



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

REACCIONES EMOCIONALES EN MUJERES CON CANCER
DE CUELLO UTERINO

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología
Clínica que presenta el Bachiller:

ALDO PAOLO SANCHEZ URRUNAGA

Asesora:

MARIA ANTONIA RODRIGUEZ

LIMA-PERÚ

2015

Resumen

En la presente investigación se exploraron las reacciones emocionales en un grupo de 7 mujeres con cáncer de cuello uterino, con un rango de edad entre 34 y 49 años, que fueron pacientes de un centro de prevención de cáncer de Lima Metropolitana. Para dicho propósito se creó y utilizó una entrevista semi estructurada de 6 preguntas abiertas y dirigidas a explorar dichas reacciones emocionales. Se identificaron tres momentos principales a lo largo del proceso de enfermedad: el pre diagnóstico, el diagnóstico y el post diagnóstico. Se encontró que las mujeres experimentaron más reacciones emocionales frente al diagnóstico, sin embargo algunas de estas reacciones persistieron en momentos posteriores, dentro de los cuales estuvieron los tratamientos y la etapa de remisión del cáncer. Algunas de las reacciones encontradas fueron la depresión, el miedo, la preocupación, la vergüenza, el shock emocional, entre otras. Además, se hallaron otros aspectos importantes relacionados con el proceso de enfermedad como algunas reacciones conductuales, cognitivas y sociales, así como el autocuidado, el afrontamiento, el soporte, la motivación, el sistema de salud y la percepción que tuvieron las participantes del cáncer a raíz de haberlo vivido.

Palabras clave: reacciones emocionales, cáncer, cuello uterino

Abstract

This investigation explored emotional reactions in a group of 7 women with cervical cancer, within 34 and 49 years of age who were patients of a cancer prevention center in Lima. A semi-structured interview composed of 6 open questions was created, and aimed at exploring emotional reactions. Three main moments were identified in the disease process: pre diagnosis, diagnosis and post diagnosis. Results indicate that women experienced more emotional reactions in reference to the diagnosis; however, some of these reactions persisted later, namely the treatment and cancer remission stages. Some of the reactions were depression, fear, worry, embarrassment, emotional shock, among others. Besides these emotional reactions, other important aspects related to the disease process were identified, such as behavioral, cognitive and social reactions, self-care, coping, support, motivation, health system and the participants' perception of cancer after having lived it.

Key words: emotional reactions, cervical cancer

Tabla de Contenidos

Introducción.....	1
Método.....	11
Participantes.....	11
Técnicas de recolección.....	11
Procedimiento.....	12
Análisis de datos.....	13
Resultados.....	15
Pre Diagnóstico.....	15
Diagnóstico.....	16
Post Diagnóstico.....	18
Elementos Transversales.....	19
Discusión.....	23
Referencias bibliográficas.....	35
Anexos.....	43

El cáncer es una enfermedad crónica que agrupa una serie de procesos clínicos con diferentes comportamientos que tienen como característica común la proliferación anormal de células, siendo éstas capaces de diseminarse por todo el cuerpo por invasión o metástasis (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En sus diferentes localizaciones y variantes, el cáncer es considerado como un grave y creciente problema de salud pública a nivel mundial (Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer, 2007; Pinillos-Ashton & Limache-García, 2013; Zaharia, 2013).

Así, es en la actualidad la principal causa de muerte en el mundo (OMS, 2014) y la tercera en Latinoamérica, siendo el Perú parte de esta realidad (Espín, Cardona, Acosta, Valdéz & Olano, 2012; Zaharia, 2013).

Cabe resaltar que en el 2011, la Sociedad Americana del Cáncer afirmó que más del 70% de los casos de cáncer en América Latina son diagnosticados cuando la enfermedad ya es incurable (Rodríguez-Loyola & Costas-Muñiz, 2013; OMS, 2014) o se detectan tardíamente (Organización Panamericana de la Salud, 2004; Pinillos-Ashton & Limache-García, 2013; Solidoro, 2013).

A nivel mundial entre los años 2007 y 2008, cerca de 25 millones de personas tenían cáncer, se diagnosticaron 12 millones de casos nuevos, y fallecieron 7 millones por dicha enfermedad (Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer, 2007; Pinillos-Ashton & Limache-García, 2013).

En el 2009 se detectaron cerca de 11 millones de casos, de los cuales murieron 8 millones; y en el 2012 esta enfermedad causó 8,2 millones de muertes (OMS, 2014). Se estima que para el año 2030, 75 millones de personas puedan tener cáncer, 27 millones de casos serían nuevos y se producirían 17 millones de muertes al año, siendo los países menos desarrollados los más afectados (Pinillos-Ashton & Limache-García, 2013).

Se sabe que existen más de 150 tipos de cáncer clasificados en carcinomas, sarcomas, linfomas, y leucemias, entre los cuales los primeros son los más comunes (85%). Dentro de éstos se encuentra el cáncer de cuello uterino, que es producido en su mayoría por el Papiloma Virus Humano (PVH) (Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, 2014), y es el tipo de cáncer de mayor incidencia y mortalidad (30% y 11% entre 100,000 mujeres, respectivamente) en países en desarrollo como el Perú y muchos otros de América Latina.

En dichos países se presenta el 85% de muertes por este tipo de cáncer en relación al resto del mundo (Cristóbal, 2007; Cruzado, 2010; Martínez et al., 2010; Ministerio de Salud del Perú, 2013; Pinillos-Ashton & Limache-García, 2013). Esto sucede principalmente por la falta de efectividad de los programas de despistaje para dicha enfermedad (Payet, Pérez, Poquioma & Ubillús, 2014).

En el Perú, entre el 2003 y 2004 se registraron más de 16,000 nuevos casos, más de 30,000 muertes, y se estiman en general 39,305 nuevos casos al año (Coalición Multisectorial Contra el Cáncer, 2007; Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2009; Pinillos-Ashton & Limache-García, 2013).

Además, sólo en cáncer de cuello uterino se registraron 1,656 nuevos casos entre los años 2004 y 2005 (Payet, Pérez, Poquioma & Ubillús, 2014), y 1,585 nuevos casos en el 2009 (INEN, 2009).

A nivel nacional, la tasa de incidencia de dicho cáncer es de 32.7% entre 100,000 mujeres, mientras que la de mortalidad es de 12% (Globocan, 2014), y sólo en Lima Metropolitana las tasas son 19.2% y 7.9%, respectivamente (Centro de Investigación en Cáncer Maes-Heller, 2014).

Como es evidente, el cáncer de cuello uterino es una enfermedad grave y aún significa un problema mayor para muchos países, sin embargo es prevenible y curable si se utilizan las medidas apropiadas de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento (OPS, 2004; Cristóbal, 2007).

Frente a todo lo señalado, la psicología de la salud plantea un trabajo interdisciplinario e integrativo al tratar con pacientes que padecen enfermedades como el cáncer, ya que la salud del ser humano está constituida por aspectos físicos, emocionales, socioculturales y espirituales (Rodríguez-Loyola & Costas-Muñiz, 2013).

En este sentido, las emociones, definidas como disposiciones de acción que incluyen comportamientos funcionales, lenguaje evaluativo y expresivo, y eventos fisiológicos (Lang, 1995), son un factor importante dentro del proceso de salud-enfermedad del ser humano.

Cabe mencionar que en ningún estudio revisado de reacciones emocionales presentaba una definición de dicho constructo, por ello se toma como referencia el de emoción.

En la actualidad se considera que las personas enferman a un nivel integral, de manera que la enfermedad genera síntomas físicos como dolor; síntomas emocionales como miedo y ansiedad; necesidades espirituales como sentimientos de culpa y búsqueda de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono (Sanz & Modolell, 2004).

En base a esto, se considera al proceso salud-enfermedad como resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psíquico (Prieto, 2004), de manera que para responder eficazmente a las reacciones emocionales que experimenta el enfermo de cáncer, es necesario asumir un marco teórico que abarque la variedad e interrelación de todos los factores por los que se ve afectado el paciente (Torrice, Satín, Andrés, Menéndez & López, 2002).

Es importante mencionar que, en términos más generales, el diagnóstico de una enfermedad crónica es la primera instancia en generar que el paciente entre en una etapa de crisis marcada por un desequilibrio físico, social y psicológico (Taylor, 2007), así como también representa el inicio del proceso de muerte, ya que el paciente empieza a experimentar una serie de pérdidas y cambios en su estilo de vida (Uribe, 2007).

Por su parte, el cáncer es considerado como una enfermedad con pocas o ninguna posibilidad de curación, por ello su diagnóstico produce un mayor impacto que el de cualquier otra enfermedad crónica en la persona que lo padece (Prieto, 2004).

Así, dicho diagnóstico deriva en reacciones emocionales como ansiedad, depresión, preocupación y temor (Muñoz & Del Carmen, 1984; Andreu, Galdon & Ibañez, 1991; Valderrama, Carbellido & Domínguez, 1995; García, García, Ballesteros & Novoa, 2003; Cano, 2005), de las cuales la ansiedad por la misma enfermedad, así como el miedo y la preocupación por la recidiva suelen ser unas de las más persistentes (Hwu, 1995; Castro, 2007; Taylor, 2007; Wenzel et al., 2005, en Gonzáles & Leal, 2008).

Además, se sabe que la preocupación y la depresión persisten hasta luego de los tres primeros meses de haber culminado algún tratamiento (Klee, Thranov & Machin, 2000, en Montes, Mullins & Urrutia, 2006).

Las reacciones emocionales suscitadas frente al diagnóstico de cáncer dependen directamente de la representación previa que el paciente tiene sobre dicho diagnóstico, así, si ésta es negativa, habrá mayor posibilidad de que sus reacciones emocionales también lo sean (Torrice et al., 2003; Cano, 2005; Gutiérrez, 2009).

Además, cuando la percepción de daño del paciente es mayor que sus recursos de afrontamiento, éste podría experimentar estrés, el cual a su vez podría inducir otras reacciones emocionales negativas (Olivares, 2004).

También se sabe que dichos recursos dependen directamente de la aceptación inicial del diagnóstico recibido (Montes et al., 2006). Todo esto evidencia la importancia e impacto que tiene el diagnóstico de la esta enfermedad.

Sin embargo, así como el diagnóstico, también los tratamientos farmacológicos, las intervenciones quirúrgicas y sus secuelas psicológicas, físicas y efectos colaterales, suelen generar reacciones emocionales negativas como ansiedad y depresión en este tipo de pacientes (Torrice et al., 2003). En el caso de la ansiedad, se sabe que ésta repercutirá en el paciente disminuyendo sus posibilidades de afrontar efectivamente tratamientos como la quimioterapia o radioterapia (Taylor, 2007).

Asumir tener cáncer y decidir realizarse un tratamiento que detenga su evolución genera temor en el paciente debido a la desinformación sobre sus etapas y

a la incertidumbre de lo que sucederá, además, aumenta también su ansiedad frente a lo desconocido (González & Leal, 2008).

Por ello, adaptarse una vida con cáncer se relaciona estrechamente con la reducción de emociones negativas, así como con tener fuentes de gratificación y satisfacción personal constantes (Triviño & Sanhueza, 2005). En la misma línea, si los aspectos valorados del paciente no son afectados por el cáncer, podrán funcionar como fuente de satisfacción y generadores de una mejor autoestima para ellos (Taylor, 2007).

En el cáncer de cuello uterino, el proceso de interiorización de la enfermedad va acompañado de un sentido de pérdida de control de la vida en las mujeres que lo padecen, y la falta de información clara acerca de dicha enfermedad refuerza sus miedos frente a ella (Arellano & Castro, 2013).

Asimismo, se encontró en un estudio de Estados Unidos, que las mujeres con este cáncer presentan más problemas para adaptarse psicológica y socialmente a la enfermedad en comparación con otros tipos de cáncer ginecológico (Cain et al., 1983).

Por otro lado, desde el inicio de las enfermedades crónicas, la depresión ha sido una reacción emocional muy frecuente que presenta altos índices en mujeres que las padecen, además, sus síntomas se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y el apoyo social que reciben (Ford, 2002).

Así también, ésta exacerba el riesgo y curso de otros problemas crónicos, complica la adherencia al tratamiento y aumenta el riesgo de mortalidad en los pacientes (Anstey & Luszcz, 2002). Por ello, su evaluación y manejo en enfermedades crónicas es uno de los aspectos más importantes para los psicólogos y el personal de salud (Anstey & Luszcz, 2002).

En cuanto al cáncer de cuello uterino específicamente, éste presenta mayores índices de depresión y, en general, más reacciones emocionales negativas en comparación con otros tipos de cáncer (Cull et al., 1993; De Groot et al., 2005; Gutiérrez, 2009), dentro de las cuales están el miedo, el shock, la negación, la ansiedad, la cólera y la vergüenza.

Esta última se debe en la mayoría de casos a que las mujeres relacionan dicho cáncer con enfermedades de transmisión sexual y promiscuidad (Ashing-Giwa et al., 2004). Además, la vergüenza también influye en la decisión de compartir o no información con otros acerca de su condición (Arellano & Castro, 2013).

Asimismo, se ha encontrado que para muchas mujeres compartir con su familia la realidad de tener cáncer de cuello uterino les resulta muy doloroso, lo cual a su vez les genera preocupación, angustia y temor (González & Leal, 2008). Es por ello que

muchas mujeres suelen vivir en silencio su enfermedad para evitar ser estigmatizadas por otras personas (Arellano & Castro, 2013).

Es así que la vergüenza junto con la falta de comunicación puede conllevar al aislamiento social (Landrine, et al., 1991, en Valderrama et al., 1995; Arellano & Castro, 2013). Por el contrario, una comunicación abierta con la familia y el personal de salud generan mejores resultados en la rehabilitación y el proceso de enfermedad de las pacientes (Gutiérrez, 2009).

Por otro lado, se encontró en un estudio de Colombia que un grupo de mujeres con cáncer de cuello uterino presentaron como principal reacción emocional la preocupación, la cual a su vez puede ser la base de muchos trastornos de ansiedad (Valderrama et al., 1995).

Esta reacción puede darse frente a distintos aspectos, siendo los más predominantes el apoyo social que se espera recibir, el estrés, el bienestar familiar (en especial de los hijos), la vida sexual y de pareja, y los síntomas físicos asociados al tratamiento (Ashing-Giwa et al., 2004; Montes et al., 2006; Gonzáles & Leal, 2008).

En la misma línea, a pesar de que el diagnóstico temprano y la efectividad del tratamiento de este tipo de cáncer contribuyen a tener más años libres de enfermedad, vivir más tiempo con la amenaza de una posible recidiva suele preocupar y atormentar a las mujeres que lo padecen, generándoles más reacciones emocionales negativas (Cull et al., 1993; De Groot et al., 2005).

Por otra parte, las mujeres con cáncer de cuello uterino tienen la creencia de que tanto la enfermedad como sus tratamientos influyen en su aspecto físico, lo cual les genera cambios negativos en la auto percepción y autovaloración que tienen de su rol como mujer (Valderrama et al., 1995; García et al., 2003) y su femineidad (Arellano & Castro, 2013).

Esto repercute directamente en su relación de pareja, ya que se perciben como mujeres con defectos, sexualmente indeseables, con una imagen corporal negativa, y posiblemente infértiles (Ashing-Giwa et al., 2004).

En relación a esto, una imagen corporal negativa se asocia con la baja autoestima, el aumento en la tendencia a sufrir depresión o ansiedad, y dificultades en la adherencia a tratamientos (Taylor, 2007). Sin embargo, cabe resaltar que la imagen corporal puede mejorarse con intervenciones psicológicas y educativas (Taylor, 2007).

Relacionado a la sexualidad, las mujeres con cáncer de cuello uterino también suelen tener la creencia de que el tener relaciones sexuales puede interrumpir el tratamiento recibido, causar una recidiva, y hasta hacerle daño o contagiar a su pareja, siendo esto último una creencia compartida por ambos sexos (García et al., 2003).

Todo esto da evidencia de las posibles razones por las cuales mujeres con ésta enfermedad suelen abandonar su sexualidad, así como además se sabe que también ésta puede verse disminuida a causa de la depresión y la ansiedad (Palli, Lluch & Valero, 2010).

Cabe mencionar también que éstas mujeres interrumpen su vida laboral debido a la enfermedad (Muñoz & Del Carmen, 1984) y logran reinsertarse a sus actividades habituales aproximadamente también al tiempo de dos años posteriores al tratamiento, principalmente debido a los efectos secundarios producidos por el mismo (De Groot et al., 2005).

Asimismo, es importante señalar que las personas con cáncer suelen tener más posibilidades de ser despedidas, cambiadas a puestos con menos responsabilidades, o discriminadas en sus trabajos simplemente por su condición de salud (Taylor, 2007), lo cual también les afecta emocionalmente de manera negativa como algo adicional a la enfermedad.

Como se puede observar, el cáncer es una amenaza real que genera reacciones emocionales lógicas y adaptativas como el miedo, la ansiedad y la depresión (Prieto, 2004), las cuales para ser consideradas de tal manera y no ser “patologizadas” se debe considerar cómo la persona percibe el ambiente y su enfermedad de manera subjetiva, no cómo éstos existen en la realidad objetiva (Bronfrenbener, 1994).

En el caso de la depresión, a pesar de que ésta puede desencadenar en una patología como algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (Cano, 2005), no necesariamente estará inmersa en un cuadro clínico patológico (Andreu et al., 1991), ya que es considerada como una reacción emocional “normal” ante la magnitud del diagnóstico (Taylor, 1983).

Así, que existan determinadas reacciones emocionales frente al diagnóstico no implica que éstas necesariamente desencadenen de manera definitiva en psicopatologías estables.

En relación a esto, se ha encontrado que aproximadamente un 50% de personas con cáncer tienen una reacción “normal” y adaptativa frente a éste (Almanza-Muñoz & Holland, 2000), y tras una primera fase de adaptación, las mujeres con cáncer con un tiempo de más de seis meses logran controlar sus reacciones emocionales. Sin embargo, aún no se ha podido determinar si estas reacciones deben ser consideradas como “normales” o patológicas (Torrice et al., 2003).

Por otro lado, a pesar de que el aspecto físico en mujeres con cáncer de cuello uterino es el más evaluado, es uno de los menos afectados, ya que se ha encontrado que las preocupaciones físicas no sobrepasan los tres meses de duración posterior al

tratamiento recibido; por el contrario, distintas reacciones emocionales como la preocupación, persisten en ellas durante los dos primeros años posteriores a dicho tratamiento (De Groot et al., 2005).

Además, se sabe que el personal de salud se ocupa de las dolencias físicas pero suele descuidar el aspecto emocional de sus pacientes oncológicos, quienes usualmente llegan a la consulta psicológica con diferentes conflictos como el impacto emocional asociado al primer diagnóstico, la dificultad de aceptación de nuevos roles, e ideas erróneas sobre el cáncer y sus tratamientos (Sanz & Modolell, 2004).

Sin embargo, las mujeres con cáncer de cuello uterino no logran comunicar estas preocupaciones debido a la vergüenza e incomodidad que sienten, por lo que una relación con el personal de salud basada en confianza y seguridad facilitaría a que se aperturen a expresarlas (Ashing-Giwa et al., 2004).

En este aspecto existe un grave problema, ya que muchos de los médicos oncólogos y demás personal de salud que trabaja directamente con pacientes con cáncer no cuentan con las habilidades psicológicas y de comunicación adecuadas para ello (Gutiérrez, 2009), y necesariamente todos los profesionales de la salud, especialmente los médicos, deberían estar preparados para acompañar al paciente en el proceso de enfermedad, desde el diagnóstico hasta el fin de la misma (Uribe, 2007).

En relación al soporte, se sabe que luego de seis meses de recibir tratamiento, y dado que las alteraciones físicas producidas por éste logran estabilizarse, las mujeres con cáncer de cuello uterino perciben la necesidad de comunicar y compartir sus experiencias, lo cual implica que en este momento el apoyo social recibido se vuelve más importante para ellas (Basen-Engquist et al., 2003).

En la misma línea, recibir consejerías grupales desde la etapa de diagnóstico ayudará a esas mujeres a tener un mejor afrontamiento frente a la enfermedad (Montes et al., 2006) y les facilitará tener alguna certidumbre o predicción de sus posibles reacciones (Uribe, 2007).

Asimismo, necesitan interactuar con mujeres que han tenido el mismo tipo de cáncer y han recibido un tratamiento similar, ya que perciben que hay alguien que realmente sabe lo que están sintiendo y lo que han pasado, que son escuchadas y entendidas, además de que pueden recibir reconocimiento de su progreso y apoyo en su mejoría (Basen-Engquist et al., 2003; Ashing-Giwa et al., 2004; Castro, 2007).

Por el contrario, la ausencia o austeridad de redes de apoyo favorecen a que las mujeres con este cáncer lo afronten ineficazmente, llegando a utilizar estrategias poco efectivas como el abuso de sustancias, la negación (Ashing-Giwa et al., 2004; Gutiérrez, 2009), y la racionalización religiosa, con el objetivo de resolver el problema y reducir sus consecuencias emocionales (Valderrama et al., 1995).

En relación a lo mencionado, hay evidencia de que mujeres recuperadas de cáncer de cuello uterino afirmaron haber deseado contar con algún tipo de consejería al momento de su diagnóstico para trabajar y resolver preocupaciones relacionadas con los efectos del tratamiento a largo plazo, a una posible recidiva, entre otros aspectos psicosociales (Cull et al., 1993; Wenzel et al., 2005; en Montes et al., 2006).

En esta línea, el apoyo psicológico es necesario desde el diagnóstico hasta el pronóstico y fin de la enfermedad (Uribe, 2007). Este debe contemplar aspectos como generar un vínculo de confianza con el paciente, controlar el estrés producido por el diagnóstico y los distintos cambios producidos a lo largo de la enfermedad (Prieto, 2004), y manejar las reacciones emocionales tanto del paciente como de su familia para disminuir el impacto del diagnóstico y prepararlos para el pronóstico, todo con el propósito de buscar la adaptación del paciente a su vida con la enfermedad (Uribe, 2007).

Así, una terapia individual probablemente se deba brindar de manera episódica, ya que los pacientes con cáncer suelen tener crisis en ciertos momentos de la enfermedad, en los cuales el manejo y apoyo del psicólogo toma más importancia (Taylor, 2007), considerando que desde una perspectiva biopsicosocial, el diagnóstico es un momento clave en el inicio del proceso terapéutico con el paciente (Uribe, 2007).

Asimismo, uno de los objetivos que plantea la Terapia Psicológica Adyuvante planteada por Moorey & Greer (1989) para el tratamiento con pacientes oncológicos es reducir los síntomas de ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales negativas (Olivares, 2004).

Dicho esto, se considera como una de las grandes labores de la Psicooncología atender las reacciones emocionales tanto de los pacientes como las de sus familiares (Sanz & Modolell, 2004), ya que la enfermedad tendrá inevitablemente repercusiones en ellos y eventualmente se verán involucrados en el proceso (Taylor, 2007; Dobbie & Mellor, 2008).

Por ello, la intervención con la familia es necesaria y debe enfocarse en la identificación y funcionalidad de las redes de soporte con las cuales cuenta el paciente y su familia para acompañarlos durante las distintas etapas de la enfermedad (Uribe, 2007).

Todo lo mencionado refleja la importancia de estar familiarizados con las distintas reacciones emocionales que experimentan las personas con cáncer, ya que el desconocimiento de las mismas podría generar una intervención inadecuada, tanto a nivel psicológico como médico. Por ello, la sensibilización, información y capacitación frente a la enfermedad deben impartirse en el paciente, la familia y los profesionales de la salud (Uribe, 2007).

Como se ha podido observar, el cáncer de cuello uterino presenta en el Perú una tasa de incidencia de 32.7% entre 100,000 mujeres, y otra de mortalidad de 12% (Globocan, 2014), y sólo en Lima, las tasas son de 19.2% y 7.9%, respectivamente (Centro de Investigación en Cáncer Maes-Heller, 2014), lo cual evidencia la problemática que representa en nuestro país.

Además, es el tipo de cáncer que genera más reacciones emocionales negativas en las mujeres que lo padecen (De Groot et al., 2005), y dichas reacciones están presentes tanto en la etapa de diagnóstico, como en la de tratamiento e intervenciones quirúrgicas, es decir, durante gran parte del proceso de enfermedad (Torrice et al., 2003).

Dentro de las reacciones emocionales más comunes se encuentran la depresión, la ansiedad y la preocupación (Valderrama et al., 1995; García et al., 2003; Cano, 2005), sin embargo, no sólo éstas, sino todas las reacciones emocionales afectan distintos aspectos de la vida de quien las padece, como la autopercepción y autovaloración (Valderrama et al., 1995; García et al., 2003), la familia, la sexualidad, la relación de pareja (Ashing-Giwa et al., 2004; Montes et al., 2006; Gonzáles & Leal, 2008), la vida laboral (Muñoz & Del Carmen, 1984), entre otras.

Cabe resaltar que, a pesar de que en la actualidad este tipo de cáncer es un problema de salud pública muy importante a nivel mundial (Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer, 2007; Pinillos-Ashton & Limache-García, 2013; Solidoro, 2013; Zaharia, 2013), en el Perú no se han realizado mayores estudios al respecto.

Es importante mencionar también que las reacciones emocionales frente al cáncer fueron investigadas por primera vez hace más de 40 años en algunos países como Estados Unidos, sin embargo, al parecer en el Perú no se le ha dado la importancia necesaria aún después de tanto tiempo transcurrido, lo cual se refleja también en la falta de investigaciones hechas al respecto.

Por todo esto, resulta importante explorar las reacciones emocionales que presentan las mujeres con cáncer de cuello uterino, con el propósito de entenderlas mejor dentro del proceso que implica padecer esta enfermedad, para así poder abordar mejor la intervención psicológica con esa población y optimizar el servicio que se les brinde.

Dicho esto, el objetivo principal del presente estudio fue explorar las distintas reacciones emocionales de mujeres con cáncer de cuello uterino cuyo diagnóstico se encontraba entre los 6 meses y 2 primeros años, para entenderlas más a profundidad y en base a ello plantear recomendaciones para la intervención y el trabajo con esta población.

Método

Participantes

Los criterios de inclusión considerados para conformar la muestra del estudio fueron los siguientes: que el diagnóstico de cáncer se encuentre entre los 6 meses y 2 primeros años, que las mujeres hayan sido pacientes de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer en algún momento, que no hayan recibido atención psicológica previa a la entrevista por el investigador que la realizaría, y finalmente que tengan entre 30 a 50 años.

Así, el grupo de estudio estuvo compuesto por 7 mujeres con cáncer de cuello uterino, cuyo diagnóstico se encontraba entre los 7 y 13 primeros meses, ya que como se mencionó anteriormente, las reacciones emocionales suelen persistir durante los dos primeros años posteriores de haber recibido algún tipo de tratamiento (De Groot et al., 2005).

Cabe resaltar que la información brindada por las 7 participantes de la investigación alcanzó saturación en tanto se consideró que bastó para organizar e integrar la data recolectada para poder articular los resultados y la discusión.

Estas mujeres estuvieron dentro de un rango de edad entre los 34 y 49 años, ya que se encontró que las infecciones por el PVH en Lima Metropolitana, especialmente en mujeres entre los 30 y 50 años, tienen mayor probabilidades de generarles cáncer de cuello uterino (Payet, Pérez, Poquioma & Ubillús, 2014).

Además, sólo participaron aquellas mujeres que voluntariamente aceptaron ser parte de la investigación tras haber leído y comprendido el consentimiento informado (Anexo 1), donde se explicó claramente el objetivo de la investigación, así como la confidencialidad absoluta de su participación.

Técnicas de Recolección de Información

Reacciones emocionales

Para indagar acerca de las reacciones emocionales que han experimentado las mujeres a partir de haber sido diagnosticadas con cáncer de cuello uterino se utilizó una entrevista semi estructurada creada específicamente para dicho propósito (Anexo 2). Esta entrevista constó de un solo eje de reacciones emocionales, compuesto por 6 preguntas abiertas y dirigidas a explorarlas a profundidad desde una narrativa temporal, tomando como punto de partida el primer diagnóstico.

Para la creación de la entrevista cualitativa se tomó como referencia la adaptación de Hofmeijer (2009) corregida por Errazuriz & Martel (2010) del McGill

Illness Narrative Interview (MINI), el cual es un protocolo de entrevista cualitativo diseñado para analizar narrativas de la experiencia de enfermedad, así como comportamientos de búsqueda de salud (Groleau, Young & Kirmayer, 2006).

Procedimiento

Las mujeres que participaron de esta investigación fueron las que cumplieron con los criterios establecidos y aceptaron voluntariamente ser parte de la misma. Estas mujeres fueron pacientes que se atendieron en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer en algún momento de los últimos 2 años, y fueron convocadas al cumplir con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

Para ello, primero se buscó en la base de datos de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer los casos que calificaban para la investigación, luego se procedió a contactar vía telefónica a dichas personas, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación, su carácter anónimo y confidencial, así como sus riesgos y beneficios.

Una vez hecho esto, se pactaron citas con cada una de las participantes, en las cuales primero se leyó junto con ellas el consentimiento informado para confirmar que hayan entendido de manera clara que su participación era voluntaria y que tenían la opción de retirarse en cualquier momento si así lo deseaban.

De la misma manera, se les volvió a señalar el carácter anónimo y confidencial de su participación. Se explicó también que las entrevistas serían grabadas con el único objetivo de rescatar toda la información que puedan brindar, y que dichas grabaciones se eliminarían al finalizar la investigación.

Asimismo, se mencionó que como beneficios, la entrevista representaba una oportunidad para que puedan elaborar y entender mejor su experiencia vivida, así como además, tenían la opción de recibir apoyo psicológico en sesiones individuales posteriores a la entrevista. Por otro lado, se mencionó también que dentro de los riesgos existía la posibilidad de que experimenten ciertas reacciones emocionales a raíz de revivir de manera dialogal su experiencia.

Luego de firmar el consentimiento informado, las participantes pasaron a llenar la ficha de datos sociodemográficos (Anexo 3) para luego empezar con la entrevista. Todo este proceso se efectuó de manera personal, en un consultorio privado y duró aproximadamente una hora.

Al finalizar la entrevista, se observó e indagó cómo se encontraban emocionalmente las participantes luego de haber relatado acerca de su enfermedad, se les brindó un espacio de contención y cierre de dicha experiencia, así como también se les ofreció sesiones individuales para quienes lo consideraron necesario o

solicitaron. Cabe mencionar que cualquier mujer que se haya atendido en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer tuvo la posibilidad de solicitar este servicio.

Análisis de datos

La información resultante fue analizada utilizando el Análisis Cualitativo de Contenido Convencional en Microsoft Word, el cual es un método de investigación dirigido a interpretar subjetivamente el contenido de un determinado texto a través de un proceso sistematizado de clasificación para identificar y codificar temas o patrones (Hsieh & Shannon, 2005).

Este método es frecuentemente utilizado en estudios cuyo objetivo es evaluar y describir un fenómeno, ya que permite obtener información de los participantes sin imponer categorías preconcebidas o perspectivas teóricas, por lo que además es adecuado su uso cuando la literatura existente acerca del tema en cuestión es limitada (Hsieh & Shannon, 2005).

Cabe mencionar que se manejaron cuidadosamente los criterios de rigor en la investigación, como el de validez, fiabilidad, credibilidad, confirmabilidad y relevancia (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas & Rebolledo-Malpica, 2012), ya que se revisó detalladamente la literatura existente y relevante al tema, se contó con una supervisión constante en todo el proceso, el cual a su vez ya ha sido detallado en el presente capítulo, y los resultados expuestos reflejan lo recogido de cada participante, así como también, al ser contrastados con la literatura, comprueban cierta información previamente estudiada y aportan otros puntos importantes.

Así, el primer paso de esta etapa consistió en la transcripción de las entrevistas, luego se realizó la codificación de la información, donde se identificaron las categorías dentro de las cuales se ubicaron todos los códigos. En este punto, primero se codificaron dos entrevistas conjuntamente con la asesora de la investigación, con el objetivo de contrastar la información resultante y mantener la objetividad necesaria para el análisis.

Posteriormente se codificó el resto de entrevistas, y finalmente se organizó toda la información utilizando el Memoing (Fingeld-Connett, 2014), el cual es un método que permitió ordenar los resultados según categorías, códigos y citas. Además, se creó un esquema (Anexo 4) de los resultados que respondía al orden cronológico que el mismo enfoque del estudio proponía en la entrevista.

En relación a la información solicitada en la ficha de datos, es importante mencionar que ésta sirvió para obtener a modo descriptivo ciertas características que la muestra del estudio presentó, más no se encontraron diferencias según dichos datos en relación a las reacciones emocionales.

Resultados

Los temas resultantes de las entrevistas de cada participante del estudio fueron organizados cronológicamente en tres momentos: el pre diagnóstico, el diagnóstico, y el post diagnóstico.

El pre diagnóstico implicó todo lo sucedido previo a que el cáncer sea detectado, para lo cual no se consideró un rango de tiempo límite en el pasado. El diagnóstico abarcó el momento de recibir la noticia de tener cáncer, así como los momentos inmediatos a éste, los cuales variaron en duración de tiempo. Finalmente, el post diagnóstico partió de las citas y evaluaciones posteriores, los tratamientos recibidos, y se extendió hasta que la enfermedad entrara en remisión.

Cabe resaltar que todo este proceso no es estático, por lo que delimitar tiempos exactos para cada momento resultó casi imposible. Por ello se plantearon algunos puntos con el objetivo de que sirvan como referencia temporal.

Además de los tres momentos mencionados, dentro de los resultados también se encontraron algunos elementos transversales, los cuales implicaron aspectos que no se ubicaron en un momento específico del proceso, sino que fluctuaron en el tiempo entre los tres momentos.

Pre Diagnóstico

Lo primero a mencionar es que en esta etapa se encontraron tres aspectos importantes, uno de los cuales fue el autocuidado que las mujeres tenían antes de ser diagnosticadas. Este aspecto varió entre ser positivo y negativo o nulo. Si bien algunas mujeres afirmaron cuidar su salud periódicamente, otras no lo hacían. Entre las principales causas para esto se encontraron la carga laboral y el cuidado de los hijos, el cual colocaban como prioridad sobre su propia salud.

“Todos los años me hago el papanicolau, bueno un tiempo me salió algo así (algo resaltante en los exámenes médicos) y de ahí no, y ya este año me salió también” (Mujer, 39 años)

“Mayormente yo me descuidaba de mi salud por todo el trabajo que yo hacía, yo era padre y madre para mis hijos, entonces muchas veces no me enfocaba en mi salud, trabajaba y trabajaba y mi salud la dejé de lado casi por 12 años, nunca me hice un control, nunca tuve la oportunidad de hacerme un Papanicolaou porque el trabajo y mis hijos me saturaban” (Mujer, 37 años)

En cuanto al momento y condición de chequeo médico, los síntomas físicos como dolores, sangrado, infecciones, entre otros, no siempre fueron el motivo por el

cual las mujeres decidieron realizarse los chequeos, sino que algunas los hicieron por curiosidad o porque se les presentó la oportunidad de hacerlo acudiendo a las unidades móviles que la Liga Contra el Cáncer suele llevar a ciertos distritos de Lima en sus Campañas Gratuitas de Despistaje de Cáncer de Mama y Cuello Uterino.

“Ya me daba cuenta al tiempo de tener relaciones con mi pareja sangraba, y yo me preocupaba, me iba a chequear y me decían que no era normal eso” (Mujer, 34 años)

“Le digo doctor, no fui por tanto que me dolía, fui más por curiosidad” (Mujer, 46 años)

“La facilidad de esta campaña de la Liga Contra el Cáncer, esta móvil que se puso al frente de donde yo trabajaba, entonces como tú sabes, cuando hay una oportunidad así de esa manera, no hay razón porque desperdiciarla” (Mujer, 37 años)

“No pensé tener (cáncer), porque no me dolía nada, no tenía ni si quiera síntomas, nada, para mí fue una gran sorpresa” (Mujer, 48 años)

El último aspecto encontrado en esta etapa está relacionado con la historia personal y familiar de las mujeres. En relación a esto, se mencionó que algún familiar cercano tuvo cáncer y falleció por ello; y otras mujeres afirmaron haber tenido un aborto natural previo a que el cáncer aparezca.

“Me dijeron que eso era genético, y debe ser por parte de mi papá, mi abuela murió con cáncer al estómago, y mi tía murió de cáncer a las mamas, y la otra hermana de mi papa también murió con cáncer al útero” (Mujer, 49 años)

“No tengo ni hijos, nada, en el 96 tuve mi hijito pero lo perdí, y de ahí no salí embarazada” (Mujer, 34 años)

Diagnóstico

En este momento se encontraron distintas reacciones emocionales, las cuales fueron el objetivo del estudio, pero también resultaron otro tipo de reacciones, como conductuales, cognitivas, y sociales.

Cabe mencionar que algunas reacciones emocionales se presentaron en dos momentos más aparte del diagnóstico: en la etapa del tratamiento, y cuando la enfermedad se encontraba en remisión.

Por su parte, la reacción emocional más significativa frente al diagnóstico fue la depresión, la cual mencionaron todas las participantes. Esta no hacía referencia al trastorno psicopatológico, sino que abarcaba a la emoción de tristeza en sus diferentes niveles de intensidad y duración de tiempo.

*“Al principio me sentía totalmente derrotada, mi autoestima por los suelos”
(Mujer, 37 años)*

*“Me deprimí más cuando supe eso, que tenía eso (cáncer), que si iba a poder
operarme a tiempo, me puse mal, me puse triste” (Mujer, 39 años)*

“Yo lloraba los primero días, lloraba, en mi casa también era llanto” (Mujer, 34 años)

El miedo y la preocupación fueron otras reacciones que las mujeres mencionaron. Por un lado, afirmaron tener miedo a ser abandonadas por sus parejas, a que otras personas tengan una percepción negativa de ellas por tener cáncer, a la misma enfermedad y a la muerte.

*“Estaba traumada, estaba asustada porque pensaba en mí, y en cómo sería,
como terminaría yo, estaba asustada” (Mujer, 39 años)*

“Tenía miedo a que me pueda morir” (Mujer, 46 años)

Por otro lado, mencionaron sentir preocupación por sus familias, en especial por el bienestar de sus hijos, por sufrir cambios en su imagen corporal, y así como el miedo, también se preocupaban por la muerte y por la posibilidad de que sus parejas las puedan abandonar o les sean infieles.

*“Pensaba en cómo iba a quedar, pensaba en mis hijos, mis cosas, todo lo que
tenía que hacer” (Mujer, 39 años)*

*“Yo le pregunté (al doctor) “¿Cuánto tiempo me queda?”, porque si es cáncer de
repente no me queda mucho tiempo” (Mujer, 45 años)*

Otras de las reacciones que resultaron fueron la desesperanza, la despersonalización, la desorientación, el shock emocional y la vergüenza.

*“Le rogaba a Dios que me dejen sola para desaparecerme, pensé lo peor porque
ya era una persona que ya no podía vivir” (Mujer, 34 años)*

*“Sentí que para mí no era ese cáncer, que para mí no era, no pensaba tener yo
cáncer, yo, que era una persona, que soy una persona alegre, no pensé tener”
(Mujer, 48 años)*

*“Es nublado, como un baldazo de agua y no reaccionas y te quedas ahí, como
un shock, cuando me dijo eso solo salí y dije “¿Qué hago?” (Mujer, 45 años)*

*“Tenía vergüenza, de mostrar o decir lo que yo tenía, decirle a mi familia y que
todos me miren como que tengo cáncer, yo no quería entonces decirlo, no lo
supieron muchos, mantuve perfil bajo no más” (Mujer, 37 años)*

También surgieron algunas reacciones conductuales como el aislamiento social, la comunicación y la no comunicación de la enfermedad.

*“Me sentía sola, sola, me encerraba en el cuarto de mis hijos, me sentía sola”
(Mujer, 48 años)*

“Si le conté a toda mi familia, le conté que tengo, porque siempre me veían preocupada y no vayan a decir que tienes, ¿no?, entonces les dije que tenía cáncer y que era operable” (Mujer, 46 años)

“El papa de mi hijo me decía “¡diles que estas mal!”, pero si les decía (a sus papás), no cambiaría nada, entonces me quedaba callada, al principio me quedaba callada” (Mujer, 45 años)

Por su parte, dentro de las reacciones cognitivas se presentó el pensamiento de solución mágica, el cual se refirió al deseo de sanarse sin tener que pasar o continuar con el proceso de enfermedad.

“Quieres reunir todo el dinero que puedas con tal que eso pase, ese nombre de cáncer salga un momento” (Mujer, 37 años)

Finalmente, las reacciones sociales implicaron la reacción que se generó en el vínculo existente entre la mujer con cáncer y sus familiares o personas más significativas y cercanas. Esto se reflejó en el soporte y la mejora en sus relaciones familiares, aspectos que serán explicados más adelante.

“Mi esposo, a pesar de ser un varón muy machista, cambio su palabra, “mi amor”, ahora me dice “mi amor” (Mujer, 48 años)

Post Diagnóstico

El post diagnóstico incluyó a los distintos tipos de tratamiento que recibieron las mujeres, entre los cuales estuvo la radioterapia, la quimioterapia, la braquiterapia, y la operación de histerectomía. Como se mencionó anteriormente, en este momento persistió una de las reacciones emocionales antes vistas, el miedo, que básicamente se dio frente a la posibilidad de que el resultado del tratamiento recibido no sea positivo.

“Al principio tenía miedo, estaba asustada, al cáncer, a operarme, no quería operarme” (Mujer, 39 años)

En este punto es importante señalar que el afrontamiento positivo surgió frente al diagnóstico y al tratamiento, y las mujeres lo expresaron tomando una actitud y postura activa para poder sobrellevar y superar ambos momentos de dificultad.

“Cuando me dijeron algo (que tenía cáncer) al toque salí a buscar soluciones para mi problema” (Mujer, 49 años)

“Yo quería levantarme y decía “hoy es un día nuevo y lo voy a vencer”, siempre era ese mi pensamiento positivo, “si lo puedo hacer”, y me iba a mi tratamiento de quimio” (Mujer, 37 años)

Así como en el pre diagnóstico, aquí también apareció el autocuidado, y se dio en dos momentos: luego del diagnóstico y luego de culminar el tratamiento. Cabe

resaltar que al haber llegado a este punto del proceso de enfermedad, la mayoría de mujeres afirmó tener un autocuidado positivo.

“Ya no he faltado ni un día, todos los días he madrugado de mi casa, venía hasta acá (hospital), de mi casa salía a las 3 así para estar a las 5 ahí, todos los días que dura la radioterapia” (Mujer, 34 años)

“Ahorita estoy tranquila, ya no siento nada de dolor, ninguna molestia ni nada, pero si estoy pensando en irme al hospital a hacerme chequeo general” (Mujer, 46 años)

Luego de haber culminado con los tratamientos y obtener resultados positivos, lo cual implicaba que la enfermedad haya entrado en una etapa de remisión, también se encontraron algunas reacciones emocionales frente a ella. Una de las reacciones fue la tranquilidad por haber superado la enfermedad, y las otras dos fueron el miedo y la preocupación, que básicamente se dieron frente a la posibilidad de una recidiva.

“Hoy en día veo nuevamente el proceso por el que he pasado y estoy más tranquila, más confiada, más serena” (Mujer, 37 años)

“A veces pienso que puedo volver a tener algo, tengo miedo, pero ya menos pues” (Mujer, 39 años)

“Siempre pienso si me volverá en cualquier momento” (Mujer, 46 años)

Finalmente, cabe mencionar que se encontró que una mujer al recibir por segunda vez el diagnóstico del mismo cáncer, afirmó sentirse más tranquila, ya que para ella era algo esperado que en algún momento tenga una recidiva.

“Ahora me volvió, ya en algún momento me tenía que regresar, felizmente no fue a los dos años sino pasó mucho más tiempo, 14 años, y ya lo tomé mucho más tranquila, me van a operar, pero ya estoy más tranquila con eso, no me chocó como la primera vez, aparte que me he estado haciendo chequeos siempre desde ese entonces” (Mujer, 49 años)

Elementos Transversales

Por otro lado, es importante mencionar que se encontraron aspectos transversales en la experiencia de las mujeres del estudio. Desde la etapa del diagnóstico hasta la remisión de la enfermedad, se encontraron tres aspectos relevantes. Uno de ellos fue el soporte que las mujeres buscaron y encontraron en sus familiares, el personal de salud y en Dios.

“Le dije al papa de mi hijo, y ya me dijo, yo te acompaño (a las citas posteriores)” (Mujer, 45 años)

“Los doctores me ayudaban también, me hablaban en el momento que yo estaba a punto de entrar a la braquiterapia, tenía que estar relajada, me decía el doctor como estar relajada” (Mujer, 34 años)

“También le pedía al Señor, que me de tranquilidad, necesitaba estar tranquila” (Mujer, 48 años)

Otro aspecto fue la motivación, donde los hijos fueron muy mencionados, y así como en un momento fueron parte importante de la preocupación que tuvieron las mujeres, también llegaron a ser piezas claves dentro de la motivación para ellas.

“El querer sanarme, eso, porque ese es el motor, de querer ver a mis hijos” (Mujer, 48 años)

“Yo me sometía a todo, mi meta era mi hija” (Mujer, 49 años)

El tercer aspecto considerado dentro de este lapso de tiempo fueron los cambios positivos que tuvieron las vidas de las mujeres a raíz de haber tenido cáncer de cuello uterino. Uno de ellos fue que cambiaron ciertas actitudes que tenían frente a la salud y la vida en general. Otro cambio se dio en términos de la mejora de sus vínculos familiares. Y por último, afirmaron haber tomado la iniciativa de ayudar y aconsejar a otras mujeres para que cuiden su salud y se hagan chequeos médicos permanentes para que no pasen por lo que ellas pasaron.

“Habiéndole contado todo esto siento que como si hubiese pasado un sueño, que me hizo valorar muchas cosas que no había valorado antes, como es el caso de mis hijos, mi familia, mi forma de vida, ya no es la misma, ahora ha mejorado, estoy valorando mucho más la vida” (Mujer, 37 años)

“Un poco más de unión al menos con mi mamá y mis hermanos, porque cuando nació mi hijo yo me salí de la casa con el papá de mi hijo porque mi familia se metía mucho, así que ya, con esto regrese a la casa y bueno, estamos un poco más unidos ahora” (Mujer, 45 años)

“A veces aconsejo a otras personas por esta enfermedad, que se hagan ver, porque esta enfermedad es traicionera, no sientes el dolor a veces” (Mujer, 34 años)

Como puntos finales, resultaron dos aspectos más que abarcaron todo el proceso de enfermedad. Uno de ellos fue el sistema de salud, que en su mayoría representó un obstáculo para las mujeres, debido a la larga espera que en ocasiones tuvieron que pasar para obtener citas, resultados, o empezar un tratamiento, recibir información errónea de su diagnóstico o tratamiento, y hasta ser tratadas inadecuadamente por parte del personal encargado.

“Odiaba venir porque me hacen esperar, me daban citas de acá a dos meses, y no me gustaba eso” (Mujer, 48 años)

“Hace años, me hicieron una prueba en el hospital X, y la señorita me dijo que si (tenía cáncer), después me dijo que no, que se habían equivocado, entonces ya no regrese pues, y el año pasado me dicen en el seguro que se equivocaron, y como ya se volvieron a equivocar ya no fui tampoco” (Mujer, 39 años)

“La señorita que me dijo el diagnostico me lo dijo muy fría, o sea, me dijo “tú tienes un cáncer”, “¿Qué?” le digo, “tú tienes tumor” me dijo, o sea yo puedo entender su labor, quizás su forma de decir las cosas así de fría, de chocante, fácil hubiera sido mejor que me lo diga con mis familiares o que se yo” (Mujer, 37 años)

Por último, el otro aspecto resultó luego de que cada participante mire en retrospectiva toda su experiencia vivida y tras haberla contado en la entrevista, elija con qué conceptos o palabras se quedó. Los conceptos que surgieron y asociaron con el cáncer de cuello uterino fueron: “hay cura”, “muerte”, y algunas reacciones emocionales como “vergüenza”, “miedo”, y “preocupación”.

“Que se sana (el cáncer), si se detecta a tiempo se sana, así como yo, así como yo les digo a mis amigas” (Mujer, 48 años)

“Cuando dicen cáncer pienso en muerte” (Mujer, 45 años)

“Pienso en desesperación, vergüenza” (Mujer, 37 años)

Discusión

Como se pudo observar, en la etapa previa al diagnóstico se mencionaron algunos aspectos importantes relacionados al cáncer de cuello uterino. En términos del autocuidado, algunas mujeres presentaron conductas positivas en su cuidado personal, mientras que otras mostraron conductas negativas, siendo algunas de las principales causas para esto la carga laboral y el cuidado de los hijos, el cual priorizaban sobre su propia salud.

En esta línea, Wiesner-Ceballos, Vejarano-Velandia, Caicedo-Mera, Tovar-Murillo y Cendales-Duarte (2006) hallaron que mujeres con la misma enfermedad actuaban priorizando el cuidado de los demás, de la casa y del trabajo, dejando de lado su salud.

Así, el cuidado de la vida familiar y el trabajo resaltan como causas principales por las cuales las mujeres dejan de atender su salud. Por ello, como mencionan Morán y Quintero (2012), resulta necesario sensibilizar a las mujeres desde la adolescencia sobre la importancia del autocuidado y de la realización de chequeos médicos constantes.

Por otro lado, lo que llevó a las mujeres a realizarse chequeos médicos varió entre padecer síntomas físicos, tener curiosidad, y contar con las unidades móviles de La Liga Contra el Cáncer cerca a sus viviendas o centros de trabajo, lo cual refleja cierta falta de consistencia y conciencia de prevención en el cuidado de su salud, ya que se evidencia una falta de iniciativa para realizarse chequeos periódicamente.

En relación a esto, Garcés, Rubio y Scarinci (2012) encontraron en un estudio que mujeres con cáncer de cuello uterino entre los 34 y 49 años consideraron en primer lugar a las campañas y la educación en prevención como aspectos facilitadores para realizarse un chequeo. Esto guarda relación con la necesidad existente de sensibilizar a las mujeres desde una edad previa a la cual la posibilidad de enfermar con este cáncer esté presente.

En cuanto a la historia familiar y personal, se mencionó que algún familiar cercano tuvo cáncer en el pasado y falleció por ello, además, dos mujeres afirmaron haber tenido un aborto natural previo a que el cáncer aparezca. Referente a esto último, Garcés et al. (2012) hallaron que las mujeres de su estudio ya mencionadas se refirieron a los abortos como una de las posibles explicaciones para haber desarrollado el cáncer de cuello uterino.

Resulta interesante observar cómo la pérdida de un hijo representó para estas mujeres una posible explicación de la aparición del cáncer, y a su vez, es probable que

dicho evento, ya con el cáncer desarrollado, haya tenido un fuerte impacto emocional en términos de lo que el útero representa para ellas en su rol como mujer.

En la misma línea, Pinzón (2011) plantea que este cáncer causa un fuerte impacto en las mujeres en sus capacidades físicas, su autopercepción, y su rol como mujer, así como también les genera impedimentos físicos para concebir un hijo, lo cual desencadena en ellas un conflicto psíquico relacionado con la condición esencial de ser mujer.

Es así que el haber pasado por un aborto previo al desencadenamiento del cáncer podría haber significado un motivo adicional por el que las dos mujeres del estudio mencionadas hayan experimentado alguna reacción emocional negativa como la depresión.

Por otra parte, el diagnóstico fue el momento que generó más reacciones emocionales en las mujeres del estudio, y es que, como menciona Prieto (2004), el considerar al cáncer con posibilidades de curación casi nulas hace que su diagnóstico tenga un mayor impacto que el de cualquier otra enfermedad crónica.

Asimismo, Pinzón (2011) afirma que dicha enfermedad por sí sola ya representa un aspecto desbordante en cuanto a las múltiples reacciones emocionales que desencadena. De acuerdo a Armijos y Vásquez (2012), el impacto emocional del diagnóstico dependerá en gran parte del pronóstico que el médico plantee, así como también influirán las creencias previas que tiene el paciente respecto al cáncer.

Debido a esto resulta fundamental enfocar la intervención psicológica previa al diagnóstico en las ideas y creencias que las mujeres tienen sobre el cáncer, así como en el impacto emocional que tanto éstas como el mismo diagnóstico pueden generarles.

Como plantean Almanza-Muñoz y Holland (2000), aproximadamente un 50% de personas con cáncer tienen una reacción “normal” y adaptativa frente a su diagnóstico, y sus reacciones emocionales no necesariamente desencadenarán en una patología, lo cual es importante considerar en relación a cómo intervenir con los pacientes una vez que hayan recibido el diagnóstico.

En esta línea, algunas reacciones emocionales frente al diagnóstico que las mujeres del estudio reportaron fueron la depresión, el miedo, la preocupación, el shock emocional y la vergüenza. Esto coincide en ciertos puntos con lo que encontraron Armijos y Vásquez (2012) en un estudio de cáncer ginecológico, en el cual el shock, el miedo, la tristeza, entre otras, resultaron como las principales reacciones frente al diagnóstico.

Todas las participantes del presente estudio se refirieron a la depresión como una de las principales reacciones que experimentaron, lo cual reafirma lo que propone

Gutiérrez (2009) acerca de que el cáncer de cuello uterino es el que presenta mayores índices de depresión, y además genera más reacciones emocionales negativas en comparación con otros tipos de cáncer.

Vásquez (2001) halló en un estudio de este cáncer realizado en Arequipa que el 95% de las participantes presentó índices de depresión leve y moderada, la cual implicó ganas de llorar, sentir tristeza, desgano, no poder dormir, entre otros síntomas, y se dio básicamente por la misma enfermedad y por no contar con redes de soporte.

Como se puede observar, deprimirse es una reacción muy común en mujeres con este cáncer, por lo mismo que suele ser asociado con aspectos negativos como la muerte, lo cual la hace una reacción totalmente justificada, válida y esperada.

Cabe resaltar que la depresión referida por las mujeres del estudio implicó sentir tristeza en diferentes niveles de intensidad y duración, y como plantean Andreu et al. (1991), no necesariamente esta reacción estará inmersa en un cuadro clínico patológico. Sin embargo, como plantea Vásquez (2001), hay una tendencia hacia la depresión, que en algunos casos va de la mano de la enfermedad y en muchos otros la empeora.

Del mismo modo, algunas mujeres afirmaron haber sentido miedo frente a la misma enfermedad y a la muerte. En relación a esto, Garcés et al. (2012) encontraron que el grupo de mujeres de su estudio mencionado anteriormente refirió sentir miedo frente al cáncer y su diagnóstico, lo cual a su vez representó una barrera para realizarse los chequeos pertinentes de detección.

Esto da cuenta de que así como el miedo, otras reacciones emocionales pueden presentarse como un obstáculo para la realización de chequeos, lo cual hace que existan más probabilidades de que muchas mujeres no se percaten que tienen cáncer en un momento adecuado para que éste sea tratado a tiempo.

Por otro lado, la preocupación fue otra reacción emocional que reportaron algunas mujeres, y surgió frente a aspectos como la muerte, a ser abandonadas por sus parejas y al bienestar de sus hijos. Esto sigue la línea de lo que encontraron González y Leal (2008) en un estudio con mujeres con la misma enfermedad, en el cual identificaron que se preocupaban por el apoyo social que esperaban recibir, el bienestar de los hijos, la vida pareja, entre otros aspectos.

En la misma línea, Vásquez (2001) encontró en su estudio que las participantes refirieron preocuparse por el bienestar de sus hijos al pensar en el escenario hipotético de que ellas llegasen a morir, así como también se preocuparon por el tratamiento que iban a recibir, y cómo este afectaría su economía.

Valderrama et al. (1995) encontraron en un estudio que la preocupación fue la principal reacción emocional en un grupo de mujeres con cáncer de cuello uterino.

Como en el miedo, las mujeres del presente estudio experimentaron preocupación al pensar en posibles escenarios futuros de sus vidas.

Desde la intervención psicológica, resulta necesario trabajar dichos temas para aliviar las preocupaciones y centrar a las mujeres en lo que pueden hacer en el presente, con el objetivo de que experimenten y tengan cierto sentido de control sobre su enfermedad, de tal manera que adopten una postura activa frente a la misma.

En la misma línea, como afirma Olivares (2004), una de las principales tareas a realizar con pacientes oncológicos es reducir los síntomas de ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales negativas.

Asimismo, algunas mujeres refirieron haber sentido vergüenza de ser vistas de manera negativa por tener cáncer, lo cual repercutió en su decisión de no comunicarlo hasta llegar a una etapa en la que estén curadas.

Esto guarda relación con lo que Ashing-Giwa et al. (2004) afirman sobre que se suele relacionar al cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual y promiscuidad, por lo cual muchas veces las pacientes deciden no compartir su enfermedad con otras personas, lo cual también se halló en este estudio.

Otras reacciones emocionales que resultaron frente al diagnóstico fueron el shock emocional, el cual implicó un estado de vacío, de no saber qué hacer, y tal como señala Gutiérrez (2009), el mismo diagnóstico es considerado como un momento de shock para quien lo recibe.

Por otro lado, la despersonalización fue otra reacción mencionada, e implicó que las mujeres no acepten la enfermedad como propia. Esto pudo funcionar como una negación, la cual de acuerdo a Armijos y Vásquez (2012), también es una de las principales reacciones en este momento.

Asimismo, algunas mujeres mencionaron la desesperanza, la cual está relacionada con la depresión ya mencionada, y es considerada como una reacción usual en este momento. Además, se le asocia a la percepción de un pronóstico de vida negativo.

A su vez, Pinzón (2011) afirma que el cáncer es una patología que conlleva a una serie de reacciones tanto emocionales como conductuales, dentro de las cuales en el presente estudio se encontró la no comunicación y el aislamiento social. Estas reacciones se dieron principalmente por vergüenza a que por tener cáncer de cuello uterino, la percepción y el trato de los demás cambien de manera negativa.

Esto guarda relación con lo que sostienen Arellano y Castro (2013) acerca de que la vergüenza y la falta de comunicación pueden originar que las mujeres con dicho cáncer tomen distancia y se aislen en sus vínculos. Además, ambas se relacionan con ciertos estigmas sociales que aún persisten sobre el cáncer en general.

Estas reacciones conductuales también podrían relacionarse con la preocupación y el miedo que las mujeres pueden llegar a experimentar frente a la idea de que al compartir información de su enfermedad con personas significativas como sus parejas, éstas las abandonen, o sus relaciones íntimas puedan cambiar negativamente.

Por otra parte, las reacciones sociales implicaron cómo repercutió la enfermedad en el vínculo existente entre las mujeres con cáncer y su familia o personas más cercanas. Estas reacciones se encuentran vinculadas en cierta medida con las reacciones conductuales y emocionales ya mencionadas, como el aislamiento y la vergüenza respectivamente.

González y Leal (2008) plantean que para muchas mujeres compartir con su familia el tener cáncer de cuello uterino les resulta muy doloroso, sin embargo es importante que puedan hacerlo, ya que la familia suele ser la red de soporte principal.

En esta línea, la confianza juega un rol clave para que las mujeres logren dialogar y expresarse sobre su enfermedad. En este sentido, Gutiérrez (2009) señala que una comunicación abierta con la familia y también con el personal de salud generará mejores resultados en todo el proceso de enfermedad.

Esto, a su vez, podría repercutir de manera positiva en la reducción de emociones negativas de la mujer frente a su enfermedad, lo cual también podrá favorecer su manejo y afrontamiento.

Asimismo, tal como plantea Dobbie y Mellor (2008), la familia se ve afectada inevitablemente por la enfermedad de uno de sus miembros, por lo que eventualmente el cáncer repercutirá en ella y la involucrará en el proceso. En relación a esto, Gutiérrez (2009) afirma que desde un enfoque sistémico, el diagnóstico de un cáncer ginecológico implica un cambio o una crisis dentro del sistema familiar.

Por ello, de acuerdo con los postulados de Sanz y Modolell (2004), es necesario atender las reacciones emocionales tanto de los pacientes como las de su familia. Además, según Uribe (2007), la intervención psicológica debe enfocarse en identificar la función de cada miembro de la familia como parte del soporte que se le brindará a la mujer enferma.

Así, se puede observar que el cáncer de cuello uterino afectará en definitiva de alguna manera al vínculo de la paciente y su cuidador principal. Además, como se mencionó anteriormente, hay reacciones como la vergüenza y la preocupación que influyen en las decisiones y acciones que tomará la paciente, las cuales tendrán alguna repercusión en sus vínculos más cercanos.

Por otro lado, el afrontamiento positivo frente al diagnóstico y al tratamiento se reflejó en una postura activa para sobrellevar y superar ambos momentos. En esta

línea, Montes et al. (2006) plantean que recibir consejerías grupales desde la etapa de diagnóstico ayudará a las mujeres a tener un mejor afrontamiento.

Además, según Gutiérrez (2009) el afrontamiento también dependerá de la valoración subjetiva del mismo, la percepción de control y la capacidad de adaptación de cada mujer.

Vásquez (2001) encontró que el afrontamiento enfocado en la emoción fue el más utilizado en su estudio, dentro del cual estuvo el afrontamiento activo, que implica que las mujeres realizaron acciones directas en relación a la enfermedad con el objetivo de hacer algo preciso con ella.

Sin embargo, el afrontamiento también podría verse afectado por reacciones emocionales como la depresión, el miedo o la preocupación, de manera que las mujeres adopten una postura pasiva frente a la enfermedad, ya sea por sentirse deprimidas, por temor frente a empezar los tratamientos, o por preocupación de pensar en cómo serán sus resultados.

Por ello, así como el afrontamiento enfocado en la emoción puede ser bastante utilizado en esta población, y puede verse afectado por reacciones emocionales negativas, es importante atender el factor emocional para facilitar un mejor afrontamiento.

Asimismo, el autocuidado volvió a surgir luego del diagnóstico y al culminar el tratamiento, momentos en los cuales la mayoría de mujeres refirió tener un autocuidado positivo. Esto podría reflejar que de alguna manera lograron aceptar o interiorizar la experiencia de haber tenido cáncer, así como también que tomaron conciencia de ello para cuidar mejor su salud.

Resulta interesante observar cómo el autocuidado varió luego de ya tener la enfermedad y los factores que pudieron influir en dicho cambio, además, podría haber estado influido también de manera positiva e inversa por ciertas reacciones emocionales negativas como el miedo y la preocupación, ya que éstas, al estar enfocadas en posibles escenarios negativos futuros, quizás favorecieron a que las mujeres mejoren el cuidado de su salud para evitar esos posibles escenarios.

Como afirma Torrico et al. (2003), además del diagnóstico, los tratamientos del cáncer también suelen generar reacciones emocionales negativas en quien los recibe. En esta línea, Pinzón (2011) señala que los tratamientos repercuten de manera negativa a nivel emocional en las mujeres que atraviesan por esta enfermedad.

Así, en el presente estudio, algunas mujeres refirieron sentir miedo frente a la posibilidad de que el resultado del tratamiento recibido sea negativo, lo cual reitera lo expuesto por dichos autores.

Cabe señalar que tanto el miedo como la preocupación también surgieron cuando la enfermedad entró en remisión, y se dieron frente a la posibilidad de que ésta caiga en una recidiva. Esto reitera lo que plantea Castro (2007) acerca de que el miedo y la preocupación por la recidiva suelen ser unas de las reacciones emocionales más persistentes, lo cual se evidencia por el momento de la enfermedad en el que aún se presentaron.

Además, como plantean De Groot et al. (2005), en este tipo de cáncer a pesar de tener un diagnóstico temprano y recibir tratamientos que favorezcan tener más años de salud, vivir más tiempo con la amenaza de una recidiva puede generar más reacciones emocionales negativas.

Sin embargo, al entrar en remisión algunas mujeres mencionaron sentir tranquilidad por haber superado la enfermedad, lo cual implica sentir cierto alivio en este momento, así como también podría influir en que a futuro tomen más conciencia de su salud y sean más responsables con su cuidado.

Armijos y Vásconez (2012) señalan que a pesar de que la recidiva es vista como un fracaso, cuando esta suceda, la persona enferma y su familia contarán con más herramientas para afrontar la enfermedad de una mejor manera.

Una mujer del estudio pasó por esta situación, y afirmó que al recibir el segundo diagnóstico del cáncer se sintió más tranquila que la primera vez, ya que era algo esperado para ella.

Esto refleja que haber tenido cáncer puede influir de manera positiva en la persona que lo padece por segunda vez, en tanto se siente más preparada y fortalecida para afrontarlo de una mejor manera, sin dejar de lado el impacto negativo que el diagnóstico de esta enfermedad siempre puede generar.

Por ello es importante que las mujeres con cáncer de cuello uterino cuenten con apoyo psicológico desde antes que reciban el diagnóstico hasta cuando la enfermedad entre en remisión, ya que como se ha mencionado, las reacciones emocionales se dan durante todo el proceso y pueden persistir aun cuando los tratamientos hayan tenido un resultado positivo.

Entre los aspectos transversales del estudio se encontró el soporte, el cual las mujeres encontraron en sus familias, el personal de salud, y en la religión. Como refiere Gutiérrez (2009), la principal red de apoyo de un paciente oncológico es la familia, ya que el cáncer se da en ese contexto y le afecta como sistema.

En la misma línea, Pérez (2011) señala que el apoyo familiar y social en general, es fundamental en el ajuste que tendrá el paciente oncológico ante el cáncer, ya que hace tangible el soporte físico y emocional a través de la compañía, atención y

cuidados paliativos. Es así que la familia es un recurso de soporte muy importante para una persona con cáncer.

Además de la familia, las mujeres buscaron el soporte espiritual en la religión y en Dios. Garcés et al. (2012) encontraron en un estudio que las mujeres que no percibían control sobre su salud, le adjudicaban a Dios la responsabilidad sobre su salud o enfermedad.

Vásquez (2001) encontró que más del 50% de las mujeres de su estudio acudió a la religión, y como afirma la autora, tradicionalmente el ser humano ha encontrado en la religión una fuente de alivio, que además las ayuda a afrontar la enfermedad.

Esto refleja la necesidad de soporte existente en situaciones tan difíciles como tener cáncer, y la validez que tiene el soporte espiritual en estos casos. Para la mayoría de mujeres del estudio, este tipo de soporte fue considerado como un aspecto de suma importancia.

Algo similar se halló en dos estudios de cáncer de mama en Lima, en los que la religión destacó como una de las fuentes de soporte utilizadas (Soto, 2010), y que lo que hacían las mujeres era rezar para agradecer y pedir ayuda a Dios (Laos, 2010).

Respecto al personal de salud, algunas mujeres refirieron haber recibido un soporte positivo, y otras reportaron de manera rotunda lo contrario. Uribe (2007) plantea que además de la necesidad de recibir apoyo psicológico durante toda la enfermedad, existe la necesidad de soporte en general en torno al personal médico que trata pacientes oncológicos.

Al ser un aspecto importante para estas mujeres, el soporte es en efecto una fuente de apoyo positivo para ellas, ya que además de lo mencionado, podría repercutir en que el impacto o duración de sus reacciones emocionales disminuya o sea mejor manejado.

Por otro lado, los hijos fueron muy mencionados por las mujeres del estudio como fuente principal de motivación desde un primer momento de la enfermedad. Wiesner-Ceballos et al. (2006) señalan que la preocupación por la familia y el autocuidado son motivos por los cuales las mujeres suelen realizarse chequeos ginecológicos.

Lo contrario a esto se refleja en que una mujer del estudio mencionó no tener ninguna motivación para enfrentar la enfermedad, debido a que no tenía hijos ni una familia nuclear propia. Sin embargo, es importante recalcar que otra mujer del estudio refirió que su salud sí fue parte de su motivación para superar el cáncer.

En este sentido, el autocuidado debería estar más afirmado desde la etapa previa a enfermar, aspecto en el cual sí se observó una mejora luego de ser diagnosticadas.

Asimismo, algunas mujeres afirmaron haber cambiado de manera positiva ciertos aspectos de sus vidas a raíz de haber tenido cáncer, como por ejemplo, mejoró su actitud frente a la salud y la vida en general, mejoraron sus vínculos familiares, y adoptaron la iniciativa de ayudar y aconsejar a otras mujeres para que cuiden más su salud y no enfermen con este tipo de cáncer.

Esto evidencia que haber tenido cáncer las ayudó a tomar conciencia de la importancia que tiene su salud, las ayudó a valorar más la vida, así como también las impulsó a tener una actitud de ayuda social.

Como se ha mencionado anteriormente, el sistema de salud en general representó un obstáculo para las mujeres del estudio, lo cual debería cambiar drásticamente de manera positiva.

En relación a esto, Wiesner-Ceballos et al. (2006) plantean que la percepción de una buena calidad en el servicio de salud es considerada una motivación para realizarse un chequeo médico, lo cual podría derivar en un diagnóstico temprano, y así posiblemente se evitaría que un cáncer se agrave.

En cuanto al diagnóstico, Gutiérrez (2009) plantea que el encargado de comunicarlo debe ser un médico oncólogo, ya que es quien conoce a detalle la enfermedad, y junto con un psicólogo podrían trabajar en conjunto para resolver dudas y minimizar el impacto emocional que ese momento puede causar.

Por ello Uribe (2007) recalca la importancia de conocer las distintas reacciones emocionales que experimentan las personas con cáncer, ya que como se ha explicado, éstas pueden variar mucho y se presentan en todo el proceso de enfermedad.

En líneas generales, los médicos oncólogos deben estar capacitados para atender óptimamente a sus pacientes, acompañándolos de la manera más humana posible. Esto sigue la línea de lo que plantean Armijos y Vásquez (2012) acerca de que el médico oncólogo debe tomar en cuenta que la información que brinda es delicada y que si no considera el aspecto afectivo del paciente puede provocar una reacción emocional negativa en él.

Por otro lado, las mujeres del estudio asociaron ciertas palabras o conceptos con el cáncer de cuello uterino según su experiencia vivida, como por ejemplo, “hay cura” y “muerte”. Si bien luego de superar la enfermedad éstas mujeres pensaban que el cáncer sí tenía cura, persistieron en vincularlo con la muerte.

Como se ha mencionado anteriormente, esto es algo que se presenta desde las primeras reacciones al diagnóstico. En esta línea, Vásquez (2001) plantea que el cáncer, en comparación con otras enfermedades, parece tener un mayor impacto a nivel social al ser considerado como sinónimo de muerte.

Así, Garcés et al. (2012) encontraron que algunas mujeres refirieron que las oportunidades de vivir tras recibir el diagnóstico de cáncer de cuello uterino eran bajas. Por ello, no sorprende que aun cuando el cáncer estuvo en remisión, las mujeres experimentaron preocupación y miedo por volver a enfermar, y por consiguiente, esto las llevó a asociarlo nuevamente con la muerte.

En un estudio de representaciones del cáncer hecho en Lima se encontró también que los participantes asociaron con el cáncer a la muerte y la curación (Caldas, 2014).

Es importante mencionar que se consideró que por tratarse de un tema de intimidad femenino para las participantes del estudio, el hecho de que el entrevistador haya sido hombre pudo influir de alguna manera en los resultados.

Sin embargo, se piensa que esto no tuvo mayor impacto en las participantes, y que por el contrario, tomaron la entrevista como una oportunidad para poder hablar, según cada una lo haya necesitado y podido, de la experiencia tan difícil que vivieron, además de poder contribuir en algo para ayudar a mujeres que en un futuro puedan pasar por esta enfermedad.

Como puntos finales, dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra el tipo de análisis utilizado, ya que por su carácter exploratorio quizás se pudo perder cierta información acerca del tema central del estudio. Por ello se sugiere que para investigaciones futuras se profundice más en ciertos aspectos encontrados, utilizando otros abordajes, como el Análisis de Contenido Dirigido en vez del Convencional.

El tiempo considerado también podría representar una limitación en tanto las reacciones que las mujeres refirieron haber experimentado pudieron haber cambiado, no de manera intencional, sino por el hecho de que pasaron más de 6 meses de recibir el diagnóstico. Para ello sería interesante realizar un estudio en el cual se exploren dichas reacciones en un momento más próximo al diagnóstico.

Otro punto a recalcar es que al no considerarse el tipo de tratamiento como parte de la investigación, y en vista que de manera general se vio que los tratamientos también generan reacciones emocionales negativas, la relación entre estos constructos podría ser materia de estudio para futuras investigaciones.

Por otro lado, como fortalezas del estudio cabe mencionar la relevancia que tiene el tema estudiado por la falta de investigaciones existentes en nuestro medio, así

como también la importancia de esta enfermedad en el país reflejada en los altos índices de incidencia y mortalidad que aún persisten.

Otro punto importante es el tipo de investigación empleado, ya que al ser el primer estudio cualitativo en nuestro medio sobre este tema, permitió obtener la mayor cantidad de información posible de cada entrevista realizada, información de la cual se podrían identificar nuevos temas de investigación.

A modo de sugerencias, se recomienda atender las reacciones emocionales en esta población en todo el proceso de enfermedad, lo cual incluye el momento previo, durante y posterior al diagnóstico y los tratamientos, así como cuando la enfermedad entra en remisión, y también cuando se presenta la recidiva de la misma.

Así, se sugiere que dentro del programa de atención a esta población se incluya una intervención psicológica individual, que podría ser continua o esporádica, enfocada en los momentos de mayor dificultad, al menos durante los dos primeros años posteriores al diagnóstico o a recibir algún tratamiento, dependiendo de la disponibilidad y apertura de cada paciente a recibir ayuda.

Luego de un tiempo inicial de trabajo individual, se podría comenzar una intervención grupal en la cual las mujeres que estén atravesando por esta enfermedad, así como las que ya la superaron, compartan sus experiencias y se brinden soporte entre sí.

Se sugiere también crear un espacio de atención para las familias de las mujeres con este cáncer, en el cual se atiendan sus necesidades, se les brinde apoyo emocional, se les dé información pertinente sobre la enfermedad y la situación de la paciente, y se trabaje conjuntamente con ellas para brindarle soporte a la persona enferma.

Finalmente y a modo de conclusión, el aporte principal del estudio es dar a conocer cómo fue el proceso de enfermedad por el que pasaron estas mujeres desde el diagnóstico hasta el estado de remisión del cáncer, tiempo en el cual surgieron diversas problemáticas para ellas, como experimentar reacciones emocionales negativas frente a distintos momentos y aspectos que la misma enfermedad implica.

Además, a partir de esto se plantean estrategias que incluyen el factor emocional así como los demás aspectos que resultaron relevantes en esta investigación, para brindarle a esta población una mejor intervención desde el campo de la psicología.

Referencias

- Almanza-Muñoz, J. & Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206. Recuperado el 8 de mayo del 2014 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>
- Andreu, Y., Galdon, M. & Ibañez, E. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3(2), 283-296. Recuperado el 27 de mayo del 2014 de: <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7084/6948>
- Anstey, K. & Luszcz, M. (2002). Mortality risk varies according to gender and change in depressive status in very old adults. *Psychosomatic Medicine*, 64, 880-880. Recuperado el 6 de agosto del 2014 de: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2002/11000/Mortality_Risk_Varies_According_to_Gender_and.5.aspx
- Arellano, M. & Castro, M. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios Sociales*, 21(42), 259-278. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de: <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/417/41728341011.pdf&chrome=true>
- Armijos, J. & Vásquez, K. (2012). *Trastorno de ansiedad en las mujeres con cáncer de mama y cérvix entre las edades de 30 y 50 años, que se atienden en el hospital oncológico Dr. Wilson Franco Cruz Núcleo Solca Machala en el año 2011-2012*. Tesis para obtener el grado de psicólogo clínico. Recuperado el 18 de noviembre del 2014 de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/1286/1/T-UTMACH-FCS-757.pdf>
- Ashing-Giwa, K., Kagawa-Singer, M., Padilla, G., Tejero, J., Hsiao, E., Chhabra, R., Martinez, L. & Tucker, B. (2006). The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative multiethnic study. *Psychooncology*, 13(10), 709-728. Doi: [10.1002/pon.785](https://doi.org/10.1002/pon.785)
- Basen-Engquist, K., Paskett, E., Buzaglo, J., Miller, S., Schover, L., Wenzel, L. & Borduka, D. (2003). Cervical cancer: Behavioral factors related to screening, diagnosis and survivors' quality of life. *Supplement to cancer*, 98(9), 2009-2014. Doi: 10.1002/cncr.11681

- Bronfenbener, U. (1979). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3(2), 37-43. Recuperado el 27 de mayo del 2014 de: <http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35bronfenbrenner94.pdf>
- Cain, E., Kohorn, E., Quinlan, D., Schwartz, P., Latimer, K. & Rogers, L. (1983). Psychosocial reactions to the diagnosis of gynecologic cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 62(5), 635-641. Recuperado el 28 de mayo del 2014 de: [http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1983/11000/Psychosocial Reactions to the Diagnosis of.19.aspx](http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1983/11000/Psychosocial_Reactions_to_the_Diagnosis_of.19.aspx)
- Caldas, O. (2014). *Representaciones del cáncer en pacientes oncológicos jóvenes*. Tesis para optar por el título Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Recuperado el 08 de mayo de 2015 de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5915>
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80. Recuperado el 15 de mayo del 2014 de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16954>
- Castro, L. (2007). El cáncer de cérvix y su influencia en la calidad de vida de las mujeres. Diplomado en Psicología de la Salud publicada, Universidad de la Sabana, Colombia. Recuperado el 15 de mayo del 2014 de: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/handle/10818/2216>
- Centro de Investigación en Cáncer Maes-Heller, (2014). Registro de Cáncer de Lima Metropolitana.
- Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer (2007). Guías para la promoción de la salud orientada a la prevención y control del cáncer.
- Cristóbal, I. (2007). Representaciones del cáncer de cuello uterino y su relación con la sexualidad femenina: las voces de los actores políticos y de la sociedad civil de Ayacucho, Lima, Piura y Ucayali en el marco de la introducción de una nueva vacuna. *Investigaciones Sociales*, 9(18), 431-454.
- Cruzado, J. (2010). Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cull, A., Cowie, V., Farquharson, D., Livingstone, J., Smart, G. & Elton, R. (1993). Early stage cervical cancer: psychological and sexual outcomes of treatment. *British Journal of Cancer*, 68(6), 1216-1220. Recuperado el 29 de mayo del 2014 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1968629/pdf/brjccancer00202-0172.pdf>

- De Groot, J., Mah, K., Fyles, A., Winton, S., Greenwood, S., DePetrillos, A. & Devins, G. (2005). The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International Journal of Gynecological Cancer*, 15, 918-925.
- Dobbie, M. & Mellor, D. (2008). Chronic Illness and its impact: considerations for psychologists. *Psychology, Health and Medicine*, 13(5), 583-590.
- Espín, J., Cardona, A., Acosta, Y., Valdéz, M. & Olano, M. (2012). Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(4), 735-746. Recuperado el 22 de mayo de 2014 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n4/mgi16412.pdf>
- Fingeld-Connett, D. (2014). Use of content analysis to conduct knowledge-building and theory-generating qualitative systematic reviews. *Qualitative Research*, 14(3), 341-352. Doi: 10.1177/1468794113481790.
- Ford, L. (2002). Predictors of psychological functioning in African American women with breast cancer. *The Sciences and Engineering*, 63(1-B), 523. Recuperado el 03 de junio del 2014 de: <http://psycnet.apa.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/index.cfm?fa=search.displayRecord&id=629E3888-A2C5-8307-1E6A-1F1520E46041&resultID=1&page=1&dbTab=all&search=true>
- Garcés, I., Rubio, D. & Scarinci, I. (2012). Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 7-16. Recuperado el 18 de noviembre del 2014 de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023071002.pdf>
- García, D., García, M., Ballesteros, B. & Novoa, M. (2003). Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. *Univ. Psychol.*, 2(2), 199-214. Recuperado el 19 de mayo del 2014 de: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V2N208sex_y_comunicacion.pdf
- Globocan (2014). *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence Worldwide in 2012*. Francia: International Agency for Research on Cancer. Recuperado el 10 de abril del 2014 de: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
- González, M. & Leal, K. (2008). *Re viviendo desde mi interior: Experiencia de mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino en tratamiento oncológico*. Tesis de licenciatura publicada, Universidad Austral de Chile, Chile. Recuperado el 8 de mayo del 2014 de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fmg643r/doc/fmg643r.pdf>

- Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural Psychiatry*, 43(4), 671-691. Doi: 10.1177/1363461506070796
- Gutiérrez, A. (2009). El cáncer ginecológico: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Tesis en Psicología publicada, Universidad de la Sabana, Colombia. Recuperado el 27 de mayo de 2014 de: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/handle/10818/2287>
- Hsieh, H. & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. Doi: 10.1177/1049732305276687
- Hwu, Y. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*, 20(4), 221-225. Recuperado el 8 de agosto del 2014 de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2048-7940.1995.tb01632.x/references>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2009). Perfil epidemiológico: Neoplasias malignas más frecuentes 1985 al 2011. Recuperado el 10 de abril del 2014 de: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Lang, P. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50(5), 372-385. Recuperado el 25 de junio del 2014 de: <http://psycnet.apa.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/journals/amp/50/5/372.pdf>
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología Clínica. Recuperado el 08 de mayo del 2015 de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/668>
- Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer (2014). *Cáncer de cuello uterino*. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer. Recuperado el 10 de abril del 2014 de: <http://www.ligacancer.org.pe/la-liga/blog/327-cancer-de-cuello-uterino.html>
- Martínez, A., Díaz, I., Carr, A., Varona, J., Borrego, J. & de la Torre, A., (2010). Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(1), 52-65. Recuperado el 22 de mayo del 2014 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin08110.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2013). *Únete a esperanza de vencer el cáncer: rompe tus mitos y creencias*. Ministerio de Salud del Perú. Recuperado el 31 de marzo

- del 2014 de:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/cancer/index.asp?pg=2>
- Montes, L., Mullins, M. & Urrutia, M. (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 129-134. Recuperado el 6 de mayo del 2014 de:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art10.pdf>
- Moran, R. & Quintero, M. (2012). Antecedentes sobre el cáncer cérvico-uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes y población rural. *Medwave Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 12(7). Doi: 10.5867/medwave.2012.07.5453
- Muñoz, L. & Del Carmen, M. (1984). Reacción psicológica al cáncer. *Salud Mental*, 7(4), 61-66. Recuperada el 15 de mayo del 2014 de: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm0704/sm070461.pdf>
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Recuperado el 23 de Marzo del 2015 de:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/html>
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 29-48.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Cáncer: Nota descriptiva*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 01 de abril del 2014 de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2004). Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS.
- Palli, C., Lluch, J. & Valero, S. (2010). Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 7(1), 153-173. Recuperado el 29 de mayo de 2014 de:
<http://go.galegroup.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/ps/i.do?&id=GALE|A297716838&v=2.1&u=centrum&it=r&p=IFME&sw=w>
- Payet, E., Pérez, P., Poquioma, E. & Ubillús, M. (2014). Registro de cáncer de Lima Metropolitana 2004 – 2005 (Volumen IV). Lima: Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer.
- Pérez, M. (2011). Relación entre factores psicosociales y estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con enfermedad oncológica. Recuperado el 16 de noviembre del 2014 de:
<http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2255/CDMPSI129.pdf?sequence=1>

- Pinillos-Ashton, L. & Limache-García, A. (2013). Contribuciones de la Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1). Recuperado el 02 de abril del 2014 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100019&script=sci_arttext
- Pinzón, L. (2011). Impacto del cáncer ginecológico en la idea de maternidad en pacientes diagnosticadas con cáncer. Línea de investigación psicología clínica y de la salud. Universidad Católica Popular del Risaralda. Recuperado el 17 de noviembre del 2014 de: <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/2255/CDMPSI129.pdf?sequence=1>
- Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-conductual*, 2(1), 107-120.
- Rodriguez-Loyola, Y. & Costas-Muñiz, R. (2013). El diagnóstico de cáncer de mamas desde una perspectiva familiar: Retos para la Psico-oncología en América Latina. *Revista Interamericana de Psicología*, 47(1), 121-130.
- Sanz, J. & Modolell, E. (2004). Oncología y Psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12.
- Solidoro, A. (2013). El Cáncer en su hora cero en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 30(1). Recuperado el 31 de marzo del 2014 de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172013000100010&script=sci_arttext&tlng=pt
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Recuperado el 08 de mayo de 2015 de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1284>
- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173. Doi: [10.1037/0003-066X.38.11.1161](https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161)
- Taylor, S. (2007). Cap. 11: Manejo de enfermedades crónicas (286-296). En: *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbener como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59. Recuperado el 30 de abril del 2014 de: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6224/Modelo_ecologico_de_Bronfrenbrenner.pdf?sequence=2

- Torrice, E., Santín, C., López, J. & Andrés, M. (2003). La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. *Psiquiatría.com*, 7(1). Recuperado el 30 de abril del 2014 de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/357/340>
- Triviño, Z. & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*, 5(5), 20-31. Recuperado el 19 de mayo del 2014 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2051865>
- Uribe, A. (2007). Cap. 8 El proceso de morir y los duelos en la enfermedad crónica (pp 201-224) En Arrivillaga, M., Correa, D., & Salazar, I (ed). *Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad*. Bogotá: Manual Mundo Moderno.
- Valderrama, P., Carbellido, S. & Domínguez, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 73-86.
- Vásquez, L. (2001). *Estilos de afrontamiento y algunos trastornos psicológicos en mujeres con cáncer de cuello uterino de la ciudad de Arequipa*. Tesis para optar por el título de Magister en Psicología.
- Wiesner-Ceballos, C., Vejarano-Velandia, M., Caicedo-Mera, C., Tovar-Murillo, S. & Cendales-Duarte, R. (2006). La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. *Revista de salud pública*, 8(3). Recuperado el 16 de noviembre del 2014 de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a04.pdf>
- Zaharia, M. (2013). El cáncer como problema de salud pública en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(1), 7-8.

ANEXOS



ANEXO 1

Consentimiento Informado

Se le invita a participar voluntariamente en la investigación de tesis de licenciatura de “Reacciones emocionales en mujeres con cáncer de cuello uterino”, conducida por Aldo Sánchez Urrunaga, cuyo número de contacto es el 996618303, con el respaldo de María Antonia Rodríguez, profesora y asesora de la Pontificia Universidad Católica del Perú, a quien puede contactar al número 626-2000, anexo 4553. Su participación contribuirá al objetivo de conocer y entender las reacciones emocionales en mujeres con cáncer de cuello uterino, y consistirá en responder una ficha de datos y una entrevista. El proceso tomará aproximadamente 1 hora.

Se realizará una entrevista personal, la cual será grabada con el único objetivo de obtener toda la información detallada. Dicha grabación será eliminada luego de haber culminado el estudio. La información que brinde será anónima y confidencial, ya que únicamente se utilizará para fines de la investigación. Esto quiere decir que NO se usará su nombre en ninguno de los reportes y que el personal de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer NO tendrá acceso a las respuestas de las participantes.

Esta experiencia les brinda como beneficio el poder elaborar y entender mejor su experiencia vivida, así como la opción de recibir apoyo psicológico en sesiones individuales posteriores a la entrevista. Por otro lado, dentro de los riesgos existe la posibilidad de que experimenten ciertas reacciones emocionales a raíz de recordar y compartir de manera dialogal su experiencia.

La información obtenida al final de la investigación será compartida con el personal médico a modo de información general y sugerencias para enriquecer y mejorar el trato a pacientes con cáncer de cuello uterino. De la misma manera, usted tendrá la opción de solicitar esta información si así lo desea.

En el caso que tenga alguna duda, puede hacer preguntas al evaluador en cualquier momento de la evaluación. Asimismo, si desea retirarse puede hacerlo sin que esto le perjudique de ninguna manera.

Su firma en este documento significa que acepta participar después de haber leído y comprendido lo señalado.

Se agradece su colaboración.

Fecha

Firma de la participante

Firma de la evaluador



ANEXO 2

Entrevista Cualitativa

1. ¿Me podría contar cómo ha sido su experiencia luego de que le diagnosticaron cáncer de cuello uterino? (¿Cuándo se dio cuenta? ¿Cómo inició? ¿Qué paso después?)
2. ¿Cómo se sintió cuando recibió el diagnóstico? (¿Qué pensó? ¿Qué hizo?)
3. ¿Cómo lo manejó al enterarse por primera vez? ¿Cómo lo manejó después?
4. ¿Cómo éstas reacciones emocionales (se puede especificar en cada una o las más importantes: x, y, z) han cambiado su manera de pensar de sí misma o como se siente consigo misma? (¿Cómo ha cambiado su manera de pensar de la vida en general?)
5. ¿Cómo el cáncer de cuello uterino ha cambiado su vida?
6. Finalmente, le voy a pedir que me diga tres palabras que piensa o se le vienen a la mente cuando escucha las palabras “cáncer de cuello uterino”.

ANEXO 3

Ficha de datos**Datos de filiación**

1. Edad: _____
2. Lugar de nacimiento: _____
3. Nivel Socioeconómico:
 - A - Alto
 - B - Medio Alto
 - C - Medio
 - D - Medio Bajo
 - E - Bajo
4. Grado de instrucción:
 - Primaria completa o incompleta
 - Secundaria completa o incompleta
 - Superior completo o incompleto
5. ¿Tiene pareja?
 - Si
 - No
6. En caso de tener pareja, usted es (puede marcar ambas):
 - Casada
 - Conviviente
7. ¿Tiene hijos?
 - Si
 - No
8. Diagnóstico: _____
9. Tiempo con el diagnóstico (en meses): _____
10. Otra enfermedad (actual): _____

ANEXO 4

