas vivenciadas por las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento.	Experiencias y vivencias significativas	Sospecha de la enfermedad
		Diagnostico
		Comunicación
		Cambios Físicos
Analizar la relación entre la experiencia emocional y la valoración personal del estado de salud una vez se es diagnosticado con cáncer de mama y se ha iniciado el tratamiento	Experiencia emocional	Positiva
		Negativa
	Estado de salud	Normal
		Bueno
		Malo
Identificar como incide la actitud y los estados emocionales de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el ciclo de tratamiento.	Actitud	Positiva
		Optimismo
CATEGORIA EMERGENTE	Afrontamiento	Redes de apoyo
		Creencias y religion

Moreno, L. (2019). Sistematización de campo.

2.1 SOBREVIVIENTES Y GUERRERAS: DIEZ VOCES EN LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Los días pasan, los meses pasan, los años pasan y nosotros pasamos. 15, 20, 30, 40, 50 años y de repente un día la vida se pausa, te llama la atención y tu cuerpo te indica que algo no está bien, te encuentras de cara con alteraciones y afecciones en tu organismo que no entienden de edades ni de circunstancias, y entonces se te pasa toda la vida por delante y piensas como hubiera sido todo si hubieras vivido tu vida como si cada momento hubiera sido el último, y como si cada día de tu vida lo hubieras disfrutado mucho más por pequeño que fuese, pues repentinamente aparecen sucesos que transforman y modifican esos ideales de vida y de golpe pasas de ser una persona una persona más o menos sana, con sus ocupaciones y sus problemas cotidianos, a ser una persona con retos un poco más

complicados trasados por una enfermedad que silenciosamente se ha venido desarrollando en tu cuerpo.

Es por esto que este apartado además de contextualizar al lector sobre las mujeres que prestaron su voz para esta investigación tiene como finalidad exaltar a las mismas por su fortaleza ante las adversidades que trae consigo esta enfermedad que generalmente es muy agresiva pero que en varios de estos casos fue tomada como episodio de aprendizaje, como una segunda oportunidad de vida y como una razón más para cumplir y seguir con esas metas y sueños que algún momento se dejaron atrás.

A continuación, se hará entonces mención a cada una de estas 10 mujeres teniendo en cuenta un poco información básica personal de cada una de ellas.

Pamela mujer de 23 años, madre de un niño, antes del diagnóstico de su enfermedad tenía una vida activa contaba con un trabajo estable pero constantemente se vio enfrentada a situaciones de vida complejas como la pérdida de 3 embarazos, la pérdida de sus de sus padres, su diagnóstico de diabetes por lo que hace referencia a que la vida le ha dado golpe tras golpe, pero ha aprendido a sobrevivir a cada uno de estos.

Jasmín mujer de 24 años, casada, madre de una niña, es la encargada de ventas de un almacén antes del diagnóstico de su enfermedad su vida era tranquila se sentía segura y por su edad veía muy lejos la posibilidad de sufrir algún tipo de enfermedad.

Julia mujer de 24 años, soltera, madre de un niño de 6 años antes del diagnóstico de su enfermedad trabajaba entre semana como empleada doméstica y hace referencia a que ha vivido situaciones difíciles ya que se enfrentó a la pérdida de un familiar que era muy importante en su vida ya que eran muy cercanos y apegados.

Ana mujer de 28 años, madre de 2 hijos, casada, dedicaba su vida cien por ciento al trabajo, tenía una persona a cargo de su casa, era una mujer alegre que no se ponía limitaciones en cuanto a nada en su vida, le encantaba festejar y al igual que Jasmín nunca pensó que a una persona como ella le fuera a pasar algo así (refiriéndose a su diagnóstico de cáncer de mama).

Maggie mujer de 30 años, madre de un niño, soltera antes de su enfermedad su vida era plena tenía una pareja estable al igual que un trabajo se sentía muy bien tenía sueños de poder comprar su casa y de verse realizada en todos los aspectos.

Roberta mujer de 42 años, madre 3 niños, divorciada, hace referencia a que antes de su enfermedad tenía una vida pesada con bastantes cargas debido a la presión y la manipulación que ejercía su exesposo en su vida sin embargo luego de su separación sintió que su vida estaba bien que había logrado un equilibrio que se destruyó cuando apareció su enfermedad y diagnóstico de cáncer.

Norley mujer de 43 años, madre de 2 niños, soltera, docente, paso por situaciones económicas difíciles y violencia intrafamiliar, referencias periodos largos de estrés y de lucha por los múltiples inconvenientes que fueron apareciendo a lo largo de su vida, conto con una relación sentimental que la hacía muy feliz pero tampoco duro mucho y siente que todos estos sucesos llamaron siempre toda su atención y lograron que descuidara asuntos importantes como su salud.

Yas mujer de 44 años, madre de un niño y una niña, casada, trabaja en un laboratorio clínico plantea que su vida era muy muy acelerada, estaba envuelta en la rutina en el cuidado

de la familia en su esposo, sus hijos, anímicamente se podría decir que estaba bien y nunca sospecho de su enfermedad.

Carolina mujer de 45 años, madre de una niña, casada, es ama de casa, antes de su enfermedad se encontraba estable feliz y tranquila, pero contaba con antecedentes familiares de otros tipos de cáncer.

Lidia mujer de 55 años, madre de un niño, actualmente se encuentra viviendo con alguien en unión libre, antes de su enfermedad presento muchos inconvenientes de trabajo y económicos, el padre de su hijo fallece y unos años más adelante su hijo también debido a un accidente de tránsito.

En concordancia con lo anteriormente mencionado podemos evidenciar que 4 de estas mujeres han estado sumergidas constantemente en una lucha de acontecimientos que no cesan pero que tampoco las han hecho decaer y perder la esperanza, con sus diagnósticos conocieron al enemigo más malévolo y temeroso que existe, pero desde un inicio tenían claro que este no era imbatible y decidieron entonces caminar, fuerte y erguido, aceptar cada una sus tratamientos y las consecuencias de los mismos, dar la batalla y cambiar su forma de pensar y definir si en estas ocasiones es mejor ser víctimas o sobrevivientes que lograron quitarle tiempo a la enfermedad y le regalaron tiempo a la vida porque esa montaña rusa llena de giros inesperados que las llevaron sin previo aviso y de una sacudida a una realidad desconocida hasta el momento, hoy les permite entender el cáncer como una palabra que las impulso a cambiar sus prioridades y su vida.

2.2 NO TODAS DE LA MISMA MANERA: “LAS VOCES DE LA EXPERIENCIA”

Para iniciar es importante tener en cuenta que la experiencia de padecer cualquier tipo de enfermedad desencadena en el ser humano muchas sensaciones y reacciones de tensión, (Oto s.f.) que pueden dejar como resultado en los pacientes diversas secuelas de tipo psicológico y emocional que a menudo se tornan como complejas de superar teniendo en cuenta que no todos tienen la misma capacidad de afrontamiento y de adaptabilidad en lo concierne al diagnóstico.

Para las mujeres entrevistadas la experiencia de vivir con cáncer y el tener que estar sometidas a tratamientos como la quimioterapia se toma como un periodo difícil y traumático ya que este significa asumir nuevos retos, aceptar la enfermedad, entender todo lo que trae contigo la misma y empezar a participar activa y frecuentemente en el cuidado de su salud. Es por eso que en general las mujeres participantes en el estudio coinciden en que la *experiencia más significativa* empieza desde que se palpan sus senos y sienten que algo no estaba bien haciendo así referencia a la subcategoría de la **aparición o sospecha de la enfermedad**

Lidia 55 Años:

“Mira Luisa yo alguna vez entre a bañarme normalmente y me pasé la mano con el jabón y sentí una masita en seno izquierdo...”

Pamela 23 años:

“Siento que mi pecho estaba muy inflado y no me aguantaba el dolor ni nada...”

Carolina 45 años:

“Después de la ducha al secarme notaba que se me hundía un poco el pecho, pero esto solo lo veía yo...”

A esto se le suma claramente el momento en el cual sus sospechas pasan de ser solo sospechas a ser una realidad confirmada (*Diagnostico*) por sus médicos las cuales ellas describen y asocian al final de la vida y la muerte ya que probablemente el tiempo de vida restante sea limitado, en este punto ya algunas ven sus sueños y metas frustradas, pero lo que más le preocupa a la mayoría de estas mujeres sin duda alguna es su familia y sobre todo sus hijos el no poder verlos crecer, verlos grandes y cumpliendo sus sueños.

Adicionalmente a esto, algunas expresan sentimientos de culpabilidad como se mencionaba anteriormente por el tiempo que desperdiciaron o no aprovecharon de mejor forma antes de enterarse y enfrentarse a esta enfermedad. Según Salmon y Varoli (1996) esto pasa cuando “la persona se ve confrontada ante situaciones fuertes o inesperadas como el propio diagnóstico de cualquier enfermedad grave, crónica o mortal y opta por cambiar el criterio con el cual ha evaluado su vida”.

Mientras que por el contrario otras de las mujeres hacen referencia a que ven la enfermedad como una nueva oportunidad de vivir de acercarse más a su familia y fortalecer los lazos con su núcleo más cercano lo que para Butkutè y Perminas (2005) puede suceder debido a que “La persona enferma puede evaluar o aceptar la enfermedad como una posibilidad de crecer y cambiarse a sí mismo”.

Ahora una vez termina de encajar este primer golpe del diagnóstico, y ya devastadas cansadas de la impotencia, rendidas ante el dolor, agotadas y angustiadas de pensar en la propia muerte la siguiente reacción de estas mujeres se traduce a la búsqueda de una

explicación en donde suelen surgir preguntas como ¿por qué yo? ¿Qué he hecho para merecer esto? ¿por qué, si ya he pasado por cosas muy duras en la vida? Preguntas sin respuestas que cuestionan muchos aspectos de la existencia y no conducen a ninguna parte pero que pueden ser vistas o entendidas como una reacción alternativa que se traduce en la negación de padecer la enfermedad.

Por otro lado, otra de las vivencias y experiencias más significativas que mencionan las mujeres se encuentra asociadas a las *transformaciones físicas* que tienen que enfrentar y a las que cuales se someten según el grado, el tamaño y la etapa en la cual se encuentre su enfermedad con el fin último de luchar por su vida.

Las quimioterapias que no tienen otra función que atacar químicamente las células malignas también combate células sanas, lo que traen consigo fuertes consecuencias y diversos efectos secundarios que van desde la caída del cabello hasta cambios en el color de la piel, dolores que confirman que el cuerpo lucha contra sí mismo, y alteraciones físicas provocadas por las cirugías que dejan como resultado la pérdida parcial o total de los senos, órganos que desde tiempos remotos han sido vinculados social y subjetivamente con la feminidad, la maternidad y la sexualidad.

Roberta 42 años:

“Los cambios físicos son lo más complicado a mi edad la verdad uno espera que todo marche sobre ruedas y de repente todo cambia no sólo por los efectos de quimioterapias sino también por el tratamiento hormonal”

Ana 28 años:

“Era muy duro imaginarme sin un seno, uno piensa en el que dirán, en el tiempo que tiene que pasar para que uno se acepte y se acostumbre a verse así, y si la pareja de uno lo aceptara con todos esos cambios y con cada una de sus cicatrices”

Lidia 55 años:

“Cuando tú ya coges fuerza y tienes como esa necesidad de verte a un espejo y te ves la herida, la cicatriz que te queda por haberte quitado el seno eso es duro durísimo”

Norley 43 años:

“Duele que se caiga el cabello y verse sin seno”

Maggie 30 años:

“El saber que me he ido y me iré deformando más poco a poco físicamente me duele mucho”

Como se puede evidenciar con los con los fragmentos anteriormente mencionados el afectar al organismo en zonas muy significativas para la mujer modifica de forma trascendental la relación con su cuerpo, con el otro y con su propia sexualidad generando así sentimientos de inseguridad y miedo al sentir la sensación de no poseer el prototipo de cuerpo normal o ideal que para mí en sí mismo es inalcanzable pero que ha sido establecido acorde con el discurso contemporáneo para promover el cuerpo como un culto en donde se destaca la perfección y se genera rechazo aquellos sujetos que no cumplen o no están acorde con los estándares de belleza establecidos y comercializados.

Otros factores importantes y significativos a los que hacen referencia las mujeres es primero el hecho de no poder seguir una vida normal en donde puedan valerse por sí mismas, segundo el tener que renunciar a su labores diarias y cotidianas para empezar a pasar más tiempo en clínicas y hospitales y tercero la secuela que deja frialdad de los profesionales o médicos a la hora de dar el diagnóstico (*Comunicación*) pues los mismos no parecen ser sensibles al estrés emocional que las pacientes deben enfrentar y por el contrario solo se limitan a dar de manera abrupta y devastadora la noticia sin tener en cuenta que dicho suceso tiene el suficiente potencial de destruir esperanzas y sueños, que conducen a estilos de vida y futuros muy diferentes a los que se tenían; Esto podemos verlo evidenciado en algunos fragmentos que hacían alusión a que:

“Para los doctores es común dar este tipo de noticias y entonces se vuelven indolentes y se limitan únicamente a explicar cómo sobrellevar la enfermedad y las posibilidades que uno tiene de salvarse en el momento de decidir si recibir o no un tratamiento” o que a los mismos. “les falta mucho tienen que ser más humanos más sensibles deben tener más afinidad con la persona que está pasando por situaciones así de difíciles”

Y cualquier persona esperaría que dicha situación no fuera de esta forma si bien es cierto que cada día son diagnosticadas más mujeres no todas tienen la misma capacidad de afrontamiento es por esto que Herrera, Ríos, Manríquez y Rojas (2014) plantean que “el comunicar una mala noticia al paciente de una manera adecuada no es una habilidad opcional, sí no que por el contrario debe ser una parte esencial de la práctica profesional”. Ya que en la relación profesional sanitario-paciente el profesional se convierte en el proveedor de cuidados, administrador de tratamientos, compañero y confidente cuya función será proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchar atentamente las inquietudes y

emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud e intentará ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mejor (Correa, 2017. P1).

2.3 NUESTRA LUCHA: “UNA MONTAÑA RUSA EMOCIONAL”

Al sumergirse en este viaje incierto y sin escapatoria para el cual nadie está preparado empiezan a surgir en la vida de estas mujeres un sin número de reacciones naturales direccionadas establecer algunas bases y cimientos sobre los cuales puedan basar su experiencia y su seguridad durante el proceso.

Dichas reacciones son lo que denominamos en esta investigación “*emociones*” que en este caso pueden surgir debido a la amenaza que supone la enfermedad, a la revolución interna que genera el padecer la enfermedad y a los resultados que puede traer consigo la misma. En este sentido es importante entender que, aunque existe una amalgama en la clasificación de estas para nosotros es necesario entender únicamente que las:

Emociones primarias: Son aquellas que son puras, innatas y que se generan como reacción a estímulos similares en todas las culturas sin importar el entorno.

Emociones secundarias: Son la combinación de diferentes emociones primarias o cuya aparición podría verse condicionada por el entorno, la cultura o las relaciones sociales.

Emociones negativas: implican sentimientos desagradables, valoración de la situación como dañina y la movilización de muchos recursos para su afrontamiento. Ej: Miedo, Ira, Ansiedad, Tristeza, Culpa, Vergüenza, Envidia, Celos, Asco, etc. Emociones que requieren energías y movilización para afrontar la situación de manera más o menos urgente.

Emociones positivas: son aquellas que implican sentimientos agradables, valoración de la situación como beneficiosa, tienen una duración temporal muy corta y movilizan escasos recursos para su afrontamiento. Ej. Alegría, Estar orgulloso, Amor, Afecto, Alivio, Felicidad Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2001).

Ya que son estas las que mayormente percibimos y las que preparan al organismo para la acción facilitando la conducta apropiada a cada situación y así mismo por que se han tomado como variables influyentes en el proceso de diagnóstico, enfermedad y recuperación pues pueden generar fuertes alteración en la salud y se encuentran relacionadas con el descenso de la actividad inmunológica de los enfermos.

En el caso de las pacientes oncológicas entrevistadas es evidente que las *emociones negativas* son las que invaden con más frecuencia su mundo luego de enfrentarse al diagnóstico no podemos afirmar con certeza que todas sintieron lo mismo ya que cada persona reacciona de manera diferente pero en términos generales podemos decir que la mayoría de las mujeres pasaron y se enfrentaron inicialmente a un estado de perturbación mental en la que no se entiende que es lo que está pasando ni se tiene la capacidad de procesar la información.

Maggie 30 años:

“Oír cáncer para mí era morir no sé cuánto tiempo paso, pero yo estaba en shock...”

En este punto también se suele experimentar negación, el “no puede ser, esto no me puede estar pasando a mí, tal vez se equivocaron con las pruebas, voy a pedir otra opinión”

“Quería que el doctor me dijera fue una equivocación ese no era su examen...”

“Me preguntaba porque había tocado a mí me cuestioné si en mi vida había hecho cosas que no debí si fui mala persona...”

“Tome la decisión de buscar a otros oncólogos para que me dieran su opinión...”

“Lloré y luego dos días dije no, no esto no puede estar pasando...”

Posteriormente y a medida que transcurre el tiempo y se inician los tratamientos aparecen otras emociones como el miedo que se activa por la percepción de un peligro presente e inminente, en este caso miedo a la muerte a que los tratamientos no funcionen, a enfrentarse a todos los cambios que trae consigo la enfermedad y al pensar que puede que se haga todo y al final nada funcione y sus últimos días los vivan y transcurran con muy poca calidad de vida.

Esta emoción (miedo) también género en las mujeres aprensión, desasosiego malestar y adicionalmente desato sensaciones de tensión, preocupación y recelo por su salud.

Así mismo la rabia, la ira y la envidia también jugaron papeles importantes ya que estas emociones y sentimientos no conllevaron a más que a desgastar energía en las mujeres y generaron diversos tipos de estrés que tendieron a cronificarse, y así mismo aumentaron los niveles de presión sanguínea, el ritmo cardiaco, la adrenalina, el cortisol, los niveles de glucosa y paralelamente contribuyeron a la baja de defensas, provocando así otros efectos secundarios como pérdida sueño y apetito entre otros.

La tristeza y la ansiedad suelen ser respuestas naturales al cáncer y así mismo dos de los estados vivenciados con más frecuencia por estas mujeres; Por un lado se plantea que la ansiedad está presente durante todo el proceso de enfermedad y que la presencia de la misma

en la vida de las pacientes es más frecuente y recurrente cuando se da inicio a los tratamientos o se realizan las cirugías correspondientes para la extirpación de los tumores pues luego de esto se espera que los resultados sean positivos y les permitan retomar lo más pronto la normalidad de sus vidas y por lado que la tristeza, que es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros y que denota pesadumbre o melancolía generan también sentimientos de vulnerabilidad, de soledad, incompreensión, aislamiento, desconexión con los demás, y sobre todo llanto de dolor de impotencia y en algunos casos de culpa y descuido.

Estas emociones negativas, sobre todo las “tres grandes” que ya mencionamos (miedo, ira y tristeza) y sus derivadas, están asociadas según estudios a la génesis, el mantenimiento y el desarrollo de diversas patologías, ya que presentan reacciones fisiológicas que afectan a órganos, tejidos, sangre y secreciones glandulares.

Las emociones en general afectan a las enfermedades somáticas y psíquicas. Entre las primeras están las cardiovasculares, digestivas, sida, cáncer etc. Entre las segundas destacan por su incidencia “el estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos” (Bisquerra, 2006) que también son muy comunes entre la población con enfermedades crónicas.

El National Cancer Institute (NCI) estima que “la depresión afecta a una proporción de entre un 15% a 25% de los pacientes con esta enfermedad sobre todo en las primeras semanas de diagnóstico del cáncer” sin embargo esto no se evidencio en la recolección de datos y en el campo realizado pues solo 2 mujeres (Jamsin y Maggie) hicieron alusión a este estado referenciando que no querían seguir sus tratamiento porque les había ido mal les había dado muy duro y se sentían decaídas.

No obstante, también surgen respuestas emocionales, situaciones y estados afectivos que no han sido estudiados muy a profundidad como la frustración ante la enfermedad la incertidumbre que trae la misma, la angustia y la preocupación o desespero.

Ahora bien es evidente que el proceso de afrontamiento del cáncer requiere un esfuerzo integral de la persona, que la hace vulnerable y dependiente, y genera la necesidad de apoyo emocional para fortalecer la capacidad de resistir los síntomas sin embargo, y aunque las mujeres entrevistadas hablaron de sus emociones y sentimientos con mucha confianza y abiertamente para ellas no fue fácil ni sencillo expresar las mismas en los momentos más arduos y difíciles de su enfermedad, la mayoría de ellas en sus relatos hacían referencia a que siempre trataron de mostrarse fuertes y positivas ante su familia pues no quisieron manifestar debilidad y en consecuencia negaron sus emociones y las amoldaron a los cánones socialmente aceptados.

Pamela 29 años:

“No quería mostrarme débil tampoco yo mis problemas los he enfrentado sola no tengo porque demostrarle ni contarle nada a nadie, nadie tiene que saber si yo estoy mal si yo lloro mejor dicho me guardo todo para mí no quiero desahogarme con nadie cuando me sentía muy cargada me desahogaba sola en mi pieza...”

Yas 44 años:

“Tengo que hacerlo por mis hijos no pueden ver mal no seré frágil lo afrontare saldré adelante no voy a decaer quiero que me vean lo mejor posible”

Pese a esto el hecho de negar o reprimir dichas emociones no conlleva a que las mismas desaparezcan si no que se manifiesten en la vida de forma más perjudicial para la salud y el proceso que cada una está llevando pues lleva mucho más desgaste físico, mental y emocional, el suprimirlas, que el sentir las.

Por otro lado, y aunque no muy frecuentemente las mujeres también se enfrentaron y experimentaron *emociones positivas* sobre todo cuando se estaban acercando al final de los ciclos de cada uno de los tratamientos estas exponen que al sentir la sensación de mejora y de bienestar empiezan a sentirse motivadas y alegres.

Yas 44 años:

“Ya me sentía como nueva, con una nueva oportunidad, como emocionada feliz alegre porque no hay nada”

Norley 43 años:

“Cuando te dicen que saliste bien pues da alegría”

Maggie 30 años

“Cuando ya terminé por la radio y la cirugía me sentía mejor de ánimo contenta de cierto modo feliz porque estaba superando esto”

Ana 28 años:

“Estoy contenta y alegre porque el cáncer parece que ya no está entonces eso me pone feliz...”

Roberta 42 años:

“Ya estoy sana feliz muy feliz...”

La psicóloga Barbara Fredrickson (2001) explica que “las emociones positivas tienen efectos muy beneficiosos como ampliar nuestra manera de pensar y actuar, ayudar a construir recursos personales para afrontar situaciones difíciles y generan una transformación donde la persona se vuelve más creativa, resistente a las dificultades”.

Las emociones positivas como la alegría y la felicidad están asociadas con cierta inmunidad a la enfermedad física y con las recuperaciones rápidas y sin complicaciones. Algunos autores afirman que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Fernández-Abascal y Palmero, 1999) es por esto que surge la necesidad de que las personas diagnosticadas con cáncer de mama, reduzcan las emociones negativas que les ha producido la enfermedad y aumenten las emociones positivas para poder llevar una mejor calidad de vida.

En cuanto al *estado de salud* las experiencias narradas tienen varios puntos comunes sin embargo unas mujeres sintieron más cambios que otras.

Por ejemplo 3 de ellas Julia, Pamela y Jasmín plantean que en lo concerniente a la salud todo estuvo bien en su proceso, no presentaron complicaciones y presentaron muy pocos efectos secundarios, Yas califica su proceso como bueno, aunque ocasionalmente los tratamientos eran duros y bajaban sus defensas. Lidia, Carolina, Norley, Maggie, Ana y Roberta por el contrario se sentían cargadas, describen su proceso como algo muy duro y sienten que su salud se vio muy afectada; En varias oportunidades quisieron dejar su tratamiento debido a que no querían sufrir y sentir más dolor.

Carolina 45 años:

“Uno se cansa de sentir dolor y sentirse frágil...”

Norley 43:

“La radio me estaba afectando mucho. No sabía si había tomado la decisión correcta...”

Maggie 30 años:

“Me fue super mal no quería seguir en el tratamiento me tenían cansada no tenía una buena calidad de vida...”

Esto a causa de que probablemente sienten que están dañando la vida que les queda por vivir y tienden a considerar como una nueva opción el querer que los días, meses o años que les quedan sean más que una guerra constante contra el cáncer.

Por otra parte, el abandono de los tratamientos también se debe en gran medida a la bajada drástica de defensas, a los dolores de cabeza, las náuseas, los vómitos, el malestar general, la debilidad y los cambios físicos que ocasionan principalmente los efectos secundarios de los tratamientos.

Y la valoración del estado de salud de cada una de estas mujeres depende entonces única y exclusivamente de todo el proceso que se vivió a partir de la de la enfermedad algunas en sus relatos vinculan y establecen como era de esperarse una relación entre las emociones y los diversos estados de salud haciendo referencia a que cuando estaban más decaídas y afligidas su estado de salud posteriormente también se veía afectado debido a las actitudes que se adoptaban en ciertos momentos y en circunstancias específicas.

2.4 MIRAR EL FUTURO CON ESPERANZA

Es cierto que es difícil asegurar o saber a ciencia cierta si una *actitud* cura el cáncer, puesto que hay múltiples casos y cada uno de ellos tiene su complejidad y sus particularidades. Por tanto, generalizar o meter dentro del mismo saco a diferentes personas con diferentes diagnósticos, en diferentes estadios de la enfermedad es un poco arriesgado ya que como se ha venido mencionando cada persona reacciona de forma diferente ante una misma situación. Mientras que una puede derrumbarse totalmente ante la noticia y el dolor, otra puede hacerle frente a la situación y salir fortalecida ante adversidad y la enfermedad

Sin embargo, cada vez son más estudios científicos que se centran en este punto ya que está demostrado que el cerebro y el organismo están interrelacionados y que el poder de la mente y la actitud son factores muy importantes para superar diferentes enfermedades.

Según Rodrigues, F, Zanetti ML, Manoel AS, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS (2009) la actitud frente a la enfermedad es un punto clave en la adopción y mantenimiento de determinados patrones de comportamiento, pues representa una predisposición para la adopción de acciones de autocuidado, favoreciendo la receptividad al tratamiento, y mejora de la autoestima además de una percepción más positiva sobre la salud (p.514)

En consecuencia, de lo anterior podríamos decir entonces que la actitud personal es realmente determinante sobre todo el proceso de superación o padecimiento de la enfermedad y contribuye a lograr mejores resultados terapéuticos. Adicionalmente a esto se le suman otros factores influyentes como lo son las personas cercanas a los pacientes como los amigos o la familia ya que estos se convierten en factores determinantes para fomentar la actitud

positiva y reiterar su apoyo y amor incondicional para que de esta forma la persona enferma se sienta más protagonista de su vida.

Al respecto Moreno & Ximénez (1996) dicen que la forma de afrontar los sucesos como la enfermedad crónica no sólo está mediada por la interpretación que hace el individuo de aquél, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino también por el apoyo social que perciba, esto es su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a dicho acontecimiento vital (p. 210)

Por otro lado, otro elemento central es el *optimismo* que según la real academia es la propensión para ver y juzgar las cosas en su aspecto más favorable se encuentra muy asociado a la actitud positiva y a mayores tasas de supervivencia. Esta actitud al igual que las emociones se encuentra clasificada en diversos tipos sin embargo en esta ocasión se trabajará únicamente como una expectativa positiva situacional la cual consiste en “hacer referencia a las expectativas positivas que genera un individuo para una situación en particular, acerca de si van a salir bien o mal las cosas que están a punto de pasar” (Armor & Taylor 1998).

Ahora bien, a través de los diversos relatos evidenciaremos que respondieron las mujeres frente a la pregunta de si sus emociones y su actitud fue influyente en su proceso y su tratamiento y cuales han sido estas actitudes de superación, fuerza de voluntad y actitud positiva que tomaron las mujeres frente a la enfermedad.

Lidia 55 años:

“Pienso que tenía muy buena actitud no se donde tenía fuerzas, pero estoy muy segura de que eso me ayudó muchísimo”

Jasmín 24 años:

“Si eres optimista entonces llevaras una vida más tranquila y normal y si tal vez los tratamientos funcionen mejor pero como te digo no fue mi caso no maneje mi situación así porque siempre me sentí muy cargada”

Carolina 45 años

“Si al principio porque estaba muy negativa luego me fui haciendo fuerte y cambie mi forma de pensar respecto a la enfermedad, pasando a una etapa más positiva trataba de estar estable”

Norley 43 años

“Cuando te dicen que las cosas van bien da alegría te pones optimista cambias tu actitud empiezas a ver las cosas diferentes entonces depende de nosotras dar énfasis a las buenas noticias y minimizar las no tan buenas”

Julia 24 años

“Luisa mira yo jamás tuve mente negativa siempre estuve muy positiva ante la enfermedad ante el proceso y sobre todo ante superar esta etapa de mi vida, pero a veces por más positivo que uno quiera ser tiene sus altibajos eso no se puede manejar es obvio que hay una conexión entre cuerpo y mente y cuanto el cuerpo físico está mal la mente empieza a fallar también”

Ana 28 años:

intente ser muy positiva estar tranquila ahorita me siento bien

Roberta 42 años:

“En todo el proceso me sentí muy positiva los tratamientos y las cirugías cada una funciono valió la pena el dolor la angustia”

Teniendo en cuenta estos relatos podemos evidenciar que la mayoría de las mujeres dejaron de lado el pesimismo y sus actitudes negativas para dar a paso a una conducta más positiva en donde ellas mismas trataron de convencerse de poder superar la situación para poder estar bien y generar un equilibrio entre lo que lo que se piensa se quiere y se siente.

Así pues, estos fragmentos además reflejan la fuerza de voluntad de estas mujeres su capacidad de superación y el deseo de continuar retomar y empezar a normalizar de nuevo sus vidas.

Ante esto Antoni, Carver y Lechner (2009) explican que “encontrar estos beneficios en las situaciones negativas del diagnóstico de cáncer está estrechamente relacionado con que estas mujeres hayan presentado una mejor adaptación emocional”.

En contraste con lo anteriormente mencionado, Maggie refiere que su actitud por el contrario fue negativa ya que la enfermedad fue muy agresiva y afecto fuertemente su vida pues aún se encuentra inestable y con muchos cambios emocionales.

Yas y Pamela coinciden en no hablar de positivismo ni negativismo y simplemente plantean que es incontrolable no quebrantarse en ciertos momentos y frente a ciertas situaciones y aun teniendo en cuenta y tomando como referencia todos esos altibajos valoran esta experiencia como algo manejable.

Sin embargo, si establecemos una comparación y analizamos más a fondo la situación podemos decir que Maggie quien fue la única persona que percibió y calificó su actitud y su estado como negativo ha sido menos capaz de involucrarse en todo lo que conlleva este proceso en cuanto a conductas y cuidado de su salud. Al hablar con ella se le nota muy decaída sin ganas de luchar, sin ganas de seguir, describe su sintomatología como algo frecuente y doloroso debido a que su enfermedad siguió avanzando y regándose por su cuerpo hasta empezar hacer metástasis y no tener cura, solo un tiempo delimitado de vida en el que Maggie siente que su calidad de vida no va a ser buena y por tanto sus últimos días de vida tampoco.

Adicional a todo esto Maggie fue la única que decidió tomar distancia de su familia y seres queridos y frecuentemente se encuentra sumergida en situaciones de estrés debió a que físicamente no se siente capaz ni en condición de sobrellevar esto por si sola ya que su enfermedad le ganó la batalla y se siente cansada e intranquila al no poder manejar su situación y al dejar que el cáncer tomara ventaja y no le quedara más opción que dejar pasar los días.

En este punto es importante reflexionar y entender que las *redes de apoyo* ya sean familiares o institucionales durante este proceso resulta ser un elemento y un factor esencial ya que este es visto como un recurso para la atención y el cuidado y como una estrategia que proporciona a los pacientes seguridad y confianza con los entornos cercanos, cuando estas redes están ausentes como en el caso de Maggie es evidente que la desmotivación y el decaimiento solo conllevan a ver la enfermedad y la muerte como una etapa de vida llena de desapego y desolación.

Ahora bien, además de las estrategias de aceptación, el afrontamiento y la religión también suelen ser esenciales, por un lado, porque permite a las mujeres incrementar su gama de posibilidades y del mismo modo desarrollar habilidades para manejar el estrés, la situación y reducir las tensiones causadas por la adversidad de las circunstancias.

A continuación, se puede evidenciar que aunque la enfermedad trae momentos difíciles y todas pasaron por ellos la mayoría de mujeres lograron tomar un impulso para retomar su vida y hacer frente a todos los retos que supone la enfermedad sobre todo porque tenían planes y visualizaciones a futuro cosas que hacer y personas importantes en sus vidas como sus hijos que las motivaron a luchar y seguir un camino difícil en el cual se deben dejar a tras los miedos para conseguir sus sueños estas fueron algunas de sus manifestaciones.

“Me dije a mi debes aprender a sobrellevarlo intentar ser fuerte y salir para adelante...”

“Fue después del diagnóstico que me di cuenta de lo que quiero y de todo el tiempo que he desperdiciado...”

“Esto era solamente un momento más y que después todo sería más liviano...”

“Me dije a mi misma que el cáncer no podría conmigo y que si me vencía por lo menos que fuera peleando no llorando...”

“Me dije no te preocupes vamos a salir adelante... no podía dejarme ganar la guerra de una enfermedad cuando tenía que luchar por dos personitas que aun necesitaban de mi por mucho más tiempo no los podía dejar, así como así...”

“La enfermedad me dio valor debía enfrentarla así fuera lo último que hiciera, pero debía hacerlo bien dije siempre voy a estar dispuesta a luchar a ir por mis sueños y no a dejarme vencer tan fácil...”

“Quiero vivir y ganar esta batalla y desde ese momento tomo la decisión de hacer todo lo que el médico me indica y finalmente toca meterle berraquera esto, digo esta enfermedad no me va ganar no soy una mujer vieja y todavía me quedan muchas cosas por hacer y por cumplir podría decir que en medio de todo la enfermedad me motivo o más bien me despertó no quería seguir en mi rutina quería vivir al máximo día a día y no esperar solo que llegara el momento en el que me dijeran que se me iba acabar el tiempo...”

Como podemos ver estas líneas no están enmarcadas en el abatimiento que inevitablemente se sufre al saber qué se tiene cáncer si no que por el contrario todas estas mujeres nos muestran y nos transmiten con un lenguaje cercano que a pesar de su incertidumbre y su situación vale la pena seguir luchando y dándole la cara y la guerra a la enfermedad.

Para finalizar y como ya se había mencionado anteriormente *la religión y las creencias en Dios* se hicieron muy visibles en la mayoría de los relatos.

Como lo menciona Vachon (2008) esta vivencia de la espiritualidad y la religión “se manifiesta como un factor de afrontamiento por parte de las personas que padecen el cáncer, para lograr la adaptación emocional a la enfermedad, ofreciendo esperanza y aliento, potenciando un estilo de afrontamiento que les ayuda a luchar de manera positiva” frente a las circunstancias que viven.

Según esto podríamos decir entonces que el hecho de poner la enfermedad en manos de Dios le atribuyo a estas mujeres una sensación de paz y mayor disposición para la aceptación de su condición algunas de las frases y palabras más nombradas hacían referencia a: “Le pedí Dios, Gracias a Dios, Con la ayuda de Dios, Confiando en Dios y con la con la bendición de dios todo se puede, lo lograre, saldre adelante y superare esta etapa”.

Dicha espiritualidad o religiosidad aporta entonces a fortalecer el sentido de trascendencia y propicia un ambiente de reflexión sobre el propósito del sufrimiento y sobre todo constituye una idea esperanzadora que contribuye a la propensión de recuperación y a una sanación que va un poco más allá de solo curar el cuerpo físico y los dolores, así como lo exponía una de las mujeres participantes en la investigación:

Roberta 42 años:

“Debemos sanar nuestra mente nuestra alma y nuestro corazón aprender a manejar nuestras emociones y sentimientos para luego sanar nuestro cuerpo a veces las enfermedades suelen ser eso que llaman dolores emocionales y uno nunca se revisa a uno mismo a lo que está sintiendo y pasando hasta que llega la enfermedad y no queda más de otra que poner cuidado y empezar a cuidarse a evaluarse y acercarse a Dios para que el haga su voluntad”

Es por esto por lo que “la religión y/o la espiritualidad cumplen también un rol importante en el afrontamiento de la enfermedad, especialmente en el cáncer puesto que permiten nutrir la esperanza, resignificar la experiencia y buscar un sentido a la vida, la enfermedad y la muerte” (Núñez, Enríquez & Irarrázava, 2012).

CAPITULO 3: APORTES DEL TRABAJO SOCIAL, CONCLUSIONES,

RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

El siguiente capítulo tiene como finalidad presentar 3 apartados principalmente en donde se presentará una reflexión disciplinar desde el trabajo social asociada con el tema del cáncer, la salud, la fenomenología y la complejidad ya que fueron aspectos teóricos que enmarcaron la investigación. Por otro lado, se darán a conocer las limitaciones de la investigación y las recomendaciones finales que tienen como objetivo sugerir áreas de mejora o de profundización en investigaciones relacionada con los procesos de salud enfermedad y la importancia de evaluar aspectos que vayan más allá de lo meramente biológico y finalmente las conclusiones de la investigación.

3.1 COMPONENTE DISCIPLINAR – TRABAJO SOCIAL

Las transiciones epidemiológicas y demográficas en las últimas décadas han traído consigo el incremento de las enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Enfermedades que, aunque no son transmisibles representan un porcentaje bastante alto en las cifras de mortandad.

Sin embargo y a pesar del crecimiento de diagnósticos en las mismas estas no suelen ser una prioridad ya que el sistema de salud no ha dado respuestas ni ha conseguido acompañar dichos cambios de forma adecuada si no que por el contrario ha optado y se ha centrado principalmente en responder únicamente y de forma reactiva a las demandas de la población teniendo como orden de atención recepcionar casos, diagnosticar, intervenir, resolver o disminuir el problema y las dolencias y finalmente dejar al paciente hasta que presente un nuevo episodio agudo, se acostumbre a vivir con su enfermedad y tratamiento o en el mejor de los casos haber acertado en el diagnóstico y tratamiento de los mismos sin tener en cuenta que los modelos de atención en salud sobre todo en este tipo de pacientes

debería partir de un abordaje completo e integrado en donde se ofrezca una atención centrada en los sujetos, y no únicamente en la asistencia focalizada de la enfermedad pues esto conlleva a desatender a la persona en lo que respecta a sus percepciones, sentimientos y emociones además de dejar de lado también el ambiente en el cual interactúa y se desenvuelve cotidianamente.

Entonces el problema radica en que la mayoría de las entidades prestadoras de los servicios de salud y los múltiples profesionales que se desenvuelven en este medio no han logrado asimilar la idea de que el ser humano es una totalidad y no debe ser estudiado por partes o por separado pues este está constituido por un sin número de características (biológicas, psicológicas, sociales y espirituales) inherentes a él como lo plantea el autor Edgar Morin (1998).

En este sentido entonces resulta importante indagar entorno a todas estas dimensiones que nos constituyen, para así aprehender y comprender la complejidad de la atención integral en salud en aras de mejorar la calidad de vida de cada uno de los pacientes teniendo en cuenta que para poder entender al individuo como un todo se requiere, además del trabajo interdisciplinario y multiprofesional, reflexionar sobre los elementos básicos de la condición humana y el actuar como profesionales en estos hábitos.

Por esto desde Trabajo Social debemos partir de que nuestra atención no debe centrarse únicamente en la patología de los pacientes y en los riesgos sociales que pueden incidir en la salud si no que por el contrario y teniendo en cuenta una perspectiva un poco más global e interdisciplinaria, debemos incidir y tener en cuenta todos los aspectos de la vida del paciente optando sobre todo por promover, proteger, conservar y recuperar el estado de salud de cada uno en su totalidad con la finalidad de lograr el bienestar del paciente durante

su enfermedad y una mayor responsabilidad y dignificación frente a sí mismo y el estado en cual se encuentra.

Adicionalmente desde la disciplina debemos seguir desarrollando y potencializando habilidades para orientar, acompañar y asesorar a los pacientes y a las familias. Es necesario que haya una persona que tenga conocimiento en la parte familiar, que tenga la habilidad de identificar las capacidades que tienen los sujetos para potenciarlas, que se puedan propiciar espacios de escucha y comunicación tanto de las necesidades del paciente como de la familia y la información médica que tienen para proporcionar, es decir, es necesario que el trabajador social se presenta como aquel sujeto del equipo interdisciplinario que vela no solo por los derechos de las personas sino por mostrar ese proceso de salud enfermedad desde una perspectiva más amplia y abierta en donde pueden existir nuevas posibilidades de atención desde abordajes más completos que den cuenta de los procesos dinámicos y complejos en donde influyen múltiples determinantes y en donde las necesidades, afectaciones y repercusiones que presenta cada paciente por los efectos de su enfermedad tomen mayor importancia y relevancia en su proceso de tratamiento y recuperación.

Por otro lado, también se busca desde la profesión generar interacciones productivas entre un equipo de salud proactivo en donde se postulen interpretaciones de la salud y enfermedad desde nuevas perspectivas como consecuencia de las múltiples transformaciones que han venido experimentando en las áreas investigativas y profesionales.

Desde el campo fomentar cambios sociales que deriven mayor bienestar y que permitan construir las herramientas necesarias que le permitan a los pacientes tomar las mejores decisiones para controlar su enfermedad y preservar su calidad de vida. Incentivar los programas de apoyo al automanejo que se focalizan en los pacientes y sus familiares, de

modo tal que el entorno cercano pueda hacer frente a las múltiples dificultades y cambios que trae consigo la enfermedad y el proceso de recuperación de la salud.

Como trabajadores sociales desde área de salud se busca además de trascender el modelo asistencial demostrar que a medida que se obtiene una mayor claridad acerca de que las causas de la enfermedad y se tiene mayor relación con el sujeto y los entornos sociales, se comprende mejor la necesidad de abordar estos asuntos de manera integral para lograr un conocimiento y acción que resulte eficaz y eficiente.

Lo que supone convertir entonces esa atención tradicional en atención de necesidades, de bienestar físico, de apoyo y acompañamiento emocional, de que el acceso a la información sea sencillo y comprensible, de fomentar la autonomía de la persona en la toma de sus decisiones y la aceptación de sus preferencias y finalmente es necesario implementar desde la profesión una relación más humana, más amable, más cómplice, una relación que permita derivar inmediatos beneficios en la salud y calidad de vida, de los pacientes al aumentar su grado de confort, por sentirse atendido y comprendido en esta vivencia que conlleva la cercanía con la muerte, con la pérdida, y el sufrimiento.

3.2 LIMITACIONES

La mayoría de las investigaciones presentan una serie de limitaciones y esta no fue la excepción no solo por tener que delimitar y decidir el número de personas que sería razonables y necesarias para darle soporte a la investigación, sino también porque la condición de salud en la cual se encuentran las mujeres produce y trae consigo imprevistos y complicaciones que en algunos casos retrasaron la investigación o no les dieron la posibilidad a estos sujetos de participar en la misma.

Adicionalmente a esto se buscó apoyo en el Centro Nacional de oncología con el fin de poder acceder con mayor facilidad a la población, allí se radicaron cartas solicitando el permiso y exponiendo la generalidad y la finalidad del proyecto, pero nunca se recibió respuesta alguna de parte de la institución lo que retardo aún más de lo previsto el acceso al trabajo de campo.

Es por esto por lo que tan solo 2 de las entrevistas se hicieron personalmente y por bola de nieve como había planteado y el resto se lograron realizar al seguir diversos grupos de apoyo en redes sociales y contactar vía web algunas mujeres que estuvieran dispuestas a contar y compartir su experiencia con la enfermedad.

Por otra parte, las entrevistas se tornaron entonces como un reto ya que a la final no pudieron ser tan interactivas y personales como se esperaba lo que implico poner más atención en los cambios de voz y en las tonalidades de narración para darse una idea más detallada de los hechos que se estaban relatando y lo importantes y difíciles que fueron para cada una de estas mujeres.

Para finalizar cabe aclarar que el hecho de no poder establecer un contacto directo con estas mujeres NO fue un obstáculo que impidiera lograr una conexión entre nosotras pues la experiencia que he vivenciado con algunos familiares que padecieron la enfermedad permitieron y facilitaron que las conversaciones fueran más fluidas y sentidas por ambas partes y se lograra además de una cercanía construir algunos vínculos de apoyo.

3.3 RECOMENDACIONES

Es necesario seguir promoviendo las investigaciones en área de salud ya que la información que arrojan las mismas cada vez son más valiosas para el mundo que nos rodea

y para la población en general, adicionalmente estas son esenciales para el diseño e implantación de herramientas planes y políticas de intervención como también para mejorar la atención, acercarnos un poco más a la realidad y con ella conocer la verdad y así mejorar la calidad de vida.

Así mismo, es importante dar a conocer desde otras perspectivas las falencias y los errores que se están cometiendo para corregirlos y sugerir diversas alternativas para superarlos y de la mejor manera favorecer el progreso en este campo.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que, durante la evolución de la enfermedad, los pacientes presentan además de unas necesidades físicas unas necesidades psicológicas complejas, que deben ser tratadas adecuadamente ya que alteran y condicionan su existencia.

Es importante replantearse algunas estrategias de intervención que permitan apoyar y acompañar al paciente en largo proceso de su enfermedad. Facilitar la adecuada canalización de sus emociones, generar espacios de contención en donde el paciente pueda expresar sus miedos y preocupaciones facilitar la comunicación entre el equipo médico y los pacientes para afrontar positivamente el proceso y reducir la incertidumbre, el miedo y la indefensión ante la enfermedad.

Y finalmente desde la universidad brindar un mayor apoyo en los procesos de investigación, desde el área de salud establecer vínculos con algunas instituciones que faciliten el acceso a la población y que le utilidad a la producción de conocimiento para que no solo se queden en un requisito de grado que posteriormente queda almacenado con otras investigaciones.

3.4 CONCLUSIONES

El principal objetivo de esta investigación radicaba en identificar cual era la experiencia emocional vivenciada por mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama esto con la finalidad trascender un poco el conocimiento que ya está establecido frente a diversas investigaciones y dar a conocer una perspectiva más amplia de las emociones en donde estas además de ser reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación en los individuos son adicionalmente un factor determinante en la salud y el bienestar de las personas.

Entonces para iniciar es necesario entender que las necesidades psicológicas de los pacientes varían según el pronóstico, la fase y la etapa de la enfermedad y los tratamientos médicos a los cuales tengan que someterse.

El diagnóstico es una de las etapas más difíciles y significativas que vivencian las mujeres debido a la carga psicológica que trae consigo la enfermedad. Durante esta etapa las mujeres pasan por varias fases en general, la primera de estas se reduce a un estado de shock en donde se evidencia la ausencia de emociones, la segunda corresponde a una fase de negación que es tomada por la mujeres como una arma de defensa que les permite ir retomando y aceptando poco a poco la información que les suministro y finalmente la fase de aceptación y asimilación de la noticia en donde empiezan aparecer algunas emociones negativas como el miedo, la tristeza, la ira y la rabia que son las más comunes y las estudiadas en el proceso de salud enfermedad ya que amenaza el bienestar de las personas.

Ahora bien, el iniciar y estar sometidas a los diversos tratamientos fue algo que también se calificó como un evento estresante y significativo esto debido a que los efectos secundarios generan fuertes repercusiones y cambios que no permiten seguir con normalidad

la vida familiar laboral y personal pues psicológicamente las mujeres se sienten deprimidas aisladas vulnerables, y socialmente dependientes de su familia, ahora la inactividad que es algo muy común luego de aplicación y los tratamientos con fármacos se ve como algo negativo y que es poco apropiada para el proceso que se vive ya que deja mucho tiempo libre en cual se pueden generar pensamientos y conductas no apropiadas.

Adicionalmente a esto se evidencia que las alteraciones corporales también causadas por los procedimientos médicos inciden negativamente en la autoimagen y autoestima de las mujeres ya que se ven afectados y alterados algunos símbolos característicos asociados a la feminidad como lo son el cabello y en ocasiones la pérdida de sus senos ya que esto se evidencia como una transformación de la corporalidad.

Por otro lado y en cuanto a lo que respecta a las emociones positivas y a la actitud de las mujeres diagnosticadas con cáncer se evidencio que las emociones como la felicidad, la satisfacción y la esperanza modificaron la forma de actuar y de pensar de las mujeres y adicionalmente ayudo a que las mismas establecieran estrategias para hacerle frente a las situaciones difíciles y así mismo generaran transformaciones para que las adversidades en vez de derrotarlas logran potencializarlas y convertirlas en sujetos resistentes y resilientes capaces de generar respuestas favorables ante situaciones difíciles sin tener la necesidad de negar el paso por un suceso traumático como lo es esta enfermedad.

Así mismo en relación con las emociones positivas se encontraron variables que también se interrelacionan en entre sí y que producen bienestar y mejoras en la calidad de vida de las mujeres en este caso estamos hablando del optimismo y el afrontamiento que además de ser factores protectores que potencializan la resiliencia en los sujetos favorecen la capacidad de la persona para dar solución a los problemas que están relacionados con la

enfermedad vinculando así la creencia general de que el futuro no deparara más que resultados positivos que favorecerán su proceso debido al ajuste psicológico que realizaron y que les permite mantener la esperanza, el sentido de control, de significado y propósito en la vida.

Dichas emociones que no son más que reacciones espontáneas de nuestro cuerpo ante lo que sucede fuera de nosotros, en el ambiente con el que interactuamos, y también ante lo que sucede dentro de nosotros, en nuestro interior a raíz de nuestros pensamientos. No pueden ser entendidas como buenas o malas por el simple hecho de que algunas generen mayor bienestar o menor malestar que otras si no que por el contrario debemos repensarnos y comprender que aunque su clasificación haga referencia a que son positivas y negativas todas son útiles y necesarias para saber qué hacer y para saber gestionar lo que ocurre en nuestra cotidianidad y así mismo para dejar de luchar contra esas sensaciones no-deseables y aceptar que todas estas reacciones son parte innegable de nuestras vidas.

Frente a las categorías emergentes se encontró una variable que fue importante y representativa en los relatos, esta corresponde a la espiritualidad y religiosidad como un recurso adicional de afrontamiento pues ambas proveen un soporte para la aceptación y contribuye a darle un sentido a la vida de los individuos cuando se encuentran sumergidos en experiencias difíciles o adversas además, también se halló que el crecer en Dios les dio a las mujeres un soporte psicológico en la fases de negación y aceptación de la enfermedad ya que se aferraban al poder que hay en el nombre de Jesús y la curación y fortaleza que el mismo les podría brindar en el proceso de enfermedad. Estos hallazgos permiten evidenciar que las pacientes que se fortalecían en el ámbito del bienestar espiritual/religioso presentaban

pensamientos y actitudes un poco más positivas mediadas por la esperanza de recuperar completamente su salud.

En lo que concierne a la experiencia general de la enfermedad las mujeres exponen que aunque es innegable que el vivir con la enfermedad significa estar sumergidas siempre dentro de una incertidumbre vital, en la cual se envuelven sentimientos de vulnerabilidad e impotencia, el proceso por el que pasaron y los diversos tratamientos a los que fueron y siguen siendo sometidas trajeron consigo cambios funcionales, emocionales y espirituales que les impusieron un nuevo modo de vida y así mismo un nuevo estado de salud que aunque al inicio de la enfermedad se vivencio con miedo, angustia y dolor al pasar el tiempo y el vivir de manera más profunda y compleja la enfermedad se convirtió en un experiencia transformadora que las llevo a redefinir y redireccionar sus metas y proyectos de vida encontrando en la enfermedad más que obstáculos y experiencias toxicas múltiples beneficios y oportunidades de crecimiento personal.

Aunque durante el proceso de afrontamiento y de asimilación de la enfermedad las mujeres ratificaron no necesitar apoyo emocional durante la experiencia reconocen que estas actitudes hacen parte de la negación y que por el contrario sería muy beneficio contar con apoyo psicosocial en las etapas del diagnóstico del cáncer y la etapa inicial del tratamiento ya que son las etapas más duras y en donde se presentan la mayoría de los cambios mientras se acoplan a la situación.

Con esta reflexión las mujeres evalúan que tal vez el sufrimiento, los miedos y los temores hubieran sido menores si se hubiesen encontrado acompañadas y bien informadas y entonces invitan a que se realice un manejo integral del cáncer para prevenir varios de los trastornos y desajustes que pueden surgir a raíz del desarrollo de la enfermedad.

En definitiva se puede decir que las emociones juegan un papel muy importante en lo que respecta a la salud y el afrontamiento de la enfermedad por esto se convierten en parte innegable de la vida y en un elemento fundamental para potenciar conductas beneficiosas para el bienestar personal y es por esto que aunque sea un área de investigación reciente y es necesario y pertinente seguir profundizando en su conocimiento, ya que los datos con los que se cuenta en la actualidad sugieren que las intervenciones para aumentar el estado psicológico positivo podrían ser una herramienta muy útil en el ámbito de la salud física. (Paz, M s.f)

Y el retomar la dimensión psicológica del individuo, tanto para indagar lo que está enfermo como para identificar y trabajar en el desarrollo de las potencialidades de los sujetos, puede ser un complemento indispensable para mejorar no sólo la calidad de vida y sensación de bienestar de la persona, sino también para lograr un estado de salud más fuerte y así mismo una mayor esperanza de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Aimar, A. (2009) El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas.

Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009

Airaldi M. (2010). Sexualidad y relaciones de pareja en mujeres mastectomizadas de una muestra paraguaya. Recuperado de

<http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-7-1-10-14.pdf>

Aires, M y Virizuela J. A. (2009). Aportaciones de la psicooncología al cáncer de mama.

Cuadernos multidisciplinares de cáncer de mama. Madrid, España.

- Alves, P. (2006). A fenomenología e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800003
- Anarte, M, Esteve, R, Ramírez, C, López, A & Amorós, F. (2001). Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. Recuperado de <http://www3.redalyc.org/articulo.oa?id=72713417>
- Antoni, M, Carver, C. y Lechner, S. (2009). Enhancing positive adaptation: Example intervention during treatment for breast cancer. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2008-12818-011>
- Armor, D y Taylor, S. (1998). Situated Optimism: Specific Outcome Expectancies and Self-Regulation. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Situated-Optimism%3A-Specific-Outcome-Expectancies-Armor-Taylor/f07655e02ed456a646e5041e4edd51d147fabae6>
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y Ausonia. (s.f) ¿Qué nos hace más fuertes frente al cáncer de mama? Recuperado de <https://www.aecc.es/es/investigacion>
- Bellver A, Sánchez J, Santaballa A, Munárriz B, Pérez J, Montalar J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/16164-Texto%20del%20artículo-16240-2-10-20171031.pdf>
- Bentz, M. (1998). Mindful enquiry in social research.

Bericat, E. (s.f). “Emociones”. Recuperado de

<http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Emociones.pdf>

Bisquerra, R. (2006). Educación emocional y bienestar. Barcelona, España: Wolters kluwer educación

Butkutè, R., & Perminas, A. (2005). “Giving meaning to life in illness for women with breast Cancer”. Recuperado de

<https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=1407768X&asa=Y&AN=59732934&h=U2rQI5BjjiLoImuKAdpneSzXMJGptG7TXEfQB9MaqU9V%2bjKtY7TXiYltl9XYun%2fHBDY1rv%2bIHUUq3U0Ve%2bygmQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d1407768X%26asa%3dY%26AN%3d59732934>

Cano-Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. Recuperado de

[https://www.academia.edu/24836973/Orientaciones en el estudio de la emoci%C3%B3n](https://www.academia.edu/24836973/Orientaciones_en_el_estudio_de_la_emoci%C3%B3n)

Cardona, M. (2008). Pacientes con Cáncer en Fase Terminal - Una Mirada Fenomenológica Existencial. Revista Internacional de Investigación Psicológica. Recuperado de

<http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/articulo/view/419/410>.

Chavesta,L, Piñin, A, Nova, S, Pita,M, Pintado, M & Zuñiga L. (s.f). La enfermedad como experiencia vivencial. Universidad de San Martín de Porres. Peru

- Correa, M. (2017). Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama. Primeras reacciones emocionales. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300015
- Creswell, J. (2003). Qualitative inquiry and research design: among five approaches. (2ª. ed) EUA: SAGE.
- Dartugues, A. (2003). O que é fenomenología. Sao Paulo: Moraes
- De Lellis M, Mozobancyk S. (2009). El Proceso Salud Enfermedad y sus emergentes desde una Perspectiva Compleja. Buenos Aires, Argentina.
- Del Valle, N (s.f). Curso en salud social y comunitaria. Argentina
- Estrada, A. (2011). Hacia una fenomenología de la enfermedad. Recuperado de
<http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v25n3/v25n3a11.pdf>
- Fernández A. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Recuperado de
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/kupdf.net_emociones-y-salud-fernandez-abascal.pdf
- Fernández, J y Edo, S. (1994). “Emociones y salud”. Recuperado de
<https://es.scribd.com/document/398300269/emociones-y-salud-22-pdf>
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, J. (2001). Procesos Psicológicos. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Fernandez, C. (2018). “Salud: mucho más que la ausencia de enfermedad”

- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/>
- García, C. (2016). “Emociones positivas, pensamiento positivo y satisfacción con la vida”.
Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca.
- Groenewald, T. (2004). A Phenomenological Research Design Illustrated. International
Journal of Qualitative Methods. Recuperado de
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/160940690400300104>
- Guil, R, Zayas, A, Gil-Olarte, P, Guerrero, C, González, S y Mestre, J. (2016). Bienestar
psicológico, optimismo, y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. Recuperado
de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/52492-Texto%20del%20art%C3%ADculo-97640-4-10-20170718%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/52492-Texto%20del%20art%C3%ADculo-97640-4-10-20170718%20(1).pdf)
- Guzmán, R y Álvarez, J. (2013) “Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: el
caso de pacientes con cáncer Psicología y Salud”. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/pdf/291/29111983002.pdf>
- Hernández, R, Fernández, C y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación.
Recuperado de
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Herrera, A, Ríos, M, Manrique,J, y Rojas, G. (2014). “Entrega de malas noticias en la
práctica clínica”. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000011

<https://www.researchgate.net/publication/26886596> Knowledge and attitude Important components in diabetes education

Instituto Internacional del Pensamiento Complejo. (2006) “¿Qué es el Pensamiento Complejo y la complejidad?”. Recuperado de www.complejidad.org.ar.

Jenicek, M y Cléroux R. (1990). Epidemiología. Principios, Técnicas, Aplicaciones. Barcelona, España: Editorial Masson.

Kaliksztajn, B. (2001). La experiencia subjetiva de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Liga contra el Cáncer. (2006). Cáncer de seno. Recuperado de <http://www.ligacontraelcancer.com.co/tiposcancerdeseno.php>.

Lucas, R. E., Diener, E., & Larsen, R. J. (2003). Measuring positive emotions. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2003-02181-013>

Martinez, A. (2004) . La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/13266976.pdf>

Moreno, L. (2019). Sistematización de campo.

Moreno, B. y Ximénez. (1996). “Evaluación de calidad de vida”. Madrid, España: Siglo XXI

Morin, E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, España.

National Cancer Institute. (s.f.). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM.

National Comprehensive Cancer Network. (2009). Pautas de práctica clínica de NCCN en oncología. Manejo de socorro. Recuperado de

<http://oralcancerfoundation.org/treatment/pdf/distress-2008.pdf>

Núñez, P, Enríquez, D y Irarrázava M. (2012). La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. Recuperado de

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612012000100005

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f). Cáncer, Datos y Cifras. Recuperado de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Cáncer. Recuperado de

<https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

Organización Mundial de la Salud. (S.f). Definición de Cáncer. Recuperado de

<http://www.who.int/topics/cancer/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio Ortiz, E. (2005). Complejidad, nuevo paradigma en la salud.

Oto, I. (s.f.). La enfermedad como experiencia humana. Recuperado de:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/98389/1/000340.pdf>

Paz, M. (s.f). Emociones positivas y salud.

Penzo, W. (1990). Psicología Médica. Barcelona, España.

Ponce, A. (2014). Ensayo sobre el método fenomenológico – La mejora de los cuidados de la salud. Universidad Fermín Toro. Venezuela.

Recoder, M,L. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa: Notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida en una ciudad del nordeste brasileiro. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-45082011000100005&lng=es&tlng=es.

Rodrigues FFL, Zanetti ML, Manoel AS, Martins TA, Sousa VD, Teixeira CRS. (2009). Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. Recuperado de

Rodríguez, E. y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/43449-Texto%20del%20art%C3%ADculo-65028-3-10-20171020.pdf>

Rodríguez, E. y Font, A. (2013). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/43449-Texto%20del%20art%C3%ADculo-65028-3-10-20171020%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/43449-Texto%20del%20art%C3%ADculo-65028-3-10-20171020%20(1).pdf)

Salazar M, (2017). El paradigma de la complejidad como alternativa al abordaje del proceso salud-enfermedad desde una concepción social. Recuperado de <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-5/>

Sandín, B y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. Manual de Psicopatología, Vol. 2. Madrid, España.

- Sontag, S. (1977). La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Recuperado de <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Susan-Sontag-La-enfermedad-y-sus-met%C3%A1foras.-El-sida-y-sus-met%C3%A1foras.pdf>
- Vachon, M. (2008). Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S074920810800034X?via%3Dihub>
- Vargas, R y Pulido, S. (2012). Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Revista Ciencia y Cuidado. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-SignificadoDeLasVivenciasDeLasPacientesConDiagnost-3986765.pdf>
- Vecina, M.L. (2006). Emociones positivas. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77827103.pdf>
- Whybrow, P, Akiskal, H y McKinney. (1984). Desorden de ánimo: Hacia una nueva psicobiología. Vol. Plenum. New York.
- Wukmir, V. (1967). “Emoción y Sufrimiento”. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/209825086/Emocion-y-Sufrimiento>