

# Experiencias personales y profesionales de pacientes con cáncer de mama adscritas a un centro de oncología de Santander<sup>7</sup>

## **Sandra Rocio Salamanca Velandia**

Magister en Pedagogía  
Docente investigadora  
Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga  
Correo electrónico: sandra.salamanca@campusucc.edu.co

## **Juan Miguel Pérez Torres**

Magister en dirección de talento humano  
Docente investigadora  
Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga  
Correo electrónico: juan.perez@campusucc.edu.co

## **Eliana Patricia Acevedo Villalobos**

Magister en Psicología de Profundización Clínica Psicoanalítica  
Decana Facultad de Psicología  
Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga  
Correo electrónico: eliana.aceveedo@ucc.edu.co

Recibido: 04/04/2018  
Evaluado: 27/06/2018  
Aceptado: 17/05/2019

## Resumen

**Objetivo:** Describir las vivencias y significados de la calidad de vida que manifiestan un grupo de mujeres, frente la aparición y padecimiento de cáncer de mama en sus vidas, al igual que reconocer la influencia y afectación que dicha enfermedad puede ejercer en el desarrollo personal y profesional. **Método:** El enfoque metodológico fue cuanti-cualitativo; Para la etapa cuantitativa se aplicó el Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa, y para el momento cualitativo se desarrolló un diseño etnográfico. Se trabajó con una muestra de 12 pacientes. **Resultados:** Se develan los sentimientos, pensamientos, acciones y vivencias que predominaron en las pacientes y su dinámica social y familiar. Como conclusión la familia se constituyó en la principal red de apoyo en su recuperación; la calidad de vida de las pacientes mostró un nivel aceptable tanto en lo personal como en lo profesional, en la medida en que contaron con recursos internos y externos.

## Palabras clave

Calidad de vida, cáncer de mama, estilo de vida.

<sup>7</sup> Para citar este artículo: Salamanca, S., Perez J., & Acevedo, E. (2020). Experiencias personales y profesionales de pacientes con cáncer de mama adscritas a un centro de oncología de Santander. *Informes Psicológicos*, 20(1), pp. 91-109 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n1a07>

# Personal and professional experiences of patients with breast cancer attached to an oncology center in Santander

## Abstract

**Objective:** To describe the experiences and meanings of quality of life manifested by a group of women, against the appearance and suffering of breast cancer in their lives. Additionally, to recognize the influence and affectation that such disease can exert in their personal and professional development. **Method:** The methodological approach was both qualitative and quantitative; for the quantitative stage the InCaViSa Quality of Life and Health Inventory was applied, and for the qualitative, an ethnographic design was developed. The sample consisted of 12 patients. **Results:** The feelings, thoughts, actions and experiences that prevailed in the female patients and their social and family dynamics are revealed. In conclusion, the family became the main support network in their recovery. The quality of life of the patients showed an acceptable level both at the personal and professional levels, to the extent that they had internal and external resources.

---

### Keywords

Quality of life, breast cancer, lifestyle.

---

# Experiências pessoais e profissionais de pacientes com câncer de mama atendidas em um centro de oncologia de Santander

## Resumo

**Objetivo:** descrever as experiências e os significados da qualidade de vida manifestados por um grupo de mulheres perante a aparição e o sofrimento do câncer de mama em suas vidas, bem como reconhecer a influência e afetação que a referida doença pode exercer no desenvolvimento pessoal e profissional. **Método:** A abordagem metodológica foi quantitativa e qualitativa; para a etapa quantitativa, foi aplicado o Inventário de Qualidade de Vida e Saúde InCaViSa e, para o momento qualitativo, foi desenvolvido um desenho etnográfico. Trabalhamos com uma amostra de 12 pacientes. **Resultados:** São revelados os sentimentos, pensamentos, ações e experiências que predominaram nas pacientes e suas dinâmicas sociais e familiares. Em conclusão, a família se tornou a principal rede de apoio na sua recuperação; A qualidade de vida das pacientes mostrou um nível aceitável tanto pessoal quanto profissionalmente, na medida em que possuíam recursos internos e externos.

---

### Palavras chave

Qualidade de vida, câncer de mama, estilo de vida.

---

## Introducción

La presente investigación parte de la necesidad de entender una realidad que se ha detectado en un grupo poblacional constituido por mujeres que enfrentan una experiencia de cáncer de mama, abordando sus pensamientos, sentimientos, expectativas y vivencias, y el conocimiento de los diversos aprendizajes para la creación de estrategias de afrontamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), el cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en el mundo, más de 408.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas, y 92.000 fallecieron a causa de esta enfermedad. Garduño y Angarita (2005) afirman que no existe otro cáncer como éste, cuya incidencia haya aumentado más en el mundo desde 1970 y que afecte la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. Así, destacan que, en Colombia, “la situación es alarmante: la tasa de incidencia estimada es de 30 por 100.000 mujeres, muy similar a la de cáncer de cuello uterino que es de 33 por 100.000 mujeres” (p. 20).

El Instituto Nacional de Cancerología encontró que la incidencia del cáncer de mama en mujeres colombianas entre el año 2002 y 2006, es de 6.999 casos anuales. Al mismo tiempo, para el Departamento de Santander se encontró entre los años 2002 a 2006 una incidencia de 358 casos registrados. En los años 1995 al 1999, el cáncer de mama apareció como la tercera causa de mortalidad en mujeres pertenecientes a este Departamento, lo que se evidencia en 347 fallecimientos durante los cinco años (DANE, 2010).

Las condiciones de vida dependen del propio sujeto y forman parte de su estilo de vida. Según Velarde y Ávila (2002), la calidad de vida consiste en la “sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales...” (p. 350). El funcionamiento físico se define como la capacidad de realizar un grupo de actividades de la vida diaria, así como los síntomas físicos resultantes de una enfermedad o de un tratamiento médico (Botero & Pico, 2007; Goldbaum, 2001). La función psicológica va desde un distrés psicológico severo, hasta un sentimiento positivo de bienestar y puede, igualmente, abarcar la función cognitiva (Lazarus, 2002; Payán, Vinaccia & Quiceno, 2011). El aspecto social incluye los elementos cualitativos y cuantitativos de la interacción, así como la relación y la integración social. Por otra parte, para Oblitas (2002), la calidad de vida “es responsabilidad de uno mismo, es decir, es una resultante de nuestro propio comportamiento...” (p. 189).

## Calidad de vida y rol profesional y laboral

Teniendo en cuenta las definiciones anteriores sobre calidad de vida, es posible afirmar que el aspecto laboral es uno de los elementos que más influye en ella. La dimensión laboral adquiere una importancia esencial debido a que la gran mayoría del tiempo, las persona la dedican al trabajo (Palacios, 2011; Rodríguez, 2010). Es así como la cotidianidad de un maestro transcurre en su ejercicio docente, convirtiéndose para él, en uno de los aspectos fundamentales de su existencia.

Al hacer una revisión acerca del trabajo de los profesores y su calidad de vida, Díaz y Ileana (2012), señalan que:

En relación con el trabajo de los profesores, se ha apuntado que las profesiones asistenciales en las cuales se clasifica a la labor docente suponen una mayor implicación y compromiso personal, por lo que quienes las desempeñan traen mayor riesgo de padecer estrés y sus consecuencias en la salud integral debido a la responsabilidad moral de atender las necesidades sociales emergentes en el nuevo siglo (p. 261).

Entonces, estas situaciones interfieren en la satisfacción laboral y el bienestar personal de los docentes, lo que provoca que éstos perciban un deterioro en su calidad de vida con relación al trabajo que se encuentran desempeñando (Manrique-Moreno & Corredor, 2002; Mantilla & Milla, 2005).

La aparición de una enfermedad como el cáncer adquiere un significado especial y entra a formar parte del sistema cognitivo del individuo, el que a su vez direcciona su pensar y su actuar (Remor, Arranz & Ulloa, 2003; Riveros, Cortázar-Palada, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005). Es decir, que cada una de las acciones que realiza el ser humano está predefinida y configurada de acuerdo a la construcción mental que tiene el sujeto sobre la realidad que interpreta.

## Método

### Diseño

Se trabajaron dos etapas con un diseño cuanti-cualitativo. El aspecto cuantitativo

que se utilizó en la primera etapa implicó la aplicación del Test Psicológico de calidad de vida InCaViSa, cuyo objetivo fue hacer mediciones de ciertas áreas y variables para determinar la presencia de algunos factores contemplados en el test. El aspecto cualitativo se basó en elementos etnográficos que permitieron definir ciertos patrones de comportamiento y entender la complejidad simbólica que subyace a las acciones, es decir, hacer la descripción, el registro sistemático y el análisis de una realidad social o cultural a partir de la descripción de los actos.

## Instrumentos

**Instrumento de medición InCaViSa. Test de Calidad de Vida.** Con el fin de explorar las distintas dimensiones del paciente se aplicó el test de calidad de vida y salud, InCaViSa, elaborado por Angélica Riveros Rosas, Juan José Sánchez Sosa y Mark del Águila, el cual ha sido publicado y estandarizado por la editorial Manual Moderno en el año 2009.

Este inventario se construyó con el objetivo de medir la Calidad de Vida de pacientes, en una escala lo suficientemente inclusiva para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones.

**Áreas que explora:** El inventario de Calidad de vida y Salud evalúa una serie de áreas que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente, a saber:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El inventario incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento, y una sección de datos socio- demográficos.

Los reactivos se califican en escala de opción forzosa con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%; b) semántico que va de “nunca” a “siempre”; y c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos. Como el test ha sido estandarizado y validado, para su interpretación y puntuación, aplica las técnicas de análisis de datos cuantitativos relativo a la escala Likert.

## Diseño etnográfico

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

**Entrevista a Profundidad:** es la relación profesional que se establece entre un entrevistador/a y un informante con el objeto de obtener información sobre la vida, en general, o sobre un tema, proceso o

experiencia concreta de una persona. A través de esta técnica, se conoció lo que es importante y significativo para la investigación permitiendo comprender cómo los participantes ven, clasifican e interpretan su mundo o la experiencia. *La entrevista*, que fue abierta y flexible, se realizó de manera personal a cada una de las pacientes las veces que fuera necesario, para profundizar sobre cada una de las categorías que fueron apareciendo a lo largo del estudio. Su objetivo fue descubrir las motivaciones, creencias, y sentimientos ocultos sobre sus vivencias y emociones frente a la enfermedad. Se realizó sobre preguntas abiertas. Se utilizó el *Formato de Entrevista* que permitió contar con un derrotero flexible para obtener información profunda de cada uno de los participantes.

**Análisis documental:** Permitió conocer la información que está plasmada en diversos documentos institucionales, analizando historias clínicas y documentos sobre el seguimiento del proceso oncológico de cada una de las maestras participantes.

## Participantes

De 78 maestras participantes adscritas a un centro oncológico de Santander, se realizó un muestreo de tipo intencional y voluntario, reflejado en 12 mujeres (15%) que padecen esta patología. Dentro de los criterios de inclusión para esta muestra poblacional se señaló que el padecimiento de la enfermedad se encontrara en fase I o II de cáncer de seno, razón por la cual solo 12 de las 78 maestras cumplían este dicho criterio, las demás participantes evidenciaban estar en fase III y IV de la enfermedad.

## Procedimiento

Se presentó la propuesta a una institución oncológica de Santander de la ciudad de Bucaramanga (Colombia). Se realizó la sensibilización del proceso investigativo y se invitó a participar a las pacientes con rol de maestras que se encontraran en fase I y II de la enfermedad (cáncer de seno). Posteriormente, se firmó el consentimiento informado y se procedió a la aplicación de cuestionarios y entrevistas.

## Análisis de los datos

En la primera etapa (cuantitativa) se aplicó el Test de InCaViSa, cuya interpretación se hizo siguiendo los parámetros establecidos por los autores en la normalización y tipificación del instrumento y utilizando los estadísticos necesarios para ello. En la segunda etapa (cualitativa), las áreas del inventario cuantitativo sirvieron como ejes iniciales de análisis, enfocándose en la exploración y profundización de estas áreas evaluadas. Los resultados del análisis cualitativo se confrontaron y fueron complementados con los resultados cuantitativos obtenidos del Test.

## Resultados

Se presentan los resultados a partir de la identificación del tipo de problemática detectada por el test:

- **Problemática dominante cognitiva**, que refiere procesos mentales como pensamiento, memoria, atención, percepción, inteligencia, y que intervienen en el proceso de la enfermedad. Esta problemática la

evalúan las áreas de preocupaciones, aislamiento, funciones cognitivas, percepción corporal.

- **Problemática dominante instrumental**, muestra las acciones que realizan los pacientes en los diferentes escenarios. Esta problemática la evalúan las áreas de desempeño físico, tiempo libre, vida cotidiana.
- **Déficits interpersonales**, evidencia los procesos comunicativos, sociales y de apoyo que recibe el paciente. Tiene que ver con las áreas de apoyo de la familia y redes sociales.

El TPD Cognitiva del *área preocupaciones* puntuó con un porcentaje Muy Alto (25%), dejando en evidencia que las pacientes tienden a realizar interpretaciones negativas de la vida, con características como la hiper-vigilancia frente a alguna señal que logren percibir o interpretar como malestar o incomodidad (fastidio), pensando en ocasiones que son una carga y que suelen depender económicamente de los demás. Estas pacientes manifiestan sentirse preocupadas porque creen que el compartir con una persona enferma molesta a los demás, o que las personas que las rodean tienen con ellas excesivos cuidados lo que en varias ocasiones suele ser incómodo, ya que se perciben como impotentes o inútiles (minusválidas).

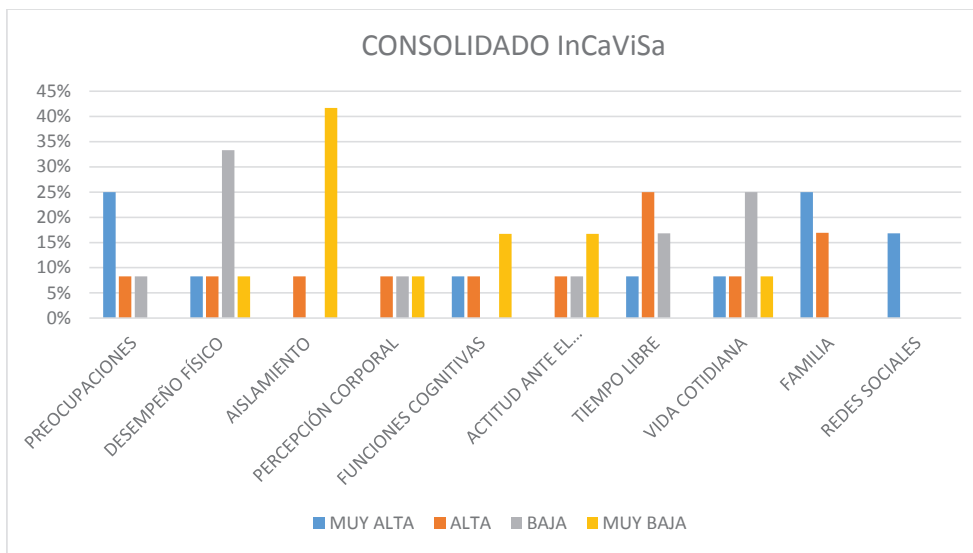


Figura 1. Resultados generales InCaViSa

Tomando como referencia la Figura 1 y los resultados allí expuestos, de las diferentes áreas de categorización de Tipos de Problemáticas Dominante (TPD) Cognitiva, Instrumental y Déficit Interpersonales, se logra encontrar que:

El TPD Cognitiva del *área aislamiento* puntuó con un porcentaje Muy Bajo (41.7%), demostrando que, aunque las pacientes conocen que se pueden apoyar y contar con el afecto y la valoración de las personas que las rodean, y que éstas les ayudan a sobrellevar su enfermedad, en ocasiones se sienten apartadas; aquí el auto-concepto positivo es



evidente con el fin de no sentirse inútiles o incompetentes, se muestran muy animadas y motivadas. Muestra la mayoría de las pacientes un aspecto importante de la inteligencia emocional que hace referencia a las habilidades sociales, que les permiten de forma funcional, construir creencias basadas en la confianza que ellas mismas le pueden proyectar a los demás, lo que les genera sensaciones de sentirse acompañadas.

El TPD Cognitiva del *área percepción corporal* puntuó con un porcentaje Muy Bajo, Bajo y Alto (8.3%), destacando que las pacientes tienden a percibirse como personas poco atractivas; esta percepción incide en una baja autoestima y las lleva a manejar también un bajo concepto de sí mismas que las hace sentirse desagradables ante sí y ante los demás, debido a aspectos relacionados con conceptos como peso, talla y apariencia física.

El TPD Cognitiva del *área cognoscitiva* puntuó con un porcentaje Muy Bajo (16.7%), acentuando que las pacientes son conscientes de que poseen capacidades y procesos cognitivos como el aprendizaje, la memoria y la atención, y suelen expresar que existe una disminución de estas funciones, posiblemente por la influencia de su aspecto emocional y afectivo, que se ve afectado por causa de la enfermedad. Pueden sentir deterioro debido a los procesos neurológicos por los cuales atraviesan durante la enfermedad. Esta área es fundamental para ellas en condición de docentes puesto que es la dimensión directa sobre la cual trabajan con sus estudiantes, y la afectación de cualquiera de las funciones mentales, incide directamente en la calidad educativa.

El TPD Instrumental del *área desempeño físico* puntuó con un porcentaje Bajo (33.3%), subrayando que las pacientes en su mayoría expresan que existe un deterioro notable en la capacidad que poseen para realizar actividades físicas y que les falta en ocasiones energía para realizar algunas actividades cotidianas, ya que evidencian fatiga al desplazarse caminando o mientras dictan clase; esta situación puede afectar su vida laboral por cuanto es posible que sus competencias pedagógicas se puedan ver disminuidas, dado que la docencia exige altas dosis de energía y capacidad física especialmente cuando se trabaja con niños o adolescentes.

El TPD Instrumental del *área tiempo libre* puntuó con un porcentaje Alto (25%), mostrando que las pacientes, aunque reconocen algunas de sus limitaciones, producto de su enfermedad actual, no la adoptan como el argumento para dejar de aprovechar actividades recreativas; las pacientes pueden llegar a manifestar que su enfermedad no es un mayor impedimento para disfrutar y aprovechar del tiempo libre. Los resultados muestran que, aunque existan puntuaciones Bajas (16.8%), no se evidencia mucha diferencia de pacientes frente a los puntajes que se ubican en Alto y Muy Alto (este último con poca significancia de un 8.3%).

El TPD Instrumental del *área vida cotidiana* puntuó con un porcentaje Bajo (25%), lo que significa que las pacientes suelen expresar que frecuentemente viven y experimentan frustración, ira, desesperanza y tristeza; los resultados obtenidos demuestran que existe una tendencia a crear valores de adhesión con sus terapeutas, situación que puede crear una dependencia que se ve reflejada



en las consultas frecuentes para la toma de decisiones y para obtener orientaciones en el quehacer cotidiano.

El TPD Déficit Interpersonales del *área familia* puntuó con un porcentaje Muy Alto (25%), evidenciando que las pacientes resaltan el hecho de percibir que los miembros de sus familias les brindan apoyo y un significativo afecto frente a su condición y sus necesidades básicas y de auto-realización. Son evidentes los resultados que muestra la gráfica (con representación Alta de 16.9%), que resaltan, a su vez, la imagen familiar positiva que construyen los pacientes de su familia, y el papel que ella juega para la recuperación de su enfermedad.

El TPD Déficit Interpersonales del *área redes sociales* puntuó con un porcentaje Muy Alto (16.8%), con una aceptación relevante del 100% de las pacientes, las cuales manifestaban la existencia alrededor de ellas de personas que están dispuestas a colaborarles y ayudarles en la solución de situaciones emergentes o inesperadas, brindándoles tranquilidad y seguridad en aspectos individuales, familiares, sociales y económicos. Las pacientes en su totalidad consideran que las redes sociales, al igual que el apoyo que reciben de éstas, son fundamentales para el óptimo desarrollo de su tratamiento.

El TPD Déficit Interpersonales del *área actitud frente el tratamiento* puntuó con un porcentaje Muy Bajo (16.7%), señalando que las pacientes son conscientes de su enfermedad y que deben seguir con un tratamiento médico acorde a su avanzado estado. Son mínimas las pacientes que evidencian una actitud positiva frente el tratamiento, alcanzando resultados Bajos y Altos de tan solo 8.3%.

Con facilidad las pacientes están expuestas a generar resistencias con relación al uso de los medicamentos y la importancia de acceder a ellos (ya que los efectos secundarios de éstos en la mayoría de los casos traen consigo grandes incomodidades). Este muy bajo resultado directamente repercute en la toma de decisiones para asumir un compromiso disciplinado, el cual debe estar orientado al cumplimiento del tratamiento; puede terminar en el rechazo total del mismo o en el no cumplimiento médico tratante.

## Hallazgos cualitativos

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

Alrededor de estas cuatro unidades de análisis giró el proceso de sistematización de la información, proceso que se consolidó en una matriz categorial compuesta por sub-categorías, categorías y categorías axiales, desde las cuales se hizo la interpretación y análisis de resultados (ver Tabla 1).

Tabla 1.  
*Matriz Categorical*

UNIDADES DE ANÁLISIS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CATEGORIA AXIAL
PENSAMIENTOS	"Me voy a morir"	Invisibilidad y muerte	
	"No es posible, hay un error"		
	"Ahora soy una carga para todos"		
	"Perdí independencia"	"Convertirme en una carga . después de ser tan productiva y autosuficiente."	Cáncer: sinónimo de invisibilidad y muerte, pero también de oportunidades
	"Disminución de capacidades"		
	"Preocupación por los gastos"	"La incertidumbre de los gastos"	
SENTIMIENTOS	"Tengo que salir adelante"	Dar la batalla, no desaparecer, dejar huella.	
	Miedo ante lo desconocido.		
	Temor a perder el trabajo y la pensión		
	Preocupación al bajar su capacidad laboral.	Dolor, miedo, temor y rabia	Desde el dolor intenso, el miedo y la rabia hasta la actitud positiva de lucha.
	Dolor por no ser las mismas mujeres activas que fueron.		
	Rabia: "Si soy buena, ¿por qué a mí?"		
"Decidí no dejarme morir, voy a luchar"	Motivación y espíritu de lucha		

*Continúa*

Continuación

	Personales:		
	Pérdida de Memoria y concentración	Disminución de capacidades mentales y cambios en la apariencia física	
	Cambios en apariencia física.		Pérdidas pero también ganancias.
	"Hago lo que me gusta, soy más sensible"		
	Disfrutar más el día a día sin pensar en el mañana	La familia, apoyo pero también preocupación	
	Prioridad: ellas mismas más que su trabajo		Ser, más que tener y hacer
	Laborales:		
VIVENCIAS	"Siempre viví en función de la Institución."	Mística y dedicación por el trabajo.	
	Transmitir al estudiante y colegas el valor de la vida.		Alta valoración de la vida y de la profesión de docente.
	Valorar la vida y la profesión	Más calidad de vida para enseñar con calidad	
	Valorar lo que se enseña		
	"Me sumergí en la lectura de lo que es el cáncer "	Un conocimiento profundo de la enfermedad	
	Búsqueda de información sobre la enfermedad		
	Cortar con el ocio	Búsqueda de apoyo social, emocional y psicológico	Afrontamiento Cognitivo: anteponer la razón a los sentimientos.
EXPECTATIVAS: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Participación en grupos de apoyo.	Ocupación tiempo libre	
	Dios mi tabla de salvación		
	Búsqueda de mi interioridad	Fortalecimiento de la espiritualidad	
	Apego a un ser superior y fomento de la espiritualidad		

Fuente: Propia investigación.

# D

## iscusión

**Preocupaciones:** Esta área muestra la aparición de preocupaciones que antes de la enfermedad no se presentaban en las maestras y que se refleja con un porcentaje de un 86% en el test que corresponde a un nivel muy alto. Las mayores preocupaciones giran alrededor de los imaginarios que han construido sobre el cáncer: sinónimo de muerte, convertirse en una carga, tener menos capacidades después de ser tan productivas y autosuficientes con la consiguiente pérdida de independencia, así como la reducción en la economía familiar por “la incertidumbre de los gastos”. Otro grupo de preocupaciones está relacionado con pérdidas como la belleza física, la feminidad, el esposo, la familia, el trabajo, sus estudiantes, el ámbito social y educativo en los que están insertas. La reacción ante estas representaciones mentales se hizo evidente en las emociones que vivenciaron: miedo y temor; rabia y enojo; dolor y desesperación que las llevó al estrés, a la depresión y a la negación, que son indicadores del duelo por el que están atravesando ante la pérdida de su salud. Esta situación reduce la calidad de vida de las maestras y las impulsa a la búsqueda de formas de adaptación con el fin de aliviar el estrés proveniente de las condiciones nocivas y amenazantes a las que se ven enfrentadas; Por ello, recurrieron a conocer más acerca de la enfermedad, a ocupar su tiempo libre mediante la recreación, gimnasia y ejercicio diario, manualidades, lectura, a buscar apoyo psicológico, emocional y social y al fomento de su espiritualidad y apego a un ser superior como una forma de auto-realización.

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

**Percepción Corporal:** Es evidente la auto-percepción de los cambios que ocurren en su cuerpo y en su apariencia física y la forma negativa como las maestras los interpretaron; Así lo muestran los resultados correspondientes a 33.3% y 41.7% ubicados en los intervalos bajo y muy bajo respectivamente, obtenidos por el test de calidad de vida. Tales cambios representan para ellas pérdidas en cuanto a belleza física debido a la baja de peso, la caída del cabello y la palidez, que son efectos del tratamiento impactando fuertemente el auto-concepto.

**Funciones Cognitivas:** Las pacientes son conscientes de la pérdida de algunas funciones cognitivas especialmente en su memoria a corto plazo; Este deterioro según ellas, puede estar originado en los efectos del tratamiento más no en la enfermedad. Los resultados del test mostraron que el grupo está ubicado en un nivel medio en cuanto a sus funciones cognitivas. Las funciones cognitivas disminuidas son consideradas como vivencias personales que pueden afectar la calidad de vida en cuanto a lo laboral, dado que el trabajo que realizan las

maestras es una labor de tipo intelectual que requiere de ciertas condiciones para realizarlo; No obstante, estas limitaciones son superadas con su espíritu de lucha y con su motivación constante para realizar sus funciones docentes.

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

**Tiempo Libre:** La utilización del tiempo libre se constituyó en la principal actividad que realizan las pacientes y en una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas; así como reconocen que hay cambios en su apariencia y desempeño físicos, también son conscientes de la necesidad de utilizar positivamente el tiempo, de no desaprovecharlo, especialmente en esos momentos en los que están incapacitadas laboralmente. El hacer algo y vivenciar ratos de esparcimiento teniendo en cuenta sus intereses, experiencias previas, valores, expectativas, les produjo gran satisfacción y las llevó a olvidarse por momentos de su enfermedad y tratamiento. Los resultados del test mostraron que el grupo está ubicado en un nivel bajo de percepción sobre la utilización del tiempo libre.

**Vida Cotidiana:** Las vivencias de su cotidianidad identificadas fueron de tipo personal y laboral. Predominaron las emociones y la satisfacción de necesidades psicosociales. En su vida cotidiana hubo pérdidas, pero también ganancias. Pérdidas en su salud, apariencia, bienestar físico y psíquico, independencia, capacidad cognitiva y laboral, económicas, cronológicas, interpersonales y familiares (recordando que se sentían una carga/estorbo); y ganancias que apuntaron a dar más valor a la vida y reconocimiento de su SER más que el hacer o llegar a tener.

**Familia:** Es el contexto social por excelencia para lograr superar las dificultades; Precisamente para las maestras, la familia se constituyó en un gran foco de preocupación, pero también de apoyo; de preocupación por la posible separación y pérdida, y de apoyo porque pasó a ser un escenario de comprensión de sentimientos y angustias de y para las maestras. Estos resultados coinciden y complementan los encontrados en la aplicación del InCaViSa correspondientes a 58.3% y 41.7% de percepción positiva del papel de la familia.

**Redes Sociales:** Las pacientes percibieron en un 100% que disponen de todos los recursos humanos para solucionar sus problemas. Hicieron un reconocimiento de la atención médica recibida, de la calidad de los servicios y tratamientos, del apoyo de la institución educativa en la que trabajan, del apoyo de directivos y colegas para la aprobación de permisos y para hacer los reemplazos y destacan la creación de espacios de diálogo para reflexionar sobre la situación y para llevar a cabo tratamientos psicológicos y médicos.

**Actitud ante el Tratamiento:** El test arrojó puntuaciones muy bajas de actitud ante el tratamiento, lo que significa que hacen resistencia a los medicamentos manifestada en la incomodidad por los efectos secundarios de los mismos; sin embargo, han hecho conciencia de la importancia del plan médico formulado para mejorar sus condiciones de salud.

Después de abordar los temas de calidad de vida y cáncer, es relevante mencionar cómo la personalidad, las condiciones sociales, la forma de pensar del sujeto, sus imaginarios, sus sentimientos, influyen de manera notable en la salud y cómo las emociones se involucran en la manera de sentir de actuar y de pensar de la gente, modificando los estilos de vida de forma positiva o negativa desde la perspectiva del individuo. La mayoría de las docentes expresan que pueden apoyarse o contar con el afecto y la valoración de las personas que los rodean y que ello les ayuda a sobrellevar su enfermedad. Se muestran muy animadas y motivadas, evidencian un aspecto importante de la inteligencia emocional que hace referencia a las habilidades sociales que les permiten de forma funcional construir creencias basadas en la confianza que ellas mismas le pueden proyectar a los demás.

**Cáncer: sinónimo de disminución y muerte, pero también de oportunidades.** El primer significado se asocia con la muerte, con la desaparición definitiva de este mundo, con un acabarse; pero aun cuando ésta es la inmediata representación mental, aparecen otras menos radicales relacionadas con pérdidas parciales e invisibilidad como la disminución de sus capacidades a nivel físico y psíquico, pérdida de independencia para actuar y también, afectaciones de tipo

económico; finalmente se capta una visión positiva y optimista de la experiencia. La primera categoría agrupó los imaginarios relacionados con la muerte, los que hacen referencia a que una vez diagnosticada la enfermedad, las maestras pacientes piensan que “me voy a morir”, “... pienso en mi testamento y a quien dejarle mis cosas”; la imagen que ronda de inmediato en su mente se relaciona con los momentos previos a su deceso, tal como lo afirma una paciente: “me veo ya en el cementerio, en el velorio y quiénes están presentes en el entierro”; otra dice: “... estoy muerta”. Esta visión de sí mismas hace que su actitud sea de derrota frente a una situación inesperada que genera en ellas y en sus familiares incredulidad y pesimismo ante la imagen de la propia muerte; la mente se rebela a aceptar esa realidad mediante razonamientos que incluyen: “errores en los exámenes médicos” ... “creía que no era tan grave” ... “están confundidos” ... o, “¿morirme yo?... imposible”; “¿por qué a mí si soy buena?” ... “¿qué hice para que me pasara esto?”; tales razonamientos se convierten en racionalizaciones o justificaciones inconscientes para no aceptar la realidad, pero a la vez, darse tranquilidad. Esta primera forma de pensar frente a la nueva situación coincide con el concepto de duelo planteado por O'Connor (2007) , cuya primera etapa se refiere precisamente a la negación, que es un estado de incredulidad o entumecimiento que la mente utiliza para liberarse de la angustia producida por la noticia y para desechar la idea de muerte que constantemente ronda en la mente de los pacientes y de su familia; es decir, el propio sujeto recurre a una dinámica que es beneficiosa para sí mismo por cuanto le permite enfrentar la realidad de la nueva situación. Las demás etapas planteadas por el mencionado



autor, están relacionadas con las emociones, aspecto que se evidenció en la unidad de análisis “sentimientos”, la cual será tratada más adelante.

**Desde el dolor intenso, el miedo y la rabia hasta la actitud positiva de**

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

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

El miedo generado por la enfermedad produjo en las pacientes sentimientos encontrados, pues son maestras que han dedicado toda su vida a enseñar, a liderar procesos de aprendizaje en sus estudiantes y que son vistas por ellos como modelos de identificación, interpretaciones que las hacía sentirse invencibles ante el

mundo; pero todas estas realidades de su mundo subjetivo se fracturaron ante la posibilidad de “morirse” razón que les impidió inicialmente ser optimistas y asumir la realidad de la enfermedad como algo que puede ser natural.

Otra manifestación de la dimensión afectiva y emocional que se evidenció fue la depresión que es el enojo dirigido hacia sí mismo y que incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; se observó en las pacientes una perturbación del ánimo constante y sentimientos de tristeza, decepción, soledad, así como la pérdida de la capacidad para sentir placer o gozo y la evitación de las situaciones agradables que antes experimentaban en la vida y que les producía satisfacción. También fueron evidentes los sentimientos de culpa cuando por algún caso no tenían la capacidad para realizar las rutinas que cotidianamente ejecutaban, especialmente en el hogar y en las instituciones educativas en las que laboran. También se evidenció que en el grupo estudiado se presentaron emociones y sentimientos que coinciden con lo planteado por O'Connor (2007), como el enojo que se expresa externamente con rabia que se proyecta hacia sí mismo y hacia los demás, los que a su vez se convierten en sentimientos de amargura, resentimiento y desesperación.

## Conclusiones

Comprender el proceso que vivenciaron las maestras pacientes con cáncer de seno y su dinámica social y familiar no solo a través de un instrumento psicológico como un test, sino desde sus propias experiencias y desde su propia voz, constituyó un

hecho significativo para abordar con más humanidad la situación de enfermedad y detectar las necesidades especiales en términos de estilos y calidad de vida. Esta información se constituye en un insumo que puede ser utilizado por las diferentes redes de apoyo como la familia, los profesionales de la salud que están alrededor del tratamiento y la misma comunidad educativa en la cual laboran las maestras.

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

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

metodologías, posiblemente no se hubiesen descubierto.

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

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

La familia representa para las pacientes es la principal red de apoyo que contribuye a mantener en ellas patrones emocionales estables y sostenidos y a eliminar las condiciones sociales y

psicológicas negativas que coadyuvan a agravar la enfermedad. De ahí que el rol que juega para la recuperación de la paciente, sea definitivo.

La vida laboral y ejercer la docencia adquirió un nuevo significado para las pacientes, toda vez que la enfermedad les dio la oportunidad de entender y valorar aún más su rol de formadoras; esta nueva visión las llevó a plantear que en adelante una de las prioridades será transmitir a sus colegas y estudiantes el valor de la vida y el valor de lo que enseñan. La educación ha de centrarse en aprender a ser, por encima del tener y el hacer.

## Referencias

- Arraras, J. I., Martínez, M., Monterrota, A., & Lainez, N. (2004). La Evaluación de la Calidad de Vida del Paciente Oncológico. Grupo de calidad de vida de la EORTC. *Revista Psicooncología*, 1(1), 87-98.
- Baczko, B. (1991). *Los Imaginarios Sociales Memorias y Esperanzas Colectivas*. Buenos Aires Argentina: Ediciones Nueva Visión
- Botero, E., & Pico, M. (2007). *Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. Una aproximación teórica*. *Revista hacia la promoción de la Salud. Ciencia y Enfermería*, IX(2), 9-21. Recuperado de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf).
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
- Cortázar-Palapa, J. (2003). *Calidad de vida en pacientes diabéticos*. (Tesis de Licenciatura), Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Díaz, C., & Ileana, B. (2012). *Variables e indicadores personales intervinientes y/o co-determinante en la calidad de vida, desde su dimensión personal*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos18/variables-e-indicadores/variables-e-indicadores.shtml#biblio#ixzz5D8TJsSvQ>
- Delgado, S., & Tejerina, A. (2002). *Medicina Legal en Patología Mamaria*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2010). *Estadísticas Vitales*. Recuperado de [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas\\_vitales12.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas_vitales12.pdf)
- Durán, E., & Ibáñez, E. (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas Futuras de Investigación e Intervención Profesional. *Psicología, Salud y Dolencias*, 1(1), 27-43.
- Garduño, O. & Angarita, L. (2005). El concepto de la calidad de vida y la evolución de los paradigmas. *Revista Cubana Salud Pública*, 25(13), 157-175.
- Goldbaum, A. (2001). Parámetros de la Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos. *Psicothema*, 13(2), 310-317.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, E., & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ed. México: Mc-Graw-Hill.

- Instituto Nacional de Cancerología. (2010). *Incidencia del cáncer de mama en mujeres colombianas entre el año 2002 y 2006*. Recuperado de [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas\\_vitales12.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Estadisticas_vitales12.pdf)
- Izquierdo, G. M., González, P. U., Alerm, G. A., & Jauregui, H. U. (2008). Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(2), 1-11.
- Lazarus, R. S. (2002). *Estrés y Emoción, Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Oblitas, L. A. (2002). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estadísticas sanitarias mundiales 2005*. World Health Organization.
- Payán, E., Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2011). Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 79-89.
- Manrique-Moreno, C., & Corredor, M. (2002). *Perfil de la Personalidad en Pacientes con Cáncer de Próstata en Proceso de Radioterapia*. (Trabajo de Grado no publicado). Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
- Mantilla, L., & Milla, D. (2005). *Factores de Personalidad, Asociada a la Adhesión al Tratamiento Quimioterapéutico en Pacientes con Cáncer*. (Trabajo de Grado). Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
- Palacios, X., & Vargas, L. (2011). Adherencia a las quimioterapias y Radioterapia en pacientes Oncológicos: una revisión de la literatura. *Revista Psicooncología*, 8(3), 423-440.
- Reyes, L., Salcedo, L., & Perafan, G. (1999). *Acciones y Creencias: Tesoro Oculto del Educador*. Tomo I. Universidad Pedagógica Nacional Bogotá: Arfo.
- Riveros, A.R., Cortázar-Palapa, J., Alcázar, L.F., & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Sosa, J. J. S., & Rangel, A. L. G. C. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 473-492). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Selltiz, C., Wrightsman, L.S. & Cook, S.T. (1980). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.
- Remor, E., Arranz, P., & Ulloa, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Rodríguez, H. (2003). *Validación del inventario de calidad de vida y salud en una muestra con diagnóstico de hipertensión*. Póster presentado en el XI Congreso Mexicano de Psicología, Campeche, 22-24 de octubre.2003

- Rodríguez, O.S. (2009). *Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tamayo, M. & Tamayo, M. (1997). *El proceso de la investigación científica*. México: Limusa.
- Velarde, J. E., & Ávila, F. C. (2002). *Evaluación de la calidad de vida*. *Revista Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
- Velasco, M., & Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (Sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
- Verdugo, L. J., Guzmán, J., Moy, L. N., Meda, L. R., & Gonzalez, P. O. (2008). Factores que Influyen en la Calidad de Vida de Profesionales Universitarios. *Psicología y Salud*, 8(1), 27-36.